

Nationella riktlinjer 2024:

Ätstörningar

Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser
i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten
Version för synpunkter

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: 2024-5-9039

Foto: Matton

Personerna på bilden har ingen koppling till innehållet

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård och stöd vid ätstörningar. Riktlinjerna vänder sig till dig som är beslutsfattare eller chef i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten.

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.

Efter publiceringen kommer Socialstyrelsen att hålla digitala seminarier om riktlinjerna för beslutsfattare och andra berörda. Du som arbetar för exempelvis en region, kommun, intresseorganisation, yrkesförening eller privat vård- eller omsorgsgivare kan också skicka skriftliga synpunkter på riktlinjerna, senast 20 juni 2024. Mejla NR-atstorningar@socialstyrelsen.se.

Vi planerar att publicera en uppdaterad version i slutet av 2024. Då kommer även motsvarande rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal att ingå.

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

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	5
Erbjud vård till fler – och för olika ätstörningar	5
Öka kunskaperna	6
Anpassa vården till individen	6
Om de nationella riktlinjerna	7
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och chefer	7
Fokus på vissa insatser	8
Rekommendationer med olika prioritet	9
Socialstyrelsen utvärderar vården med indikatorer och målnivåer	11
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	12
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030	12
Utgångspunkt: vården i dag	13
Det finns flera typer av ätstörningar	13
Dagens ätstörningsvård – stor variation och för lite vård	16
Rekommendationer till beslutsfattare och chefer	21
Huvudbudskap: Säkerställ vård vid flera typer av ätstörningar	22
1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal	23
2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning	26
3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning	34
4. Anorexi.....	39
5. Hetsättningsstörning	46
6. Bulimi	50
7. Behandlingshinder och risk för återfall	54
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård	58
Att implementera effektivt.....	58
Exempel på risker och svåra frågor.....	59
Etiska principer för prioritering	61
Kompletterande stöd	62
Projektorganisation	67
Referenser	72
Bilaga 1. Översikt av rekommendationer	74
Bilaga 2. Översikt av indikatorer	90
Bilaga 3. Tillhörande dokument som publiceras på webben	92

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, och den kan bli livshotande. 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 riktlinjer vänder sig till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten. Socialstyrelsen ger 38 rekommendationer utifrån bästa tillgängliga kunskap.

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 matträning med exponering tillsammans med familjen.

Vidare får en stor del av patienterna med anorexi vård i den specialiserade psykiatrien i dag. Även patienter med bulimi och hetsättningsstörning blir oftast hänvisade dit. Resurserna där räcker dock ofta bara till de som är allvarligast sjuka, främst i anorexi. För att fler ska få vård behöver det vara möjligt att få viss ätstörningsbehandling i till exempel primärvården. I vissa fall kan det vara lämpligt att först erbjuda ett självhjälsprogram med visst behandlarstöd till patienter med bulimi eller hetsättningsstörning, för att fler ska komma i gång snabbt med behandling.

För personer med anorexi behövs dessutom ett komplement till behandling i öppenvården och heldygnsvård på klinik. 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. Din region eller kommun behöver säkerställa att ni har

- bred grundkompetens om ätstörningar i hela hälso- och sjukvården 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, som är särskilt anpassad till ätstörningar. 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 undvika försämring hos personer med svår och långvarig anorexi som inte fått tillräcklig effekt av behandlingsförsöken – i väntan på större motivation.
- Arbeta multiprofessionellt kring personer med ARFID och omfattande ätsvårigheter, med fokus på specifika individuella symtom.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer gäller vård och stöd vid ätstörningar. Du som beslutsfattare får veta vilka behandlingar och arbetssätt som är viktigast att prioritera eller avveckla.

Det här dokumentet – *Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten* – innehåller följande delar:

- en översiktlig beskrivning av några utmaningar i dagens ätstörningsvård
- rekommendationer till beslutsfattare och chefer, med konsekvensanalyser och indikatorer för uppföljning och utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården
- en översikt av kunskapsstöd som kan komplettera riktlinjerna.

➔ **Läs mer:** På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar av riktlinjerna, bland annat en detaljerad rekommendationslista i Excelformat, kunskapsunderlaget för rekommendationerna och en indikatorrapport. Se socialstyrelsen.se/nationellariklinjer/atstorningar. I riktlinjepaketet kommer även utvärdering och eventuellt nationella målnivåer att ingå framöver.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare och chefer

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som har ett övergripande ansvar för att fördela resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall 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 använder riktlinjerna 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.

