

Nationella riktlinjer 2024:

Ätstörningar

Stöd till beslutsfattare och personal i
hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2024-12-9352

Foto: Lisa Wikstrand / Scandinav Bildbyrå

Personerna på bilden har ingen koppling till innehållet.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, december 2024

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid ätstörningar. Vi ger rekommendationer både till dig som är beslutsfattare eller chef och till dig som möter personer med en ätstörning i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Några rekommendationer gäller också tandvården. Rekommendationerna till dig som möter patienter är nya för denna version av riktlinjerna – de ingick inte i den första versionen från maj 2024.

Sjukvårdsregionerna, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar, enskilda yrkesverksamma och privatpersoner har lämnat värdefulla synpunkter på den första versionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har tagit hänsyn till alla synpunkter innan vi tagit ställning till den nuvarande versionen.

I början av 2025 publicerar vi också de fullständiga riktlinjerna i ett webbaserat format.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering, som utgår från rekommendationerna. Vi planerar att börja utvärdera vården vid ätstörningar inom de närmaste åren, med utgångspunkt i indikatorerna.

Socialstyrelsen arbetar för att Sverige ska nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. De nationella riktlinjerna är ett sätt att bidra till detta. Vidare gäller barnkonventionen som svensk lag, och barnperspektivet har genomsyrat arbetet med riktlinjerna. Experter har bidragit med erfarenhet från olika verksamheter där barn med en ätstörning kan få vård.

Riktlinjerna är framtagna på uppdrag av regeringen. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i arbetet.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Rekommendationer i korthet	6
Använd riktlinjerna som stöd i arbetet	8
Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande	8
Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap	10
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer	12
Utgångspunkt: vården idag.....	14
Ätstörningar tar sig olika uttryck	14
Olika ätstörningsdiagnoser	15
Ofta behövs vårdpersonal från flera yrkesgrupper	15
Stor regional variation och för lite vård	16
Mer systematisk uppföljning och forskning behövs.....	18
Högspecialiserad vård på fem platser – remitteringen kan behöva öka	19
Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef	21
Huvudbudskap: Säkerställ vård vid flera typer av ätstörningar	22
1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal	23
2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar	26
3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning	34
4. Anorexi.....	39
5. Hetsättningsstörning.....	48
6. Bulimi	52
7. Behandlingshinder och risk för återfall	56
Rekommendationer till dig som ger vård och stöd.....	61
1. Kompetensutveckling och expertstöd	61
2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar	65
3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning	75
4. Anorexi.....	80
5. Hetsättningsstörning.....	93
6. Bulimi	99
7. Behandlingshinder och risk för återfall	106

Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård.....	111
Att implementera effektivt.....	111
Exempel på risker och utmaningar	112
Etiska principer för prioritering	113
Kompletterande stöd	115
Deltagare i riktlinjearbetet	122
Referenser.....	127
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer.....	129
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	146
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben ...	148
Bilaga 4. Versionshistorik	149

Sammanfattning

Ätstörningar kan drabba personer i alla åldrar, från små barn till vuxna. Drygt 200 000 personer i Sverige uppskattas ha en ätstörning, men symtomen och sjukdomsförloppet varierar kraftigt. En ätstörning sitter inte i utseendet eller vikten, utan det handlar mer om känslor och tankar kring ätandet.

Anorexi är den mest kända ätstörningen. Fler drabbas dock av bulimi, hetsättningsstörning och ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning). Även dessa sjukdomar innebär stort lidande och kan få allvarliga konsekvenser, men alltför många får inte vård.

Dagens vård vid olika ätstörningar varierar mycket, såväl mellan som inom regioner. Det finns goda exempel, men också bristande kvalitet och långa väntetider till behandling. Bristerna gäller särskilt vid hetsättningsstörning och ARFID, men även den mer etablerade vården vid anorexi.

Dessa nationella riktlinjer vänder sig till hälso- och sjukvården, och i vissa fall tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen ger 39 rekommendationer i ett urval av relevanta frågor för dig som beslutar om resurser. Vi ger motsvarande rekommendationer, men med mer praktiskt stöd, till dig som möter personer med en ätstörning. Riktlinjerna är alltså inte heltäckande.

Rekommendationer i korthet

Erbjud vård till fler – och för olika ätstörningar

För att alla som behöver det ska få vård behövs

- större tillgång till behandling av flera typer av ätstörningar, i olika delar av hälso- och sjukvården
- tydligare vårdflöden
- tydligare ansvarsfördelning.

I många regioner är det otydligt hur personer med ARFID ska få vård. Som beslutsfattare kan du till exempel behöva säkerställa att din region kan erbjuda barn med ARFID träning med exponering tillsammans med familjen.

Vidare får en stor del av patienterna med anorexi vård i den specialiserade psykiatrin idag. Även patienter med bulimi och hetsättningsstörning blir oftast hänvisade dit. Resurserna där räcker dock inte till alla som behöver

vård. För att fler ska få vård behöver resurserna användas effektivare, och viss ätstörningsbehandling kunna erbjudas i till exempel primärvården. I vissa fall kan det vara lämpligt att först erbjuda ett självhjälpssystem med visst behandlarstöd till patienter med bulimi eller hetsättningsstörning, för att fler ska komma igång snabbt med behandling.

För personer med anorexi behövs dessutom ett komplement till behandling i öppenvården och heldygnsvård på klinik – förstärkt öppenvård. Din region kan till exempel erbjuda dagvård i den specialiserade ätstörningsvården.

Öka kunskaperna

Brist på kunskap och resurser är anledningar till att många inte får vård och stöd för sin ätstörning. Du som är beslutsfattare behöver säkerställa att det i din region eller kommun finns

- bred grundkompetens om ätstörningar i hälso- och sjukvården, tandvården och delar av socialtjänsten, för att personer med olika ätstörningar ska få ett bra bemötande och tillgång till rätt vård och stöd
- tillräckligt många medarbetare med behandlarkompetens på de vårdnivåer som bör kunna erbjuda behandling.

Anpassa vården till individen

Vården och stödet behöver alltid anpassas till individen, för att göra det möjligt att genomföra behandling och nå så goda resultat som möjligt. Några exempel på viktiga arbetssätt:

- Säkerställ en strukturerad och individanpassad övergång mellan barnsjukvård och vuxensjukvård.
- Utred och behandla andra psykiatriska problem parallellt med ätstörningen.
- Säkerställ att ni kan erbjuda flera typer av psykologisk behandling, till exempel ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell psykoterapi (IPT). Välj den typ som passar individen bäst, och byt om den inte fungerar. Även andra insatser än psykologisk behandling kan behövas.
- Fokusera på stöd för att förbättra livskvaliteten och undvika försämring hos personer med svår och långvarig anorexi som inte fått tillräcklig effekt av behandlingsförsöken.
- Arbeta multiprofessionellt kring personer med ARFID och omfattande ätsvårigheter, med fokus på specifika individuella symtom.

Använd riktlinjerna som stöd i arbetet

Dessa nationella riktlinjer är dels ett stöd för att prioritera resurser, dels ett stöd i mötet med personer som har en ätstörning. Vi vänder oss till hälso- och sjukvården, och i vissa fall även till tandvården och socialtjänsten. Socialtjänsten möter inte personer med ätstörningar utifrån en viss diagnos, men personalen behöver kunskap om ätstörningar för att bedöma behov och anpassa insatser.

Du som beslutar om resurser får veta vilka insatser som är viktigast att prioritera eller avveckla, på en övergripande gruppnivå – se kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#). Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som tjänsteperson, verksamhetschef eller politiker. Du får vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda riktlinjerna som underlag för att

- fördela resurser efter behov, så att de gör största möjliga nytta
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram, överenskommelser, vägledningsdokument eller verksamhetsplaner.

Du som möter personer med en ätstörning i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten får stöd i det praktiska arbetet – se kapitlet [Rekommendationer till dig som ger vård och stöd](#). Rekommendationerna är inte bindande, utan du som behandlare har alltid ansvaret för att bedöma den enskilda patientens behov, baserat på vetenskap och erfarenhetsbaserad kunskap.

Även **regionernas nationella system för kunskapsstyrning** ska kunna använda riktlinjerna, som underlag för kunskapsstöd, till exempel vård- och insatsprogram.

Fokus på vissa insatser – riktlinjerna är inte heltäckande

Vi tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutar om resurser – och ger motsvarande rekommendationer, men med mer praktiskt stöd, till dig som möter patienter. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns omotiverade praxisskillnader och ojämlikheter eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Vi ger oftast inte rekommendationer om arbetssätt som redan fungerar bra i hela landet – även om de är viktiga att

upprätthålla. Urvalet bygger bland annat på en förstudie [1] och på diskussioner med olika intressenter.

Ätstörningar förknippas ofta med underviktiga unga kvinnor, men alla oberoende av ålder och kön kan drabbas. Riktlinjerna belyser det stora behovet av att uppmärksamma flera typer av ätstörningar hos personer i alla åldrar.

En tredjedel av rekommendationerna gäller för flera olika ätstörningar: främst anorexi, bulimi, hetsätningsstörning och ARFID, men även självrensning, atypisk anorexi samt bulimi eller hetsätningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vi rekommenderar också mer specifika insatser för vissa ätstörningar.

Riktlinjerna är dessutom avgränsade på följande sätt – de är alltså inte tänkta att vara heltäckande:

- Vi ger inga rekommendationer om ätstörningen **nattligt ätande**, eller de ovanligare diagnoserna **pica** och **idisslande**. Pica innebär att man äter icke-livsmedel, och vid idisslande stöter man upp mat och tuggar om den.
- De varianter av **psykologisk behandling** som ingår i riktlinjerna är i huvudsak manualbaserade. Det beror på att sådan behandling har tydligast forskningsstöd i välgjorda systematiska översikter.
- Vi lyfter fram vikten av **samverkan** mellan flera angränsande verksamheter för att vården ska fungera, men vi ger inga rekommendationer om specifik behandling av ätstörningar i kombination med andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar.
- Några rekommendationer gäller dem som är **svårast sjuka i anorexi**, men vi inkluderar inte specifika insatser i heldygnsvård eller tvångsvård. Vägledning för dessa vårdformer finns i andra stöd från Socialstyrelsen (se kapitlet [Kompletterande stöd](#)).
- Vi berör inte hur hälso- och sjukvården bör **utreda misstänkta ätstörningar**, eftersom vägledningsbehovet bedöms vara större inom andra områden. Vi betonar dock vikten av förebyggande arbete samt tidiga och samordnade insatser. Nationellt programområde psykisk hälsa startade också arbetet med ett vård- och insatsprogram för ätstörningar under våren 2024, som kommer att komplettera riktlinjerna framöver.

Vissa av insatserna behöver utföras i den specialiserade vården, men rekommendationerna är i regel riktade till hälso- och sjukvården generellt.

Vidare har Socialstyrelsen undersökt kunskapsläget för fler insatser än dem som vi nu ger rekommendationer om. För flera av dem saknas tillräcklig forskning om effekten, och för en del finns inte heller stöd i erfarenhetsbaserad kunskap. Det gäller till exempel olika typer av psykologisk behandling. En annan fråga gäller Mandometermetoden, där flera aktörer har lyft fram ett behov av vägledning. Inte heller för den metoden finns

forskning av tillräcklig kvalitet. Socialstyrelsen ger dessutom generell enbart rekommendationer om metoder som ingår i den allmänt finansierade vården (se vidare webbilagorna *Metodbeskrivning* och *Kunskapsunderlag*).

→ **Läs mer:**

- I webbilagan [Metodbeskrivning](#) finns mer information om hur vi har avgränsat riktlinjerna.
- I webbilagan [Kunskapsunderlag](#) finns en mer detaljerad redovisning av kunskapsläget för de frågor som vi har undersökt men inte ger rekommendationer om. Se kapitlet *Underlag som inte lett till rekommendationer*.
- Flera andra arbeten berör frågor om tvångsvård. Se till exempel Socialstyrelsens rapport *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – kartläggning och utvecklingsförslag* [2]. Socialstyrelsen har också flera pågående arbeten på området (se kapitlet [Kompletterande stöd](#)).
- Riktlinjerna kompletteras av flera andra kunskapsstöd. Se kapitlet [Kompletterande stöd](#).

Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap

Socialstyrelsens rekommendationer bygger på forskning och erfarenhet hos yrkesverksamma – den bästa tillgängliga kunskapen. Många viktiga insatser för personer med ätstörningar saknar tillräckligt forskningsstöd. Dessa riktlinjer bygger därför till stor del på erfarenhetsbaserad kunskap, som vi har samlat in genom en systematisk konsensusprocess med en panel av drygt 400 yrkesverksamma.

Till dig som är beslutsfattare eller chef ger vi rekommendationer med olika prioritet, som stöd för att prioritera insatser som bidrar till en jämlik vård (se tabell 1).

Tabell 1. Typer av rekommendationer till beslutsfattare och chefer i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Insatser som bör eller kan erbjudas, i prioritetsordning. Insatser med prioritet 1 är mest angelägna och insatser med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Insatser som inte bör utföras rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering. Vi ger rekommendationen FoU när det inte finns tillräcklig kunskap, men forskning pågår som kan ge ny kunskap.
Icke-göra	Insatser som inte bör utföras alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

De med störst behov ska få företräde

Vi utgår från nyttan och riskerna med de olika insatserna när vi sätter prioritetssiffrorna. Högst prioritet har de insatser som gör störst nytta för patienterna eller brukarna. I rekommendationer till hälso- och sjukvården ger vi högst prioritet till insatserna med störst nytta för dem som har svårast hälsotillstånd – eftersom de som behöver vården mest ska få företräde.¹ Endast insatser för hälsotillstånd med en *mycket stor svårighetsgrad* får prioritet 1–2, med ett fåtal undantag. När svårighetsgraden är *stor* har vi som princip att ge högst prioritet 3, när den är *måttlig* högst 5 och när den är *liten* högst 6. I rekommendationer till socialtjänsten bedömer vi däremot inte hälsotillståndens svårighetsgrad, eftersom det saknas lagstöd för sådan prioritering där.

Svårighetsgraden hos ett hälsotillstånd avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom eller funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet.

När det är relevant och möjligt tar vi också hänsyn till kostnadseffektivitet i prioriteringen, det vill säga vilken nytta en insats ger för patienten eller brukaren i förhållande till kostnaden.

Ytterst utgår prioriteringsarbetet från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

¹ Se 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

→ **Läs mer:**

- I kapitlet *Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård* finns mer information om prioriteringsprinciperna. Se avsnittet [Etiska principer för prioritering](#).
- I webbilagan [Metodbeskrivning](#) beskriver vi Socialstyrelsens gedigna metod för att ta fram rekommendationer med olika prioritet mer i detalj, och hur vi har bedömt svårighetsgraden för olika typer av ätstörningar.

Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen kommer att utvärdera hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i hälso- och sjukvården, och i viss mån tandvården och socialtjänsten. Utvärderingen visar vad som behöver förbättras, och riktar sig till dig som är beslutsfattare. Den kan till exempel visa om det finns samband mellan insatser som människor får och deras socioekonomiska status. Kunskapen används sedan när vi uppdaterar riktlinjerna.

Utvärderingen kommer framför allt att utgå från indikatorerna i [bilaga 2](#). Vi följer också upp de rekommendationer som vi inte har tagit fram indikatorer för, liksom andra aspekter av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Dessutom utgår vi från mått och indikatorer från kliniska kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning parallellt med dessa riktlinjer.

Som beslutsfattare kan du använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet
- följa upp och jämföra strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller nationellt
- förbättra insatsernas kvalitet och effektivitet.

Dessutom kommer vi att undersöka förutsättningarna för nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå.

→ **Läs mer:**

- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna för vård och stöd vid ätstörningar.
- Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Ätstörningar

- **Kommande publicering:** Socialstyrelsen planerar att utvärdera vården och stödet vid ätstörningar inom de närmaste åren, och eventuellt ta fram nationella målnivåer under arbetets gång.

Utgångspunkt: vården idag

Ätstörningar är ett allvarligt folkhälsoproblem som drabbar både barn och vuxna, oavsett kön och etnicitet. Drygt 200 000 personer i Sverige uppskattas ha en ätstörning, men det finns ett stort mörkertal [4].

I det här kapitlet ger vi en kort beskrivning av ätstörningar och en översiktlig bild av utmaningarna i vården.

Ätstörningar tar sig olika uttryck

En ätstörning innebär en komplicerad relation till mat, kroppen eller vikten. Den kan få fysiska, psykologiska och sociala konsekvenser.

Anorexi är den allmänt mest kända ätstörningen, och många förknippar ätstörningar med underviktiga unga kvinnor. Det är en alltför snäv bild av de som drabbas, och av hur ätstörningar tar sig uttryck. Här är några exempel på den variation som är viktig att känna till:

- Ätstörningar kan ge extrem undervikt, men det är också vanligt med normalvikt eller övervikt, till exempel på grund av hetsätning. Ätstörningar syns inte alltid på utsidan.
- Både självsvält och överdriven fysisk aktivitet eller träning är vanligt, men det varierar.
- Ätstörningar är inte alltid kopplade till kroppsmisnöje eller rädsla för att gå upp i vikt.
- En del är mycket svårt sjuka, medan de flesta har en lindrig eller måttlig sjukdom.
- För många varierar symtomen och svårighetsgraden över tid. Till exempel kan självsvält och viktnedgång övergå till hetsätning senare i livet.
- Behandlingstiden varierar, och en del är fortsatt sjuka trots flera behandlingsförsök. De allra flesta blir dock helt friska så småningom.
- Många har andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt, till exempel depression, ångest, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller obesitas².

² Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande.

Olika ätstörningsdiagnoser

Följande ätstörningsdiagnoser ingår i dessa riktlinjer:

- **ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning:**
Personer med ARFID äter mycket begränsat på grund av till exempel låg aptit, starkt obehag av matens egenskaper eller olika rädslor – men inte på grund av kroppsmisshälsa.
 - **Anorexi (anorexia nervosa):**
Personer med anorexi har undervikt och ett svälttillstånd. Många har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt. Även personer med **atypisk anorexi** har gått ner mycket i vikt, men de är inte underviktiga.
 - **Hetsättningsstörning:**
Personer med hetsättningsstörning tappar minst en gång i veckan kontrollen över sitt ätande och äter en stor mängd på kort tid. En del har samma symtom men med låg frekvens eller begränsad varaktighet.
 - **Bulimi (bulimia nervosa):**
Även personer med bulimi tappar minst en gång i veckan kontrollen över sitt ätande och äter en stor mängd på kort tid. Sedan kompenserar de genom att till exempel kräkas, laxera eller motionera överdrivet. En del har samma symtom men med låg frekvens eller begränsad varaktighet.
 - **Självrensning:**
Personer med diagnosen självrensning har ingen undervikt men ett återkommande kompensatoriskt beteende. De kan till exempel kräkas eller laxera för att påverka sin vikt eller kroppsform.
- **Läs mer** om de olika ätstörningarna i kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#). Se delkapiteln om respektive ätstörning. Diagnoskriterier och mer detaljer finns i diagnosmanualen *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)* [5].

Ofta behövs vårdpersonal från flera yrkesgrupper

Vid en ätstörning är det viktigt att se till helheten och ta hänsyn till både kroppsliga, sociala och psykologiska konsekvenser av sjukdomen. För många patienter räcker det att träffa en behandlare. Det kan vara en sjuksköterska, kurator eller terapeut med kunskap om den aktuella ätstörningen, som ger råd eller behandling utifrån en sammantagen bild av problemen. Vid ARFID är det ofta aktuellt att träffa en dietist eller logoped.

Men vid allvarigare eller mer komplexa tillstånd behövs oftast vårdpersonal från flera yrkesgrupper – oavsett ätstörning. Många behöver då träffa en läkare eller en sjuksköterska som bedömer de medicinska behoven, få

samtalsbehandling hos en kurator eller psykolog och ibland få ytterligare insatser, till exempel rehabilitering, fysioterapi eller konsultation av en dietist. I flera regioner arbetar dessa professioner i team. Ibland behövs också en samordnare som hjälper patienten i kontakter med arbetsgivaren, skolan, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten.

Stor regional variation och för lite vård

Jämfört med många andra länder har Sverige en relativt god vård för personer med anorexi och bulimi. Men det finns stora skillnader i organisation och kvalitet i vården vid ätstörningar, både inom och mellan regioner. I flera regioner är väntetiderna långa, framför allt i större städer. Även behandlingsmetoderna varierar, och vissa patientgrupper får inte vård för sin ätstörning – bland annat på grund av resursbrist. Det kan också handla om otillräckliga kunskaper och otydlig ansvarsfördelning.

Kompetens saknas på olika vårdnivåer

Det saknas tillräckliga kunskaper om olika ätstörningar i flera delar av hälso- och sjukvården. Detta bidrar till att ätstörningar inte alltid fångas upp. Patienterna gör ofta sitt första vårdbesök i en verksamhet där kunskaperna på området är relativt låga, som barnhälsovården, elevhälsan, studenthälsan och vårdcentraler. Dessutom söker personer med en ätstörning ofta vård för andra besvär än ätstörningen [1]. Kunskapsbrister som minskar chansen till upptäckt finns även hos specialiserade vårdenheter som utreder problem med tillväxt, obesitas eller mage och tarm.³

Det behövs till exempel större medvetenhet om atypisk anorexi (anorexi utan undervikt). En del med denna ätstörning får inte tillgång till vård. Bättre grundläggande kunskap behövs också om ARFID, som är en relativt ny och fortfarande ganska okänd diagnos. Kunskaperna om ARFID behöver öka i till exempel barnhälsovården, barnsjukvården och primärvården. Vårdpersonal har dels svårt att identifiera ätstörningen, dels begränsad förmåga att ge behandling [1].

Vidare saknar en del regioner helt vissa specialistkompetenser eller verksamheter som behövs i vården vid ätstörningar. I andra regioner finns de bara i någon del av regionen.

Dessutom finns utmaningar i heldygnsvården av allvarligt sjuka personer med ätstörningar. Trygg och kunnig personal med både medicinsk och psykiatrisk kompetens är mycket viktigt i behandlingen, men i vissa regioner

³ Exempelvis mottagningar för barn- och ungdomsmedicin, barnendokrinologi, obesitas, övervikt och gastroenterologi.

är personalomsättningen hög. Det försämrar kontinuiteten i vården och orsakar ibland brist på erfaren personal.

Vanligt med brister i bemötandet

För att lyckas bra med behandling är det viktigt att bygga en terapeutisk allians mellan behandlaren och patienten. Det är viktigt för det psykiska välbefinnandet, för en ökad funktionsförmåga och för att patienten ska fullfölja behandlingen. Patienter framhåller ofta att relationen till behandlaren har större betydelse för behandlingens effekt än vilken metod man använder [1]. Även vårdpersonal lyfter fram betydelsen av en god allians. Viktiga delar i alliansbygget är upplevd ärlighet, förståelse, respekt, en icke-dömande attityd och ett empatiskt bemötande.

Att alliansbygget är så avgörande beror bland annat på att en del patienter har låg motivation eller är tveksamma till att ta emot hjälp. Det är en del av sjukdomsbilden. Vårdpersonalen behöver därför särskilda kunskaper om hur man bäst bemöter personer med olika ätstörningar.

Idag är det dock vanligt att personer med en ätstörning och även närstående blir okunnigt och ibland fördomsfullt bemötta, i både hälso- och sjukvården och samhället i övrigt. Patienter upplever alltför ofta att personal saknar empati och kunskap om sjukdomarna, liksom kunskap om samtal som befriar från skuld och skam [1].

Barn med ARFID kan till exempel bli kallade kräsna, trots svåra symtom. Det leder till ett skuldbeläggande av både barnen och de närstående, och skapar ett socialt utanförskap: ”Jag är en sån som inte äter.”

Personer som hetsäter gör det ensamma och i hemlighet, ofta för att dämpa hunger och ångest. Ett fördomsfullt bemötande kan då förstärka en redan låg självkänsla, ångest och skuld- och skamkänslor. Att inte kunna kontrollera sitt ätande är i sig ett tabu, vilket gör att en del inte vågar söka vård. Alltför många tror dessutom att personer med en ätstörning är underviktiga, vilket leder till ett okunnigt bemötande av patienter som inte är det.

Brist på resurser och etablerade vårdstrukturer

Den största delen av vården vid ätstörningar ges idag på psykiatriska vårdenheter eller separata ätstörningskliniker. Resurserna där räcker dock inte till alla som behöver vård. Många med exempelvis hetsättningsstörning får vänta alltför länge på behandling, eller får ingen vård. Det är problematiskt med tanke på att hetsättningsstörning är en av de vanligare ätstörningarna. De senaste åren har dessutom allt fler med en ätstörning sökt vård, enligt Socialstyrelsens patientregister. Det försvårar resursläget ytterligare.

Vidare saknar många regioner en etablerad struktur för vården vid olika typer av ätstörningar. Det är ofta ottydligt vilka aktörer och vårdnivåer som ansvarar för vad och hur de ska samverka. För att vården ska vara tillgänglig vid olika ätstörningar och svårighetsgrader behöver patienter kunna få behandling även utanför de psykiatriska vårdenheterna, till exempel på vårdcentraler och i första linjens psykiatri.

De senaste åren har några regioner etablerat nya verksamheter och arbetssätt för barn med ARFID. I stora delar av landet är vårdkedjan vid ARFID dock oklar – till exempel när det gäller vilka verksamheter som ska utreda och behandla barn respektive vuxna.

Mer systematisk uppföljning och forskning behövs

Det har hittills varit svårt att följa upp vården vid ätstörningar nationellt, eftersom det har saknats kvalitetsregister med god täckningsgrad.

Barn- och ungdomspsykiatri kan mäta resultatet av sina insatser med hjälp av ett generellt kvalitetsregister, Q-bup. Alla regioner är inte anslutna till registret än, men om fler ansluter kan det användas för nationell uppföljning i framtiden [6]. Vidare finns det nationella kvalitetsregistret Riksät, men inte heller det har tillräcklig täckningsgrad för nationell uppföljning i nuläget.

Från och med 2024 registreras alla besök i den psykiatriska öppenvården i Patientregistret. Detta väntas främja en enhetlig uppföljning, även om resultaten till en början kan vara otillförlitliga. En bättre uppföljning kan leda till insatser med högre kvalitet.

Vidare saknas forskning av god kvalitet på många områden. I arbetet med att ta fram bästa tillgängliga kunskap har Socialstyrelsen identifierat att det behövs mer forskning om behandling vid ARFID, behandling vid anorexi och långtidseffekter av olika behandlingar vid ätstörningar. Det behövs också mer kunskap om vård vid samsjuklighet och om andra insatser än psykologisk behandling, till exempel fysioterapi.

Nuvarande ICD-koder försvårar uppföljning av vissa ätstörningar

Ätstörningsdiagnoserna har utvecklats de senaste åren. Det finns två system för att klassificera psykiatriska sjukdomstillstånd: den internationella sjukdomsklassifikationen ICD från Världshälsoorganisationen (WHO) och diagnosmanualen DSM, som ges ut av American Psychiatric Association.

År 2019 lanserade WHO versionen ICD-11 globalt. Den kommer att ge möjlighet att beskriva hälsotillstånd mer specifikt än tidigare. Det innebär att exempelvis hetsättningsstörning och ARFID har egna separata diagnoskoder i ICD-11. I Sverige pågår ett arbete med att översätta och implementera ICD-11, men tills det är klart används versionen ICD-10-SE. I den har anorexia nervosa och bulimia nervosa egna koder, men det har inte flera andra vanliga diagnoser, som hetsättningsstörning och ARFID.

Ätstörningarna utan egna koder registreras till exempel med koderna ”andra specificerade ätstörningar” eller ”ospecificerad ätstörning”, eller med felaktiga koder. Därför är det svårt att ta fram statistik för stora patientgrupper, där det också finns stora vårdbrister och mörkertal.

Samtidigt ingår diagnoserna hetsättningsstörning och ARFID i DSM-5 som används i Sverige, men denna diagnosmanual är inte så känd utanför psykiatrin.

➔ **Läs mer** om arbetet med den svenska versionen av ICD-11 på [Socialstyrelsens webbplats](#).

Högspecialiserad vård på fem platser – remitteringen kan behöva öka

Sedan december 2023 har följande regioner tillstånd att bedriva viss vård vid svårbehandlade ätstörningar som nationell högspecialiserad vård:

- för vuxna: Västernorrland, Skåne, Stockholm, Uppsala och Västra Götaland
- för barn: Stockholm, Uppsala och Västra Götaland.

För dig som planerar vården är det viktigt att känna till att följande patienter alltid ska remitteras till någon av de nationella högspecialiserade vårdenheterna, enligt Socialstyrelsens beslut:

- patienter med allvarlig ätstörning, med eller utan primär somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet, där flera behandlingsförsök har genomförts med adekvat intensitet utan tillräcklig framgång, varav minst ett har varit dagvård eller heldygnsvård
- patienter med akut medicinsk instabilitet primärt orsakad av en ätstörning, när transport bedöms möjligt och det inte finns möjlighet till adekvat vård i hemregionen.

De nationella högspecialiserade vårdenheterna kan också ge konsultativt stöd till de remitterande verksamheterna.

Ätstörningar

De nationella högspecialiserade vårdenheterna har dock inte fått in förväntat antal remisser under det första året, visar uppföljande dialoger med Socialstyrelsen. Remitteringen behöver sannolikt öka i de flesta regioner.

Socialstyrelsen planerar att följa upp den nationella högspecialiserade vården vid svårbehandlade ätstörningar under våren 2025.

Målet med att koncentrera viss vård är att skapa en jämlik tillgång till högspecialiserad vård, men också att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras, samtidigt som resurserna används effektivt. Det är viktigt att patienter som inte blir hjälpta av den vård som erbjuds i hemregionen får tillgång till vård på en mer specialiserad nivå. Det ökar möjligheten att bryta ett långt sjukdomsförlopp, vilket minskar både lidande och resursåtgång.