Riktlinjerna ska också kunna vara ett underlag för kunskapsstöd som tas fram av regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

- **Kommande publicering:** Vi planerar att uppdatera riktlinjerna i slutet av 2024. Då kommer vi även att ge motsvarande rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonal.

Fokus på vissa insatser

Riktlinjerna tar upp ett urval av relevanta frågor för dig som beslutar om resurser. Det kan handla om organisatoriska frågor, insatser där det finns omotiverade praxisskillnader eller områden som kräver kvalitetsutveckling. Urvalet bygger bland annat på en förstudie [1] och på diskussioner med olika intressenter. Riktlinjerna är alltså inte tänkta att vara heltäckande.

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, hetsättningsstörning och ARFID, men även självrensning, atypisk anorexi samt bulimi eller hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet. Vi rekommenderar också mer specifika insatser för vissa ätstörningar.

Riktlinjerna är dessutom avgränsade på följande sätt:

- Vi ger inga rekommendationer om ätstörningen **nattligt ätande**, eller de ovanligare ätstörningarna **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. Dessa frågor är komplicerade utifrån bland annat lagreglering.
- Vi berör inte hur hälso- och sjukvården bör **utreda misstänkta ätstörningar**, eftersom vägledningsbehovet bedömts vara större inom andra områden. Vi betonar dock vikten av förebyggande arbete samt tidiga och samordnade insatser. Nationellt programområde psykisk hälsa startar 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 de 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 generellt inte rekommendationer om metoder som ägs av vinstdrivande aktörer, och som inte är tillgängliga för alla patienter (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].
- Riktlinjerna kompletteras av flera andra kunskapsstöd. Se kapitlet [Kompletterande stöd](#).

Rekommendationer med olika prioritet

Samhällets resurser är begränsade. Socialstyrelsens rekommendationer till beslutsfattare och chefer har därför olika prioritet. Vi ger tre typer av rekommendationer (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1-10	Insatser som hälso- och sjukvården eller socialtjänsten bör eller kan erbjuda, 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 hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra 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 hälso- och sjukvården eller socialtjänsten inte bör utföra alls. Vi vill ge stöd för att sluta använda insatserna, eftersom de saknar effekt eller till och med är skadliga.

De effektivaste insatserna vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

Prioriteringen bygger på nyttan och riskerna med de olika insatserna, enligt forskning och erfarenhet hos experter – 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.

Högst prioriterar vi 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 de som har svårast hälsotillstånd. I rekommendationer till socialtjänsten bedömer vi däremot inte hälsotillståndets 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 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).

→ **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 metoden för prioriteringsprocessen 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 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 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 hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens 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.

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

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen bland annat samverkat med

- de nationella programområdena (NPO) för psykisk hälsa respektive barn och ungdomars hälsa
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna
- 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. Dessutom har sakkunniga på Socialstyrelsen bidragit. Se vidare kapitlet [Projektorganisation](#).

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsens arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården vid ätstörningar är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att nå främst mål 3 (god hälsa och välbefinnande) och mål 10 (minskad ojämlikhet) i Agenda 2030.

- ➔ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [4].

Utgångspunkt: vården i dag

I detta kapitel beskriver vi de olika ätstörningar som ingår i riktlinjerna. Därefter ger vi en översiktlig bild av utmaningarna i vården vid ätstörningar i Sverige i dag.

Det finns flera typer av ätstörningar

Ätstörningar är ett allvarligt folkhälsoproblem som drabbar såväl barn som vuxna, oavsett kön och etnicitet. Drygt 200 000 personer i Sverige uppskattas ha en ätstörning, och bland dem finns ett stort mörkertal [5].

Den allmänt mest kända ätstörningen är anorexi, 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. En vanlig ätstörning innebär till exempel att man i perioder hetsäter, det vill säga äter stora mängder under kort tid. Ibland kräks man efteråt, eller försöker kompensera för hetsätningen på något annat sätt. En annan form av ätstörning innebär att man har stora svårigheter att få i sig mat eller äter mycket begränsat, på grund av exempelvis känslighet för matens konsistens eller rädsla för att sätta i halsen. Det syns inte alltid på utsidan att någon är drabbad av en ätstörning.