→ Läs mer om

- Socialstyrelsens beslut om högspecialiserad vård vid svårbehandlade ätstörningar på Socialstyrelsens webbplats – se sidan [Svårbehandlade ätstörningar](#)
- processen att utse regioner för högspecialiserad vård på Socialstyrelsens webbplats – se sidan [Nationell högspecialiserad vård](#)
- praktiskt arbete och remittering vid svårbehandlade ätstörningar på de aktuella regionernas webbplatser: [Region Västernorrland](#), [Region Skåne](#), [Region Stockholm](#), [Region Uppsala](#) och [Västra Götalandsregionen](#).

Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens 39 rekommendationer till dig som beslutar om resurser. Fördela generellt mer resurser till högt prioriterade insatser än till lågt prioriterade. Prioritet 1 betyder högsta prioritet.

Rekommendationerna presenteras i sju delkapitel:

1. [Kompetensutveckling och expertstöd till personal](#)
2. [Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar](#)
3. [ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning](#)
4. [Anorexi](#)
5. [Hetsättningsstörning](#)
6. [Bulimi](#)
7. [Behandlingshinder och risk för återfall.](#)

Observera: Rekommendationerna är inte tänkta att vara heltäckande, utan gäller ett urval av insatser där vägledningsbehovet är stort. Vi ger till exempel inga rekommendationer om utredning och diagnostik, men som beslutsfattare behöver du säkra resurser även till sådana insatser. De är en grund för fortsatt vård.

Läshjälp: Varje delkapitel består av olika avsnitt med rekommendationer, och varje avsnitt består av fyra eller fem textdelar:

Textdel	Innehåll
Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av området
Rekommendationer	Rekommendationer i prioritetsordning (och id-nummer som även finns i webbilagorna <i>Rekommendationslista i Excelformat</i> och <i>Kunskapsunderlag</i>)
Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna för hälso- och sjukvården, och i vissa fall för tandvården och socialtjänsten
Så utvärderar vi vården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering, när det är aktuellt

→ **Läs mer:**

- I kapitlet [Rekommendationer till dig som ger vård och stöd](#) presenterar vi rekommendationerna med mer stöd för det praktiska arbetet.
- I [bilaga 1](#) finns en översikt av rekommendationerna, med motiveringar till varje rekommendation.
- I [bilaga 2](#) finns en översikt av indikatorerna, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, bilagorna *Kunskapsunderlag*, *Hälsoekonomiskt underlag* och *Metodbeskrivning* samt rapporten *Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar*. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/atstorningar.

Huvudbudskap: Säkerställ vård vid flera typer av ätstörningar

Hälso- och sjukvården behöver erbjuda behandling vid flera olika typer av ätstörningar. Ni behöver ge tillräckliga resurser och organisera vården så att behoven hos alla patientgrupper tillgodoses. De med störst behov ska få företräde, men det får inte innebära att endast de med anorexi prioriteras.

Den specialiserade vården har inte resurser till alla som behöver vård för en ätstörning. Du som beslutar om resurser på övergripande nivå behöver säkerställa att även andra delar av hälso- och sjukvården kan ge behandling vid olika typer av ätstörningar, framför allt vid lindrig och måttlig sjukdom. Redan vid det första vårdmötet kan patienterna behöva få grundläggande insatser, till exempel råd och stöd kring beteenden. Det behövs alltså tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens på olika vårdnivåer – dels behandlarkompetens, dels bred grundkunskap i hela hälso- och sjukvården, tandvården och delar av socialtjänsten. ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning) hos barn kräver också en annan typ av vård än övriga ätstörningar.

Samtidigt behöver vården vid alla typer av ätstörningar bli mer flexibel. Glappet behöver minska mellan öppenvård och heldygnsvård, framför allt vid anorexi. Dessutom behövs individanpassat stöd för personer med svår och långvarig anorexi som inte blivit friska trots flera behandlingsförsök.

Vidare finns vetenskapligt stöd för att ge psykologisk behandling vid bulimi och hetsättningsstörning. Fler med dessa diagnoser behöver därmed få tillgång till sådan behandling. För anorexi bygger rekommendationerna om psykologisk behandling på erfarenhetsbaserad kunskap, eftersom det saknas

tillräckligt starkt vetenskapligt stöd för någon särskild behandlingsform. Valet av behandlingsform behöver utgå från individen och omprövas om behandlingen inte hjälper tillräckligt.

Mer vård innebär ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Men även att personer inte får rätt vård leder till stora kostnader. Tidiga insatser på lämplig vårdnivå minskar risken för att utveckla allvarlig sjukdom.

1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal

I detta delkapitel uppmärksammar vi det stora behovet av att öka de grundläggande kunskaperna om olika ätstörningar i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Socialstyrelsen ser även att personal i dessa verksamheter behöver kunna vända sig till experter för att få råd om personer med en misstänkt eller fastställd ätstörning.

Öka kunskapen om olika ätstörningar

Många med en ätstörning får inte vård idag. En orsak är att personal i hälso- och sjukvården generellt inte vet tillräckligt om olika typer av ätstörningar för att upptäcka och hjälpa personerna vidare. Patienternas första vårdkontakt är ofta med verksamheter där kunskaperna på området generellt är för låga, exempelvis barnhälsovården, elevhälsan, studenthälsan och vårdcentraler. Den som har en ätstörning kan också uppleva skuld och skam kring sitt beteende, eller ha någon annan sjukdom eller andra problem som försvårar upptäckt och diagnos.

Personal i hela hälso- och sjukvården och tandvården behöver grundläggande kunskap om ätstörningar hos barn och vuxna. Även personal i socialtjänsten kan behöva ökad kunskap om behovet av stöd, för att lättare utföra sitt arbete. Vilken kunskap som behövs beror på var personalen arbetar – se rutan [Exempel på relevant kompetensutveckling](#). Det handlar dock inte om att utbilda personal i specifika behandlingsmetoder, som exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT).

Rekommendation om kompetensutveckling

Till hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten

Id	För personal i ...	Rekommendation	Prioritet
01	hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten	Säkerställ att personalen får kompetensutveckling om olika ätstörningar.	2

Exempel på relevant kompetensutveckling

I följande verksamheter behövs kunskap om till exempel bemötande av personer med en misstänkt ätstörning, symtom vid olika ätstörningar samt olika behandlingsalternativ och remissvägar:

- vårdcentraler
- mödrahälsovården
- barnvårdscentraler
- barn- och ungdomsmedicinska verksamheter
- elevhälsan och ungdomsmottagningar
- studenthälsan
- den specialiserade psykiatrin
- andra delar av den specialiserade hälso- och sjukvården, till exempel där man utreder problem med tillväxt, övervikt, mage och tarm⁴
- tandvården.

Personal på **vårdcentraler** kan dessutom behöva kunna erbjuda vissa lämpliga insatser själva.

I **barnhälsovården** behövs också kunskap om symtom på ARFID.

I **socialtjänsten** behövs framför allt kunskap om vilka stödbehov och funktionsnedsättningar som ätstörningar kan ge.



Så har vi prioriterat

Grundläggande kunskap om olika ätstörningar är en förutsättning för att personal i olika delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten ska kunna bidra till att personer med en ätstörning får rätt vård och stöd. Bättre kunskap om symtom och bemötande kan leda till att fler personer med en ätstörning upptäcks och får rätt insatser, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Tidiga insatser kan minska lidande och förebygga allvarlig sjukdom. Det gör kompetensutveckling till en högt prioriterad insats.

⁴ Exempelvis mottagningar för barn- och ungdomsmedicin, barnendokrinologi, obesitas, övervikt och gastroenterologi.



Så påverkas hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten

Många medarbetare i olika delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten behöver få kompetensutveckling. För de allra flesta handlar det dock om en begränsad, inte särskilt dyr insats.

Din region eller kommun behöver förmodligen lägga resurser på att se över den allmänna kunskapsnivån om ätstörningar, och planera för olika typer av kompetenshöjning för olika yrkesgrupper och delar av vården (se rutan [Exempel på relevant kompetensutveckling](#)).

Gör det möjligt att konsultera experter på ätstörningar

När personal i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten möter personer med en misstänkt eller fastställd ätstörning kan de behöva rådgöra med någon som har mer expertis, exempelvis någon i den specialiserade ätstörningsvården i psykiatri⁵. Experten kan då ge konsultativt stöd. Det handlar inte om att delta vid patientmöten, utan om att svara på frågor och ge råd, till exempel över telefon. Personerna som konsulteras bör ha goda kunskaper om diagnoserna, bemötande och behandlingar. Insatsen förutsätter att den övriga hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten vet att och hur de kan konsultera experter på ätstörningar.

Rekommendation om konsultation

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	För personal i ...	Rekommendation	Prioritet
O2	hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten	Säkerställ att personalen kan få rådgöra med ätstörningskunnig personal i exempelvis psykiatri om personer med ätstörning eller misstänkt ätstörning.	4



Så har vi prioriterat

Stöd och samarbete främjar en helhetssyn i vårdkedjan, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Fler personer med en ätstörning upptäcks och får rätt insatser om personal utanför den specialiserade ätstörningsvården kan få enklare råd och stöd därifrån. Det kan i sin tur leda till att fler patienter får behandling på lämplig vårdnivå, och att rätt personer remitteras vidare. Konsultationen har därför hög prioritet, men inte lika hög som

⁵ Även nationell högspecialiserad vård, vid svårbehandlade ätstörningar.

kompetensutveckling, eftersom kompetensutvecklingen är en förutsättning för rätt vård och stöd.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Alla som har en ätstörning behöver inte få specialistvård. Din region behöver se till att det finns förutsättningar för att ge vård och stöd på olika vårdnivåer, så att patienterna inte remitteras i onödan. Det kan också underlätta för personal som handlägger eller ger stödinsatser i till exempel socialtjänsten.

Det är viktigt att ledningen signalerar nyttan av att ge tillgång till experter att rådgöra med. Din region behöver se till att det finns specialiserad personal tillgänglig för konsultation. Både regioner och kommuner behöver dessutom säkerställa att den personal som kan behöva råd har kännedom om kontaktvägar och kontakttider.

2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar

Personer med en ätstörning behöver ofta hjälp från flera yrkesgrupper i olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Dessa behöver se till att personerna får det stöd de behöver och en god och sammanhållen vård. I detta delkapitel uppmärksammar vi särskilt

- ungdomar som ska gå över från barnsjukvård till vuxensjukvård
- personer med en ätstörning som också behöver vård för obesitas⁶
- personer med en ätstörning som behöver stöd för att klara sitt dagliga liv
- munhälsan hos personer med en ätstörning
- ungdomar med kroppsmisshälsa och risk att utveckla en ätstörning
- närstående⁷ till personer med en ätstörning.

Rekommendationerna gäller för flera typer av ätstörningar, exempelvis ARFID, anorexi, hetsättningsstörning, bulimi och självrensning.

Både vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ska arbeta systematiskt med verksamhetens kvalitet.⁸ Rekommendationerna i detta delkapitel pekar på några viktiga, konkreta åtgärder för att skapa en mer sammanhållen vård och ett bra stöd för personer med en ätstörning.

⁶ Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande.

⁷ En närstående är någon som personen med en ätstörning anser sig ha en nära relation till. Det kan till exempel vara en anhörig: någon inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. Begreppen närstående och anhörig finns definierade i [Socialstyrelsens termbank](#), men observera att termerna inte används konsekvent i lagtexter och inom olika områden.

⁸ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Det är vanligt att patienter med en ätstörning fyller 18 år under behandlingstiden. I de flesta regioner flyttas då ansvaret över från barnsjukvården till vuxensjukvården. Det kan vara påfrestande för både patienten och närstående att byta läkare, vårdteam och ofta även behandlingsmetod i en utmanande period i livet.

Hälso- och sjukvården behöver ha ett strukturerat arbetssätt för övergången, som inkluderar rutiner, samarbete, fungerande informationsöverföring och vid behov samverkansmöten. Patienten bör få stöd i denna övergångsperiod, utifrån individuella behov. Syftet är en obruten vårdkedja, utan oönskad paus i behandlingen.

Rekommendation om övergången vid 18 år

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med en ätstörning som ...	Rekommendation	Prioritet
07	ska fylla 18 år	Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.	2

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har tagit fram ett implementeringsstöd för regionernas arbete vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/atstorningar.



Så har vi prioriterat

En sömlös övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård ger bättre förutsättningar för att förbereda patienten och närstående på det fortsatta behandlingssupplägget, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det minskar risken för ett behandlingsslapp i en utmanande period när patienten kan behöva balansera krav på ansvarstagande och självständighet, och kan minska risken att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången.

Det finns en stor variation i hälsotillståndet hos personer med en ätstörning som närmar sig 18 år, eftersom det rör sig om olika sjukdomar med varierande svårighetsgrader. Men generellt bedöms svårighetsgraden som stor, vilket bidrar till att det rekommenderade arbetssättet har hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver införa ett strukturerat arbetssätt för övergången mellan barnsjukvård och vuxensjukvård, om ni inte har åldersövergripande enheter

eller redan arbetar på ett sätt som fungerar bra för patienter med en ätstörning som närmar sig 18 år:

- Säkerställ att vårdpersonalen har bra förutsättningar för att samverka samt planera och genomföra övergången. Det inkluderar tydliga signaler från ledningen om fördelarna med en välfungerande övergång.
- Säkerställ att det inte finns några hinder i samband med övergången, som kan orsaka en oönskad paus i behandlingen eller att den avslutas i förtid.
- Säkerställ att regionens vårdkedja ger möjlighet till individanpassningar och flexibilitet. Det kan handla om att undantagsvis låta någon stanna kvar i barnsjukvården även efter 18-årsdagen, eller gå över tidigare till vuxensjukvården om det finns goda skäl till det.

Detta arbetssätt är användbart också om ni har en annan åldersgräns än 18 år för övergången till vuxensjukvård i regionen.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram ett mått för att följa upp övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård. Med det mäter vi

- andelen patienter med ätstörning i den specialiserade psykiatri för ungdomar, som efter 18 års ålder har fortsatt pågående behandling i den specialiserade psykiatri för vuxna (centralt mått O7).

→ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Samverka vid ätstörning och obesitas

En del med obesitas har samtidigt en ätstörning. Obesitas kan ibland också bli följd av en ätstörning, eller drabba personer som tidigare har haft en ätstörning.

Verksamheter som ger vård vid ätstörningar respektive obesitas behöver samverka för att ge en personcentrerad vård till patienter med båda sjukdomarna, när patienterna önskar det. Det kan innebära att verksamheterna tillsammans planerar vilka behandlingar de ska erbjuda och att de konsulterar varandra vid behov. Patienter med obesitas som tidigare i livet haft en ätstörning kan till exempel behöva anpassningar i behandlingen.

Det behövs rutiner och arbetsformer för hur samarbetet ska gå till, så att det är tydligt vem som har ansvar för patientens vård.

Rekommendation vid ätstörning och obesitas

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med en ätstörning som ...	Rekommendation	Prioritet
O16	har obesitas	Säkerställ samverkan mellan verksamheter som ger vård vid ätstörningar respektive obesitas.	3

→ **Läs mer** om obesitasvård i [Socialstyrelsens nationella riktlinjer om obesitas](#) [7].



Så har vi prioriterat

Samverkan mellan dem som ger vård vid ätstörningar och vård vid obesitas ger ett ökat kunskapsutbyte och en helhetssyn i hälso- och sjukvården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. För personer med både en ätstörning och obesitas kan detta leda till ett bättre bemötande, vårdinsatser i rätt tid och ett aktivt samarbete mellan vårdgivarna under behandlingen. De aktuella patienterna har generellt ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad, och arbetssättet har därför hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Om din region saknar en effektiv samverkan kring patienter med både en ätstörning och obesitas, behöver ni se över och anpassa era arbetssätt tillsammans med berörda vårdgivare:

- Säkerställ en vård med patienten i centrum, för att ge rätt insatser vid rätt tidpunkt för respektive sjukdom.
- Säkerställ att de som får insatser och deras närstående inte själva behöver ta ett samordningsansvar.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp rekommendationen vid ätstörning i kombination med obesitas. Med den mäter vi

- andelen personer med pågående vård för ätstörning som samtidigt genomgår behandling för obesitas (indikator O16).

→ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Säkerställ stöd för att klara det dagliga livet

En del personer med en ätstörning har svårt att självständigt klara sitt dagliga liv. Det kan bero på en funktionsnedsättning, en svår

familjesituation eller annat som hindrar till exempel en fungerande måltidsstruktur. Om dessa personer inte får särskilt stöd är risken stor att behandlingen inte får önskad effekt. Det kan också gälla ungdomar som inte bor med sina vårdnadshavare.

Verksamheter som ger vård vid ätstörningar behöver rutinmässigt samverka med andra verksamheter i hälso- och sjukvården och socialtjänsten som erbjuder stödinsatser. Personerna kan behöva stöd både inför och under en ätstörningsbehandling. Det kan också vara aktuellt vid vårdplaneringen när behandlingen avslutas.

Stödinsatserna behöver vara anpassade till individens behov. Det kan bland annat vara

- stöd från socialtjänsten, exempelvis i form av boendestöd eller familjestöd
- stöd från habiliteringen, exempelvis från arbetsterapeuter och logoped
- stöd från kommunal hälso- och sjukvård eller regional primärvård, exempelvis från arbetsterapeuter.

Rekommendation om grundläggande stöd

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	För personer med en ätstörning som ...	Rekommendation	Prioritet
06	behöver särskilt stöd för att klara det dagliga livet	Säkerställ att personerna får grundläggande stöd från exempelvis socialtjänsten eller habiliteringen.	2



Så har vi prioriterat

Personer med en ätstörning som behöver särskilt stöd för att klara det dagliga livet har ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Ett grundläggande stöd från till exempel socialtjänsten eller habiliteringen är en förutsättning för att dessa personer ska kunna delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Rekommendationen om grundläggande stöd har därför hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Din region eller kommun behöver se till att det finns en etablerad samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter och socialtjänsten, kring de aktuella personerna med en ätstörning. Ni behöver till exempel

- säkerställa att personerna får tillgång till både psykologisk behandling och till habilitering och annat stöd efter behov, även om dessa insatser görs i olika verksamheter

- säkerställa att personerna eller närstående får rätt information om möjligt stöd från exempelvis socialtjänsten (vilket förutsätter tillräcklig kunskap om sådant stöd hos vårdpersonal som ger ätstörningsbehandling)
- säkerställa att personal i socialtjänsten får information från vårdpersonal om vilka behov och funktionsnedsättningar som kan vara aktuella, så att de kan ge ett individanpassat stöd
- avsätta tid för dialog mellan verksamheter och förbereda samordnad individuell plan (SIP)⁹.

I socialtjänsten behöver handläggare och annan personal ha kunskap om vilket stöd som kan behövas vid olika typer av ätstörningar. Din kommun kan behöva avsätta mer resurser till stöd i vardagen för personer med en ätstörning. Det är svårt att bedöma om alla som behöver stödet får det i tillräcklig omfattning idag.

Ibland behövs en vård- och stödsamordnare, även kallad case manager, koordinatorstöd eller liknande. Din kommun eller region kan behöva avsätta mer resurser för detta, om tillgången inte är tillräcklig idag. Förutsättningarna skiljer sig över landet, och ni kan behöva diskutera om det är kommunen eller regionen som ska erbjuda vård- och stödsamordnare.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Socialstyrelsen har tagit fram ett mått för att följa upp rekommendationen om grundläggande stöd. Med det mäter vi

- andelen personer med ätstörningsdiagnos där socialtjänsten och habiliteringen erbjuder insatser i samverkan (centralt mått O6).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Uppmärksamma munhälsan

Personer med en ätstörning kan få problem med munhälsan, till exempel muntorrhet, karies och skador i tandemaljen [8]. Problemen kan bero på att de kräks på grund av sin ätstörning. Andra orsaker kan vara ensidig kost, undernäring, vitaminbrist eller läkemedelsbehandling. Det är en enkel insats för hälso- och sjukvårdspersonal att prata med patienten om dessa konsekvenser och om vilka tandvårdsstöd som finns.

⁹ Se 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (SoL) och 16 kap. 4 § HSL.

Rekommendation om munhälsa

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med en ätstörning som är ...	Rekommendation	Prioritet
O8	barn och vuxna	Uppmärksamma patienternas munhälsa vid besök i hälso- och sjukvården, och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov.	5



Så har vi prioriterat

Om vårdpersonal uppmärksammar munhälsan hos personer med en ätstörning kan det leda till att fler besöker tandvården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan ge förbättrad munhälsa, snabbare insatser från tandvården och minskad risk att ätstörningen orsakar skador eller ohälsa i munnen. Insatsen bedöms vara enkel att införa, och tidiga insatser kan ge hälsovinster. Hälsotillståndet hos personer med en ätstörning har generellt en måttlig till stor svårighetsgrad, och arbetssättet har relativt hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården och tandvården

Din region behöver se över om det finns en etablerad dialog och samverkan mellan de verksamheter som ger vård vid ätstörningar och tandvården. Idag finns detta bara i ett fåtal regioner.

Det krävs inga nya resurser för att uppmärksamma patienter med en ätstörning på sin munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök. Tandvården kan dock behöva avsätta resurser för att utbilda och ge råd om munhälsa till patienter med en ätstörning, och ta fram behandlingsplaner kring behov.

Överväg förebyggande arbete om kroppsideal

Tonåren är en känslig tid när det gäller självbild och självkänsla. Under denna tid finns en risk att utveckla en ohälsosam relation till mat, vikt och kropp. Hälso- och sjukvården kan erbjuda eller medverka i förebyggande interventionsprogram som ungdomar själva kan anmäla sig till. De får då träna på att gå emot osunda skönhets- och kroppsideal på olika sätt. Det handlar alltså inte om att informera ungdomar om ätstörningar, utan om att främja sunda kroppsideal.

Förebyggande interventionsprogram kan ordnas av flera olika aktörer efter att den berörda personalen fått en kortare utbildning. I hälso- och sjukvården kan det exempelvis vara personal i elevhälsan, på en ungdomsmottagning eller på en vårdcentral. Insatsen kan genomföras både digitalt och fysiskt.

Rekommendation om förebyggande insats

Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
O3	ungdomar (från 15 år*) med kroppsmissnöje, som löper risk att utveckla ätstörning	Överväg att ordna eller medverka i dissonansbaserade interventionsprogram (förebyggande arbete om kroppsideal).	6

*Det är denna åldersgrupp som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.



Så har vi prioriterat

För ungdomar som är missnöjda med sina kroppar kan ett förebyggande interventionsprogram minska risken att insjukna i en ätstörning. Insatsen kan ge en bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med exempelvis skrivterapi eller ingen insats alls. Det vetenskapliga stödet är svagt, men de studier som finns tyder på att det är positivt med förebyggande arbete om kroppsideal i form av så kallade dissonansbaserade interventionsprogram. Det är angeläget att förebygga ätstörningar, men det är oklart om dissonansbaserade interventionsprogram är bättre än andra förebyggande program.

Det finns en stor variation i gruppen, eftersom den består av alla ungdomar med kroppsmissnöje. Därför bedöms hälsotillståndets svårighetsgrad som måttlig till stor. Detta sänker rekommendationens prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region eller kommun behöver se över hur personal i hälso- och sjukvården kan arbeta när en ungdom ger uttryck för kroppsmissnöje. Personal i exempelvis elevhälsan eller på ungdomsmottagningar kan gå en kort utbildning om att arbeta dissonansbaserat i ett förebyggande arbete om kroppsideal. Ni kan också samarbeta med organisationer utanför hälso- och sjukvården som erbjuder dissonansbaserade interventionsprogram.

Vidare behöver ni säkerställa att det finns ett fungerande samarbete mellan elevhälsan, ungdomsmottagningar och barn- och ungdomspsykiatri, så att ungdomar kan få tillgång till en förebyggande insats vid behov.

Att lägga resurser på denna förebyggande insats kan ge samhällsekonomiska besparingar på sikt, om färre ungdomar utvecklar ätstörningar som inkluderar ett kroppsmissnöje, till exempel anorexi och bulimi.

Överväg att ge eget stöd till närstående

Närstående till personer med en ätstörning kan behöva eget stöd för att orka stötta den sjuka, till exempel enklare råd och samtalsstöd. Förväxla dock inte detta egna stöd med de råd som de närstående får när de deltar i familje-

baserad terapi (se rekommendationerna om familjebaserad terapi vid anorexi och bulimi nedan).

Rekommendation om närståendestöd

Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
O5	närstående till en person med en ätstörning, som behöver eget stöd	Överväg att ge råd och stöd individuellt eller i grupp med andra närstående.	7



Så har vi prioriterat

Närståendes behov av stöd varierar, men för dem som behöver stöd är det viktigt att kunna få det. Det är också fråga om en ganska begränsad insats från hälso- och sjukvården, både i omfattning och innehåll.

Generellt har närstående ett hälsotillstånd med en måttlig svårighetsgrad. Socialstyrelsens princip är då att ge insatsen högst prioritet 5. Insatsen kan öka den närståendes förmåga att stödja personen med en ätstörning, men effekten på den egna hälsan är osäker, enligt forskningen. Detta sänker prioriteten ytterligare.

Närståendestöd behöver inte ges i hälso- och sjukvården, utan kan även erbjudas av exempelvis socialtjänsten eller patientföreningar. För en del närstående kan det dock vara en fördel att den som ger stödet har inblick i den aktuella behandlingen av den som har ätstörningen.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver se över era möjligheter och resurser för att erbjuda närståendestöd i hälso- och sjukvårdens regi. Ni behöver också se över hur ni bedömer vilka närstående som har mest nytta av ett begränsat stöd.

Samarbeta gärna med aktörer utanför hälso- och sjukvården som ger närståendestöd, till exempel socialtjänsten eller patientföreningar.

3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning) är fortfarande en ganska okänd diagnos – både i hälso- och sjukvården och hos allmänheten. Många regioner saknar också ett etablerat arbetssätt och vårdflöde för ätstörningen. I detta delkapitel lyfter vi fram vikten av vårdstruktur och några olika behandlingar vid ARFID, för både barn och vuxna.

Personer med ARFID äter mycket begränsat, ofta både vad gäller mängd och variation. Det leder till näringsbrist, undervikt eller social begränsning. Barn med ARFID har ofta problem med tillväxten. Begränsningen har dock ingen koppling till negativa tankar om vikt eller kroppsform. Det handlar istället om att personen till exempel saknar driv att äta, känner ett starkt obehag inför matens egenskaper eller är mycket rädd för att sätta i halsen.

Symtom på ARFID kan visa sig tidigt i livet, och ARFID utvecklas ofta före 6 års ålder.

Fördela ansvaret för vården tydligt

Det finns idag begränsad kunskap om ARFID i hälso- och sjukvården, och i vissa regioner erbjuds personer med ARFID inte någon vård. Det är ofta otydligt vem som ska identifiera och sedan behandla ätstörningen. Personerna kan till exempel upptäckas i barnhälsovården, i skolhälsovården och på vårdcentralerna. Men om det saknas kompetens riskerar problematiken att inte fångas upp eller att misstolkas.

Ofta behövs insatser från flera delar av hälso- och sjukvården, eftersom symtomen varierar mycket. Berörda verksamheter behöver samarbeta nära för att ge patienten en sammanhållen vård.¹⁰ För detta behövs en vårdstruktur med gemensamma rutiner, planering och en fungerande informationsöverföring. I vissa fall kan även stöd från socialtjänsten behövas. Det behöver vara klart och tydligt vilken enhet som har det samordnande ansvaret för personer med ARFID.

Rekommendation om ansvarsfördelning vid ARFID

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ARFID som är ...	Rekommendation	Prioritet
AR1	barn och vuxna	Säkerställ en tydlig vårdstruktur, genom att utveckla rutiner för samarbete och tydliggöra ansvarsfördelningen.	3



Så har vi prioriterat

ARFID är en heterogen diagnos med varierande symtom, som förekommer i alla åldrar – från små barn till vuxna. Hälsotillståndet har generellt en stor svårighetsgrad. Det är angeläget att hälso- och sjukvården kan identifiera och behandla dem som behöver vård, och rekommendationen om tydlig vårdstruktur och ansvarsfördelning har därför hög prioritet.

¹⁰ Se 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

En tydlig vårdstruktur ger förutsättningar för att kunna ge vård till små barn, ungdomar och vuxna som vårdpersonal idag ofta känner sig osäkra inför. En tydlig vårdstruktur kan också bidra till en mer sammanhållen och god vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Behovet av samarbete är särskilt stort med tanke på att patientgruppen kan ha komplexa svårigheter, ofta med både fysiska och psykiatriska följder. De kan behöva vård och stöd från flera delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver se över er organisation och bemanning för att säkerställa att ni kan ge vård till personer i alla åldrar med ARFID. De flesta regioner saknar en tydlig struktur för detta idag. Exempel på vad ni kan behöva göra:

- Identifiera vilka verksamheter som berörs för barn, ungdomar och vuxna. ARFID kan upptäckas i exempelvis barnhälsovården eller på en vårdcentral, men även på enheter för mag- och tarmsjukdomar eller endokrina sjukdomar, eftersom vanliga symtom är problem med tillväxt eller mage och tarm.
- Tydliggör vem som har det samordnande ansvaret för patienten.
- Säkerställ tillgång till rätt kompetenser, exempelvis psykologer, arbetsterapeuter, logopedier, dietister och barndietister – som har utbildning om ARFID.
- Se över samverkan mellan barnmedicinska kliniker och barn- och ungdomspsykiatri vid samsjuklighet hos barn.
- Se över samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri vid samsjuklighet hos vuxna.

Erbjud ätträning eller anpassad KBT

Målet med ARFID-behandling är att patienten ska äta en mer normal mängd, mer varierat och mer näringsrikt, och på så vis må och fungera bättre. För barn är målet även att de ska växa normalt. Vilka behandlingsmetoder som är aktuella beror främst på ålder och förmåga. Behandlingen behöver vara individanpassad eftersom symtomen kan variera mycket.

Ätträning vid ARFID är en specifik metod som innebär att barnet och familjen genomför måltider med stöd av vårdpersonal, i en miljö som har anpassats för det. Personalen observerar vad som orsakar obehag hos barnet. De identifierar också vad barnet faktiskt äter och tycker om, och tar vara på det i behandlingen. Barnet får stegvis bekanta sig med mat som tidigare inte har fungerat. Denna behandling förutsätter ett nära samarbete med familjen, som också får utbildning i hur de ska fortsätta träna hemma.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för ARFID fokuserar på att personen ska kunna hantera och övervinna rädslor och obehag kopplat till mat. Familjen är ofta delaktig i behandlingen.

Rekommendationer om behandling av ARFID

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ARFID som är ...	Rekommendation	Prioritet
AR3	barn	Erbjud ätträning där barnet exponeras för och får träna på att äta fler livsmedel. Inkludera närstående i behandlingen.	4
AR5	barn från 10 år eller vuxna	Erbjud KBT anpassad för ARFID.	4
AR4	barn	Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud familjebaserad terapi anpassad för ARFID.	FoU



Så har vi prioriterat

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder både ätträning med exponering och KBT anpassad för ARFID till betydligt mindre symtom och ett mer normalt ätande för de aktuella patientgrupperna: barn i alla åldrar respektive ungdomar och vuxna. KBT anpassad för ARFID kan inkludera familjen, och kan därmed även erbjudas till barn från 10 år, om barnet har förmåga att ta till sig behandlingen.

Båda insatserna har hög prioritet eftersom ARFID har en stor svårighetsgrad. För barn kan utebliven behandling påverka både den kognitiva och den kroppsliga utvecklingen. Diagnosen inkluderar barn med långvarig näringsbrist och därmed ett stort behov av vård. Det finns dock stora variationer inom patientgruppen, och ätträning med exponering passar främst de barn med ARFID som till exempel har hög känslighet i munnen för vissa livsmedel eller starka obehag kopplade till mat. Den höga prioriteten för ätträning med exponering beror även på att det saknas andra insatser vi kan rekommendera för små barn.

Vidare saknas tillräckligt vetenskapligt stöd för behandling av barn med familjebaserad terapi anpassad för ARFID, men studier pågår. Socialstyrelsen rekommenderar därför sådan behandling inom ramen för forskning och utveckling.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver se till att ni har verksamheter där barn kan ätträna med familjen i hälso- och sjukvårdens regi. För yngre barn behöver oftast hela familjen delta.

Sannolikt behöver ni också utbilda mer personal i den typ av KBT som är anpassad för ARFID. Ni behöver se till att det finns resurser för att behandla ARFID i de verksamheter där det är aktuellt.

Det behövs särskild kompetens för att behandla och bemöta personer med hög känslighet i munnen som begränsar ätandet. Ofta har logopederna sådan kompetens. Säkerställ att den finns tillgänglig i vården vid ARFID.

Vidare pågår mycket forskning om behandling av ARFID. Regionerna behöver därför vara uppmärksamma på kunskapsutvecklingen och även bidra till den.

→ **Läs mer:** Se även rekommendationen om kompetensutveckling i delkapitlet [Kompetensutveckling och expertstöd till personal](#).

Arbeta multiprofessionellt vid omfattande ättsvårigheter

Personer med ARFID och omfattande ättsvårigheter behöver ofta hjälp från olika delar av hälso- och sjukvården, och ibland från socialtjänsten. För att vården ska fungera bra behöver olika yrkesgrupper och verksamheter samarbeta kring individen och ha ett helhetsperspektiv. Variationen av symtom gör att det ofta behövs olika typer av insatser.

Ett **multiprofessionellt arbetssätt** underlättar exempelvis utredningar och bedömningar som kräver flera perspektiv och kompetenser. Det kan också bidra till bättre kontinuitet för patienterna.

Alla yrkesgrupper behöver inte finnas på samma enhet eller ens träffa patienten, utan en del kan konsulteras vid behov. För att det multiprofessionella arbetssättet ska fungera krävs ett välfungerande samarbete mellan exempelvis läkare, logoped, dietist, psykolog och sjuksköterska.

Rekommendation vid omfattande ättsvårigheter

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ARFID som har ...	Rekommendation	Prioritet
AR2	omfattande ättsvårigheter	Använd ett multiprofessionellt arbetssätt.	2



Så har vi prioriterat

Ett multiprofessionellt arbetssätt är en förutsättning för att vården ska fungera och vara patientsäker för personer med ARFID och omfattande ättsvårigheter, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Arbetssättet behövs bland annat eftersom ARFID innebär många olika symtom, som kan kräva flera typer av insatser från olika yrkesgrupper och vårdenheter. Den höga prioriteten beror till stor del på att personer med ARFID och omfattande ättsvårigheter har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver säkerställa att ni kan erbjuda samtidiga insatser från olika yrkesgrupper till i princip alla patienter med ARFID och omfattande ättsvårigheter – såväl medicinskt som socialt och psykologiskt.

Ni behöver också säkerställa att de som arbetar med ARFID-patienterna är specialiserade efter patienternas ålder, exempelvis barnläkare och barndietister respektive läkare och dietister för vuxna.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp vården av personer med ARFID och omfattande ättsvårigheter. Med den mäter vi

- andelen verksamheter som utreder och behandlar personer med ARFID som har ett uttalat multiprofessionellt arbetssätt för personer med ARFID (indikator AR2).

Idag hämtar vi dessa uppgifter från enkäter, men på sikt är det tänkt att indikatorn ska kunna följas via hälsodataregister.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

4. Anorexi

I detta delkapitel ger Socialstyrelsen rekommendationer om några utvalda behandlingar vid anorexi (anorexia nervosa) hos både barn och vuxna. Flera rekommendationer gäller även vid atypisk anorexi, där patienten har gått ner mycket i vikt men inte är underviktig. Rekommendationerna handlar dels om psykologisk grundbehandling, dels om insatser för personer som behöver mer intensivt eller alternativt stöd. Ofta behövs ytterligare vård och stöd utifrån individens situation, såväl psykiatriskt som somatiskt. Det kan exempelvis handla om nutritionsbehandling. Alla insatser behöver samordnas.

Personer med anorexi äter mindre än de behöver, och har gått ner mycket i vikt. Många har en intensiv rädsla för att äta och gå upp i vikt, och självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikten eller kroppens form. Både självsvält och överdriven fysisk aktivitet eller träning är vanligt, men det varierar. Många mår psykiskt dåligt, och det är vanligt att samtidigt ha ångest eller depression.

Personer med anorexi riskerar allvarliga medicinska konsekvenser. Sjukdomen kan bli både livshotande och mycket långvarig. Till exempel påverkas hormonsystemet, hjärtfunktionen, cirkulationen och njurfunktionen. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls, lågt blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Det finns dock en stor variation i gruppen.

Många med anorexi har dålig sjukdomsinsikt, och kan inte inse riskerna med sin låga vikt. De har ofta svårt att motivera sig till behandling och våga arbeta med förändring. Detta kan leda till att behandlingen inte ger önskad effekt eller att patienten avbryter den.

En del har ett allvarligt svälttillstånd under lång tid. I hälso- och sjukvården brukar man tala om *svår och långvarig anorexi* när någon har haft diagnosen anorexi under flera år och är fortsatt svårt sjuk trots flera behandlingsförsök.

Erbjud psykologisk behandling

Vid anorexi behövs flera typer av insatser, bland annat psykologisk behandling. Vuxna med anorexi behandlas vanligen med **kognitiv beteendeterapi (KBT)**, medan barn och unga oftast får någon form av **familjebaserad terapi**. Socialstyrelsen rekommenderar KBT som är specifikt utformad för ätstörningar, till exempel KBT-E. Den fokuserar på att påverka de beteenden som vidmakthåller ätstörningen. För ungdomar bör närstående delta i behandlingen, när det är möjligt. Den familjebaserade terapin innebär att familjen deltar aktivt i behandlingen, och det är viktigt att den följer en särskild manual.

Åldern är inte helt avgörande för valet av psykologisk behandling, utan man bör utgå från individens förutsättningar och familjesituation. Ätstörningsanpassad KBT kan vara lämplig även för ungdomar. Vissa patienter kan också behöva fortsätta med familjebaserad terapi efter 18-årsdagen – det finns till exempel åldersanpassad familjebaserad terapi för unga vuxna.

Det händer att patienter med anorexi får **SSRI-läkemedel** utan att samtidigt ha en annan diagnos som motiverar det. Vi har därför valt att inkludera en rekommendation om SSRI-läkemedel som tillägg till psykologisk behandling i riktlinjerna, för att ge vägledning och belysa forskningsläget.

I övrigt lyfter vi enbart fram ett urval av möjliga insatser. Komplexiteten vid anorexi innebär dock att hälso- och sjukvården behöver kunna erbjuda även andra insatser utifrån varje patients behov. Insatserna behöver då samordnas.

Rekommendationer om behandling av anorexi

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med anorexi och atypisk anorexi som är ...	Rekommendation	Prioritet
AN2	barn eller ungdomar	Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.	3
AN3.2	ungdomar (13–17 år)	Erbjud ätstörningsanpassad KBT, om det är lämpligt utifrån förmåga och familjesituation.	3
AN4	vuxna	Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	3
AN3.1	unga vuxna (18–25 år)	Erbjud åldersanpassad familjebaserad terapi enligt manual, om det är lämpligt utifrån familjesituationen.	5
AN1	ungdomar eller vuxna	Överväg efter en individuell bedömning att lägga till utökat motiverande inslag i behandlingen i form av motiverande samtal (MI) eller motivational enhancement therapy (MET), om den valda behandlingen inte gett tillräcklig effekt.	9
AN8	vuxna	I undantagsfall: Överväg tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel om andra insatser inte har haft effekt.	10



Så har vi prioriterat

Personer med anorexi har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad.

Vid behandling av barn och ungdomar har familjebaserad terapi enligt manual hög prioritet, eftersom den leder till att fler barn och ungdomar med anorexi tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Vårdnadshavare är en viktig resurs och vanligen en förutsättning för att barnet ska klara ätandet i sin vardag. Därmed finns stora fördelar med en behandlingsmetod där vårdnadshavarna deltar aktivt.

För ungdomar är även ätstörningsanpassad KBT ett högt prioriterat behandlingsalternativ. Ätstörningsanpassad KBT kan ge god effekt för dem

som vårdpersonalen bedömer har förmåga att ta till sig behandlingen, är motiverade och har sjukdomsinsikt, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

För vuxna leder ätstörningsanpassad KBT till att symtomen minskar och fler tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden och symptom, även om de ändras över tid.

För en del unga vuxna kan åldersanpassad familjebaserad terapi vara ett alternativ. Den kan ge goda resultat när familjesituationen möjliggör behandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Behandlingsformen kan innebära trygghet och kontinuitet, och underlätta övergången mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri. Den har något lägre prioritet eftersom den bara är aktuell för en del av de unga vuxna.

I många behandlingsprogram är en grundläggande komponent att arbeta med patientens motivation och den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare. Utökat motiverande inslag, i form av MI eller MET, kan vara aktuellt för enskilda patienter, exempelvis om behandlingen i övrigt inte ger tillräcklig effekt. På gruppnivå verkar det dock inte förbättra resultatet av ätstörningsbehandlingen, enligt forskningen. Därför har insatsen låg prioritet.

Behandling med SSRI-läkemedel som tillägg till psykologisk behandling har ingen bevisad effekt på ätstörningssymtomen på gruppnivå, enligt forskningen. Denna tilläggsbehandling har därför mycket låg prioritet. I undantagsfall skulle behandlingen dock kunna övervägas för patienter som inte blivit bättre av psykologisk behandling eller andra insatser.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Anorexi är en svår och komplex sjukdom som är utmanande att behandla, bland annat för att personer med anorexi ofta har en kluven inställning till behandling. Din region kan därför behöva anpassa insatserna mer till individen. Det kan behövas flera typer av insatser parallellt, där den psykologiska behandlingen är en grundkomponent.

Du som arbetar med resursfördelning i en region behöver undersöka hur ert nuläge ser ut. Har ni tillräckligt med personal med kompetens för de rekommenderade psykologiska behandlingarna? Och är den behandling ni erbjuder manualbaserad och anpassad för ätstörningar?

Många unga vuxna med en ätstörning bor kvar hos sina föräldrar, ibland för att ätstörningen gör det svårt att klara sitt dagliga liv på egen hand. Se därför över regionens förmåga att erbjuda dessa unga vuxna en mer individanpassad vård i form av familjebaserad terapi.

Säkerställ också att SSRI-läkemedel inte förskrivs i onödan till personer med anorexi.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp behandling vid anorexi. Med dem mäter vi

- andelen personer under 18 år med anorexia nervosa som fått familjebaserad terapi i den specialiserade psykiatrin (indikator AN2)
- andelen personer mellan 13 och 17 år med anorexia nervosa som fått KBT i den specialiserade psykiatrin (indikator AN3.2)
- andelen vuxna med anorexia nervosa som fått KBT i den specialiserade psykiatrin (indikator AN4).

Alla tre indikatorer baseras på data från Socialstyrelsens olika hälsodataregister. Kvaliteten på dessa data kommer att öka, eftersom patientregistret från 2024 innehåller insatser och diagnoser från de flesta yrkeskategorier i den specialiserade psykiatrin.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Förstärk öppenvården och säkerställ kompetens i heldygnsvården

Det är viktigt att patienter med anorexi får vård på rätt nivå och tillgång till rätt kompetens utifrån sina behov, som ofta är komplexa. Idag får patienterna vård vid besök i öppenvården, och vid behov heldygnsvård. Samtidigt behöver en del intensivare insatser än enbart samtal i öppenvården, men inte nödvändigtvis heldygnsvård. För dem kan **förstärkt öppenvård** vara aktuellt, till exempel i form av dagvård i den specialiserade ätstörningsvården. I de flesta delar av landet saknas dock en vårdform av detta slag.

Öppenvården kan till exempel förstärkas med assisterade måltider, regelbundna medicinska kontroller och ett psykosocialt omhändertagande under dagtid. Det kan vara aktuellt flera dagar i veckan. För barn och unga behöver närstående involveras i vården.

En fördel med förstärkt öppenvård är att exempelvis ungdomar inte behöver skiljas helt från sitt sociala sammanhang, till skillnad från i heldygnsvården. Att träna för ett vanligt socialt liv är viktigt för att tillfriskna – social isolering kan få stora konsekvenser, framför allt för unga.

För dem som ändå behöver **heldygnsvård** är det centralt att säkerställa rätt kompetens hos personalen. Kompetens i bemötande och behandling av

anorexi behövs oavsett var patienten får heldygnsvård: i allmänpsykiatri, på en specialiserad ätstörningsenhet eller i den somatiska vården. Vilken kompetens som krävs skiljer sig åt beroende på verksamhetens uppdrag. Det är också viktigt med en nära dialog mellan personalen i den somatiska och den psykiatriska vården.

De aktuella patienterna har ett tillstånd som är eller kan bli livshotande. Sjukdomen innebär ofta att patienten är kluven mellan att vilja och inte vilja få vård. Kompetens om bemötande och behandling kan då spela stor roll för att patienten inte ska försämrats. Personalen behöver förstå sjukdomens komplexitet och stora påverkan på både den fysiska och den psykiska hälsan.

Rekommendationer om förstärkt öppenvård och kompetens i heldygnsvården

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med anorexi som ...	Rekommendation	Prioritet
AN11	behöver intensifierade insatser	Erbjud förstärkt öppenvård.	2
AN12	är medicinskt instabila eller riskerar att bli det den närmaste tiden	Säkerställ att personal som ger heldygnsvård har kompetens i bemötande och behandling vid anorexi.	2



Så har vi prioriterat

Personer med anorexi har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad, och det är högt prioriterat att både förstärka öppenvården och säkerställa kompetensen i heldygnsvården. Att insatserna inte har prioritet 1 beror på att det saknas tillräckligt forskningsstöd, så rekommendationerna bygger på erfarenhetsbaserad kunskap.

Förstärkt öppenvård kan ge en likvärdig eller bättre effekt för patienter som deltar aktivt i behandlingen, jämfört med om de blivit inlagda för heldygnsvård. Det blir möjligt att bättre anpassa behandlingen till patientens vardag, utan inläggning på sjukhus, och patienten får behålla delar av sitt sociala sammanhang. Dessutom kan patienter som slussas ut från heldygnsvården få möjlighet att stegvis anpassa sig till vardagen. Insatsen bedöms också ge goda effekter i förhållande till kostnaderna, jämfört med heldygnsvård.

De som ändå behöver heldygnsvård får bättre förutsättningar för viktåterhämtning när personalen har kompetens i bemötande och behandling vid anorexi. Behandlingen kan då bli effektivare, både när det gäller stabilisering och tillfrisknande. Både patienten och närstående får också en

större förståelse för ätstörningen och en bättre förmåga att hantera den. Dessutom får patienten bättre förutsättningar att tillgodogöra sig fortsatt vård på en lägre vårdnivå.



Så påverkas hälso- och sjukvården

En förstärkt öppenvård kommer att öka hälso- och sjukvårdens kostnader på kort sikt. På längre sikt ger den dock besparingar, eftersom öppenvården då kan ta hand om en del av de patienter som annars hade behövt dyrare heldygnsvård.

Många regioner har förstärkt sin psykiatriska öppenvård de senaste åren. Det kallas exempelvis mobila team, förstärkt öppenvård, dagvård eller intensiv öppenvård [9]. Regionerna behöver säkerställa att denna verksamhet även omfattar personer med anorexi och att det finns rätt kompetens för att stödja patienterna.

Om din region ännu inte erbjuder förstärkt öppenvård behöver ni införa det, för såväl barn och ungdomar som vuxna. Ni kan då behöva avsätta resurser för både lokaler och personal. I mindre vårdenheter kan lösningen vara att ha en flexibilitet och anpassa verksamheten till dem som behöver vård för tillfället. I större vårdenheter kan det passa bättre att ha en särskild verksamhet för förstärkt öppenvård.

Vidare behöver ni ha personal med kompetens för att ge träning i vardagsfärdigheter, till exempel arbetsterapeuter. Patienterna kan behöva träna på att planera sina måltider, handla och äta med andra.

Samtidigt som ni förstärker öppenvården behöver ni fortsatt kunna ge heldygnsvård till dem som behöver omvårdnad och behandling på heltid. Heldygnsvården för patienter med anorexi är organiserad på olika sätt, bland annat på grund av olika stora patientgrupper. En del regioner har särskilda ätstörningsavdelningar, medan andra har ett begränsat antal heldygnsplatser i allmänpsykiatrin. Patienter kan också vara så svårt fysiskt sjuka att de behöver vård på en somatisk avdelning. Oavsett lösning behöver ni

- säkerställa att det ingår i verksamhetens uppdrag att vårda patienter med ätstörningar, och att personalen har förutsättningar att göra det
- kontinuerligt avsätta tid för utbildning och handledning av personalen.

Ni behöver också ha rutiner för dialog mellan patienternas behandlare i öppenvården och heldygnsvården, så att de har gemensamma mål för varje patients ätstörningsbehandling. Dessutom behöver ni främja samverkan mellan den somatiska och den psykiatriska vården kring inlagda patienter med anorexi.

På sikt kan en säkerställd kompetens i heldygnsvården leda till kortare behandlingstider och färre återinläggningar.



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram ett mått för att följa upp förstärkt öppenvård. Med det mäter vi

- andelen personer med anorexia nervosa som fått förstärkt öppenvård i form av assisterad måltid i den specialiserade psykiatrin (centralt mått AN11).

Här har vi valt ut en insats som ofta ingår i förstärkt öppenvård, för att göra området mätbart.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Förbättra livskvaliteten vid svår och långvarig anorexi

Till patientgruppen med svår och långvarig anorexi räknas personer som har haft diagnosen i minst 7 år och är fortsatt mycket sjuka, trots flera behandlingsförsök. De befinner sig i regel i ett svälttillstånd, och har ofta allvarliga medicinska komplikationer och psykiatriska problem.

Rekommendationerna i detta avsnitt gäller patienter som för tillfället inte har förutsättningar att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning. Det kan bero på en kluven inställning till behandling, svåra livsomständigheter eller annat som komplicerar behandlingen under kortare eller längre perioder. I denna situation behöver hälso- och sjukvården arbeta för att patienten inte ska försämras, och om möjligt få en bättre livskvalitet trots sjukdomen. Exempel på insatser är då individanpassat stöd och självvald inläggning.

Ett **individanpassat stöd** kan innebära att patienten är kvar i den specialiserade ätstörningsvården, men att man pausar den psykologiska behandlingen. Man kommer överens om att för tillfället inte fokusera på viktåterhämtning och tillfrisknande, utan på att patienten regelbundet ska komma på kontroller och ha ett stabilt medicinskt tillstånd. Överenskommelsen inkluderar också vad som ska ske vid en försämring. Vidare kan hälso- och sjukvården hjälpa patienten att få stödinsatser som kan bidra till livskvalitet, till exempel en boendestödare från kommunen som hjälper till att få vardagen att fungera, eller en kontaktperson för sociala aktiviteter.

Självvald inläggning bygger på en överenskommelse mellan patienten och hälso- och sjukvården, som ger patienten möjlighet att under vissa förutsättningar själv välja att bli inlagd på en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård.

Rekommendationer vid svår och långvarig anorexi

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med svår och långvarig anorexi ...	Rekommendation	Prioritet
AN9	när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt	Erbjud individanpassat stöd med fokus på livskvalitet.	2
AN10	när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt	Erbjud självvald inläggning som en del av vårdplanen.	5

➔ **Läs mer** om självvald inläggning på [Socialstyrelsens webbplats](#).



Så har vi prioriterat

Personer med svår och långvarig anorexi har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad.

Det är angeläget att ge individanpassat stöd till dessa personer, när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Stödet kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet. Det kan även minska risken för allvarlig försämring och skadliga följder av ätstörningen. Dessutom kan stödet möjliggöra en trygg och förtroendeingivande kontakt med hälso- och sjukvården, och det kan skapa förutsättningar för nya försök till viktåterhämtande behandling i framtiden. Individanpassat stöd har därför hög prioritet.

Insatsen självvald inläggning är en annan möjlighet vid samma hälsotillstånd. Den kan stärka patientens medbestämmande och delaktighet i sin vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Erbjud dock inte självvald inläggning som enda insats, utan enbart som en del av en individanpassad långsiktig vårdplan för vissa patienter. Insatsen har lägre prioritet än övrigt individanpassat stöd, eftersom nyttan är osäker på lång sikt.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver kunna erbjuda stöd även för denna komplexa patientgrupp, parallellt med den ordinarie vården med fokus på att tillfriskna. En förutsättning för en överenskommelse om individuellt stöd är att erfarna och trygga läkare kan balansera de avvaktande insatserna mot risken för ett försämrat hälsotillstånd. Se också till att ni har kompetens för att ge det aktuella stödet, till exempel arbetsterapeuter.

Vid insatsen självvald inläggning behöver ni säkerställa att vårdpersonalen har kompetens för patientgruppen, och att det finns kontinuitet i vården.

5. Hetsättningsstörning

I detta delkapitel rekommenderar Socialstyrelsen behandlingsmetoder för hetsättningsstörning, och även alternativa sätt att erbjuda behandlingen för att nå fler med vård – till exempel självhjälpsprogram med behandlarstöd.

En person med hetsättningsstörning äter återkommande en stor mängd på kort tid. Tidiga symtom kan vara regelbundet överätande, känslomässigt ätande eller ätande trots att man inte är hungrig. Till skillnad från vid bulimi kompenserar personen sällan eller aldrig för sitt ätande genom att exempelvis kräkas. Många med hetsättningsstörning känner stor skam för sitt beteende och lever även med ångest eller depression.

Hetsättningsstörning kan leda till kraftig viktuppgång och obesitas. Det innebär en hög belastning på kroppen och kan få allvarliga följder som diabetes, högt blodtryck och höga blodfetter.

Sjukdomen kan utvecklas vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under de sena tonåren eller i tidigt vuxenliv.

Det är svårt att få hjälp mot hetsättningsstörning i stora delar av landet. Idag får inte alla som behöver det behandling. Det beror främst på begränsade resurser i ätstörningsvården och på att andra patientgrupper prioriteras högre – till exempel patienter med anorexi och bulimi.

Erbjud psykologisk behandling

Personer med hetsättningsstörning kan bli hjälpta av psykologisk behandling.

Ätstörningsanpassad **kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa patienterna att både förändra sitt ätbeteende och hantera känslomässiga problem. Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men insatsen är generellt mycket mindre omfattande än vid anorexi.

Ett alternativ kan vara **interpersonell psykoterapi (IPT)**, som fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer. Även **SSRI-läkemedel** kan vara aktuellt.

Vid sidan av de insatser som rekommenderas i detta avsnitt kan patienterna behöva ytterligare insatser, exempelvis stöd med nutrition eller fysioterapi.

Rekommendationer om behandling av hetsättningsstörning

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med hetsättningsstörning* som är ...	Rekommendation	Prioritet
H4	ungdomar över 15 år eller vuxna	Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	3
H7	ungdomar över 15 år eller vuxna	Erbjud interpersonell psykoterapi (IPT).	4
H3	vuxna	Överväg att erbjuda SSRI-läkemedel.	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.



Så har vi prioriterat

Personer med hetsättningsstörning har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad. Högst prioriterat för dessa patienter är psykologisk behandling i form av ätstörningsanpassad KBT, tätt följt av IPT.

Enligt forskningen leder ätstörningsanpassad KBT troligen till att färre personer hetsäter, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. IPT har en likvärdig effekt som KBT på andelen personer som slutar hetsäta, men det finns mindre klinisk erfarenhet av IPT än av KBT vid behandling av hetsättningsstörning. Därför har IPT något lägre prioritet än KBT.

Behandling med SSRI-läkemedel leder möjligen till att fler slutar hetsäta, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för effekten över längre tid. Därför har psykologisk behandling högre prioritet. Läkemedelsbehandling kan vara aktuellt för vuxna som saknar förutsättningar för psykologisk behandling, eller som inte blir bättre av sådan.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Hetsättningsstörning är vanligare än bulimi, men mycket färre personer med hetsättningsstörning får vård. Din region behöver därför se över ert nuläge, och vad som eventuellt hindrar vård av patientgruppen idag.

Du som ansvarar för verksamheter där hetsättningsstörning behandlas, eller ska kunna behandlas, behöver se till att det finns god kunskap om hälsotillståndet och de psykologiska behandlingsmetoderna. Många regioner saknar kapacitet för att ta emot och behandla personer med hetsättningsstörning:

- Säkerställ att det finns resurser för att behandla personer med hetsättningsstörning.
- Säkerställ att den KBT ni erbjuder är särskilt anpassad för ätstörningar.
- Säkerställ att ni kan erbjuda IPT (färre behandlare har kompetens för det än för KBT).

Din region behöver också se över på vilka vårdnivåer det behövs ökad kunskap om symtom, bemötande och behandling vid hetsättningsstörning.

➔ **Läs mer:** Se även rekommendationen om kompetensutveckling i delkapitlet [Kompetensutveckling och expertstöd till personal](#).



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp behandling vid hetsättningsstörning. Med den mäter vi

- andelen personer med hetsättningsstörning som fått kognitiv beteendeterapi (KBT) i den specialiserade psykiatrin (indikator H4).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Överväg behandling i andra format

Praxis idag är att ge behandling vid fysiska vårdbesök. För en del patienter kan andra format vara ett alternativ.

Ätstörningsanpassad **KBT i grupp** innebär vanligen att deltagarna

- arbetar på egen hand med en KBT-baserad manual
- träffas i grupp med en behandlare för att gå igenom vissa moment och få tillfälle att diskutera.

I ett **manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd** arbetar sig patienten igenom olika moduler på egen hand, som innehåller exempelvis text, övningar och filmer. Det egna arbetet kompletteras med ett begränsat stöd från en behandlare.

Ätstörningsanpassad **KBT på distans** innebär att patienten och terapeuten har distanskontakt via videolänk, istället för att mötas fysiskt.

Rekommendationer om behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med hetsättningsstörning* som är ...	Rekommendation	Prioritet
H5	vuxna eller ungdomar över 15 år	Erbjud ätstörningsanpassad KBT i grupp.	4
H1	vuxna eller ungdomar över 15 år	Erbjud ett manualbaserat självhjälpsprogram (KBT) med behandlarstöd.	4
H6	vuxna eller ungdomar över 15 år	Överväg att erbjuda ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk.	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.



Så har vi prioriterat

Personer med hetsättningsstörning har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad. För att fler ska kunna få vård kan det vara lämpligt att erbjuda behandling på fler sätt än som enbart fysiska vårdbesök.

Enligt forskningen kan ätstörningsanpassad KBT i grupp möjligen ha lika god effekt eller något sämre effekt än individuell behandling. Behandling i grupp ger mindre utrymme för individanpassningar. Det bör därför bara erbjudas efter att hälso- och sjukvården har bedömt individens förmåga att ta del av gruppbehandlingen och behovet av att få träffa andra med samma ätstörning.

Ett manualbaserat självhjälpsprogram med behandlarstöd leder troligen till att färre hetsäter och fler upplever minskade ätstörningssymtom, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Om hälso- och sjukvården börjar erbjuda denna behandlingsform kan fler personer med hetsättningsstörning snabbt få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan självhjälpen också vara en fullgod behandling.

Vidare kan ätstörningsanpassad KBT på distans ge likvärdiga resultat som en behandling med fysiska vårdbesök, enligt erfarenhetsbaserad kunskap, för dem som hälso- och sjukvården bedömer kan tillgodogöra sig behandling på distans. Videomöten är ett bra komplement för att möta olika behov och önskemål, och gör vården mer tillgänglig för personer som exempelvis har svårt att ta sig till ett fysiskt besök. Behandlingen är dock inte utvärderad systematiskt, och har därför lägre prioritet än behandling med fysiska besök.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Vård på distans förutsätter att grundläggande tekniska lösningar finns på plats. Att ha videomöten blev vanligare under pandemiåren, och det finns idag en förväntan och önskan från patienter att även fortsättningsvis kunna få behandling på distans. Behovet av att kunna komplettera med digitala lösningar är stort:

- Säkerställ att ni använder en teknisk plattform och en infrastruktur som är tillgänglig och patientsäker i regionen. Det behöver också finnas administrativt stöd.
- Säkerställ att vårdpersonalen har programvara och utbildning i att använda den, och att de får praktiskt stöd i form av lathundar och teknisk support för att känna sig trygga.
- Säkerställ att personal finns tillgänglig som behandlarstöd om ni erbjuder ett manualbaserat självhjälsprogram.