För många varierar symtomen över tid. Till exempel kan det som börjar med självsvält och viktnedgång senare i livet övergå till hetsätning. Svårighetsgraden varierar också ofta över tid, beroende på livsomständigheter. De allra flesta blir dock helt friska från sin ätstörning så småningom.

ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

Personer med en undvikande och restriktiv ätstörning äter mycket begränsat, ofta både vad gäller mängd och variation. Denna ätstörning har dock ingen koppling till kroppsmisshälsa eller rädsla för viktuppgång. Ätstörningen benämns oftast ARFID, från engelskans avoidant/restrictive food intake disorder.

ARFID är en heterogen diagnos för symptom med varierande bakomliggande mekanismer, exempelvis:

- låg aptit, ointresse för att äta
- starkt obehag som framkallas av matens egenskaper (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende)
- rädsla för negativa konsekvenser av att äta, som att sätta i halsen.

ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt, och barn med ARFID kan sluta växa eller växer långsamt. Tillståndet utvecklas ofta före sex års ålder. För vuxna leder det ofta till social isolering.

Anorexi

Anorexi (anorexia nervosa) kännetecknas av

- otillräckligt energiintag i förhållande till behoven
- betydande viktnedgång
- undervikt
- en störd kroppsupplevelse.

Personer med anorexi har en intensiv rädsla för att äta och gå upp i vikt, eller ett ihållande beteende som motverkar viktökning, trots att de är klart underviktiga. Självkänslan är mycket beroende av kroppsformen och vikten. Många med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och det är vanligt att samtidigt ha ångest eller depression.

Svälttillståndet vid anorexi gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker. 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. Den kroppsliga påverkan kan ge bestående men, och även bli livshotande.

Det är vanligt att personer med anorexi har en kliven inställning till behandling, och en bristande motivation att engagera sig i förändringsarbetet. Det är en del av sjukdomsbilden. Detta kan göra att behandlingen inte ger önskad effekt, eller att patienten avbryter den i förtid.

En del har ett allvarligt svälttillstånd under lång tid och drabbas av allvarliga medicinska och psykiatriska komplikationer. 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.

Atypisk anorexi – ingen undervikt

Personer med diagnosen atypisk anorexia nervosa har gått ner betydande i vikt, men är inte underviktiga. BMI (body mass index) ligger inom eller över normalintervallet, men övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Hetsätningsstörning

Personer med hetsätningsstörning tappar minst en gång i veckan kontrollen över sitt ätande och äter en stor mängd på kort tid. Till skillnad från vid

bulimi kompenserar de sällan eller aldrig för sitt ätande genom att exempelvis kräkas eller motionera överdrivet.

Många med sjukdomen känner stor skam för sitt beteende och lever även med ångest eller depression. Hetsätning kan leda till kraftig viktuppgång och obesitas.¹ Det innebär i sin tur en hög belastning på kroppen och kan få allvarliga följder som diabetes, högt blodtryck och höga blodfetter. Personer kan börja hetsäta vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas sjukdomen under de sena tonåren eller i vuxen ålder.

Hetsätningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet

Diagnosen hetsätningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet innebär samma symtom som hetsätningsstörning, men personen hetsäter mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än tre månader.

Bulimi

Bulimi (bulimia nervosa) kännetecknas av hetsätning och kompensatoriska beteenden. Personer med bulimi tappar minst en gång i veckan kontrollen över sitt ätande och äter en stor mängd på kort tid. Sedan kompenserar de för sitt ätande genom att exempelvis kräkas, laxera eller motionera överdrivet.

Personernas självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många med sjukdomen känner stor skam för sitt beteende och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan ge saltbalansrubbingar, som kan orsaka hjärtproblem. Det är också vanligt att tänderna och mag- och tarmkanalen påverkas vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan utvecklas vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet

Diagnosen bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet innebär samma symtom som bulimi, men personen hetsäter och har olämpliga kompensationsbeteenden mindre än en gång per vecka eller under en kortare tid än tre månader.

Självrensning

Självrensning är ett kompensatoriskt beteende som liknar det vid bulimi, exempelvis kräkningar eller laxering, men utan att personen hetsäter.

¹ Obesitas kallas ibland fetma, men många upplever det som kränkande.

Dagens ätstörningsvård – stor 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, och för att allvarigare sjukdomstillstånd måste prioriteras. Det kan också handla om otillräckliga kunskaper och otydlig ansvarsfördelning.