Detta förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader på kort sikt. Det är dock en del av en redan planerad digital utveckling av vården generellt, som förutsätter nationell och regional samordning.

6. Bulimi

I detta delkapitel rekommenderar Socialstyrelsen behandlingsmetoder för bulimi (bulimia nervosa), och även alternativa sätt att erbjuda behandlingen för att nå fler med vård – till exempel självhjälsprogram med behandlarstöd.

En person med bulimi äter återkommande en stor mängd på kort tid, och kompenserar för detta genom att exempelvis kräkas, laxera eller motionera överdrivet. Personens självkänsla är starkt kopplad till kroppsform och vikt. Både självsvält och överdriven fysisk aktivitet eller träning är vanligt, men det varierar. Många med sjukdomen känner stor skam för sitt beteende och lever även med ångest eller depression. Bulimi kan dessutom få fysiska konsekvenser: exempelvis kan kräkningar ge problem med tänderna, magen och hjärtat.

Sjukdomen kan utvecklas vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under de sena tonåren eller tidigt vuxenliv.

Erbjud psykologisk behandling

Personer med bulimi kan bli hjälpta av psykologisk behandling.

Ätstörningsanpassad **kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa patienterna att både förändra sitt ätbeteende och hantera känslomässiga problem. Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men insatsen är generellt mindre omfattande än vid anorexi.

Ett alternativ kan vara **interpersonell psykoterapi (IPT)**, som fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer.

Ungdomar kan behandlas med **familjebaserad terapi**, där familjen deltar aktivt i behandlingen. Åldern bör inte vara helt avgörande för valet av behandlingsform, utan man bör utgå från individens förutsättningar och familjesituation. Det är viktigt att behandlingen följer en särskild manual.

SSRI-läkemedlet fluoxetin kan också vara ett alternativ vid bulimi.

Vid sidan av de insatser som rekommenderas i detta avsnitt kan personer med bulimi behöva ytterligare insatser, exempelvis stöd med nutrition eller fysioterapi.

Rekommendationer om behandling av bulimi

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med bulimi* som är ...	Rekommendation	Prioritet
BN4	ungdomar över 15 år eller vuxna	Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	3
BN9	ungdomar (13–16 år)	Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.	5
BN7	ungdomar över 15 år eller vuxna	Överväg att erbjuda interpersonell psykoterapi (IPT).	6
BN3	vuxna	Överväg att erbjuda SSRI-läkemedlet fluoxetin.	6

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter och kompenserar personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.



Så har vi prioriterat

Personer med bulimi har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad.

För vuxna och äldre ungdomar är ätstörningsanpassad KBT den högst prioriterade behandlingen. Det finns ett visst stöd i forskningen för att denna form av KBT leder till att färre hetsäter och möjligen till att färre kräks, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Det finns inte heller någon annan behandling för bulimi med bättre vetenskapligt stöd. En styrka hos denna behandlingsform är möjligheten att hantera symtom som ändras över tid, och även olika vanliga problem hos personer med bulimi.

IPT har något lägre prioritet än KBT, eftersom det möjligen är färre som tillfrisknar från sin bulimi direkt efter behandling med IPT jämfört med

ätstörningsanpassad KBT. IPT kan dock vara ett alternativ för patienter som KBT inte passar för. Det går inte att dra slutsatser om effekten av IPT jämfört med KBT på längre sikt.

Behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin leder troligen till att fler personer minskar sitt hetsätande och möjligen till att färre kräks, enligt forskningen, men det saknas studier om effekten över längre tid. Därför är psykologisk behandling högre prioriterat. Läkemedelsbehandling kan vara ett alternativ för personer som saknar förutsättningar för psykologisk behandling, eller som inte blir bättre av sådan.

För ungdomar kan familjebaserad terapi anpassad för bulimi ge goda resultat. I denna manualbaserade behandlingsform är vårdnadshavaren mycket aktiv i behandlingen. Det är en styrka, speciellt för yngre ungdomar, och behandlingen har relativt hög prioritet. KBT har dock högre prioritet, eftersom den behandlingen har vetenskapligt stöd. Familjebaserad terapi har enbart stöd i erfarenhetsbaserad kunskap.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Du som ansvarar för verksamheter där bulimi behandlas, eller ska kunna behandlas, behöver se över att personalen har god kunskap om bulimi och ätstörningsanpassad KBT:

- Säkerställ att den KBT ni erbjuder är särskilt anpassad för ätstörningar.
- Säkerställ att ni kan erbjuda IPT (färre behandlare har kompetens för det än för KBT).
- Säkerställ att ni kan erbjuda ungdomar familjebaserad terapi, där vårdnadshavaren är mycket aktiv i behandlingen.

Din region behöver också se över på vilka vårdnivåer det behövs ökad kunskap om symptom, bemötande och behandling vid bulimi.

➔ **Läs mer:** Se även rekommendationen om kompetensutveckling i delkapitlet [Kompetensutveckling och expertstöd till personal](#).



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp behandling vid bulimi. Med den mäter vi

- andelen personer från 15 år med bulimia nervosa som fått kognitiv beteendeterapi (KBT) i den specialiserade psykiatrin (indikator BN4).

Indikatorn baseras på data från hälsodataregister.

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Överväg behandling i andra format

Praxis idag är att ge behandling vid fysiska vårdbesök. För en del patienter kan andra format vara ett alternativ.

I ett **manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd** arbetar sig patienten igenom olika moduler på egen hand, som innehåller exempelvis text, övningar och filmer. Det egna arbetet kompletteras med ett begränsat stöd från en behandlare.

Ätstörningsanpassad **KBT delvis på distans** innebär en kombination av fysiska och digitala vårdbesök. Patienten och terapeuten har distanskontakt via videolänk vid vissa behandlingstillfällen.

Rekommendationer om behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med bulimi* som är ...	Rekommendation	Prioritet
BN1	ungdomar över 15 år eller vuxna	Erbjud ett manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd.	5
BN6	ungdomar över 15 år eller vuxna	Erbjud ätstörningsanpassad KBT utförd delvis som distanskontakt via videolänk.	5

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter och kompenserar personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.



Så har vi prioriterat

Personer med bulimi har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad. För att fler ska kunna få vård kan det vara lämpligt att erbjuda behandling på fler sätt än som enbart fysiska vårdbesök.

Enligt forskningen leder ett manualbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd möjligen till att färre hetsäter och till att fler minskar sitt kompensatoriska beteende, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Om hälso- och sjukvården börjar erbjuda denna behandlingsform kan fler personer med bulimi snabbt få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan självhjälpen också vara en fullgod behandling. Forskningsstödet är dock något svagare vid bulimi än vid hetsättningsstörning, och behandlingen har därför lite lägre prioritet vid bulimi.

Vidare ger ätstörningsanpassad KBT delvis på distans likvärdiga resultat som en behandling med enbart fysiska vårdbesök, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det förutsätter att behandlaren vid en första träff bedömer att

patienten kan tillgodogöra sig en behandling delvis på distans. Videomöten är ett bra komplement för att möta olika behov och önskemål, och gör vården mer tillgänglig för personer som exempelvis har svårt att ta sig till ett fysiskt besök. Behandlingen är dock inte utvärderad systematiskt, och har därför lägre prioritet än behandling med enbart fysiska besök.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Vård på distans förutsätter att grundläggande tekniska lösningar finns på plats. Att ha videomöten blev vanligare under pandemiåren, och det finns idag en förväntan och önskan från patienter att även fortsättningsvis kunna få behandling på distans. Behovet av att kunna komplettera med digitala lösningar är stort:

- Säkerställ att ni använder en teknisk plattform och en infrastruktur som är tillgänglig och patientsäker i regionen. Det behöver också finnas administrativt stöd.
- Säkerställ att vårdpersonalen har programvara och utbildning i att använda den, och att de får praktiskt stöd i form av lathundar och teknisk support för att känna sig trygga.
- Säkerställ att personal finns tillgänglig som behandlarstöd om ni erbjuder ett manualbaserat självhjälpssystem.

Detta förväntas öka hälso- och sjukvårdens kostnader på kort sikt. Det är dock en del av en redan planerad digital utveckling av vården generellt, som förutsätter nationell och regional samordning.

7. Behandlingshinder och risk för återfall

Detta delkapitel handlar om när grundbehandlingen inte räcker eller inte fungerar, och det behövs ytterligare insatser för att möjliggöra en framgångsrik behandling. Det kan exempelvis bero på andra psykiatriska problem som gör det svårt att genomföra eller ens påbörja en ätstörningsbehandling. Det kan också komma bakslag i slutet av en behandling eller kort efter avslutad behandling.

Här tar vi upp insatser som hälso- och sjukvården bör erbjuda vid flera olika ätstörningar. I några av de tidigare delkapitlen hittar du ytterligare rekommendationer för när behandlingen vid en viss diagnos inte fungerar.

Utred och behandla andra psykiatriska problem parallellt med ätstörningen

När en ätstörningsbehandling inte ger tillräcklig effekt blir patienten lidande psykiskt, fysiskt och socialt. Det finns flera möjliga orsaker till att behandlingen inte lyckas. Exempelvis kan patienten ha stora svårigheter att reglera sina känslor och därför även ha svårt att ändra på skadliga beteenden. Det går att behandla sådana svårigheter, och på så vis öka möjligheten att ätstörningsbehandlingen fungerar. Samtidigt behöver vårdpersonalen hålla koll på patientens fysiska tillstånd och uppmärksamma tecken på psykiatrisk samsjuklighet.

Svårigheterna att behandla ätstörningen framgångsrikt kan också bero på outredda psykiatriska tillstånd, exempelvis depression, adhd eller autism. En systematisk utredning av samsjukligheten kan vara avgörande för att behandla ätstörningen. Idag är det dock ofta lång väntetid till neuro-psykiatriska utredningar och andra psykiatriska insatser som kan behövas för att ätstörningsbehandlingen ska ge önskad effekt. Detta kan försena eller försvåra behandlingen, så att sjukdomen förvärras. Samtidigt är det viktigt att utreda samsjukligheten i rätt tid, i förhållande till patientens ålder och sjukdomsstatus.

Även bristande motivation och sjukdomsinsikt kan bidra till att en ätstörningsbehandling inte ger tillräcklig effekt. Se vidare kapitlet [Utgångspunkt: vården idag](#).

Rekommendationer vid andra psykiatriska problem

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer som inte fått tillräcklig effekt av ätstörningsbehandling och som har ...	Rekommendation	Prioritet
O9	tecken på annan psykiatrisk sjukdom eller problematik	Erbjud en systematisk utredning av de andra psykiatriska problemen parallellt med ätstörningsbehandlingen.	2
O13	problem med känsloreglering	Erbjud behandling inriktad mot svårigheterna att reglera känslor.	4

→ **Läs mer** i Socialstyrelsens nationella riktlinjer om [adhd och autism](#) [10] och [depression och ångestsyndrom](#) [11].



Så har vi prioriterat

Hälsotillståndet har generellt en stor till mycket stor svårighetsgrad hos personer som har en ätstörning och annan samtidig psykiatrisk problematik som begränsar ätstörningsbehandlingen.

En systematisk utredning av misstänkt psykiatrisk samsjuklighet kan vara en förutsättning för att framgångsrikt behandla ätstörningen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Utredningen kan ge patienten möjlighet att tillgodogöra sig ätstörningsbehandlingen, och dessutom få behandling och stöd kopplat till den andra problematiken. På så vis kan hälso- och sjukvården motverka ett utdraget förlopp och långvariga problem. Utredningen har därför hög prioritet.

Även behandling av svårigheter att reglera känslor har relativt hög prioritet, eftersom den kan leda till att fler får en fungerande ätstörningsbehandling, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver se till att ni har tillgänglig personal med rätt kompetens att utreda psykiatrisk samsjuklighet. En del utredningar kan göras av personal i den verksamhet som behandlar ätstörningen. Andra utredningar, till exempel neuropsykiatriska utredningar, kräver samverkan och planering med andra verksamheter i hälso- och sjukvården, så att insatserna kan samordnas med patientens övriga vård.

Din region behöver också säkerställa kompetens för att behandla svårigheter att reglera känslor. Exempel på aktuella behandlingar är dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT), mindfulness-baserade interventioner och emotionsfokuserad terapi (EFT).



Så utvärderar vi hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen har tagit fram ett mått för att följa upp utredning av psykiatrisk samsjuklighet. Med det mäter vi

- andelen patienter som behandlas för ätstörning och som under behandlingsperioden även får en systematisk utredning för psykiatriska syndrom (centralt mått O9).

➔ **Läs mer** i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Erbjud insatser för att förhindra återfall

Risken för återfall i en ätstörning är stor, även efter en framgångsrik behandling där patienten har friskförklarats. Återfall eller bakslag är vanligast den närmaste tiden efter avslutad behandling. Hälso- och

sjukvården behöver därför göra det möjligt att snabbt ta emot patienter för kompletterande samtal vid bakslag, så kallade boostersessioner.

Det är då inte fråga om en ny behandling, utan om en begränsad insats med ett fåtal samtal för att stärka resultaten från den genomförda behandlingen. Det är ofta en fördel om patienten får samma behandlare som tidigare, men inte nödvändigt.

En del kan vara kraftigt missnöjda med sin kropp även efter en behandling som har hjälpt mot ätstörningen – trots att grundbehandlingen har innehållit moment för att hantera kroppsmissnöjet. I vissa fall kan det då vara värt att pröva en särskild behandling mot kroppsmissnöje för att förebygga återfall.

Rekommendationer vid risk för återfall

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med en ätstörning som ...	Rekommendation	Prioritet
O15	påtagligt har förbättrats eller friskförklarats från ätstörning, men som drabbats av bakslag eller försämring	Erbjud boostersessioner (ett fåtal kompletterande samtal).	3
O12	har fått behandling för ätstörning, men har kvar ett svårt kroppsmissnöje	Överväg att komplettera ätstörningsbehandlingen med acceptance and commitment therapy (ACT).	7



Så har vi prioriterat

De aktuella patienterna har generellt ett hälsotillstånd med en måttlig till stor svårighetsgrad. Boostersessioner kan förhindra återfall och ytterligare lidande genom att patienten snabbt får kompletterande samtal, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. En sådan insats kräver dessutom mindre tid från hälso- och sjukvården än om patienten skulle behöva ett helt behandlingsprogram igen. Att erbjuda boostersessioner har därför hög prioritet.

För patienter med kvarstående svårt kroppsmissnöje leder tilläggsbehandling i form av ACT till minskat kroppsmissnöje, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det kan dock finnas risker med att fokusera separat på kroppsmissnöjet, eftersom det kan hänga ihop med andra kvarstående ätstörningssymtom. Behandlingen är därmed bara lämplig för en del patienter, så den har relativt låg prioritet på gruppnivå.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Din region behöver se till att ni har ett arbetssätt som tillåter booster-sessioner. Ni kan spara resurser om färre patienter hinner försämras så mycket att de behöver en ny behandlingsomgång.

Rekommendationer till dig som ger vård och stöd

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer till dig som möter patienter med ätstörningar i framför allt hälso- och sjukvården. Några rekommendationer gäller också tandvården och socialtjänsten.

Kapitlet utgår från de rekommendationer med prioritetssiffror som ska hjälpa beslutsfattare att prioritera resurser i hälso- och sjukvården. Här presenterar vi dem med fler detaljer för det praktiska arbetet till dig som ger vård och stöd.

Observera: Beslutsfattare och chefer bör skapa förutsättningar för att du som ger vård och stöd ska kunna arbeta enligt rekommendationerna.

Rekommendationerna presenteras i sju delkapitel:

1. [Kompetensutveckling och expertstöd](#)
2. [Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar](#)
3. [ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning](#)
4. [Anorexi](#)
5. [Hetsättningsstörning](#)
6. [Bulimi](#)
7. [Behandlingshinder och risk för återfall.](#)

1. Kompetensutveckling och expertstöd

I detta delkapitel uppmärksammar vi det stora behovet av att öka de grundläggande kunskaperna om olika ätstörningar i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Du som inte har tillräckliga kunskaper bör få kompetensutveckling, och du som har djupare kunskap bör få möjlighet att ge råd till personal i andra verksamheter.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Kompetensutveckling och expertstöd](#).

Lär dig mer om olika typer av ätstörningar

Många med en ätstörning får inte vård idag. Den första vårdkontakten är ofta med verksamheter där det behövs mer kunskap om ätstörningar. Du som möter patienter som kan ha en ätstörning behöver till exempel känna till

vanliga symtom vid olika typer av ätstörningar, för att se till att patienterna får vård. Även du som arbetar i socialtjänsten kan behöva mer kunskap om behovet av stöd.

Rekommendation

Till dig som arbetar i hälso- och sjukvården, tandvården eller socialtjänsten

Lär dig mer om olika typer av ätstörningar.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan bättre kunskap om symtom och bemötande leda till att fler personer med en ätstörning upptäcks och får rätt insatser. Tidiga insatser kan minska lidande och förebygga allvarlig sjukdom.

Id-nummer: O1

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att du som ger vård och stöd ska få tillräckliga kunskaper om olika typer av ätstörningar. Detta har hög prioritet – se rekommendation O1 till beslutsfattare i avsnittet [Öka kunskapen om olika ätstörningar](#).

Arbeta så här

Alla behöver grundläggande kunskap

Alla som möter patienter i någon del av hälso- och sjukvården behöver grundläggande kunskap om ätstörningar. Det gäller i både primärvården och den specialiserade vården, liksom i tandvården. Även du som arbetar i socialtjänsten behöver grundläggande kunskap, framför allt om vilka stödbehov och funktionsnedsättningar som ätstörningar kan ge.

Ta reda på vilken kompetensutveckling som är mest relevant för dig – det beror på var du arbetar. De flesta som möter patienter i hälso- och sjukvården behöver dock grundläggande kunskap om till exempel

- typiska **symtom och beteenden** vid olika sorters ätstörningar – och vad som skiljer de olika ätstörningarna åt
- hur man bäst **bemöter** patienter med olika sorters ätstörningar – oavsett om ätstörningen är diagnostiserad eller om det behövs en utredning
- vilka **behandlingsalternativ** som finns och vart man kan remittera, så att patienterna får bästa möjliga hjälp.

Denna grundläggande kunskap är bland annat viktig om du arbetar

- på en vårdcentral
- i mödrahälsovården
- på en barnvårdscentral
- i en barn- och ungdomsmedicinsk verksamhet
- i elevhälsan eller på en ungdomsmottagning
- i studenthälsan
- i den specialiserade psykiatrien
- i en specialiserad hälso- och sjukvårdsverksamhet där man utreder till exempel problem med tillväxt, övervikt, mage och tarm¹¹.

Säkerställ att du har uppdaterade grundläggande kunskaper, så att du tryggt kan bemöta och upptäcka olika ätstörningar – och remittera vid behov.

Rekommendationen om kompetensutveckling handlar däremot inte om utbildning i specifika behandlingsmetoder.

➔ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen kommer att publicera stöd för bemötande av personer med en ätstörning.

En del behöver ytterligare kompetens

Om du arbetar i någon av följande verksamheter kan du behöva ytterligare kompetens, utöver kunskaper om till exempel bemötande, symtom, behandlingsalternativ och remissvägar:

- På en vårdcentral kan du behöva göra **grundläggande insatser**. Det är till exempel viktigt att
 - kontrollera patientens medicinska status: blodprov, blodtryck, vikt, längd, eventuell viktförändring etc.
 - bedöma ätproblematik genom att kartlägga hur patienten äter: antal måltider, regelbundenhet, tillräcklighet (mängd och näringsinnehåll) etc.
 - ge råd och stöd kring hur patienten äter för att få en normal måltidsordning med lämpligt innehåll, och förklara vikten av detta
 - följa upp insatserna
 - remittera till en mer specialiserad verksamhet om de första insatserna inte får tillräcklig effekt, till exempel första linjens psykiatri.
- I barnhälsovården behöver du specifik kunskap om **symtom på ARFID**, för att bättre kunna ge råd och stöd till vårdnadshavare när ett barn har den typen av ätsvårigheter.

¹¹ Exempelvis mottagningar för barn- och ungdomsmedicin, barnendokrinologi, obesitas, övervikt och gastroenterologi.

Rådgör med någon mer kunnig vid behov

Vänd dig till någon som har djupare kunskap om ätstörningar vid behov, till exempel personal i den specialiserade ätstörningsvården i psykiatri. De kan svara på frågor och ge råd, till exempel över telefon (se nästa avsnitt, [Ge råd till andra om du har djupare kunskap](#)).

Ge råd till andra om du har djupare kunskap

Du som arbetar i till exempel den specialiserade ätstörningsvården i psykiatri¹² kan stötta personal i andra verksamheter i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten.

Rekommendation

Till dig som ...

... har djupare kunskap om vård vid ätstörningar

Ge konsultativt stöd och enklare råd kring patienter med ätstörning eller misstänkt ätstörning, till personal i andra verksamheter i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten.

... behöver rådfråga någon med djupare kunskap

Se till att du vet vem du kan kontakta för att ställa enklare frågor, så att du känner dig säkrare.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap främjar stöd och samarbete en helhetssyn i vårdkedjan. Tack vare rådgivningen kan fler personer med ätstörningar upptäckas och få rätt insatser. Det kan i sin tur leda till att fler får behandling på lämplig vårdnivå, och att rätt personer remitteras vidare.

Id-nummer: O2

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver se till att du får tillräcklig tid för att kunna ge eller ta emot råd. Det behövs också tydliga kontaktvägar: verksamheter i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten behöver veta att och hur de kan konsultera dig som har djupare kunskap om ätstörningar. Det är en relativt högt prioriterad rekommendation till beslutsfattare att säkerställa rådgivningen – se rekommendation O2 i avsnittet [Gör det möjligt att konsultera experter på ätstörningar](#).

¹² Även nationell högspecialiserad vård, vid svårbehandlade ätstörningar.

Arbeta så här

Du som har goda kunskaper om olika ätstörningsdiagnoser, bemötande och behandling kan svara på frågor och ge råd efter behov. Det handlar inte om att du ska delta vid patientmöten.

Här är exempel på några situationer som du kan ge stöd i:

- Personal i till exempel **primärvården eller elevhälsan** undrar hur de ska ta upp med en patient att de misstänker svårigheter med mat eller ätande. När ska de remittera vidare, och vad kan de göra själva?
- Personal i till exempel **heldygnsvården, psykiatri eller somatisk vård** vill ha hjälp att stötta en patient som inte äter.
- Personal i **första linjens psykiatri** kommer inte vidare i behandlingen, eller får inte förväntade behandlingsresultat.
- Personal som bedömer en patient med en **trolig ätstörning** vill diskutera diagnostik och lämplig vårdnivå utifrån symtombilden.
- Personal vill ha hjälp av en **dietist** med uppstartsmatschewan, upptrappning av kost och praktiska livsmedelsval.
- **Dietister** behöver råd om patienter med IBS och en misstänkt ätstörning.
- Personal i **diabetesvården** vill ha råd och stöd, eftersom personer med diabetes kan ha en samtidig ätproblematik.
- Personal på **SiS särskilda ungdomshem, HVB eller LVM-hem** behöver råd om personer de vårdar som äter för mycket eller för lite.

Försök att hitta enkla vägar för konsultationen, till exempel telefonsamtal eller videosamtal. För vissa kan bokningsbara telefontider fungera, men du kan behöva fundera på andra lösningar. Ett alternativ kan vara att erbjuda bokningsbar konsultation med ätstörningsteamet ett par gånger i veckan. Detta erbjuds idag i en region.

Bidra till att hitta bra arbetssätt med tydliga ramar, så att alla har en gemensam bild av vad konsultationen innebär. Ska den bara omfatta generella råd? Behöver ärenden avidentifieras? Och så vidare.

2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar

Personer med en ätstörning behöver ofta hjälp från flera yrkesgrupper i olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Ni som möter personerna behöver få rutiner och förutsättningar att samarbeta över verksamhetsgränser, för att gemensamt kunna säkerställa en god och sammanhållen vård och omsorg. I detta delkapitel uppmärksammar vi särskilt behovet av att

samarbeta mer systematiskt kring vissa grupper. Vi ger också rekommendationer om förebyggande arbete och närståendestöd¹³.

Rekommendationerna gäller för flera typer av ätstörningar, exempelvis ARFID, anorexi, hetsättningsstörning, bulimi och självrensning. Behoven varierar både mellan och inom dessa diagnoser utifrån ålder, sjukdomens svårighetsgrad, individuella förutsättningar med mera.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar](#).

Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Det är vanligt att patienter med en ätstörning fyller 18 år under behandlingstiden. I de flesta regioner flyttas då ansvaret över från barnsjukvården till vuxensjukvården. Det kan vara påfrestande för både patienten och närstående att byta läkare, vårdteam och ofta även behandlingsmetod i en utmanande period i livet, när patienten kan behöva balansera krav på ansvarstagande och självständighet.

En del regioner har en annan åldersgräns än 18 år för övergången till vuxensjukvård, och en del organiserar ätstörningsvården i åldersövergripande enheter.

Rekommendation

Till dig som ger vård till ungdomar eller unga vuxna med en ätstörning

Planera och genomför en strukturerad övergång från barnsjukvården till vuxensjukvården.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ger en sömlös övergång från barnsjukvård till vuxensjukvård bättre förutsättningar för att förbereda patienten och närstående på det fortsatta behandlingsupplägget. Det minskar risken för ett behandlingsslapp i en känslig period, och kan minska risken att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången.

Id-nummer: O7

¹³ En närstående är någon som personen med en ätstörning anser sig ha en nära relation till. Det kan till exempel vara en anhörig: någon inom familjen eller bland de närmaste släktingarna. Begreppen närstående och anhörig finns definierade i [Socialstyrelsens termbank](#), men observera att termerna inte används konsekvent i lagtexter och inom olika områden.

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver säkerställa att ni som arbetar i barnsjukvården och vuxensjukvården kan samarbeta för strukturerade övergångar. Detta har hög prioritet – se rekommendation O7 till beslutsfattare i avsnittet [Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård](#).

Arbeta så här

Du som arbetar med äldre ungdomar och du som behandlar vuxna i samma region kommer ofta att möta samma patienter. Har ni en etablerad kontaktväg och återkommande dialog?

Ni kan till exempel ha ett möte ett par gånger om året, och gemensamt diskutera hur många patienter som ska gå över från barnsjukvården till vuxensjukvården.

Planera i god tid för att hitta den bästa lösningen för varje patient:

- **Var i behandlingsprocessen befinner sig patienten?** Är det möjligt att behandla patienten i vuxensjukvården redan från början, om hen ändå snart behöver gå över dit? Eller passar det att patienten stannar kvar i barnsjukvården lite längre, för att hinna avsluta sin behandling där?
- **Hur är patientens familjesituation?** I vilken mån är och behöver närstående vara engagerade? Hur för ni dialog med närstående? Är närstående oroliga inför övergången?
- **Behövs ett samverkansmöte för patienten?** Vad behöver ni i så fall uppnå där? Hur kan mötet till exempel vara till nytta för dig som ska ta över behandlingsansvaret?

Följ upp och utvärdera övergången för att fånga upp sådant som missats, och förbättra för kommande övergångar.

➔ **Läs mer:** Socialstyrelsen har tagit fram ett implementeringsstöd för regionernas arbete vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård. Se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/atstorningar.

Samverka vid ätstörning och obesitas

En del med obesitas¹⁴ har samtidigt en ätstörning. Obesitas kan ibland också bli följderna av en ätstörning, eller drabba personer som tidigare har haft en ätstörning. Du som ger vård vid ätstörningar och du som ger vård vid obesitas behöver därför kunna samverka, när patienterna önskar det, för att

¹⁴ Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande.

ge personcentrerad vård till dem som har båda sjukdomarna. Ni behöver rutiner för arbetsformerna.

Rekommendation

Till dig som möter patienter med både ätstörning och obesitas

- Samverka med personal i obesitasvården om du ger vård för ätstörningen.
- Samverka med personal i ätstörningsvården om du ger vård för obesitas.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ökar samverkan kunskapsutbytet och skapar en helhetssyn i hälso- och sjukvården. Därmed kan patienterna få ett bättre bemötande och olika vårdinsatser i rätt tid.

Id-nummer: O16

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att ni som möter patienter med både ätstörning och obesitas ska kunna samverka. Att säkerställa samverkan mellan verksamheterna har hög prioritet – se rekommendation O16 till beslutsfattare i avsnittet [Samverka vid ätstörning och obesitas](#).

Arbeta så här

Du som behandlar personer med en ätstörning (framför allt hetsättningsstörning) och du som behandlar personer med obesitas eller övervikt i samma region kommer delvis att möta samma patienter. Har ni en etablerad kontaktväg och återkommande dialog?

Planera tillsammans vilken behandling som respektive vårdenhet ska erbjuda. Konsultera sedan varandra vid behov.

Ni kan till exempel ha ett möte ett par gånger om året, och gemensamt diskutera och planera för patienter som har båda sjukdomarna och hur ni lämpligast kan hjälpa patienten vidare. Utbyt också gärna kunskaper om varandras patientgrupp.

Om du behandlar en ätstörning hos någon med obesitas

Tänk på följande när du behandlar en ätstörning hos någon som har eller har haft obesitas – eller någon som söker vård för en ätstörning och har obesitas:

- **Lyssna på patienten.** Vilka symtom dominerar, ätstörning eller övervikt? Vilka symtom ger mest lidande, enligt patienten själv? Ofta är det viktigt att börja med ätstörningen. Informera då tydligt om att ni avvaktar med behandling för viktminskning så länge.
- **Bemöt patienten med respekt och omtanke.** En patient behöver till exempel förstå varför hen blir hänvisad till en överviktsmottagning om vården för obesitas är prioriterad. Patienten ska inte känna att det beror på brist på tid eller resurser.
- **Fokusera på patientens hälsa och behov.**
- **Var medveten om ifall din mottagning inte fysiskt är anpassad för personer med obesitas.** Det kan till exempel handla om att stolar behöver kunna användas av alla.
- **Ta reda på vilken obesitasbehandling som patienten har fått tidigare.** Påverkar till exempel en tidigare obesitasoperation hur patienten kan äta?