Kompetens saknas på olika vårdnivåer

Det saknas i dag tillräckliga kunskaper om ätstörningar i flera delar av hälso- och sjukvården. Bristande grundläggande kunskaper om olika ätstörningar och deras symtom bidrar till att ätstörningar inte alltid fångas upp. Patienterna gör ofta sitt första vårdbesök i en verksamhet där kunskaperna om olika ätstörningar 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.

Exempelvis är medvetenheten inte tillräckligt stor om atypisk anorexi (anorexi utan undervikt). En del med denna ätstörning går därmed miste om vård. Bättre grundläggande kunskap behövs också om ARFID (undvikande och restriktiv ätstörning), som är en relativt ny och fortfarande ganska okänd diagnos. Kunskaperna om ARFID behöver öka i exempelvis barnhälsovården, barnsjukvården och primärvården. Vårdpersonal har dels svårt att identifiera ätstörningen, dels begränsad förmåga att ge behandling [1].

Vidare saknas vissa specialistkompetenser eller verksamheter helt i en del regioner. I andra regioner finns det 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 är personalomsättningen hög. Det försämrar kontinuiteten i vården och orsakar ibland brist på erfaren personal.

Brist på resurser och etablerade vårdstrukturer

Den största delen av vården vid ätstörningar ges i dag på psykiatriska vårdenheter eller separata ätstörningskliniker. Resurserna där räcker dock ofta bara till de som är allvarligast sjuka, främst i anorexi. Därmed får många med exempelvis hetsättningsstörning vänta alltför länge på behandling, eller får inte korrekt vård. Det är problematiskt med tanke på att hetsättningsstörning är en av de vanligare ätstörningarna.

De senaste åren har ätstörningsvården i flera delar av landet dessutom signalerat att de som söker vård är både fler och sjukare än tidigare. När de får påbörja behandling kan det därför krävas längre behandlingstider och ibland mer intensiva insatser. Detta blir en negativ spiral som försvårar resursläget ytterligare.

Vidare saknar många regioner en etablerad struktur för vården vid olika typer av ätstörningar. Det är ofta otydligt 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.

De senaste åren har några regioner etablerat nya verksamheter och arbets sätt för barn med ARFID. I stora delar av landet är det dock inte klargjort hur vårdkedjan vid ARFID ska se ut – exempelvis vilka verksamheter som ska utreda och behandla barn respektive vuxna.

Bemötandet är centralt

Det kan vara utmanande att möta patienter med ätstörningar. Sjukdomarna är komplexa, och en del patienter har låg motivation eller är tveksamma till att ta emot hjälp. Vårdpersonalen behöver därför kunskaper om hur man bäst bemöter personer med olika ätstörningar.

I dag är det dock vanligt att personer med ätstörningar och även föräldrar 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 föräldrar och barn, 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 sin 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 som leder till att en del inte vågar söka vård.

Den spridda uppfattningen att ätstörningar har med undervikt att göra medför dessutom att normalviktiga personer med en ätstörning ofta möts med okunnighet.

Ofta behövs vårdpersonal från flera yrkesgrupper

Vid en ätstörning är det viktigt att se till helheten och ta hänsyn till såväl kroppsliga som sociala och psykologiska konsekvenser av sjukdomen. För personer med lindrigare tillstånd kan det ibland räcka 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. 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 eller konsultation av en dietist.

Vid svårare sjukdom behövs ibland också en samordnare som hjälper patienten i kontakter med arbetsgivaren, skolan, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen eller socialtjänsten.

Motivation och allians

För att lyckas bra med behandling är det viktigt att bygga en terapeutisk allians mellan behandlaren och patienten. Det är viktigt både 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.

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, som är tänkt att användas för systematisk uppföljning av metoder, resultat och patienttillfredsställelse i ätstörningsvården. Även här behöver fler regioner ansluta sig – då kan registret bli ett effektivt verktyg för nationella jämförelser.

Insatser från läkare går också att följa upp med hjälp av till exempel patientregistret. En stor del av insatserna görs dock av andra yrkesgrupper, och från och med 1 januari 2024 registreras besök hos alla yrkesgrupper 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 på många områden. Särskilt behövs mer forskning och systematiska utvärderingar om behandling vid ARFID och vid anorexi hos vuxna, liksom om heldygnsvård i allmänhet. Det behövs också mer kunskap om vård vid samsjuklighet, om diagnostik och om långtidseffekter av olika behandlingar.