Om du behandlar obesitas eller övervikt

Tänk på följande när du behandlar obesitas eller övervikt:

- **Ställ regelbundet frågor** under behandlingen för att fånga upp en eventuell samtidig eller bakomliggande ätstörning. Våga till exempel fråga om patienten har känslor av att tappa kontrollen över sitt ätande, och kan äta stora mängder på kort tid.
- **Bemöt patienten med respekt och omtanke.**
- **Anpassa obesitasbehandlingen** om patienten tidigare har haft en ätstörning.

För bästa bemötande är det också önskvärt att du kan skilja på objektiv och subjektiv hetsätning, och prata om det med patienten. Båda är kopplade till lidande i känslan av att tappa kontrollen, men vid subjektiv hetsätning uppfyller patienten inte diagnoskriteriet att äta en väsentligt större mängd mat vid ett och samma tillfälle än de flesta skulle äta.

Säkerställ stöd för att klara det dagliga livet

En del personer med en ätstörning har svårt att självständigt klara sitt dagliga liv, till exempel på grund av en funktionsnedsättning eller en svår familjesituation. Även ätstörningen i sig kan göra det svårt att klara det dagliga livet. Det är då centralt att patienten kan få särskilt stöd.

Rekommendation

Till dig som behandlar någon med en ätstörning som behöver särskilt stöd

Informera om möjliga stödinsatser från andra delar av hälso- och sjukvården eller kommunen, och hur man ansöker om dem. Förmedla själv kontakten om det behövs.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap är insatsen en förutsättning för att patienten ska kunna delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen. Den kan också bidra till att patienten behåller effekten av behandlingen och inte försämras.

Id-nummer: O6

Förutsättningar på din arbetsplats

Din chef behöver ge dig det stöd du behöver för att du ska kunna informera om möjliga stödinsatser och hur man ansöker. Att säkerställa grundläggande stöd har hög prioritet – se rekommendation O6 till beslutsfattare i avsnittet [Säkerställ stöd för att klara det dagliga livet](#).

Arbeta så här

Du behöver god kännedom om kontaktvägarna i din region, när det gäller att ansöka om stöd från andra verksamheter i hälso- och sjukvården och från kommunen. Din patient kan behöva stöd både inför och under en ätstörningsbehandling. Det kan också vara aktuellt vid vårdplaneringen när behandlingen ska avslutas.

Du kan bland annat hjälpa patienten att söka stöd från habiliteringen. En arbetsterapeut kan till exempel hjälpa till att skapa struktur över dagen kopplat till måltider och matinköp, och en logoped kan ge stöd för att arbeta med känslighet i munnen.

Det kan också vara aktuellt att hjälpa patienten att söka stöd från socialtjänsten, till exempel familjestöd för barn och vårdnadshavare, boendestöd för vuxna eller hemtjänst för vuxna. Personer med en ätstörning kan till exempel behöva hjälp att

- planera måltider och inköpslistor, och handla mat
- tillreda måltider och lägga upp i matlådor, för att få normalstora portioner
- få sällskap under måltider
- komma iväg på aktiviteter utanför hemmet.

Den som stödjer patienten praktiskt kan göra stor skillnad för att möjliggöra en bra måltidsstruktur i vardagen.

Observera: När någon behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska kommunen och regionen tillsammans upprätta en individuell plan, om personen samtycker till det. Den brukar kallas samordnad individuell plan (SIP).¹⁵

→ **Läs mer** om SIP i SKR:s rapport *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan* [12].

Uppmärksamma munhälsan

Personer med en ätstörning kan få problem med munhälsan, till exempel muntorrhet, karies och skador i tandemaljen [1]. Problemen kan bero på att de kräks på grund av sin ätstörning. Andra orsaker kan vara ensidig kost, undernäring, vitaminbrist eller läkemedelsbehandling.

Rekommendation

Till dig som möter patienter med en ätstörning

- Uppmärksamma patientens munhälsa.
- Hänvisa eller remittera till tandvården vid behov.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan arbetssättet leda till att fler besöker tandvården och får snabbare insatser därifrån. Då minskar risken för att ätstörningen orsakar skador eller ohälsa i munnen, och munhälsan förbättras. Insatsen bedöms vara enkel att införa.

Id-nummer: O8

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver underlätta för dig att uppmärksamma munhälsa och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov. Detta har relativt hög prioritet – se rekommendation O8 i avsnittet [Uppmärksamma munhälsan](#).

Det kan till exempel vara enkelt att ha som standard i journalen att uppmärksamma munhälsan hos patienter med en ätstörning. Samtidigt behöver beslutsfattare och chefer se över om det finns en etablerad dialog och samverkan mellan de verksamheter som ger vård vid ätstörningar och tandvården. Idag finns detta bara i ett fåtal regioner.

¹⁵ Se 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (SoL) och 16 kap. 4 § HSL.

Arbeta så här

Ställ frågor vid ett av besöken

Du kan ställa frågor vid ett av besöken. Fråga till exempel:

- Har du regelbunden kontakt med tandvården? När besökte du senast tandvården?
- Känner tandvården till din ätstörning? Behöver du hjälp att informera din tandläkare?
- Gör det ont när du äter eller tuggar?
- Har du ilningar i tänderna?
- Har du återkommande episoder med spänningshuvudvärk?
- Känner du dig torr i munnen?

Om det behövs: Hänvisa eller remittera till tandvården.

Informera om billigare tandvård

Informera patienten om att personer med en ätstörning kan ha rätt till billigare tandvård:

- **Särskilt tandvårdsbidrag** är ett bidrag från staten för förebyggande tandvård till personer med en sjukdom eller funktionsnedsättning som påverkar tänderna. Det är ett tillägg till det allmänna tandvårdsbidraget.
- Med ett **särskilt tandvårdsstöd från regionen** kostar ett besök i tandvården lika mycket som ett besök i hälso- och sjukvården. Det ingår också i högkostnadsskyddet. Stödet kan till exempel vara aktuellt för personer med en psykisk sjukdom som gör det svårt att ta hand om tänderna.

Förklara för patienten hur man ansöker, och skriv läkarintyg när det är aktuellt.

→ Läs mer:

- [underlag för särskilt tandvårdsbidrag](#) – information om det medicinska underlaget när du har en patient som ska ansöka
- [blankett: Läkarintyg för särskilt tandvårdsbidrag](#)
- information till patienter om [särskilt tandvårdsbidrag på 1177.se](#)
- information till patienter om [regionernas särskilda tandvårdsstöd på 1177.se](#)
- information till patienter om [tandvårdsstöd generellt hos Försäkringskassan](#).

Överväg förebyggande arbete om kroppsideal

Tonåren är en känslig tid när det gäller självbild och självkänsla. Under denna tid finns en risk att utveckla en ohälsosam relation till mat, vikt och kropp. Du som arbetar i till exempel elevhälsan eller på en ungdomsmottagning kan arbeta med förebyggande insatser.

Rekommendation

Till dig som möter ungdomar med osunda kroppsideal

Överväg att medverka i eller hänvisa till ett dissonansbaserat interventionsprogram (förebyggande arbete om kroppsideal).

Varför?

Det vetenskapliga stödet är svagt, men de studier som finns tyder på att dissonansbaserade interventionsprogram

- minskar risken för att ungdomar insjuknar i en ätstörning
- ger bättre effekt till en lägre kostnad, jämfört med exempelvis skrivterapi eller ingen insats alls.

Det är angeläget att förebygga ätstörningar, men det är oklart om dissonansbaserade interventionsprogram är bättre än andra förebyggande program.

Id-nummer: O3

Förutsättningar på din arbetsplats

Flera aktörer kan ordna dissonansbaserade interventionsprogram, både i och utanför hälso- och sjukvården. Flera aktörer behöver också bidra för att det förebyggande arbetet ska nå ut, till exempel skolan, elevhälsan och ungdomsmottagningar.

Om du vill bidra behöver du förutsättningar från beslutsfattare och chefer – se rekommendation O3 till beslutsfattare i avsnittet [Överväg förebyggande arbete om kroppsideal](#).

Vad är ett dissonansbaserat interventionsprogram?

I ett dissonansbaserat interventionsprogram träffar en utbildad gruppledare en grupp ungdomar eller unga vuxna, till exempel en gång i veckan under en månad.

Ledaren hjälper gruppen att diskutera dagens skönhetsideal och dess rötter och konsekvenser ur ett kritiskt perspektiv. Deltagarna delar aktivt med sig av sina tankar och får handledning i frågorna, för att skapa så kallade aktiva

attityder mot dagens skönhetsideal. De uppmanas också att ägna sig åt aktiviteter och förhållningssätt som går emot idealet om en smal kropp.

Arbeta så här

Du som arbetar i till exempel elevhälsan eller på en ungdomsmottagning kan gå en kort utbildning om att arbeta dissonansbaserat om du har möjlighet, för att förebygga osunda kroppsideal hos ungdomar. Därefter kan du ordna eller delta i ett fysiskt eller digitalt program som bjuder in ungdomar med osunda kroppsideal. Det handlar alltså inte om att informera om ätstörningar, utan om att främja sunda kroppsideal.

Överväg att ge eget stöd till närstående

Närstående till personer med en ätstörning kan behöva eget stöd för att orka stötta den sjuka. Du kan till exempel ge enklare råd och samtalsstöd. Förväxla dock inte detta egna stöd med de råd som de närstående får när de deltar i familjebaserad terapi (se rekommendationerna om familjebaserad terapi vid anorexi och bulimi nedan).

Rekommendation

Till dig som möter närstående till patienter med en ätstörning

Överväg att ge råd och stöd individuellt eller i grupp med andra närstående, om den närstående behöver eget stöd.

Varför?

Enligt forskningen kan insatsen öka den närståendes förmåga att stödja personen med en ätstörning. Behovet varierar, men det är viktigt att de som behöver stödet kan få det. Det handlar då om en relativt begränsad insats från hälso- och sjukvården.

Id-nummer: O5

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att de närstående som behöver stöd kan få det. Behovet varierar, och insatsen är ganska begränsad. Se rekommendation O5 till beslutsfattare i avsnittet [Överväg att ge eget stöd till närstående](#).

Arbeta så här

Bedöm först om det är lämpligt att erbjuda rådgivning och samtalsstöd, det vill säga om den närstående behöver eget stöd. Du kan erbjuda stödet individuellt eller i grupp med andra närstående i liknande situation.

För barn är närstående ofta delaktiga i behandlingen, och stödet kan vara viktigt för att de ska orka det.

Du kan också samarbeta med aktörer utanför hälso- och sjukvården som ger närståendestöd, till exempel socialtjänsten eller patientföreningar. För en del närstående är det dock en fördel om den som ger stödet har inblick i den aktuella ätstörningsbehandlingen. Det kan dessutom vara bättre för dig som behandlare att få en helhetsbild.

Hänvisa till en annan lämplig vårdverksamhet om den närstående har större behov, till exempel av vård för oro, nedstämdhet eller liknande.

3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

Personer med ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning) kan behöva få grundläggande insatser redan vid det första vårdmötet, till exempel på en vårdcentral eller barnvårdscentral. Mer detaljer finns i avsnittet [Lär dig mer om olika typer av ätstörningar](#) – se *En del behöver ytterligare kompetens*.

I detta delkapitel ger vi rekommendationer om ett urval av behandlingsmetoder som därefter kan vara aktuella för barn och vuxna med ARFID. Målet med behandlingen är att patienterna ska klara att äta en mer normal mängd mat, mer varierat och mer näringsrikt, och på så vis må och fungera bättre. För barn är målet även att de ska växa enligt sin förväntade tillväxtkurva. Vilken behandlingsmetod som passar bäst beror främst på ålder, svårigheter och symtom. Oavsett metod är det helt nödvändigt med en personcentrerad vård som anpassas efter individens problem.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning](#). Där finns också rekommendationer om att fördela ansvaret för vården vid ARFID tydligt och att erbjuda familjebaserad terapi anpassad för ARFID inom ramen för forskning och utveckling (se rekommendation AR1 och AR4).

Erbjud ätträning med exponering

Ätträning med exponering för barn med ARFID utgår från barnets och familjens beteenden vid en måltid. En central del är att identifiera barnets svårigheter under måltiden och hur vårdnadshavarna bemöter och hanterar dem, för att sedan arbeta med svårigheterna.

Rekommendation

Till dig som möter barn i alla åldrar med ARFID

Erbjud ätträning där barnet exponeras för och får träna på att äta fler livsmedel. Inkludera närstående i behandlingen.

Ätträningen passar främst de barn som till exempel har hög känslighet i munnen för vissa livsmedel eller starka obehag kopplade till mat.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder behandlingen till betydligt mindre symtom och ett mer normalt ätande.

Utebliven behandling kan påverka barnets kognitiva och kroppsliga utveckling, och det saknas andra insatser vi kan rekommendera för små barn. En del av barnen har långvarig näringsbrist och därmed ett stort behov av vård. Ätträning är därför en angelägen insats.

Id-nummer: AR3

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att barn med ARFID ska kunna erbjudas ätträning med exponering. Detta har relativt hög prioritet – se rekommendation AR3 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud ätträning eller anpassad KBT](#).

Arbeta så här

Du kan arbeta strukturerat med ätträning på olika sätt:

- med **specifika modeller**, till exempel Sequential oral sensory (SOS), Food chaining eller sensorisk träning
- med en mer **allmän form av ätträning** där du ger stöd vid och inför måltider, och patienten gradvis exponeras för olika livsmedel för att bli mer självständig successivt.

Börja alltid med en noggrann kartläggning och identifiera vilka svårigheter ni behöver fokusera på. Du bör sedan inkludera följande i ätträningen:

- Ge vårdnadshavarna (eller andra närstående) **vägledning och kunskap**, och involvera barnet på ett lämpligt sätt utifrån ålder och förmåga.
- Ge familjen möjlighet att prova **exponering i hemmiljö**, och följ upp hur det har fungerat. Vid utebliven progress, gå vidare med observation.
- **Observera** barnet och familjen vid en måltid för att se vilka svårigheter som finns. Observationen blir grunden för det fortsatta arbetet. Observera

vad barnet faktiskt äter och tycker om. För personer med omfattande svårigheter är det viktigt att ett multiprofessionellt team är involverat i kartläggningen (se avsnittet [Arbeta multiprofessionellt vid omfattande ättsvårigheter](#)).

- Lär barnet och vårdnadshavarna en **metod för att närma sig vissa livsmedel** utan tvång. Ge små läxor att jobba med hemma. Varva detta med psykoedukation för vårdnadshavarna. Det handlar om att programmera om från psykiskt och fysiskt obehagliga upplevelser till mer lustfyllda och trygga.
- **Exponera successivt** barnet för mat som hen tidigare inte har tolererat, till exempel med hjälp av en så kallad ättrappa, med motorisk och sensorisk träning efter behov. Anpassa upplägget och träningen till barnets problematik, ålder och förmåga.
- **Samspela och kommunicera** med familjen under ätträningen, för att visa hur de kan göra hemma. För yngre barn behöver oftast hela familjen vara med.

Erbjud KBT anpassad för ARFID

Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för ARFID fokuserar på att hantera och övervinna rädslor och obehag kopplat till mat. Det handlar till exempel om att utmana undvikande tankar och beteenden, så att patienten kan äta mer normalt och må bättre.

Komplettera denna psykologiska behandling med andra typer av insatser vid ARFID.

Rekommendation

Till dig som behandlar ungdomar och vuxna med ARFID

Erbjud KBT anpassad för ARFID. Behandlingen kan inkludera familjen, så du kan även erbjuda den till barn från 10 år, om barnet har förmåga att ta till sig behandlingen.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder behandlingen till betydligt mindre symtom och ett mer normalt ätande.

Id-nummer: AR5

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att barn med ARFID ska kunna erbjudas KBT anpassad för ARFID. Detta har relativt hög prioritet – se rekommendation AR5 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud ätträning eller anpassad KBT](#).

Arbeta så här

Börja alltid med en noggrann kartläggning och identifiera vilka svårigheter ni behöver fokusera på. Inkludera vårdnadshavarna (eller andra närstående) om patienten är ett barn. Bedöm också

- var patienten befinner sig i sin ätutveckling, och om hen har förutsättningar att ta till sig behandlingen
- vilka av patientens symtom som är bäst lämpade att behandla med KBT anpassad för ARFID
- när patienten är ett barn: om barnet och vårdnadshavarna har tillräcklig kunskap om barnets svårigheter, eller om de behöver mer kunskap för att kunna arbeta vidare.

Om KBT är lämpligt bör du sedan inkludera följande:

- Gör en tydlig **behandlingsplan med exponeringshierarki** tillsammans med patienten. Inkludera även vårdnadshavarna om patienten är ett barn.
- Ge patienten tydlig **psykoedukation** om konsekvenser av det ensidiga ätandet. Ge vårdnadshavarna psykoedukation parallellt om patienten är ett barn, eftersom de oftast behöver arbeta med sitt förhållningssätt mot barnet.
- Genomför **gradvis exponering** enligt er exponeringshierarki. Betona betydelsen av överinläring och att öva på samma exponeringssteg upprepade gånger hemma. Det räcker oftast inte att prova ett livsmedel enstaka gånger, utan man behöver upprepa exponeringen för samma eller liknande livsmedel för att patienten ska vänja sig.
- För en **dialog** med patienten om vilka livsmedelsklasser som är nödvändiga eller önskvärda för att få en tillräckligt varierad kost. Det är viktigt att patienten själv ser ett värde i exponeringen, utifrån ålder och förmåga.

Arbeta multiprofessionellt vid omfattande ättsvårigheter

Personer med ARFID och omfattande ättsvårigheter behöver ofta flera typer av insatser. För att vården ska fungera bra behöver olika yrkesgrupper och verksamheter samarbeta kring individen och ha ett helhetsperspektiv.

Rekommendation

Till dig som möter patienter med ARFID och omfattande ätsvårigheter

Använd ett multiprofessionellt arbetssätt – samarbeta med kollegor från olika yrkesgrupper utifrån patientens behov och symtom.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap är det multiprofessionella arbetssättet en förutsättning för att vården ska fungera och vara patientsäker. Patienterna har ett mycket svårt hälsotillstånd, och de många olika symtomen kan kräva flera typer av insatser från olika yrkesgrupper och verksamheter med olika perspektiv.

Arbetssättet underlättar till exempel utredningar och bedömningar. Det kan också förbättra kontinuiteten i vården.

Id-nummer: AR2

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver säkerställa att regionen kan erbjuda samtidiga insatser från olika yrkesgrupper till i princip alla patienter med ARFID och omfattande ätsvårigheter – såväl medicinskt som socialt och psykologiskt. Detta har hög prioritet – se rekommendation AR2 till beslutsfattare i avsnittet [Arbeta multiprofessionellt vid omfattande ätsvårigheter](#).

Vad är omfattande ätsvårigheter?

Omfattande ätsvårigheter innebär vanligen att ätstörningen har fått fysiska konsekvenser, till exempel:

- Ett barn följer inte sin tillväxtkurva.
- Ett barn eller en vuxen har fått näringsbrist, undervikt eller stor negativ påverkan psykosocialt.

Vilka behövs i ett multiprofessionellt arbetssätt kring barn med ARFID?

För att det multiprofessionella arbetssättet kring barn med ARFID ska fungera krävs ett välfungerande samarbete mellan exempelvis

- barnläkare
- barndietist
- barnlogoped

Ätstörningar

- psykolog eller kurator
- barnsjuksköterska.

Konsultera också ytterligare kompetens om det behövs, även om den personalen inte nödvändigtvis behöver träffa barnet.

Var tydliga med vem av er som är huvudansvarig. Ni behöver inte vara organiserade inom samma enhet, men det är viktigt med en nära dialog. Ni behöver kunna ge insatser samtidigt, så att patienten får såväl medicinskt som socialt och psykologiskt stöd.

Samverkan mellan yrkesgrupperna är viktig även om ni inte kan erbjuda teambesök. Det underlättar arbetet, så att alla jobbar åt samma håll.

Inkludera familjen

Det är viktigt att inkludera familjen när barn har ARFID och omfattande ättsvårigheter. ARFID startar ofta tidigt i livet, så barn i alla åldrar berörs: småbarn, barn i skolåldern och ungdomar. Problemen har ofta funnits länge och påverkat hela familjen. Alla behöver förstå problemen och få hjälp att bidra till en bättre matsituation, där ingen skuldbeläggs.

Vilka behövs i ett multiprofessionellt arbetssätt kring vuxna med ARFID?

För att det multiprofessionella arbetssättet kring vuxna med ARFID ska fungera krävs ett välfungerande samarbete mellan exempelvis

- läkare
- dietist
- psykolog, kurator eller terapeut
- arbetsterapeut
- sjuksköterska.

Var tydliga med vem av er som är huvudansvarig.

Samverkan mellan yrkesgrupperna är viktig även om ni inte kan erbjuda teambesök. Det underlättar arbetet, så att alla jobbar åt samma håll.

4. Anorexi

Patienter med anorexi kan behöva få grundläggande insatser redan vid det första vårdmötet, på en vårdcentral eller annan vårdenhet. Mer detaljer finns i avsnittet [Lär dig mer om olika typer av ätstörningar](#) – se *En del behöver ytterligare kompetens*.

I detta delkapitel ger vi rekommendationer om ett urval av behandlingsmetoder som därefter kan vara aktuella för barn och vuxna med anorexi (anorexia nervosa). Flera rekommendationer gäller även vid atypisk anorexi, där patienten inte är underviktig. Rekommendationerna handlar dels om psykologisk grundbehandling, dels om insatser för personer som behöver mer intensivt eller alternativt stöd. Ofta behövs ytterligare vård och stöd utifrån individens situation, såväl psykiatriskt som somatiskt. Det kan exempelvis handla om nutritionsbehandling. Alla insatser behöver samordnas.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Anorexi](#).

Erbjud psykologisk behandling till barn

Barn och ungdomar med anorexi behöver oftast psykologisk behandling. Utgå från patientens förutsättningar och familjesituation – åldern bör inte helt avgöra behandlingsformen. Behandlingen hjälper familjen att hitta tillbaka till ett normalt liv.

Rekommendationer

Till dig som behandlar barn och ungdomar med anorexi

- Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.
- För ungdomar: Erbjud ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT), om det är lämpligt utifrån förmåga och familjesituation.

Varför?

Familjebaserad terapi är vanligtvis förstahandsvalet för barn och ungdomar med anorexi, eftersom den leder till att fler tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Vårdnadshavaren är aktiv i behandlingen och ett viktigt stöd.

För ungdomar är ätstörningsanpassad KBT ett lämpligt alternativ. Även denna behandling kan ge god effekt på tillfrisknandet, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Id-nummer: AN2 och AN3.2

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att barn och ungdomar med anorexi ska kunna erbjudas psykologisk behandling. Detta har hög prioritet – se rekommendation AN2 och AN3.2 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Inkludera familjen

Oavsett behandlingsform: Inkludera patientens vårdnadshavare eller andra närstående. Vanligtvis är familjebaserad terapi då det första steget, men ibland kan ätstörningsanpassad KBT passa bättre utifrån familjesituationen. Inkludera dock vårdnadshavarna även i KBT-behandlingen, när det är möjligt. Ibland kan det vara aktuellt att komplettera familjebaserad terapi med KBT.

Familjebaserad terapi: vårdnadshavarna deltar aktivt

I familjebaserad terapi deltar barnets familj aktivt. Du som behandlare hjälper vårdnadshavarna att ta ansvar för barnets ätande, och stödja så att barnet vågar äta normalt. Senare i behandlingen tar barnet successivt mer ansvar för ätandet. Ni kan också arbeta med att återgå till rörelse och normal fysisk aktivitet. Det är viktigt att den familjebaserade terapin följer en särskild manual.

KBT: fokus på beteenden som vidmakthåller ätstörningen

KBT kan till exempel vara lämpligt för ungdomar med anorexi om

- familjen saknar förutsättningar för familjebaserad terapi
- du bedömer att KBT passar ungdomen bättre än familjebaserad terapi
- ungdomen har gått igenom familjebaserad terapi, men behandlingen har inte haft effekt
- ungdomen har gått igenom familjebaserad terapi och gått upp tillräckligt i vikt, och ni bedömer tillsammans att KBT är rimligt för att komma vidare i behandlingen.

KBT kan passa redan under tonårstiden, beroende på ungdomens förmåga och förutsättningar.

Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Engagemanget från närstående är ofta en förutsättning för ett bra resultat. Det är viktigt att behandla med KBT som är specifikt anpassad till ätstörningar, till exempel KBT-E.

Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- bättre förmåga att hantera egna tankemönster som underhåller det osunda ätbeteendet
- bättre förmåga att hantera påträngande tankar om vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya värderingar kring vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya, sundare tankemönster och beteenden.

Arbeta med patientens motivation

Du behöver ofta arbeta med motiverande strategier under behandlingen. Det är vanligt att personer med anorexi har en kluven inställning till behandling, och en sviktande motivation till förändringsarbete. De kan ha svårt att vilja, våga eller tro sig kunna gå igenom en behandling.

Erbjud psykologisk behandling till vuxna

Vuxna med anorexi behöver oftast psykologisk behandling. Utgå från patientens förutsättningar och familjesituation – åldern bör inte helt avgöra behandlingsformen.

Rekommendationer

Till dig som behandlar vuxna med anorexi

- Erbjud ätstörningsanpassad KBT.
- För unga vuxna: Erbjud åldersanpassad familjebaserad terapi enligt manual, om det är lämpligt utifrån familjesituationen.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap leder ätstörningsanpassad KBT till att symtomen minskar och fler tillfrisknar. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden och symtom, även om de ändras över tid. Den bedöms också ge goda effekter i förhållande till kostnaderna.

För en del unga vuxna kan åldersanpassad familjebaserad terapi vara ett alternativ. Den kan ge goda resultat om familjesituationen möjliggör behandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kan också innebära trygghet och kontinuitet, och underlätta övergången mellan barnpsykiatri och vuxenpsykiatri.

Id-nummer: AN4 och AN3.1

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att vuxna med anorexi ska kunna erbjudas psykologisk behandling. Detta har hög prioritet – se rekommendation AN4 och AN3.1 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Välj behandling utifrån patientens ålder, förutsättningar och familjesituation.

KBT: fokus på beteenden som vidmakthåller ätstörningen

KBT är en vanlig behandling för vuxna med anorexi, som kan anpassas till ålder, förmåga och individuella behov. Behandlingen kan fungera bättre om patienten är motiverad och förstår varför behandlingen behövs.

Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Det är viktigt att behandla med KBT som är specifikt anpassad till ätstörningar, till exempel KBT-E.

Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- bättre förmåga att hantera egna tankemönster som underhåller det osunda ätbeteendet
- bättre förmåga att hantera påträngande tankar om vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya värderingar kring vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya, sundare tankemönster och beteenden.

Familjebaserad terapi: behandling i samarbete med familjen

Det kan vara lämpligt att behandla en del unga vuxna med familjebaserad terapi, beroende på individens förmåga och förutsättningar. Du som behandlare samarbetar med både patienten och patientens familj eller andra närstående, för att hjälpa patienten att kunna äta normalt. Patienten har själv ansvaret för ätandet, till skillnad från när barn och ungdomar får familjebaserad terapi. Det är viktigt att värna och stärka patientens självständighet.

Behandla med en särskilt åldersanpassad familjebaserad terapi för unga vuxna. Anpassa också behandlingen specifikt till patientens ålder och förmåga att ta till sig behandlingen.

Det finns flera metoder med särskilda manualer som du kan använda, till exempel

- family/individual therapy for young adults (FT-YA, även kallad Göteborgsmodellen)
- family-based therapy for young adults with anorexia nervosa (FBTY)
- family-based treatment for transition age youth (FBT-TAY).

Arbeta med patientens motivation

Du behöver ofta arbeta med motiverande strategier under behandlingen. Det är vanligt att personer med anorexi har en kluven inställning till behandling, och en sviktande motivation till förändringsarbete. De kan ha svårt att vilja, våga eller tro sig kunna gå igenom en behandling, och pendla mellan att vilja och inte vilja ha hjälp.

Dynamik med närstående

Vårdnadshavare eller andra närstående är viktiga medverkande i behandlingen, men patienten ser inte alltid deras roll på det sättet. Du behöver främja förståelse och kunskap hos både de närstående och patienten själv, och lyfta den andras perspektiv. Det handlar om att hitta en balans mellan de närståendes engagemang och patientens strävan efter att klara av problemen på egen hand.

Det är viktigt att anpassa behandlingen efter patientens framsteg, och kommunicera detta till de berörda. Närstående behöver förstå sjukdomen och behandlingen, och få veta hur patienten tar sig framåt för att kunna anpassa sitt stöd. Patienten kan också behöva bli påmind om fördelarna med att involvera närstående även efter 18-årsdagen.

Överväg utökat motiverande inslag vid behov

En del patienter med anorexi kan behöva olika tilläggsbehandlingar till den grundläggande psykologiska behandlingen. Ibland kan till exempel utökat motiverande inslag vara aktuellt.

Rekommendation

Till dig som behandlar patienter med anorexi

Efter en individuell bedömning: Överväg att lägga till utökat motiverande inslag i behandlingen, i form av motiverande samtal (MI) eller motivational enhancement therapy (MET).

Varför?

I många behandlingsprogram ingår det att arbeta med patientens motivation och alliansen med behandlaren. För vissa patienter kan det vara aktuellt att utöka de motivationshöjande inslagen – till exempel om behandlingen i övrigt inte ger tillräcklig effekt. På gruppnivå verkar det dock inte förbättra ätstörningsbehandlingens resultat, enligt forskningen.

Id-nummer: AN1

Förutsättningar på din arbetsplats

För att utökat motiverande inslag ska kunna övervägas behövs kompetens för det på din arbetsplats. Rekommendationen till beslutsfattare och chefer om insatsen har låg prioritet, men insatsen kan ändå vara aktuell för vissa patienter. Se rekommendation AN1 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Vad är MI och MET?

Syftet med motiverande samtal (MI) och motivational enhancement therapy (MET) är att identifiera ambivalenta tankar som patienten är öppen för att arbeta med. Du som behandlare hjälper sammanfattningsvis patienten att

- formulera en egen förståelse för sitt problem
- formulera egna argument för förändring
- stärka sitt beslut och åtagande att genomföra förändringen.