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 och *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (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 hetsätningsstörning 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 hetsätningsstörning och ARFID.

Ätstörningarna utan egna koder registreras till exempel som ”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.

Ätstörningar

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 utvecklas på fem platser

Sedan december 2023 ska viss vård vid svårbehandlade ätstörningar bedrivas som nationell högspecialiserad vård i fem regioner i Sverige: Västernorrland, Skåne, Stockholm, Uppsala och Västra Götaland. Arbetet med nationell högspecialiserad vård är under uppbyggnad på dessa platser. 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.

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

Rekommendationer till beslutsfattare och chefer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens 38 rekommendationer om vård och stöd vid ätstörningar, till dig som beslutar om resurser. Rekommendationerna presenteras 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.](#)

Observera att rekommendationerna inte är 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
Så utvärderar vi vården	De indikatorer som Socialstyrelsen använder för utvärdering, när det är aktuellt

→ **Läs mer:**

- 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, Fördjupad konsekvensanalys* 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 ges företräde, men det får inte innebära att endast de med anorexi prioriteras.

Den specialiserade vården vid ätstörningar behöver ofta fokusera på de svårast sjuka patienterna. 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. Det behövs tillräckliga resurser och tillräcklig kompetens på olika vårdnivåer – dels behandlarkompetens, dels bred grundkunskap i hela hälso- och sjukvården 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 anorexi bli mer flexibel. Glappet behöver minska mellan öppenvård och heldygnsvård, och det behöver finnas en vårdinriktning även för personer med svår och långvarig anorexi där flera behandlingsförsök har misslyckats.

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, såväl i primärvården som i den specialiserade vården, samt i 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

I dag får många med en ätstörning inte vård. 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 (även 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 och socialtjänsten

Id	För personal i ...	Rekommendation	Prioritet
O1	hälso- och sjukvården 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 misstänkt ätstörning, symtom vid olika ätstörningar samt olika behandlingsalternativ och remissvägar:

- vårdcentraler
- mödrahälsovården
- studenthälsan
- elevhälsan och ungdomsmottagningar
- delar av den specialiserade hälso- och sjukvården, till exempel där man utreder problem med tillväxt, övervikt, mage och tarm.

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

Även i **barnhälsovården** behövs kunskap om till exempel bemötande samt olika behandlingsalternativ och remissvägar. Där 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 och socialtjänsten ska kunna bidra till att personer med ätstörningar får rätt vård och stöd. Bättre kunskap om symtom och bemötande kan leda till att fler personer med ätstörningar upptäcks och får rätt insatser. Tidiga insatser kan minska lidande och förebygga allvarlig sjukdom. Det gör kompetensutveckling till en högt prioriterad insats.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Många medarbetare i olika delar av hälso- och sjukvården 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 (även 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 psykiatrin. 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 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 och socialtjänsten	Säkerställ att personalen kan få rådgöra med kunnig personal i exempelvis psykiatrin om personer med ätstörning eller misstänkt ätstörning.	4



Så har vi prioriterat

Stöd och samarbete främjar en helhetssyn i vårdkedjan. Fler personer med ätstörningar 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 kompetensutveckling, eftersom kompetensutvecklingen är en förutsättning för rätt vård och stöd.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Alla personer med ätstörningar 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 nytta 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 ätstörning

Personer med en ätstörning behöver ofta hjälp från olika yrkesgrupper och delar av hälso- och sjukvården, och ibland från 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 obesitas²
- 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
- närstående³ till personer med en ätstörning.

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

Både vårdgivaren och den som bedriver socialtjänst ska arbeta systematiskt med verksamhetens kvalitet.⁴ 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.

Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Det är vanligt att en person med en ätstörning fyller 18 år under behandlingstiden. Då flyttas ansvaret vanligen över från barnsjukvården till vuxensjukvården. Det kan vara påfrestande för både patienten och närstående att byta vårdpersonal och ofta även behandlingsmetod under denna period.

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.

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

³ 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.

⁴ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

Rekommendation om övergången vid 18 år

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med 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 behandlingsupplägget. Det minskar risken för ett behandlingsslapp i en känslig period, 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 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.