Arbeta så här

Motivationshöjande inslag i form av MI eller MET kan ge vissa patienter en större förståelse och insikt om sin klivna inställning till ätstörningsbehandling. Detta kan öka deras förutsättningar att ta till sig ätstörningsbehandlingen. Du kan till exempel överväga att lägga till utökat motiverande inslag om patienten

- känner att det är för svårt att stå ut med de svåra känslor som ätstörningsbehandlingen väcker, och vill avbryta behandlingen
- vill gå igenom ätstörningsbehandlingen, men kommer inte igång med att ändra sina beteenden i vardagen.

Var försiktig med SSRI-läkemedel

I undantagsfall kan du överväga behandling med SSRI-läkemedel för patienter med anorexi, som tillägg till den grundläggande psykologiska behandlingen. Det är dock sällan lämpligt om inte patienten har en annan diagnos som motiverar behandlingen. Det är viktigt att patienter med anorexi inte får SSRI-läkemedel i onödan.

Rekommendation

Till dig som behandlar vuxna med anorexi

Var försiktig med tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel. Överväg bara behandlingen i undantagsfall, om andra insatser inte har haft effekt.

Varför?

SSRI-läkemedel som tillägg till psykologisk behandling har ingen visad effekt på ätstörningssymtom på gruppnivå, enligt forskningen. Behandlingen har därför lägsta prioritet på gruppnivå, men du kan överväga den i undantagsfall. Observera dock att patienten kan vara särskilt känslig för biverkningar, och snarare bli skadad än hjälpt av behandlingen.

Id-nummer: AN8

Förutsättningar på din arbetsplats

Rekommendationen till beslutsfattare och chefer om tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel har lägsta prioritet – se rekommendation AN8 i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#). Om SSRI-läkemedel ändå ska kunna övervägas i undantagsfall behöver beslutsfattare och chefer säkerställa tillgång till läkare och ett etablerat samarbete med olika behandlande yrkesgrupper.

Arbeta så här

Inget SSRI-läkemedel har anorexi som godkänd indikation. Behandling med SSRI-läkemedel är bara aktuell att prova i undantagsfall för vuxna med anorexi, till exempel om inga andra insatser har haft effekt. Om du behandlar en patient i svälttillstånd behöver du ta extra stor hänsyn till läkemedelsbehandlingens risker och faror.

Om du inte är läkare själv förutsätter rekommendationen att du har ett samarbete med läkare för bedömning och förskrivning.

Observera: Rekommendationen om SSRI-läkemedel vid anorexi gäller bara för vuxna.

➔ **Läs mer** om biverkningar, kontraindikationer med mera på fass.se.

I förstärkt öppenvård: Erbjud fler insatser

Patienter med anorexi får idag oftast ett antal behandlingstillfällen i öppenvården – eller heldygnsvård om det behövs. Samtidigt finns personer som behöver intensivare insatser än enbart samtal i öppenvården, men inte nödvändigtvis heldygnsvård. De kan få förstärkt öppenvård.

Rekommendation

Till dig som ger vård till patienter med anorexi som behöver intensifierade insatser

Erbjud behandling i förstärkt öppenvård.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap är det mycket angeläget att kunna erbjuda ett intensivare stöd utanför heldygnsvården, när den behandling som vanligtvis ingår i öppenvården inte räcker. Förstärkt öppenvård gör det möjligt att bättre anpassa behandlingen till patientens vårdbehov utan inläggning på sjukhus, och låter patienten behålla delar av sitt sociala sammanhang. Patienter som slussas ut från heldygnsvård får också möjlighet att anpassa sig till vardagen.

Id-nummer: AN11

Förutsättningar på din arbetsplats

För att du ska kunna erbjuda behandling i förstärkt öppenvård behöver din region ha en vårdstruktur och vårdflöden som möjliggör detta i någon form. Det kan till exempel handla om att erbjuda dagvård i den specialiserade ätstörningsvården. För barn och unga innebär det ofta familjedagvård. Vårdstrukturen behöver ge utrymme för patienter som behöver extra stöd. I en del regioner finns mobila team som kan ge sådant stöd, fysiskt eller digitalt.

Det är en högt prioriterad rekommendation till beslutsfattare och chefer att säkerställa förstärkt öppenvård – se rekommendation AN11 i avsnittet [Förstärk öppenvården och säkerställ kompetens i heldygnsvården](#).

Arbeta så här

Det finns olika behov av förstärkt öppenvård. En patient kan till exempel

- ha fått heldygnsvård och behöva förstärkt öppenvård som ett mellansteg inför omställningen till vanlig öppenvård
- behöva förstärkt öppenvård för att den vanliga öppenvården inte är tillräcklig, och för att förebygga behov av heldygnsvård.

Förstärkt öppenvård kan se ut och organiseras på olika sätt. Det kan till exempel vara

- mobila insatser där patienten får stöd i hemmiljön eller vardagen (kallas specialistpsykiatriska omvårdnadsteam, SPOT-team, i vissa regioner)
- tillfälliga förstärkningar under pågående öppenvårdsbehandling
- förstärkta insatser på separata dagvårdsenheter enligt ett bestämt program, ofta i egna lokaler och med egen personal.

Du kan till exempel utöka den vanliga öppenvårdsbehandlingen med

- assisterade måltider,¹⁶ ibland flera gånger om dagen
- familjemåltider för barn och ungdomar, där du stödjer vårdnadshavaren att hjälpa sitt barn
- stöd för att planera vardagslivet utanför vården, till exempel när det gäller balans mellan aktivitet och vila
- regelbundna medicinska kontroller.

Utifrån patientens vårdbehov och livssituation kan det vara aktuellt att ge dessa insatser flera dagar i veckan. Vidare behöver ditt team vara flexibelt

¹⁶ En pedagogisk insats där du visar vad en måltid kan bestå av och hur patienten kan äta på ett normaliserat sätt. Det handlar bland annat om äthastighet.

för att kunna erbjuda förstärkta insatser under perioder när det behövs. Samarbeta i teamet så att ni tillsammans kan möta behoven.

I mindre vårdenheter kan lösningen vara att ha en flexibilitet och anpassa verksamheten till dem som behöver vård för tillfället. Det kan till exempel innebära att ni bokar in färre vanliga besök vissa dagar, för att ha mer tid för patienter som behöver extra insatser de dagarna.

Om din region jobbar med mobila team behöver ni ha en bra dialog och följa upp hur det fungerar.

Remittera vid behov

Remittera vidare om patienten hör till den grupp med svårbehandlade ätstörningar som alltid ska remitteras till nationell högspecialiserad vård. Se avsnittet [Högspecialiserad vård på fem platser – remitteringen kan behöva öka](#) i kapitlet *Utgångspunkt: vården idag*.

I heldygnsvården: Öka din kompetens i bemötande och behandling av anorexi

Du som arbetar i heldygnsvården behöver ha kompetens i bemötande och behandling av anorexi. Det kan vara avgörande för att patienterna inte ska försämrats. Ätstörningskompetensen är angelägen oavsett var patienten får heldygnsvård.

Rekommendation

Till dig som möter patienter med anorexi i heldygnsvården

Skaffa dig kompetens i bemötande och behandling av anorexi, om du inte redan har det. Handled kollegor som inte har tillräcklig kompetens.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap får patienten bättre förutsättningar för viktåterhämtning, om du som behandlare har rätt kompetens. Behandlingen kan då bli effektivare, både när det gäller stabilisering och tillfrisknande. Både patienten och närstående får också en ökad förståelse och bättre förmåga att hantera ätstörningen. Dessutom får patienten bättre förutsättningar att tillgodogöra sig fortsatt vård på en lägre vårdnivå.

Det är angeläget med ätstörningskompetens där patienten vårdas, oavsett om det är i allmänpsykiatrin, på en specialiserad ätstörningsenhet eller i den somatiska vården.

Id-nummer: AN12

Förutsättningar på din arbetsplats

För att öka din ätstörningskompetens behöver du få tid för kompetensutveckling och handledning, utifrån din roll i heldygnsvården. Det är en högt prioriterad rekommendation till beslutsfattare och chefer att säkerställa kompetensen – se rekommendation AN12 i avsnittet [Förstärk öppenvården och säkerställ kompetens i heldygnsvården](#).

Arbeta så här

Patienter med anorexi i heldygnsvården har ett tillstånd som kan vara eller bli livshotande. Sjukdomen innebär ofta att patienten är kluven mellan att vilja och inte vilja få vård.

Patienterna har ofta ett annat vårdbehov än många andra patienter, på både somatiska och psykiatriska avdelningar. De behöver en annan form av stöd för att kunna ta till sig sin behandling, och du som personal behöver känna till de viktigaste delarna av detta.

Du behöver till exempel

- förstå sjukdomens komplexitet och stora påverkan på den fysiska och psykiska hälsan
- kunna ge ett bemötande som skapar trygghet och allians med patienten
- ge patienten stöd och vara fysiskt närvarande i särskilt utmanande situationer – särskilt under måltider, men också i situationer där patienten kan ha svårt att avstå från beteenden som kräkningar eller överdriven rörelse
- tänka på att patienten ofta drivs av ångest och att ätstörningen styr både tankar och känslor – och ge stöd för att hantera detta, så att vården kan fungera.

Om du redan har den kompetens som behövs: Ta dig tid att handleda dina kollegor.

Om patienten behöver både somatisk och psykiatrisk vård är det viktigt att du har en nära dialog med dina kollegor i den andra vårdspecialiteten.

Förbättra livskvaliteten vid svår och långvarig anorexi

Till patientgruppen med svår och långvarig anorexi räknas personer som har haft diagnosen anorexi i minst 7 år och är fortsatt mycket sjuka, trots flera behandlingsförsök. De befinner sig i regel i ett svälttillstånd, och har ofta allvarliga medicinska komplikationer och psykiatriska problem. De klarar ofta inte att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning. Det kan bli aktuellt igen senare, till exempel vid ökad

motivation. Till dess behöver patienterna insatser för att inte bli sämre, och om möjligt för att ha en god livskvalitet.

Rekommendationer

Till dig som möter patienter med svår och långvarig anorexi

Om flera tidigare behandlingsförsök inte har gett tillräcklig effekt:

- Erbjud individanpassat stöd med fokus på livskvalitet.
- Erbjud vissa patienter självmald inläggning, som en del av en individanpassad långsiktig vårdplan.

Varför?

Det individanpassade stödet är angeläget, och kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det kan även minska risken för allvarlig försämring av ätstörningens skadliga följder. Dessutom kan det möjliggöra en trygg och förtroendeingivande kontakt med hälso- och sjukvården, och skapa förutsättningar för nya försök till viktåterhämtande behandling i framtiden.

Vidare kan en överenskommelse om självmald inläggning stärka patientens medbestämmande och delaktighet i vården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Id-nummer: AN9 och AN10

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver säkerställa stöd för den komplexa patientgrupp som inte får tillräcklig effekt av flera behandlingsförsök.

Du som möter patienterna behöver få kompetensutveckling efter behov. På din arbetsplats behövs också erfarna och trygga läkare som kan balansera de avvaktande insatserna mot risken för ett försämrat hälsotillstånd.

Det är en högt prioriterad rekommendation till beslutsfattare och chefer att erbjuda individanpassat stöd med fokus på livskvalitet. Självmald inläggning har lägre prioritet, men insatsen är en möjlighet för vissa patienter. Se rekommendation AN9 och AN10 till beslutsfattare i avsnittet [Förbättra livskvaliteten vid svår och långvarig anorexi](#).

Arbeta så här

Individanpassat stöd med fokus på livskvalitet

För att ge individanpassat stöd med fokus på livskvalitet behöver du

- ha erfarenhet av ätstörningsvård
- säkerställa att patienten har gått igenom flera behandlingsförsök som inte gett tillräcklig effekt
- reda ut varför den tidigare behandlingen har avbrutits eller inte fungerat
- känna dig trygg i att individanpassat stöd är det mest lämpliga för patienten just nu.

Det individanpassade stödet kan innebära att patienten är kvar i den specialiserade ätstörningsvården, men att man pausar den psykologiska behandlingen, eftersom patienten inte är beredd att fokusera på viktåterhämtning.

Följande bör till exempel ingå i stödet:

- Fokusera på stöd för att **främja livskvalitet**. Patienten kan till exempel behöva hjälp att söka boendestöd från kommunen, för att få vardagen att fungera. En stödperson för sociala aktiviteter kan också vara aktuellt.
- Sätt upp **tydliga förväntningar och mål** tillsammans med patienten.
- Kom överens med patienten om att hen ska vara i ett **stabilt fysiskt tillstånd**, och gör regelbundna medicinska kontroller utifrån detta.
- Kom överens med patienten om hur ni ska göra om hen **blir sämre**.
- Hjälptill med **vård- och stödsamordning**, med tillgång till kompetens från flera yrkesgrupper.

Självvald inläggning

Självvald inläggning innebär att patienten och hälso- och sjukvården ingår en särskild överenskommelse. Under vissa förutsättningar och villkor kan patienten själv ansöka om att bli inlagd på en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård, som en del av en individanpassad vårdplan. Det är bara aktuellt för vissa patienter, som kan ta ansvar för att styra detta själva. Insatsen förutsätter ett aktivt samarbete mellan öppenvården och heldygnsvården, som gemensamt gör urvalet av patienter. Insatsen styrs också av regler, till exempel om att vårdtiden ska vara kort.

Du ger patienten ökad kontroll över sin vård och behandling. Patienten kan känna sig mer engagerad och delaktig i vägen mot ett tillfrisknande, genom att delta aktivt i beslutsprocessen och planeringen av vården. Det är viktigt att

- du och patienten är överens om att insatsen är en del av en långsiktig vårdplan, där även andra insatser ingår, som kan utföras i kombination med den självvalda inläggningen
- dokumentera förutsättningar och villkor tydligt i patientens journal.

Det är också lämpligt att det framgår tydligt i överenskommelsen med patienten när självvald inläggning inte ska användas.

Observera: Du behöver planera tillgången till vårdplatser så att en patient inte riskerar att nekas plats när hen vill använda självvald inläggning. Tänk också på att patienten kan vara på samma avdelning som patienter som inte har självvald inläggning. I diskussioner med andra patienter behöver du kunna prata om personcentrerad vård och varför det kan vara ”olika regler för olika patienter”.

Remittera vid behov

Remittera vidare om patienten hör till den grupp med svårbehandlade ätstörningar som alltid ska remitteras till nationell högspecialiserad vård. Se avsnittet [Högspecialiserad vård på fem platser – remitteringen kan behöva öka](#) i kapitlet *Utgångspunkt: vården idag*.

5. Hetsättningsstörning

Patienter med hetsättningsstörning kan behöva få grundläggande insatser redan vid det första vårdmötet, på en vårdcentral eller annan vårdenhet. Mer detaljer finns i avsnittet [Lär dig mer om olika typer av ätstörningar](#) – se *En del behöver ytterligare kompetens*.

I detta delkapitel ger vi rekommendationer om ett urval av behandlingsmetoder som därefter kan vara aktuella för ungdomar och vuxna med hetsättningsstörning. Vi rekommenderar även alternativa sätt att erbjuda behandlingen, för att nå fler med vård – till exempel självhjälpsprogram med behandlarstöd. Vid sidan av de insatser som rekommenderas i detta delkapitel kan personer med hetsättningsstörning behöva ytterligare insatser, exempelvis stöd med nutrition eller fysioterapi.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Hetsättningsstörning](#).

Erbjud psykologisk behandling

Personer med hetsättningsstörning kan bli hjälpta av psykologisk behandling. Ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa patienterna att både förändra sitt ätbeteende och hantera känslomässiga problem. Ett

alternativ kan vara interpersonell psykoterapi (IPT), som fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer.

Rekommendationer

Till dig som behandlar ungdomar och vuxna med hetsättningsstörning

- Erbjud ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Erbjud interpersonell psykoterapi (IPT).

Varför?

Enligt forskningen leder ätstörningsanpassad KBT troligen till att färre hetsäter, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling.

IPT har en likvärdig effekt som KBT på andelen personer som slutar hetsäta, men det finns mindre klinisk erfarenhet.

Id-nummer: H4 och H7

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att ungdomar och vuxna med hetsättningsstörning ska kunna erbjudas psykologisk behandling. Detta har hög prioritet – se rekommendation H4 och H7 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Börja med att normalisera måltidsstruktur och portionsstorlek, och identifiera vad som motiverar patienten att förändra sitt beteende.

Välj psykologisk behandling utifrån patientens ålder, förutsättningar och familjesituation. Oavsett behandling och patientens ålder är det i regel till stor nytta att involvera familjen eller andra närstående på något sätt som stöd.

KBT: fokus på beteenden som vidmakthåller ätstörningen

KBT passar för de flesta ungdomar och vuxna med hetsättningsstörning. Behandlingen kan fungera om patienten är motiverad, har förmåga att ta till sig behandlingen och förstår varför den behövs.

Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Det är viktigt att behandla med KBT som är specifikt anpassad till ätstörningar, till exempel KBT-E.

Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- bättre förmåga att hantera egna tankemönster som underhåller det osunda ätbeteendet
- bättre förmåga att hantera påträngande tankar om vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya värderingar kring vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya, sundare tankemönster och beteenden.

Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men insatsen är generellt mindre omfattande än vid anorexi.

IPT: fokus på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer

Du kan också behandla personer med hetsättningsstörning med IPT, både individuellt och i grupp. IPT fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer. Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- större tillgång till sitt sociala nätverk
- mindre mellanmänsklig stress
- bättre förmåga att bearbeta känslor
- bättre förmåga att samarbeta med andra.

Överväg SSRI-läkemedel

Du kan överväga behandling med SSRI-läkemedel vid hetsättningsstörning – framför allt om patienten inte kan gå igenom en psykologisk behandling, eller om psykologisk behandling inte fungerar.

Rekommendation

Till dig som behandlar vuxna med hetsättningsstörning

Överväg behandling med SSRI-läkemedel.

Varför?

Enligt forskningen leder behandlingen möjligen till att fler slutar hetsäta direkt efter avslutad läkemedelsbehandling, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för effekten över längre tid. Behandlingen kan därför framför allt vara aktuell om patienten saknar förutsättningar för psykologisk behandling, eller inte blir bättre av sådan behandling.

Id-nummer: H3

Förutsättningar på din arbetsplats

För att vissa patienter med hetsättningsstörning ska kunna få SSRI-läkemedel behöver beslutsfattare och chefer säkerställa tillgång till läkare och ett etablerat samarbete med olika behandlande yrkesgrupper. Det är dock högre prioriterat att avsätta resurser för psykologisk behandling – se rekommendation H3 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Om du inte är läkare själv förutsätter rekommendationen att du har ett samarbete med läkare för bedömning och förskrivning.

Det finns flera godkända SSRI-läkemedel i Sverige. Förutom läkemedel med den aktiva substansen fluoxetin finns läkemedel med citalopram, paroxetin, sertralin, fluvoxamin och escitalopram. Inget av dem har en indikation som specifikt inkluderar hetsättningsstörning, men det finns vetenskapligt stöd för att läkemedlen har effekt på symtom vid hetsätning.

Välj SSRI-läkemedel utifrån en individuell bedömning av patienten, till exempel när det gäller samtidiga sjukdomar.

Följ upp behandlingen med samtal och fysiska kontroller. Byt till ett annat SSRI-läkemedel om effekten inte är tillräcklig eller om patienten får för mycket biverkningar.

Observera: Rekommendationen om SSRI-läkemedel vid hetsättningsstörning gäller bara för vuxna.

➔ **Läs mer** om biverkningar, kontraindikationer med mera på fass.se.

Överväg behandling i andra format

Praxis idag är att ge behandling vid fysiska vårdbesök. För en del patienter kan andra format vara ett alternativ.

Rekommendationer

Till dig som behandlar ungdomar och vuxna med hetsättningsstörning

Se över om det passar att erbjuda behandling i något av följande format:

- ätstörningsanpassad KBT i grupp
- manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd
- ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk.

Varför?

Enligt forskningen kan ätstörningsanpassad KBT i grupp möjligen ha lika god effekt eller något sämre effekt än individuell behandling. Gruppbehandlingen ger mindre utrymme för individanpassningar. Därför bör du bara erbjuda den om du bedömer att patienten har förmåga att ta del av gruppbehandlingen, och kan tänka sig att träffa andra med hetsättningsstörning.

Det manualbaserade självhjälsprogrammet leder troligen till att färre hetsäter och till att fler upplever minskade ätstörningssymtom, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Tack vare behandlingsformen kan fler med hetsättningsstörning snabbare få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan självhjälpen också vara en fullgod behandling.

Vidare kan ätstörningsanpassad KBT på distans ge likvärdiga resultat som en behandling med fysiska vårdbesök, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Du som behandlare behöver dock bedöma om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen. Videomöten är ett bra komplement för att möta olika behov och önskemål, och gör vården mer tillgänglig för personer som exempelvis har svårt att ta sig till vården eller som känner skam. Den är dock inte utvärderad systematiskt, till skillnad från behandling med fysiska besök.

Id-nummer: H5, H1 och H6

Förutsättningar på din arbetsplats

Om du ska kunna ge vård på distans behöver ni ha grundläggande tekniska lösningar på arbetsplatsen. Ni behöver

- en teknisk plattform och en infrastruktur som är tillgänglig och patientsäker i regionen, liksom administrativt stöd

Ätstörningar

- programvara och utbildning i att använda den, och praktiskt stöd i form av lathundar och teknisk support för att känna er trygga.

Du som behandlare behöver också tillräcklig tid för att kunna fungera som behandlarstöd, om ni erbjuder ett manualbaserat självhjälsprogram.

Det kan vara lämpligt att beslutsfattare och chefer avsätter resurser för behandling på fler sätt än som enbart fysiska vårdbesök, för att fler ska kunna få vård. Se rekommendation H5, H1 och H6 till beslutsfattare i avsnittet [Överväg behandling i andra format](#).

Arbeta så här

Välj behandling utifrån patientens ålder, förutsättningar och familjesituation. För en dialog med patienten, till exempel om vilket behandlingsformat hen föredrar.

Ätstörningsanpassad KBT i grupp

Ätstörningsanpassad KBT kan fungera om patienten är motiverad, har förmåga att ta till sig behandlingen och förstår varför den behövs. Om det passar patienten, kan gruppbehandling vara ett alternativ.

Ätstörningsanpassad KBT i grupp innebär vanligen att deltagarna

- arbetar på egen hand med en KBT-baserad manual
- träffas i grupp med dig som behandlare för att gå igenom vissa moment och få tillfälle att diskutera.

Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men det är vanligt att gruppen ses 1 gång i veckan. Det är önskvärt med 6–8 patienter per grupp.

Manualbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd

Om du bedömer det som lämpligt kan du erbjuda patienten att prova ett manualbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd, som bygger på KBT. Patienten arbetar sig igenom olika moduler på egen hand, som innehåller exempelvis text, övningar och filmer. Viktiga delar är

- psykoedukation
- självmonitorering
- konkreta förslag på beteendeförändringar för att normalisera ätandet och hantera ångest och andra svåra känslor.

Ett aktivt behandlarstöd är centralt – annars blir effekten mycket osäkrare. Som behandlare förväntas du bistå patienten generellt cirka 6 timmar.

Ätstörningsanpassad KBT på distans

En del patienter vill gärna kunna få sin behandling på distans. Diskutera med dem om det är lämpligt.

De kan till exempel ha svårt att ta sig till ett fysiskt möte. För en del känns det också mer bekvämt att ha en skärm mellan sig och dig som behandlare – för andra är det tvärtom. Detsamma kan gälla dig som behandlare. Gör dig förtrogen med att möta dina patienter på distans. Om du känner dig tveksam eller osäker, ta hjälp av lathundar, it-support och kollegor för att träna och bli mer bekväm eller trygg. Din arbetsgivare kanske också erbjuder utbildning.

Det kan vara lämpligt att komma överens med patienten om att följa samma ”spelregler” på distans som vid fysiska möten, till exempel om punktlighet, fokus och möjlighet att sitta ostört.

6. Bulimi

Patienter med bulimi kan behöva få grundläggande insatser redan vid det första vårdmötet, på en vårdcentral eller annan vårdenhet. Mer detaljer finns i avsnittet [Lär dig mer om olika typer av ätstörningar](#) – se *En del behöver ytterligare kompetens*.

I detta delkapitel ger vi rekommendationer om ett urval av behandlingsmetoder som därefter kan vara aktuella för ungdomar och vuxna med bulimi (bulimia nervosa). Vi rekommenderar även alternativa sätt att erbjuda behandlingen, för att nå fler med vård – till exempel självhjälpsprogram med behandlarstöd. Vid sidan av de insatser som rekommenderas i detta delkapitel kan personer med bulimi behöva ytterligare insatser, exempelvis stöd med nutrition eller fysioterapi.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Bulimi](#).

Erbjud psykologisk behandling

Personer med bulimi kan bli hjälpta av psykologisk behandling. Ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT) kan hjälpa patienterna att både förändra sitt ätbeteende och hantera känslomässiga problem. Ett alternativ kan vara interpersonell psykoterapi (IPT), som fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer. Ungdomar kan också få familjebaserad terapi, där familjen deltar aktivt i behandlingen.

Rekommendationer

Till dig som behandlar ungdomar och vuxna med bulimi

För äldre ungdomar och vuxna:

- Erbjud i första hand ätstörningsanpassad kognitiv beteendeterapi (KBT).
- Erbjud i andra hand interpersonell psykoterapi (IPT).

För yngre ungdomar, och i vissa fall även för äldre ungdomar:

- Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.

Varför?

Det finns ett visst stöd i forskningen för att ätstörningsanpassad KBT leder till att färre hetsäter och möjligen till att färre kräks, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Ingen annan behandling mot bulimi har bättre vetenskapligt stöd. En styrka hos denna behandlingsform är möjligheten att hantera symtom som ändras över tid, och även olika vanliga problem hos personer med bulimi. Insatsen bedöms också vara kostnadseffektiv.

För patienter som KBT inte passar kan IPT vara ett alternativ. Möjligen är det dock färre som tillfrisknar efter IPT än efter ätstörningsanpassad KBT. Det går inte att dra slutsatser om effekten av IPT jämfört med KBT på längre sikt.

För yngre ungdomar – och för vissa äldre ungdomar – kan familjebaserad terapi enligt manual ge goda resultat. I denna behandlingsform är vårdnadshavaren mycket aktiv. Det är en styrka, speciellt för yngre ungdomar.

Id-nummer: BN4, BN7 och BN9

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att ungdomar och vuxna med bulimi ska kunna erbjudas psykologisk behandling. Detta har hög prioritet – se rekommendation BN4, BN7 och BN9 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Börja med att normalisera måltidsstruktur och portionsstorlek, och identifiera vad som motiverar patienten att förändra sitt beteende.

Ätstörningar

Välj behandling utifrån patientens ålder, förutsättningar och familjesituation. Oavsett behandling och patientens ålder är det i regel till stor nytta att involvera familjen eller andra närstående på något sätt som stöd.

KBT: fokus på beteenden som vidmakthåller ätstörningen

KBT kan passa för de flesta äldre ungdomar och vuxna med bulimi. Behandlingen kan fungera om patienten är motiverad, har förmåga att ta till sig behandlingen och förstår varför den behövs.

Behandlingen fokuserar på beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Det är viktigt att behandla med KBT som är specifikt anpassad till ätstörningar, till exempel KBT-E.

Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- bättre förmåga att hantera egna tankemönster som underhåller det osunda ätbeteendet
- bättre förmåga att hantera påträngande tankar om vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya värderingar kring vikt, kroppsform och ätande
- tillgång till nya, sundare tankemönster och beteenden.

Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men vanligtvis ingår 20 sessioner. Behandlingen är dock generellt mindre omfattande än vid anorexi.

IPT: fokus på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer

Om ätstörningsanpassad KBT inte passar kan du behandla äldre ungdomar och vuxna med IPT, både individuellt och i grupp. IPT fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer. Målet är att patienten ska uppleva minskade symtom genom

- större tillgång till sitt sociala nätverk
- mindre mellanmänsklig stress
- bättre förmåga att bearbeta känslor
- bättre förmåga att samarbeta med andra.

Behandlingens längd och antalet sessioner kan variera, men vanligtvis ingår 16 sessioner.

Familjebaserad terapi: vårdnadshavarna deltar aktivt

I familjebaserad terapi deltar ungdomens familj aktivt. Du som behandlare hjälper vårdnadshavarna att inledningsvis få ansvaret för ungdomens ätande, i samspel med ungdomen – och stödja så att hen vågar äta normalt. Senare i

behandlingen tar ungdomen successivt över mer ansvar för ätandet. Hjälプ då familjen tillbaka till ett normalt liv. Det är viktigt att den familjebaserade terapin följer en särskild manual.

Vid bulimi är patienten mer delaktig i början av den familjebaserad terapin (FBT-BN och FT-BN), jämfört med motsvarande behandling vid anorexi.

Arbeta med patientens motivation

Du behöver ofta arbeta med motiverande strategier under behandlingen. Det är vanligt att personer med bulimi har en kluven inställning till behandling, och en sviktande motivation till förändringsarbete. De kan ha svårt att vilja, våga eller tro sig kunna gå igenom en behandling, och pendla mellan att vilja och inte vilja ha hjälp.

Överväg SSRI-läkemedel

Du kan överväga behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin vid bulimi – framför allt om patienten inte kan gå igenom en psykologisk behandling, eller om psykologisk behandling inte fungerar.

Rekommendation

Till dig som behandlar vuxna med bulimi

Överväg behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin.

Varför?

Enligt forskningen leder behandlingen troligen till mindre hetsätning, och möjligen till färre kräkningar. Det saknas dock studier om effekten över längre tid än 8 veckor. Behandlingen kan därför framför allt vara aktuell om patienten saknar förutsättningar för psykologisk behandling, eller inte blir bättre av sådan behandling.

Id-nummer: BN3

Förutsättningar på din arbetsplats

För att vissa patienter med bulimi ska kunna få SSRI-läkemedlet fluoxetin behöver beslutsfattare och chefer säkerställa tillgång till läkare och ett etablerat samarbete med olika behandlande yrkesgrupper. Det är dock högre prioriterat att avsätta resurser för psykologisk behandling – se rekommendation BN3 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud psykologisk behandling](#).