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 med obesitasvården

De flesta personer med obesitas har inte en ätstörning, men det förekommer. Obesitas kan uppkomma på grund 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 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 de som ger vård vid ätstörningar och vård vid obesitas ger ett ökat kunskapsutbyte och en helhetssyn i hälso- och sjukvården. 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 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 grupp som kan behöva särskilt stöd i samband med ätstörningsbehandling är personer som har svårt att självständigt klara sitt dagliga liv. Om de inte får tillräckligt stöd kan det hända att behandlingen inte får önskad effekt. Det kan också gälla barn som till exempel har en funktionsnedsättning, eller 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 logopedier.

Rekommendation om grundläggande stöd

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	För personer med ätstörning som ...	Rekommendation	Prioritet
O6	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 exempelvis socialtjänsten eller habiliteringen är en förutsättning för att dessa personer ska kunna delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen. Rekommendationen om grundläggande stöd har därför hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Oftast finns resurser för habilitering och annat stöd till de aktuella personerna med en ätstörning inte i samma verksamhet som ger psykologisk behandling. Din region eller kommun behöver därför se till att det finns en etablerad samverkan kring personerna mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamheter och socialtjänsten. Ni behöver till exempel

- 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 funktionsbegränsningar som kan vara aktuella, så att de kan ge ett individanpassat stöd
- avsätta tid för dialog mellan verksamheter och förbereda samordnad individuell plan (SIP).

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

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 i dag. 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, exempelvis muntorrhet, karies och skador i tandemaljen [8]. Problemen kan bero på frekventa sura uppstötningar och kräkningar. Andra orsaker kan vara 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.

Rekommendation om munhälsa

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med 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 ätstörningar kan det leda till att fler besöker tandvården. 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. Den är särskilt motiverad för vissa personer med en ätstörning, men inte för alla. Hälsotillståndet hos personer med en ätstörning har generellt en måttlig till stor svårighetsgrad, och arbetssättet har relativt hög prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

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

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

Överväg en förebyggande insats till ungdomar med kroppsmisshälsa

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 där ungdomarna på olika sätt får träna på att gå emot osunda skönhets- och kroppsideal. 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 kroppsmisshälsa, som löper risk att utveckla ätstörning	Överväg att ordna eller medverka i dissonansbaserade interventionsprogram (förebyggande arbete om kroppsideal).	6



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 kroppsmisshälsa. 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 kroppsmisshälsa. Personal i exempelvis elevhälsan eller på ungdomsmottagningar kan genomgå en tvådagarsutbildning om att arbeta dissonansbaserat i ett förebyggande arbete om kroppsideal.

Ni behöver också säkerställa att det finns ett fungerande samarbete mellan elevhälsan, ungdomsmottagningar och barn- och ungdomspsykiatri för att rätt ungdomar ska få tillgång till en förebyggande insats.

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

Överväg att ge eget stöd till närstående

Närstående som vårdar eller stödjer personer med en ätstörning kan behöva eget stöd för att orka stötta den som är sjuk. Insatsen är här begränsad till rådgivning och samtalsstöd.

Rekommendation om närståendestöd

Till hälso- och sjukvården

Id	För ...	Rekommendation	Prioritet
05	närstående till en person med ätstörning	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 de 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 har också osäker effekt på den närståendes hälsa, och har därför relativt låg prioritet. Den kan dock öka den närståendes förmåga att stödja personen med en ätstörning.

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 vilka möjligheter och resurser det finns 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.

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 denna ätstörning. 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 i stället om att personen saknar driv att äta, känner ett starkt obehag inför matens egenskaper eller är mycket rädd för att exempelvis sätta i halsen.

Fördela ansvaret för vården tydligt

Det finns i dag 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 kan identifiera och sedan behandla ätstörningen.

Personerna kan till exempel upptäckas i barnhälsovården, i skolhälsovården och på vårdcentralerna. Men om det saknas kompetens riskerar besvären 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.⁵ 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.

⁵ Se 4 kap. 6 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

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 de som behöver vård, och rekommendationen om tydlig vårdstruktur och ansvarsfördelning har därför hög prioritet.

En tydlig vårdstruktur ger förutsättningar för att kunna ge vård till små barn, ungdomar och vuxna som vårdpersonal i dag ofta känner sig osäkra inför. En tydlig vårdstruktur kan också bidra till en mer sammanhållen och korrekt vård.