Arbeta så här

Om du inte är läkare själv förutsätter rekommendationen att du har ett samarbete med läkare för bedömning och förskrivning.

Fluoxetin har behandling av bulimia nervosa som godkänd indikation – till skillnad från övriga SSRI-läkemedel. Ofta behöver du ordinera en hög dos för att läkemedlet ska ha effekt. Ta hänsyn till de generella direktiven för att trappa upp och ner dosen. Följ också upp behandlingen med samtal och medicinska kontroller.

Observera: Rekommendationen om läkemedelsbehandling med fluoxetin vid bulimi gäller bara för vuxna.

→ **Läs mer** om biverkningar, kontraindikationer med mera på [fass.se](https://www.fass.se).

Överväg behandling i andra format

Praxis idag är att ge behandling vid fysiska vårdbesök. För en del patienter kan andra format vara ett alternativ.

Rekommendationer

Till dig som behandlar ungdomar och vuxna med bulimi

Se över om det passar att erbjuda behandling i något av följande format:

- manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd
- ätstörningsanpassad KBT utförd delvis som distanskontakt via videolänk.

Varför?

Enligt forskningen leder ett manualbaserat självhjälsprogram möjligen till att färre hetsäter och till att fler minskar sitt kompensatoriska beteende, jämfört med om de inte får någon psykologisk behandling. Tack vare behandlingsformen kan fler med bulimi snabbare få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan självhjälpen också vara en fullgod behandling. Forskningsstödet är dock något svagare vid bulimi än vid hetsätstörning.

Vidare ger ätstörningsanpassad KBT delvis på distans likvärdiga resultat som en behandling med enbart fysiska vårdbesök, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Du som behandlare behöver dock bedöma om patienten kan tillgodogöra sig behandlingen. Videomöten är ett bra komplement för att möta olika behov och önskemål, och gör vården mer tillgänglig för personer som exempelvis har svårt att ta sig till vården eller som känner skam.

Id-nummer: BN1 och BN6

Förutsättningar på din arbetsplats

Om du ska kunna ge vård på distans behöver ni ha grundläggande tekniska lösningar på arbetsplatsen. Ni behöver

- en teknisk plattform och en infrastruktur som är tillgänglig och patientsäker i regionen, liksom administrativt stöd
- programvara och utbildning i att använda den, och praktiskt stöd i form av lathundar och teknisk support för att känna er trygga.

Du som behandlare behöver också tillräcklig tid för att kunna fungera som behandlarstöd, om ni erbjuder ett manualbaserat självhjälsprogram.

Det kan vara lämpligt att beslutsfattare och chefer avsätter resurser för behandling på fler sätt än som enbart fysiska vårdbesök, för att fler ska kunna få vård. Se rekommendation BN1 och BN6 till beslutsfattare i avsnittet [Överväg behandling i andra format](#).

Arbeta så här

Välj behandling utifrån patientens ålder, förutsättningar och familjesituation. För en dialog med patienten, till exempel om vilket behandlingsformat hen föredrar.

Manualbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd

Om du bedömer det som lämpligt kan du erbjuda patienten att prova ett manualbaserat självhjälsprogram med behandlarstöd, som bygger på KBT. Patienten arbetar sig igenom olika moduler på egen hand, som innehåller exempelvis text, övningar och filmer. Viktiga delar är

- psykoedukation
- självmonitorering
- konkreta förslag på beteendeförändringar för att normalisera ätandet och hantera ångest och andra svåra känslor.

Ett aktivt behandlarstöd är centralt – annars blir effekten mycket osäkrare. Som behandlare förväntas du bistå patienten cirka 6 timmar.

Själva upplägget kan variera. Patienten kan till exempel börja med att träffa dig som är behandlare, i regel i ett videomöte, och sedan arbeta vidare med stöd i chatt veckovis. Avslutningsvis ses ni igen. Ett annat scenario är att patienten utför vissa uppgifter själv och att ni bokar avstämningar löpande för att gå igenom reflektioner. Ni kan till exempel ha 30 minuters avstämning varannan vecka.

Ätstörningsanpassad KBT delvis på distans

En del patienter vill gärna kunna få sin behandling på distans. De kan till exempel ha svårt att ta sig till ett fysiskt möte. För en del känns det också mer bekvämt att ha en skärm mellan sig och dig som behandlare – för andra är det tvärtom. Vid bulimi rekommenderar Socialstyrelsen dock inte behandling helt på distans, som kan vara aktuellt vid hetsättningsstörning. Men du kan erbjuda vissa behandlingstillfällen på distans till patienter med bulimi. Diskutera med dem om det är lämpligt.

Som behandlare behöver du då göra dig förtrogen med att möta dina patienter på distans. Om du känner dig tveksam eller osäker, ta hjälp av

lathundar, it-support och kollegor för att träna och bli mer bekväm eller trygg. Din arbetsgivare kanske också erbjuder utbildning.

Det kan vara lämpligt att komma överens med patienten om att följa samma ”spelregler” på distans som vid fysiska möten, till exempel om punktlighet, fokus och möjlighet att sitta ostört.

7. Behandlingshinder och risk för återfall

Detta delkapitel handlar om när grundbehandlingen inte räcker eller inte fungerar, och det behövs ytterligare insatser för att möjliggöra en framgångsrik behandling. Du kan erbjuda de rekommenderade insatserna oberoende av ätstörningsdiagnos. I några av de tidigare delkapitlen hittar du rekommendationer om insatser när behandlingen vid en viss diagnos inte fungerar.

Vi ger motsvarande rekommendationer till beslutsfattare i kapitlet *Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef* – se [Behandlingshinder och risk för återfall](#).

Utred problem som hindrar behandling

Ibland har patienter med en ätstörning även andra psykiatriska problem, som gör det svårt att genomföra eller ens påbörja en ätstörningsbehandling. Då behöver du bedöma om patienten också behöver annan behandling.

Rekommendation

Till dig som möter patienter med en ätstörning och tecken på annan psykiatrisk sjukdom eller problematik

Om ätstörningsbehandlingen inte fått tillräcklig effekt: Initiera en systematisk utredning av de psykiatriska problemen parallellt med ätstörningsbehandlingen.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan den systematiska utredningen ge avgörande information för att kunna ge rätt bemötande, vård och stöd. Patienten kan då få möjlighet att tillgodogöra sig en ätstörningsbehandling, och dessutom få hjälp med den andra problematiken. Insatsen kan motverka ett utdraget förlopp och långvariga problem.

Id-nummer: O9

Förutsättningar på din arbetsplats

För att du ska kunna initiera en systematisk utredning av misstänkt psykiatrisk samsjuklighet behöver ni ha tillgänglig personal med rätt kompetens i regionen. En del utredningar kräver samverkan och planering med andra verksamheter i hälso- och sjukvården, så att insatserna kan samordnas med patientens övriga vård.

Att erbjuda den här typen av utredningar är en högt prioriterad rekommendation till beslutsfattare och chefer – se rekommendation O9 i avsnittet [Utred och behandla andra psykiatriska problem parallellt med ätstörningen](#).

Arbeta så här

Identifiera vilka psykiatriska problem som hindrar en framgångsrik ätstörningsbehandling, genom att initiera en fördjupad psykologisk utredning eller behandling. Oftast kan patienten få en första psykologisk bedömning i anslutning till ätstörningsbehandlingen på din arbetsplats. Kanske behövs behandling för depression, adhd eller autism.

Om patienten behöver en neuropsykiatrisk utredning behöver du samverka med flera andra verksamheter och i regel skicka en remiss.

Observera: Det är viktigt att du har gjort ett ordentligt försök att behandla ätstörningen och konstaterat att det finns reella hinder för en framgångsrik behandling.

→ Läs mer:

- [Nationella riktlinjer: adhd och autism](#)
- [Nationella riktlinjer: depression och ångestsyndrom](#).

Behandla problem med känsloreglering

En del patienter med en ätstörning har svårt att ta till sig behandling på grund av problem med känsloreglering. Då behöver de särskild behandling för att kunna reglera sina starka känslor bättre.

Rekommendation

Till dig som behandlar patienter med en ätstörning och problem med känsloreglering

Om ätstörningsbehandlingen inte fått tillräcklig effekt: Erbjud särskild behandling inriktad mot svårigheterna att reglera känslor.

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan behandlingen mot problemen med känsloreglering leda till att patienten får en fungerande ätstörningsbehandling. I vissa fall kan den till och med vara nödvändig för att ätstörningsbehandlingen ska kunna genomföras.

Id-nummer: O13

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver skapa förutsättningar för att patienter med en ätstörning ska kunna erbjudas särskild behandling för känsloreglering vid behov. Detta har relativt hög prioritet – se rekommendation O13 till beslutsfattare i avsnittet [Utred och behandla andra psykiatriska problem parallellt med ätstörningen](#).

Arbeta så här

Hjälp patienten att identifiera och hantera känslomässiga reaktioner. Gör sedan specifika insatser för att lära ut färdigheter i att reglera starka känslor. Exempel på aktuella behandlingar är

- dialektisk beteendeterapi (DBT)
- mentaliseringsbaserad terapi (MBT)
- mindfulnessbaserade insatser
- emotionsfokuserad terapi (EFT).

Du kan ge behandlingen separat eller som tillägg till annan psykologisk behandling.

Observera: Du behöver säkerställa att patientens fysiska tillstånd och näringsintag tillåter känsloregleringsbehandling. Se också till att annan möjlig samsjuklighet kan diagnostiseras.

Erbjud boostersessioner vid bakslag

Risken för återfall i en ätstörning är stor, även efter en framgångsrik behandling där patienten har friskförklarats. Återfall eller bakslag är vanligast den närmaste tiden efter avslutad behandling.

Rekommendation

Till dig som möter patienter som har drabbats av bakslag efter en framgångsrik ätstörningsbehandling

Erbjud boostersessioner (ett fåtal kompletterande samtal).

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan boostersessioner förhindra återfall och ytterligare lidande. Insatsen tar dessutom mindre tid än om patienten skulle behöva ett helt behandlingsprogram igen.

Id-nummer: O15

Förutsättningar på din arbetsplats

Beslutsfattare och chefer behöver se till att ni har ett arbetssätt som tillåter boostersessioner i er region. Detta har hög prioritet – se rekommendation O15 till beslutsfattare i avsnittet [Erbjud insatser för att förhindra återfall](#).

Arbeta så här

Om patienten drabbas av bakslag behöver du snabbt kunna erbjuda så kallade boostersessioner – ett fåtal kompletterande samtal. Det är alltså inte fråga om en ny behandling, utan om en begränsad insats för att stärka resultaten från den genomförda behandlingen. Det är ofta en fördel om patienten får samma behandlare som tidigare, men inte nödvändigt.

Inkludera gärna följande i boostersessionerna:

- Utvärdera patientens aktuella mående.
- Repetera viktiga behandlingsmoment.
- Se över vidmakthållandeplanen.
- Förstärk framsteg.
- Arbeta problemlösande med uppkomna hinder, särskilt vid nya bakslag.

Återfall eller bakslag är vanligast den närmaste tiden efter avslutad behandling. Det finns ingen tydlig gräns för hur länge det kan vara aktuellt, men tänk på att boostersessioner är en begränsad insats. Du behöver bedöma kliniskt om det istället är lämpligt med remiss till en längre behandling.

Överväg acceptance and commitment therapy (ACT) när ett svårt kroppsmissnöje kvarstår

En del kan vara kraftigt missnöjda med sin kropp även efter en behandling som har hjälpt mot ätstörningen – trots att grundbehandlingen har innehållit moment för att hantera kroppsmissnöjet. I vissa fall kan det då vara värt att pröva en särskild behandling mot kroppsmissnöje för att förebygga återfall.

Rekommendation

Till dig som möter patienter som har fått behandling för ätstörning, men har kvar ett svårt kroppsmissnöje

Överväg att komplettera ätstörningsbehandlingen med acceptance and commitment therapy (ACT).

Varför?

Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan tilläggsbehandlingen minska patientens kroppsmissnöje. Det kan dock finnas risker med att fokusera separat på kroppsmissnöjet, eftersom det kan hänga ihop med andra kvarstående ätstörningssymtom. Behandlingen är därmed bara lämplig för en del patienter.

Id-nummer: O12

Förutsättningar på din arbetsplats

För att kunna erbjuda ACT i vissa fall behöver du bekanta dig med metoden, om du inte redan har arbetat med den. Det är dock relativt lågt prioriterat för beslutsfattare och chefer att avsätta särskilda resurser för detta – se rekommendation O12 i avsnittet [Erbjud insatser för att förhindra återfall](#).

Arbeta så här

ACT syftar till att öka acceptansen av den egna kroppen och se värdet av en frisk och hållbar kropp. Metoden hjälper patienten att fokusera på värden i livet som inte har med kropp och vikt att göra.

Om du märker att en patient har kvar restsymtom i form av ett svårt kroppsmissnöje efter en ätstörningsbehandling: Fråga hur patienten förhåller sig till sin kropp, och bedöm om ACT kan vara lämpligt eller om en annan metod passar bättre.

En metod som fokuserar på självmedkänsla kan till exempel vara lämpligare om kroppsmissnöjet upprätthålls av en mer generellt negativ självvärdering.

Implementera riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare eller chef vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i till exempel en verksamhet, en region eller en kommun. Det handlar om att införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt. En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika insatser och patient- eller brukargrupper.

→ Läs mer:

- i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [13]
- hos Nationellt prioriteringscentrum, som ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum
- i Socialstyrelsens fördjupande implementeringsstöd för delar av dessa riktlinjer – se socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/atstorningar.

→ **Kommande publicering:** Vi kommer att publicera implementeringsstöd för fler delar av ätstörningsriktlinjerna framöver.

Att implementera effektivt

Forskning visar att det går att implementera planerat och framgångsrikt [13], och att ett aktivt ledarskap är centralt i denna process [14]. Regionernas struktur för kunskapsstyrning är ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. För kommunerna är de regionala samverkans- och stödstrukturen (RSS) betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Texten är generell och gäller inte enbart riktlinjerna om ätstörningar.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, och gör gärna gemensamma analyser med andra verksamheter. Utgå från de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi idag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder idag? Finns det insatser som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det insatser som kan vara skadliga?
- Vilka patient- eller brukargrupper ligger längst från det önskade läget?

- Vilka insatser är viktigast att införa snabbt?
- Vad vill vi förebygga?
- Vad lägger personalen mest tid på i verksamheten?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga mål för implementeringen av riktlinjerna, som leder till att de med störst behov får företräde till vården, och till att insatserna blir så effektiva som möjligt.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva ge stöd och återkoppling, och vara en förebild i förändringsarbetet. Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda, och ibland hos andra organisationer.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår.

Har ni tagit fram lokala rutiner för er verksamhet utifrån de nationella riktlinjerna? Inkludera dem i ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Exempel på risker och utmaningar

Du som ska arbeta med implementering av nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring. Det finns ett antal risker och utmaningar i arbetet, som du behöver vara medveten om. Här följer några exempel som vi har hämtat från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Olika områden har olika förutsättningar för utveckling

Som beslutsfattare eller chef behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Intervjuade riktlinjeanvändare framhåller till exempel att förutsättningarna ser mycket olika ut inom olika områden, vilket påverkar möjligheten att implementera riktlinjer och åstadkomma förändring. Faktorer som påverkar är till exempel

- patient- eller brukargruppens status och hur ”stark röst” den har i offentligheten
- om det finns särskilda yrkesgrupper som känner ansvar för patient- eller brukargruppen och hur stor genomslagskraft dessa har, till exempel utifrån resurser och starka företrädare
- hur komplext det aktuella hälsotillståndet är och hur många olika verksamheter som berörs
- om det finns verksamma åtgärder
- om det finns tillgång till data om patient- eller brukargruppen och vilka åtgärder som utförs
- om det görs ekonomiska satsningar [15].

Svårt att värdera risk för sjukdom mot faktisk sjukdom

Förebyggande arbete och arbete med till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för behandling av sjukdomar som redan har uppkommit. Risk för sjukdom ses också som mindre allvarligt än faktisk sjukdom enligt de etiska principerna för prioritering (se nedan). Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga – samtidigt finns ju mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser. Det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och först då prioritera dem högt.

Etiska principer för prioritering

Om du arbetar i hälso- och sjukvården behöver ditt praktiska implementeringsarbete ytterst utgå från den etiska plattform som är beslutad av riksdagen (prop. 1996/97:60). Det gäller både regional och kommunal hälso- och sjukvård. Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [3]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från när vi ger

rekommendationer till hälso- och sjukvården med olika prioritet – och när vi avgör vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** Resurserna bör fördelas utifrån behov. Den som behöver vården mest ska få företräde – den med svårast sjukdom och sämst livskvalitet [3].
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation eftersträvas mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i hälso- och sjukvårdslagen¹⁷ och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Om du arbetar i socialtjänsten behöver ditt implementeringsarbete istället utgå från de bärande principerna i socialtjänstlagen, såsom att socialtjänsten ska främja människors ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet.¹⁸ Personal i alla delar av socialtjänsten behöver vara uppmärksam på sådana behov som beskrivs i dessa riktlinjer, och kunna arbeta enligt bästa tillgängliga kunskap (forskning eller erfarenhetsbaserad kunskap). Behoven behöver fångas upp såväl i biståndsbedömningar och utredningar som i utförandet av insatser.

- **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

¹⁷ Se 3 kap. 1 § HSL.

¹⁸ Se 1 kap. 1 § SoL.

Kompletterande stöd

Du som planerar och beslutar om vård och stöd vid ätstörningar behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna och brukarna ska få de insatser de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. Även för dig som möter patienter eller brukare finns kompletterande material, som vi hänvisar till i det här kapitlet.

Implementeringsstöd

Socialstyrelsen har tagit fram implementeringsstöd för delar av dessa riktlinjer, och vi arbetar med fler delar. Hittills finns stöd för att

- utifrån patientexempel diskutera nuläget och det önskade läget för hur personer med olika typer av ätstörningar identifieras och får vård
- arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/atstorningar.

→ **Kommande publicering:** Vi kommer att publicera implementeringsstöd för fler delar av riktlinjerna framöver, bland annat om bemötande.

Vård- och insatsprogram

Det finns vård- och insatsprogram för några områden inom psykisk hälsa. De riktar sig till dig som möter personer med olika psykiatriska tillstånd i den specialiserade psykiatrin, primärvården, socialtjänsten och skolan. Syftet är att öka användningen av evidensbaserad kunskap i mötet mellan personal och individ. Vård- och insatsprogrammen tas fram av en nationell arbetsgrupp och fastställs av Nationellt programområde psykisk hälsa.

En nationell arbetsgrupp har börjat arbeta med ett vård- och insatsprogram för ätstörningar. Gruppen samverkar med Socialstyrelsen utifrån dessa nationella riktlinjer, och vård- och insatsprogrammet planeras att vara klart 2026.

→ **Läs mer** på kunskapsstyrningvard.se.

Kunskapsstöd för att främja hälsa och förebygga sjukdomar

Mödrahälsovården, barnhälsovården och elevhälsan har viktiga hälsofrämjande uppdrag. Barnhälsovården och elevhälsan är dessutom centrala för att tidigt upptäcka barn med ätstörningar, till exempel med hjälp av tillväxtkurvor och hälsosamtal. Mödrahälsovården kan möta gravida som tidigare haft en ätstörning eller som påverkas negativt av kroppens förändring under graviditeten. Det finns flera relevanta stöd till barnhälsovården, elevhälsan och mödrahälsovården att ta hänsyn till.

Vidare ger Socialstyrelsen rekommendationer om hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser i *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor*. För dig som arbetar med att främja fysisk aktivitet finns också Folkhälsomyndighetens publikation *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* samt handboken *FYSS*.

→ Läs mer:

- [Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter](#) [16] – finns också samlade på Socialstyrelsens webbplats, där rekommendationerna till beslutsfattare kompletteras av rekommendationer till personal: socialstyrelsen.se/forlossningsvard
- [Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor](#) [17]
- *Vägledning för barnhälsovården* [18]
- *Rikshandboken Barnhälsovård* [19]
- *Vägledning för elevhälsan* [20]
- *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* [21]
- *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* [22].

→ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen arbetar med ett nationellt hälsoprogram för barn och unga, som publiceras 2026. Se webbsidan [Nationellt hälsoprogram för barn och unga ska ge bättre och mer jämlik hälsa](#).

Riktlinjer för samtidiga sjukdomar och funktionsnedsättningar

Personer med ätstörningar kan ha andra sjukdomar eller funktionsnedsättningar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser. Socialstyrelsen har flera nationella

riktlinjer som är relevanta för dig som planerar och beslutar om vården vid ätstörningar.

Adhd och autism

Det är vanligt att personer med en ätstörning även har adhd eller autism. De som möter patienter eller brukare med både en ätstörning och adhd eller autism behöver kunskap om båda hälsotillstånden, för att ge ett bra bemötande och erbjuda lämpliga insatser.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer: Adhd och autism](#) [10].

Depression och ångestsyndrom

Det är vanligt att personer med olika ätstörningar även har depression eller ångestsyndrom. Det kan vara svårt att dra gränsen för vad som direkt är kopplat till ätstörningen, men eftersom symtomen kan vara samtidiga behöver vårdpersonalen kunskap om såväl ätstörningar som depression och ångestsyndrom.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom](#) [11].

Diabetes

Diabetes kan vara en faktor som utlöser en ätstörning, och en ätstörning kan bidra till diabetes. Både ätstörningsbehandling och diabetesbehandling har fokus på hur patienten klarar av att hantera maten. För patienter med båda sjukdomarna behöver behandlingen av ätstörningen dessutom fokusera på hur patienten hanterar sitt insulin, för att undvika så kallad insulinbantning.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer för diabetesvård](#) [23].

Obesitas

Personer med olika ätstörningar kan samtidigt ha obesitas. Övervikt och obesitas kan bli en följd av exempelvis hetsätning eller ett selektivt och restriktivt ätande. De som ger vård vid ätstörningar och obesitas behöver därför föra dialog och samarbeta, så att patienterna får rätt insatser vid rätt tidpunkt.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas](#) [7].

Tandvård

Munhälsan kan påverkas negativt hos personer med olika ätstörningar. Frekventa sura uppstötningar och kräkningar orsakar skador på tandemaljen.

Vissa matvanor och beteenden kan ge muntorrhet och karies. Även näringsbrist kan ge problem med munhälsan. Tandvården kan bidra i både hälsofrämjande och behandlande arbete.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer för tandvård](#) [24].

Skadligt substansbruk och beroende

Det förekommer att personer med en ätstörning även har ett skadligt substansbruk eller beroende, oftast av alkohol. Det är viktigt att kartlägga alkohol- och narkotikavanorna – de påverkar till exempel vilken vård som bör erbjudas först. Det är också viktigt att inkludera en strukturerad uppföljning av vanorna i den långsiktiga uppföljningen av en ätstörningsbehandling.

Socialstyrelsen rekommenderar olika bedömningsinstrument för att kartlägga alkohol- och narkotikavanor på ett strukturerat sätt. Med bedömningsinstrumenten kan man snabbt samla in information och förvissa sig om att viktig information inte glöms bort.

→ **Läs mer:** [Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#) [25] (under uppdatering).

Kunskapsstöd vid psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är ett prioriterat område på Socialstyrelsen, och vi har många kunskapsstöd om psykisk ohälsa. Här ger vi exempel på stöd som kan vara relevanta i arbetet med ätstörningar.

→ **Läs mer:** Se också översikten på Socialstyrelsens webbsida [Psykisk hälsa och suicidprevention](#).

God och nära vård vid psykisk ohälsa

Många med psykisk ohälsa får hjälp på vårdcentralerna. Att förbättra primärvårdens stöd är därför en viktig del av omställningen till god och nära vård. Socialstyrelsen har tagit fram en målbild för omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa på vårdcentralerna.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbsida [Psykisk ohälsa – målbild för vårdcentraler](#). Där finns också rapporten *God och nära vård vid psykisk ohälsa – Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård* [26].

Stöd för heldygnsvård

Heldygnsvård på en avdelning för psykiatrisk vård är i första hand frivillig, men ibland kan tvångsvård behövas. Självvald inläggning är en metod som bland annat syftar till att öka delaktigheten för patienter med allvarliga psykiatriska tillstånd och stora vårdbehov.

→ **Läs mer:** På Socialstyrelsens webbsida [Heldygnsvård, tvångsvård och självvald inläggning](#) finns föreskrifter, meddelandeblad och handböcker om tvångsvård som gäller både barn och vuxna.

Stöd under utveckling

Socialstyrelsen har flera pågående arbeten som anknyter till dessa riktlinjer. De närmaste åren planerar vi till exempel att publicera stöd för

- en personcentrerad vård och omsorg för personer med komplex psykiatrisk problematik
- primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa
- heldygnsvård
- tvångsvård.

Nationella planeringsstödet (NPS)

Socialstyrelsen analyserar löpande tillgången och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal. Syftet är att ge en bild av tillgången i landet, så att hälso- och sjukvården och tandvården kan klara sina kärnuppdrag.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbsida [Nationella planeringsstödet \(NPS\)](#).

Rekommendationer om sjukskrivning

Socialstyrelsen har försäkringsmedicinska beslutsstöd för anorexi och bulimi. Beslutsstöden ska främst vägleda dig som är läkare, när du bedömer behov av sjukskrivning.

→ **Läs mer** om beslutsstöden för anorexi och bulimi på Socialstyrelsens webbplats, forsakringsmedicin.socialstyrelsen.se, under diagnosrubriken *Psykisk sjukdom*.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

→ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Tandvårdsstöd

Personer med en ätstörning kan ha rätt till ett särskilt tandvårdsstöd, ett ekonomiskt bidrag som innebär att de kan få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

→ **Läs mer:**

- Socialstyrelsens meddelandeblad om tandvårdsstöden från 2016 [27] beskriver hur regionerna kan tillämpa bestämmelserna, enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.
- På 1177.se finns information till patienter om tandvårdsstöden.
- Socialstyrelsen har utvärderat tandvårdsstöden – se rapporten *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget* från 2018 [28].

Nationell anhörigstrategi

År 2022 beslutade regeringen om Sveriges första nationella anhörigstrategi. Strategin ska hjälpa kommuner och regioner att stärka anhörigperspektivet i vården och omsorgen, och göra stödet till anhöriga mer likvärdigt över landet. Utgångspunkten är att anhörigas insatser och delaktighet alltid ska bygga på frivillighet.

→ **Läs mer:** *Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg* [29]. Se också rapporten *Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – Att förstå och möta anhörigas situation och behov* [30].

Verktyg för samordnat stöd

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har handböcker för att arbeta med samordnad individuell plan (SIP) för barn respektive vuxna. SKR har också

ett stöd för samverkan kring personer som ska skrivas ut från slutna psykiatrisk vård.

➔ **Läs mer:**

- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – barn och unga 0–18 år* [31]
- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – för alla över 18 år, vuxna och äldre* [32]
- *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [33].

Deltagare i riktlinjearbetet

Projektledning – rekommendationer

Elisabeth Eidem	projektledare, Socialstyrelsen
Monika Fored	överläkare, barn- och ungdomspsykiater, barnläkare, legitimerad psykoterapeut, Aleris ätstörningsklinik, Stockholm
Sanna Aila Gustafsson	docent, socionom, legitimerad psykoterapeut, Örebro universitet, Ätstörningsmottagningen, Traumamottagningen och DBT-mottagning, Region Örebro län
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Eva Lind	legitimerad specialistsjuksköterska och legitimerad psykoterapeut, Skellefteå psykiatriska klinik, ätstörningsverksamheten
Lina Rådmark	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (från februari 2024)
Rasmus Sjögren	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till januari 2024)
Anne-Line Solberg	prioriteringsordförande, specialistpsykolog, Ätstörningscentrum barn och unga vuxna, Drottning Silvias barnsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset
Ulf Wallin	överläkare, barn- och ungdomspsykiater, forsknings- och utvecklingsledare, Kompetenscentrum för ätstörningar, Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, Lund

Arbetet med kunskapsunderlaget för rekommendationerna

Socialstyrelsen

Natalia Berg	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Andreas Birgegård	filosofie doktor, docent, Karolinska Institutet
Lisa Dinkler	medicin doktor, psykolog, Karolinska Institutet
Maria Fogelkvist	filosofie doktor, legitimerad psykolog, Region Örebro län
Emma Forsén Mantilla	medicin doktor, legitimerad psykolog, Karolinska Institutet

Ätstörningar

Anna Ilar	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Martina Isaksson	medicine doktor, legitimerad psykolog, Region Uppsala
Lisa Keskitalo	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Elin Monell	medicine doktor, legitimerad psykolog, Karolinska Institutet
Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Rasmus Sjögren	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen (till januari 2024)
Mattias Strand	medicine doktor, överläkare, psykiater, Region Stockholm
Sandra Weineland	filosofie doktor, docent, legitimerad psykolog, Västra Götalandsregionen

SBU

Jonas Bergström	avdelningschef, SBU
Göran Bertilsson	biträdande projektledare, SBU (från september 2023)
Carl Gornitzki	informationsspecialist, SBU
Ata Ghaderi	professor, legitimerad psykolog, Karolinska Institutet
Louise Karjalainen	medicine doktor, legitimerad psykolog
Lina Leander	projektledare, SBU (till september 2023)
Katarina Lindstedt	filosofie doktor, legitimerad hälso- och sjukvårdskurator, Ätstörningsmottagningen, Region Örebro län
Magnus Sjögren	docent, överläkare, psykiater, Umeå universitet
Jenny Stenman	projektadministratör, SBU
Fredrik Tholander	projektledare, SBU

Prioritering av rekommendationerna

Gunilla Eneström Pahlm	överläkare, barnläkare, Specialistcentrum barn och unga Gamlestaden, Angereds Närsjukhus, Västra Götalandsregionen
Cecelia Eriksson	legitimerad dietist, Ätstörningsenheten, Länsteam, Region Östergötland
Helena Forsman	patientföreträdare, Frisk & Fri
Hanna Henningsson	legitimerad psykolog, BUP:s avdelning för ätstörningsvård (heldygnsvård), Region Skåne

Ätstörningar

Peter Johansson	överläkare, psykiater, Psykiatriska kliniken Nyköping/Katrineholm, Region Sörmland (till augusti 2023)
Petra Johansson Hallgren	legitimerad kurator, Anorexienheten, BUP, Jönköping, Region Jönköpings län
Camilla Lindquist	specialistsjuksköterska, Region Kronoberg
Lisa Kraska	legitimerad psykoterapeut, utbildad lärare och handledare i psykoterapi, Barn- och ungdomshälsan, Region Kronoberg
Felicia Lindelöw	patientföreträdare, Frisk & Fri
Mikaela Lithman	verksamhetschef, Stockholms centrum för ätstörningar, Region Stockholm
Malin Löf	legitimerad fysioterapeut, specialist i mental hälsa, psykiatri/psykosomatik, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Norrköping, Region Östergötland
David Michel Häggström	legitimerad psykolog, biträdande verksamhetschef, psykiatriska kliniken Umeå, Region Västerbotten
Nike Novak Vaca	överläkare, psykiater, ätstörningsenheten inom läns gemensam psykiatri Karlskrona, Region Blekinge
Ilias Papoulias	överläkare, psykiater, legitimerad psykoterapeut, Västra Götalandsregionen
Cecilia Pettersson	medicin doktor, legitimerad dietist, Ätstörningscentrum barn och unga vuxna, BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Anna Rinman	sjuksköterska, BUP Linköping, Region Östergötland
Sandra Rydberg	legitimerad psykolog, Ätstörningscentrum barn och unga vuxna, BUP Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Marie Rydell	legitimerad psykolog, Bra Liv Hälsan 2 vårdcentral, Vårdcentralerna Bra Liv, Region Jönköpings län
Isabella Snickars	distriktsläkare, team utökat uppdrag psykisk hälsa barn och unga, Gustavsbergs vårdcentral, Region Stockholm
Anne-Line Solberg	prioriteringsordförande, Ätstörningscentrum barn och unga vuxna, Drottning Silvias barnsjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Maria Stefansson	specialistsjuksköterska, enhetschef för Uppsalas ätstörningsenhet och Nationell högspecialiserad vård för barn och ungdomar, Region Uppsala

Ätstörningar

Kjersti Kvernebo Sunnergren	medicine doktor, barnläkare, barn- och ungdomspsykiater, Anorexienheten, BUP, Jönköping, Region Jönköpings län
Ingrid Svahnström	specialistsjuksköterska, Psykiatriska öppenvårdsmottagningen Värnamo, Region Jönköpings län
Ana Rita Vieira Monteiro	barn- och ungdomspsykiater, BUP Skellefteå, Region Västerbotten
Elisabeth Welch	medicine doktor, legitimerad psykolog, enhetschef för Uppsalas ätstörningsenhet och Nationell högspecialiserad vård för vuxna, Region Uppsala

Projektledning – indikatorer

Tobias Edbom	projektledare, Socialstyrelsen
Axel Fors	utredare, Socialstyrelsen
Sanna Aila Gustafsson	socionom, legitimerad psykoterapeut, docent, Örebro universitet, enhetschef, Ätstörningsmottagningen, Traumamottagningen och DBT-mottagning, Region Örebro län (till oktober 2023)
Eva Lind	legitimerad specialistsjuksköterska och legitimerad psykoterapeut, Skellefteå psykiatriska klinik, ätstörningsverksamheten
Olle Lindevall	registerhållare QBUP, senior rådgivare, BUP Stockholm
Thomas Parling	legitimerad psykolog, registerhållare RiksÄt, Centrum för psykiatrforskning, Region Stockholm
Ulf Wallin	överläkare, barn- och ungdomspsykiater, Kompetenscentrum för ätstörningar, Lund

Andra medverkande

Socialstyrelsen och SBU

Katti Björklund	webbredaktör, Socialstyrelsen
Alinda Blomkvist	utredare, Socialstyrelsen
Ellinor Cronqvist	enhetskoordinator, Socialstyrelsen (från maj 2023)
Anna Dahlberg	projektledare, stöd för implementering, Socialstyrelsen
Britt Eriksson	utredare, Socialstyrelsen
Mattias Fredricson	enhetschef, Socialstyrelsen (till april 2023)
Sanna Hiort	jurist, Socialstyrelsen

Ätstörningar

Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker, Socialstyrelsen
Anne-Katrin Kantzer	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Anna Kessling	enhetschef, Socialstyrelsen
Tiina Laukkanen	produktionsledare, Socialstyrelsen
Peter Lundholm	odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Hanna Lundquist	redaktör, konsult (till mars 2024)
Martina Lundqvist	hälsoekonom, SBU
Sofia von Malortie	enhetschef, Socialstyrelsen (från april 2023)
Kajsa Mulder	produktionsledare, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Anna Ringborg	hälsoekonom, SBU
Maria State	enhetschef, Socialstyrelsen (från april 2023)
Maria Stomrud	pressekreterare, Socialstyrelsen
Sofie Strömbäck	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Iwa Wasberg	produktionsledare, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Carina Wiström Bergstock	utredare, Socialstyrelsen

Samarbetspartner

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen bland annat samverkat med

- de nationella programområdena (NPO) för psykisk hälsa respektive barn och ungdomars hälsa
- den nationella arbetsgruppen (NAG) för insatsområde ätstörning
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna (se ovan)
- Läkemedelsverket
- Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar
- andra intresseorganisationer, exempelvis Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri.

Sjukvårdshuvudmännen, Nätverket för primärvårdpsykologer och Frisk & Fri har också nominerat experter och patientföreträdare till riktlinjearbetets prioriteringsgrupp.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vård av ätstörningar: aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-11-6439.
2. Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – kartläggning och utvecklingsförslag; 2023. Report No.: 2023-8-8681.
3. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
4. Clinton D, Birgegård A. Stort mörkeltal för ätstörningar - fler behöver hjälp tidigt. Lakartidningen.se; 2017.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Elektronisk resurs] DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Region Stockholm. Q-Bup - Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri - Årsrapport 2022; 2023.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas; 2023. Report No.: 2023-4-8460.
8. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2015; 207(4):299-305.
9. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri; 2022. Report No.: 978-91-8047-148-0.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Adhd och autism; 2024. Report No.: 2024-3-8958.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-4-7339
12. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Använd SIP – ett verktyg vid samverkan - Barn och unga 0-18 år; 2019.
13. Socialstyrelsen. Om implementering; 2012. Report No.: 2012-6-12.
14. Aarons GA, Ehrhart MG, Farahnak LR, Sklar M. Aligning leadership across systems and organizations to develop a strategic climate for evidence-based practice implementation. Annu Rev Public Health. 2014; 35:255-74.
15. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer och utvärderingar. Förslagsrapport mars 2020. PM 2020.
16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter; 2023. Report No.: 2023-12-8878.
17. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor; 2024. Report No.: 2024-11-9272.
18. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården; 2014. Report No.: 2014-4-5.
19. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). Rikshandboken i barnhälsovård. 2023. Hämtad 2024-04-23 från: www.rikshandboken-bhv.se
20. Skolverket och Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm; 2016. Report No.: 2016-11-4.

21. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande; 2021. Report No.: 21099.
22. (YFA) YfFA. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.
23. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvård – Stöd för styrning och ledning; 2018. Report No.: 2018-10-25.
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård; 2022. Report No.: 2022-9-8114.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende; 2019. Report No.: 2019-1-16.
26. Socialstyrelsen. God och nära vård vid psykisk ohälsa - Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård; 2024. Report No.: 2024-10-9251.
27. Socialstyrelsen. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift; 2016. Report No.: 2016-4-42.
28. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget; 2018. Report No.: 2018-12-53.
29. Regeringskansliet. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg 2022.
30. Socialstyrelsen. Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten - Att förstå och möta anhörigas situation och behov; 2023. Report No.: 2023-11-8815.
31. SKR SKoR. Använd SIP – ett verktyg vid samverkan - Barn och unga 0-18 år; 2019.
32. SKR SKoR. Använd SIP - ett verktyg vid samverkan. För alla över 18 år, vuxna och äldre. Version 3.0; 2018. Report No.: ISBN: 978-91-7585-765-7.
33. SKR (Sveriges Kommuner och Regioner). God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi? - Ett stöd för personal i samverkan vid utskrivning från slutna psykiatrisk vård; 2019.
34. Socialstyrelsen. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Stockholm; 2020. Report No.: 2020-8-6877.

Bilaga 1. Översikt av rekommendationer

De nationella riktlinjerna för vård och stöd vid ätstörningar innehåller 39 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlet [Rekommendationer till dig som är beslutsfattare eller chef](#). I kapitlet [Rekommendationer till dig som ger vård och stöd](#) presenterar vi rekommendationerna mer anpassat för det praktiska arbetet.

I denna bilaga ger vi en översikt av alla rekommendationer som de presenteras för beslutsfattare, med motiveringar till varje rekommendation. De är uppdelade i följande delkapitel:

1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal
2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning
3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning
4. Anorexi
5. Hetsättningsstörning
6. Bulimi
7. Behandlingshinder och risk för återfall.

➔ **Läs mer:**

- En mer detaljerad beskrivning finns i webbilagan [Rekommendationslista i Excelformat](#).
- I kapitlet *Använd riktlinjerna som stöd i arbetet* finns information om hur rekommendationerna prioriteras. Se avsnittet [Prioritera med hjälp av bästa tillgängliga kunskap](#).

1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal

Öka kunskapen om olika ätstörningar

Till hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O1	För personal i hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten: Säkerställ att personalen får kompetensutveckling om olika ätstörningar.	Bättre kunskap om symtom och bemötande kan leda till att fler personer med ätstörningar upptäcks och får rätt insatser, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Tidiga insatser kan minska lidande och förebygga allvarlig sjukdom. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.	2

Gör det möjligt att konsultera experter på ätstörningar

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O2	För personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten: Säkerställ att personalen kan få rådgöra med ätstörningskunnig personal i exempelvis psykiatri om personer med ätstörning eller misstänkt ätstörning.	Stöd och samarbete främjar en helhetssyn i vårdkedjan. Om personal i den övriga hälso- och sjukvården och socialtjänsten har möjlighet att få enklare råd och stöd från psykiatri gör det att fler personer med ätstörningar upptäcks och får rätt insatser, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det kan i sin tur leda till att fler patienter får behandling på rätt vårdnivå. Dessutom kan personer med en ätstörning få ett bättre bemötande både i hälso- och sjukvården och i socialtjänsten. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.	4

2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörningar

Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O7	För personer med en ätstörning som ska fylla 18 år: Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. En sömlös övergång ger bättre förutsättningar för att förbereda patienten och närstående på det fortsatta behandlingsupplägget. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap minskar insatsen risken för behandlingsslapp, och kan minska risken att behandlingen avslutas för tidigt, i samband med övergången.	2

Samverka vid ätstörning och obesitas

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O16	För personer med en ätstörning som har obesitas: Säkerställ samverkan mellan verksamheter som ger vård vid ätstörningar respektive obesitas.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen möjliggör ett ökat kunskapsutbyte och en helhetssyn i hälso- och sjukvården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan leda till ett bättre bemötande, vårdinsatser i rätt tid och ett aktivt samarbete mellan vårdgivarna under behandlingen.	3

Säkerställ stöd för att klara det dagliga livet

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O6	<p>För personer med en ätstörning som behöver särskilt stöd för att klara det dagliga livet:</p> <p>Säkerställ att personerna får grundläggande stöd från exempelvis socialtjänsten eller habiliteringen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Personer med en ätstörning som behöver särskilt stöd har ofta stora och komplexa behov. Insatsen är en förutsättning för att patienterna ska kunna delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>Insatsen kan även bidra till att bibehålla uppnådda behandlingseffekter och minska risken för återfall.</p>	2

Uppmärksamma munhälsan

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O8	<p>För personer med en ätstörning:</p> <p>Uppmärksamma patienternas munhälsa vid besök i hälso- och sjukvården, och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov.</p>	<p>Insatsen kan leda till att fler patienter besöker tandvården. Detta kan förbättra munhälsan och minska risken för ätstörningsorsakad ohälsa i munnen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms vara enkel att implementera, och tidiga insatser kan ge hälsovinster.</p> <p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.</p>	5

Överväg förebyggande arbete om kroppsideal

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O3	<p>För ungdomar (från 15 år*) med kroppsmisshälsa, som löper risk att utveckla ätstörning:</p> <p>Överväg att ordna eller medverka i dissonansbaserade interventionsprogram (förebyggande arbete om kroppsideal).</p>	<p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.</p> <p>Ett dissonansbaserat interventionsprogram minskar möjligen risken att insjukna i en ätstörning, jämfört med att inte få någon förebyggande insats, enligt forskningen. Evidensen är svag men tyder på att förebyggande arbete om kroppsideal är positivt.</p> <p>Insatsen kan ge en bättre effekt till en lägre kostnad, jämfört med skriverapi eller ingen behandling. Det är angeläget att förebygga ätstörningar, men det är oklart om dissonansbaserade interventionsprogram är bättre än andra förebyggande program.</p>	6

*Det är denna åldersgrupp som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.

Överväg att ge eget stöd till närstående

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O5	<p>För närstående till en person med en ätstörning, som behöver eget stöd:</p> <p>Överväg att ge råd och stöd individuellt eller i grupp med andra närstående.</p>	<p>Hälsotillståndet har en måttlig svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen kan öka förmågan att stödja personen med en ätstörning, men effekten på den egna hälsan är osäker, enligt forskningen. Det är fråga om en ganska begränsad insats från hälso- och sjukvården, både i omfattning och innehåll.</p>	7

3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

Fördela ansvaret för vården tydligt

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AR1	<p>För barn och vuxna med ARFID:</p> <p>Säkerställ en tydlig vårdstruktur, genom att utveckla rutiner för samarbete och tydliggöra ansvarsfördelningen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Etablerade rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning ger bättre förutsättningar för att kunna ge vård till små barn, ungdomar och vuxna vars ätsvårigheter det idag finns en osäkerhet inför i hälso- och sjukvården.</p> <p>Insatsen kan bidra till en god och sammanhållen vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Behovet av samarbete är stort, eftersom patienterna oftast har en komplex problematik, ofta med både fysiska och psykiatriska följder.</p>	3

Erbjud ätträning eller anpassad KBT

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AR3	<p>För barn med ARFID:</p> <p>Erbjud ätträning där barnet exponeras för och får träna på att äta fler livsmedel. Inkludera närstående i behandlingen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>ARFID är en heterogen diagnos med varierande symtombild som inkluderar barn med långvarig näringsbrist. Därför behövs individuella bedömningar för att identifiera rätt patienter för ätträning.</p> <p>Insatsen passar främst för dem med selektivitet på grund av exempelvis sensoriska symtom relaterade till mat).</p> <p>Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>En utebliven insats kan påverka barnets kognitiva och fysiska utveckling. Det saknas andra insatser för yngre barn.</p>	4
AR5	<p>För barn från 10 år eller vuxna med ARFID:</p> <p>Erbjud KBT anpassad för ARFID.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>ARFID är en heterogen diagnos med mycket varierande symtom, och därför behövs individuella bedömningar för att identifiera rätt patienter för KBT anpassad för ARFID.</p> <p>Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p>	4
AR4	<p>För barn med ARFID:</p> <p>Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud familjebaserad terapi anpassad för ARFID.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår vetenskapliga studier på området.</p>	FoU

Arbeta multiprofessionellt vid omfattande ätsvårigheter

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AR2	<p>För personer med ARFID som har omfattande ätsvårigheter:</p> <p>Använd ett multiprofessionellt arbetssätt.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen är en förutsättning för patientsäkerhet och sammanhållen vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Hälsotillståndet innebär många varierande symtom, och kräver därmed olika typer av insatser från olika yrkesgrupper och vårdinstanser.</p>	2

4. Anorexi

Erbjud psykologisk behandling

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN2	<p>För barn eller ungdomar med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder till att fler barn och ungdomar tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I den familjebaserade terapin är vårdnadshavare aktiva i behandlingen. Det är en styrka, eftersom vårdnadshavare är en viktig resurs i behandlingen.</p>	3
AN3.2	<p>För ungdomar (13–17 år) med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>Erbjud ätstörningsanpassad KBT, om det är lämpligt utifrån förmåga och familjesituation.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan insatsen ge bättre effekt på tillfrisknande än samtalsbehandling med fokus på ätstörningen som inte följer en specifik teoretisk metod eller manual. Behandlingen är aktuell när patienten saknar förutsättningar för att gå igenom familjebaserad terapi, eller om familjebaserad terapi inte haft effekt.</p>	3

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN4	<p>För vuxna med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>Erbjud ätstörningsanpassad KBT.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder till att symtomen minskar och fler tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>Insatsen bedöms ha en bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med sedvanlig öppenvård. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden och symtom, även om dessa ändras över tid.</p>	3
AN3.1	<p>För unga vuxna (18–25 år) med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>Erbjud åldersanpassad familjebaserad terapi enligt manual, om det är lämpligt utifrån familjesituationen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen kan ge goda behandlingsresultat för de unga vuxna vars familjesituation möjliggör behandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>Den kan också underlätta övergången till vuxenpsykiatri vid 18 års ålder för vissa patienter.</p>	5
AN1	<p>För ungdomar eller vuxna med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>Överväg efter en individuell bedömning att lägga till utökat motiverande inslag i behandlingen i form av motiverande samtal (MI) eller motivational enhancement therapy (MET), om den valda behandlingen inte gett tillräcklig effekt.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Utökat motiverande inslag i form av MI eller MET leder möjligen inte till förbättrat resultat av behandlingen, enligt forskningen.</p> <p>Insatsen kan vara ett alternativ när behandlingen inte ger önskad effekt.</p>	9
AN8	<p>För vuxna med anorexi och atypisk anorexi:</p> <p>I undantagsfall: Överväg tilläggshandling med SSRI-läkemedel om andra insatser inte har haft effekt.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen har möjligen ingen påvisad tilläggseffekt på ätstörningssymtom, enligt forskningen. Den skulle kunna vara aktuell för enskilda individer under förutsättning att andra insatser inte har haft effekt.</p>	10

Förstärk öppenvården och säkerställ kompetens i heldygnsvården

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN11	<p>För personer med anorexi som behöver intensifierade insatser:</p> <p>Erbjud förstärkt öppenvård.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan insatsen ge en likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård, för patienter som deltar aktivt i behandlingen. Insatsen kan också ge en bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med heldygnsvård.</p> <p>Förstärkt öppenvård gör det möjligt att bättre anpassa behandlingen till patientens vårdbehov utan inläggning på sjukhus, och låter patienten behålla delar av sitt sociala sammanhang. För patienter som slussas ut från heldygnsvård ger det en möjlighet att anpassa sig till vardagen.</p>	2
AN12	<p>För personer med anorexi som är medicinskt instabila eller riskerar att bli det den närmaste tiden:</p> <p>Säkerställ att personal som ger heldygnsvård har kompetens i bemötande och behandling vid anorexi.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Enligt erfarenhetsbaserad kunskap ger insatsen patienten bättre förutsättningar för viktåterhämtning. Den ger också patienten och närstående en ökad förståelse och bättre förmåga att hantera ätstörningen. Dessutom får patienten bättre förutsättningar att tillgodogöra sig fortsatt vård på en lägre vårdnivå. Insatsen bidrar därmed till patientens stabilisering och tillfrisknande.</p> <p>Det är angeläget med ätstörningskompetens oavsett var patienten får heldygnsvård: i allmänpsykiatri, på en specialiserad ätstörningsenhet eller i den somatiska vården.</p>	2

Förbättra livskvaliteten vid svår och långvarig anorexi

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN9	För personer med svår och långvarig anorexi, när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt: Erbjud individanpassat stöd med fokus på livskvalitet.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kan även minska risken för allvarlig försämring och skadliga följder av ätstörningen. Insatsen kan också möjliggöra en trygg och förtroendeingivande kontakt med hälso- och sjukvården, som kan skapa förutsättningar för nya försök till viktåterhämtande behandling i framtiden.	2
AN10	För personer med svår och långvarig anorexi, när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt: Erbjud självvald inläggning som en del av vårdplanen.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Självald inläggning kan stärka patientens delaktighet och medbestämmande i vården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen ska inte vara en enskild insats, utan ingå i en vårdplan för vissa patienter. På lång sikt är nyttan av självvald inläggning dock osäker.	5

5. Hetsättningsstörning

Erbjud psykologisk behandling

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
H4	För ungdomar över 15 år eller vuxna med hetsättningsstörning*: Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att färre hetsäter jämfört med vid ingen behandling, enligt forskningen.	3

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
H7	För ungdomar över 15 år eller vuxna med hetsättningsstörning*: Erbjud interpersonell psykoterapi (IPT).	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen har möjligen likvärdig effekt som KBT på andelen som slutar hetsäta, enligt forskningen. Det finns mindre klinisk erfarenhet av IPT än KBT vid behandling av hetsättningsstörning.	4
H3	För vuxna med hetsättningsstörning*: Överväg att erbjuda SSRI-läkemedel.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att fler slutar hetsäta direkt efter avslutad läkemedelsbehandling, enligt forskningen. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för effekten över längre tid. Valet av SSRI-preparat förutsätter en individuell bedömning. Kommentar: Insatsen kan vara aktuell för dem som i nuläget inte har förutsättningar för psykologisk behandling eller som inte får effekt med psykologisk behandling.	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.

Överväg behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
H5	För vuxna eller ungdomar över 15 år med hetsättningsstörning*: Erbjud ätstörningsanpassad KBT i grupp.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att lika många eller färre personer slutar hetsäta som vid individuell terapi, enligt forskningen. Behandling i grupp ger mindre utrymme för individanpassningar, och det är därför viktigt att bedöma individens behov av att få träffa andra med hälsotillståndet, liksom förmågan att ta del av gruppbehandlingen.	4

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
H1	<p>För vuxna eller ungdomar över 15 år med hetsättningsstörning*:</p> <p>Erbjud ett manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder enligt forskningen troligen till att färre hetsäter jämfört med vid ingen behandling och även att fler patienter upplever minskade ätstörningssymtom.</p> <p>Insatsen gör det möjligt att fler snabbare kan få behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan den också vara en fullgod behandling.</p>	4
H6	<p>För vuxna eller ungdomar över 15 år med hetsättningsstörning*:</p> <p>Överväg att erbjuda ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Ätstörningsanpassad KBT på distans kan ge likvärdiga resultat som vid fysiska möten, för dem som bedöms kunna tillgodogöra sig behandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Distansmöten gör behandling tillgänglig för personer som exempelvis har begränsade möjligheter att ta sig till ett fysiskt möte eller upplever skam.</p> <p>Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål, men den är inte utvärderad systematiskt.</p>	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.

6. Bulimi

Erbjud psykologisk behandling

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
BN4	För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*: Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till minskade ätstörningssymtom direkt vid avslutad behandling jämfört med vid ingen behandling, enligt forskningen. Det saknas alternativ med bättre vetenskapligt stöd. Insatsen bedöms också vara kostnadseffektiv. Med ätstörningsanpassad KBT kan man hantera symtom som ändras över tid och olika problemområden för patientgruppen.	3
BN9	För ungdomar (13–16 år) med bulimi*: Erbjud familjebaserad terapi.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen ger goda behandlingsresultat, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det är en styrka att vårdnadshavare är aktiva i behandlingen, eftersom de är en viktig resurs, speciellt för yngre ungdomar.	5
BN7	För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*: Överväg att erbjuda interpersonell psykoterapi (IPT).	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. IPT ger möjligen färre som tillfrisknar direkt efter avslutad behandling jämfört med KBT, enligt forskningen, men det går inte att dra slutsatser om effekten på längre sikt.	6
BN3	För vuxna med bulimi*: Överväg att erbjuda SSRI-läkemedlet fluoxetin.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att fler personer minskar sin hetsätning och möjligen till färre kräkningar, enligt forskningen. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för effekten över längre tid. Insatsen förutsätter en individuell bedömning.	6

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter och kompenserar personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.

Överväg behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
BN6	<p>För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*:</p> <p>Erbjud ätstörningsanpassad KBT utförd delvis som distanskontakt via videolänk.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Ätstörningsanpassad KBT delvis på distans ger likvärdiga resultat som vid enbart fysiska möten, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta förutsätter dock att hälso- och sjukvården bedömer att patienten kan tillgodogöra sig en digital behandling efter ett inledande fysiskt besök.</p> <p>Videomöten gör behandlingen mer lättillgänglig och anpassningsbar. Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål.</p>	5
BN1	<p>För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*:</p> <p>Erbjud ett manualbaserat självhjälpsprogram (KBT) med behandlarstöd.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder möjligen till att färre hetsäter eller har ett kompensatoriskt beteende, jämfört med vid ingen behandling, enligt forskningen.</p> <p>Insatsen kan göra det möjligt att fler snabbare kan få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan den också vara en fullgod behandling.</p>	5

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vid denna diagnos hetsäter och kompenserar personerna mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än 3 månader. De angivna åldersgrupperna är de som inkluderas i studierna i kunskapsunderlaget.

7. Behandlingshinder och risk för återfall

Utred och behandla andra psykiatriska problem parallellt med ätstörningen

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O9	<p>För personer som inte fått tillräcklig effekt av ätstörningsbehandling, och som har tecken på annan psykiatrisk sjukdom eller problematik:</p> <p>Erbjud en systematisk utredning av de andra psykiatriska problemen parallellt med ätstörningsbehandlingen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>En systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet kan vara en förutsättning för att framgångsrikt behandla ätstörningen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>Insatsen kan möjliggöra att patienten kan ta del av ätstörningsbehandling och behandling för samsjuklighet, och att dessa behandlingar ger önskad effekt. En personcentrerad vård innebär mer anpassade insatser och kan förebygga långvariga tillstånd.</p> <p>Kommentar: Det är viktigt att utredningen görs i rätt tid i förhållande till patientens ålder och sjukdomsstatus.</p>	2
O13	<p>För personer som inte fått tillräcklig effekt av ätstörningsbehandling, och som har problem med känsloreglering:</p> <p>Erbjud behandling inriktad mot svårigheterna att reglera känslor.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder till att fler personer kan tillgodogöra sig ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I vissa fall kan insatsen dessutom vara nödvändig för att kunna genomföra ätstörningsbehandlingen.</p> <p>Kommentar: Insatsen förutsätter att hälso- och sjukvården parallellt säkerställer att patientens fysiska tillstånd och näringsintag tillåter känsloregleringsbehandling.</p>	4

Erbjud insatser för att förhindra återfall

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O15	<p>För personer med en ätstörning som påtagligt har förbättrats eller friskförklarats från ätstörning, men som drabbats av bakslag eller försämring:</p> <p>Erbjud boostersessioner (ett fåtal kompletterande samtal).</p>	<p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen kan förhindra återfall genom snabb tillgång till kompletterande samtal, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kräver dessutom mindre tid från hälso- och sjukvården än om patienten skulle behöva ett helt behandlingsprogram igen.</p>	3
O12	<p>För personer med en ätstörning som har fått behandling för ätstörning, men har ett kvarstående svårt kroppsmissnöje:</p> <p>Överväg att komplettera ätstörningsbehandlingen med acceptance and commitment therapy (ACT).</p>	<p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder till minskat kroppsmissnöje jämfört med att inte få denna tilläggsbehandling, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.</p> <p>Eftersom det finns risk för återfall är det viktigt att uppmärksamma kvarstående kroppsmissnöje.</p> <p>Det kan dock finnas risker med att fokusera separat på kroppsmissnöjet, eftersom det kan hänga ihop med andra kvarstående ätstörningssymtom. Behandlingen är därmed bara lämplig för en del patienter.</p>	7

Bilaga 2. Översikt av indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i dessa nationella riktlinjer, framför allt för rekommendationer med hög prioritet (se tabell 1).

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att värden ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

Tabell 1. Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar

Id	Namn
O7	Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård*
O6	Grundläggande stöd från socialtjänsten och habiliteringen*
O16	Samarbete mellan verksamheter som ger vård vid ätstörningar respektive obesitas
AR2	Multiprofessionellt arbetssätt för personer med ARFID
AN2	Familjebaserad terapi för personer med anorexia nervosa
AN3.2	KBT för ungdomar (13–17 år) med anorexia nervosa
AN4	KBT för vuxna med anorexia nervosa
AN11	Förstärkt öppenvård för personer med anorexia nervosa*
H4	KBT för personer med hetsättningsstörning
BN4	KBT för personer med bulimia nervosa
O9	Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet*

*Centralt mått, dvs. anger inte om höga eller låga värden är eftersträvsvärda.

➔ **Läs mer:** Indikatorerna redovisas mer utförligt i rapporten [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#) på Socialstyrelsens webbplats.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [34]. En indikator för god vård ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området

Ätstörningar

- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor (såsom enkäter)
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- [Rekommendationslista i Excelformat](#)
- [Kunskapsunderlag](#)
- [Hälsoekonomiskt underlag](#)
- [Metodbeskrivning](#).

Indikatorerna redovisas i sin helhet i rapporten:

- [Indikatorer för vård och stöd vid ätstörningar](#).

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer/atstorningar.

Bilaga 4. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna om ätstörningar har uppdaterats en gång sedan de först publicerades. Se tabell 1.

Tabell 1. Versionshistorik för nationella riktlinjer om ätstörningar

Publicering	Aktivitet
Maj 2024	Riktlinjerna publicerades i en första version.
December 2024	Vi publicerade en uppdaterad version, där vi lagt till ett eget kapitel med rekommendationer till dem som ger vård och stöd till personer med en ätstörning. Rekommendationerna motsvarar dem till beslutsfattare och chefer, men är utvecklade för det praktiska arbetet. Riktlinjerna justerades också något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter. Bland annat lade vi till en rekommendation om anorexikompetens i heldygnsvården (id-nummer: AN12).

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid ätstörningar. Vi analyserar också rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser, och redovisar indikatorer för uppföljning och utvärdering. Riktlinjerna vänder sig både till dig som beslutar om resurser och till dig som ger vård och stöd.



Nationella riktlinjer 2024: Ätstörningar (artikelnr 2024-12-9352)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.