Behovet av samarbete är särskilt stort med tanke på att patientgruppen kan ha komplexa svårigheter, ibland med både medicinska 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 i dag. 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 terapeuter, logoped, dietister och barndietister – som har utbildning om ARFID.
- Se över samverkan mellan barnmedicinska kliniker och barn- och ungdomspsykiatri vid samsjuklighet.
- Se över samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri vid samsjuklighet.

Erbjud matträning 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 mognad. Behandlingen behöver vara individanpassad eftersom symtomen kan variera mycket.

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.

Matträning 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 extrema 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.

Rekommendationer om behandling av ARFID

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ARFID som är ...	Rekommendation	Prioritet
AR3	barn	Erbjud matträning 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

För ungdomar och vuxna leder KBT anpassad för ARFID till betydligt mindre symtom och ett mer normalt ätande. Behandlingen kan inkludera familjen, och kan därmed även erbjudas till barn från 10 års ålder om det är lämpligt utifrån barnets mognad.

För barn i alla åldrar leder även matträning med exponering till betydligt mindre symtom och ett mer normalt ätande.

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 närings-

brist och därmed ett stort behov av vård. Det finns dock stora variationer inom patientgruppen, och matträning med exponering passar främst de barn med ARFID som har hög känslighet i munnen, starka obehag eller rädslor kopplade till mat. Den höga prioriteten för matträning med exponering beror även på att det saknas alternativa 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 sannolikt 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 logopedier och dietister sådan kompetens. Säkerställ att den finns tillgänglig i vården vid ARFID.

Ni behöver också se till att regionen har verksamheter där barn kan ätträna med familjen i hälso- och sjukvårdens regi. För yngre barn behöver oftast hela familjen delta, även syskon.

Det 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 ätsvårigheter

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med ARFID som har ...	Rekommendation	Prioritet
AR2	omfattande ätsvårigheter	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 ätsvårigheter. 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 ätsvårigheter 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 ätsvårigheter – 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 ätsvårigheter. 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).

I dag 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 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. De har en intensiv rädsla för att äta och gå upp i vikt, och självkänslan är överdrivet påverkad av kroppsvikten eller kroppsformen.

Personer med anorexi riskerar allvarliga medicinska konsekvenser. Sjukdomen kan bli både livshotande och mycket långvarig. Det finns dock en stor variation i gruppen.

Många med anorexi tycker inte att de är sjuka, och förnekar ofta riskerna med sin låga vikt. De har svårt att motivera sig till behandling och förändring. Detta kan leda till att behandlingen inte ger önskad effekt eller att patienten avbryter den.

Erbjud ätstörningsanpassad KBT eller familjebaserad terapi

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. Den fokuserar på att påverka de beteenden som vidmakthåller ätstörningen. För ungdomar kan det vara lämpligt att närstående deltar i behandlingen. Den familjebaserade terapin utförs enligt en särskild manual, och innebär att familjen deltar aktivt i behandlingen.

Åldern är inte helt avgörande för valet av psykologisk behandling, utan man bör utgå från individens förutsättningar och familjesituation. Det kan vara lämpligt att fortsätta med familjebaserad terapi även efter 18-årsdagen, eller inleda ätstörningsanpassad KBT före 18-årsdagen. Det finns exempelvis 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 anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa 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 mognad och familjesituation.	3
AN4	vuxna	Erbjud ätstörningsanpassad KBT.	3
AN3.1	unga vuxna (18–25 år)	Erbjud åldersanpassad familjebaserad terapi, 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 att lägga till behandling 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 hög prioritet, eftersom den leder till att fler barn och ungdomar med anorexi tillfrisknar. 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 de som vårdpersonalen bedömer är mogna, motiverade till behandling och har sjukdomsinsikt. Behandlingen är främst aktuell när det saknas förut-

sättningar för att genomföra familjebaserad terapi, eller om familjebaserad terapi inte haft effekt.

För vuxna leder ätstörningsanpassad KBT till att symtomen minskar och fler tillfrisknar. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden och symtom, som kan ändras över tid.

För en del unga vuxna kan åldersanpassad familjebaserad terapi vara ett alternativ. Den kan ge goda resultat när familjesituationen möjliggör behandlingen. 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. Utökad 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. Därför har insatsen låg prioritet.

Behandling med SSRI-läkemedel som tillägg till psykologisk behandling har ingen bevisad effekt på ätstörningssymtomen på gruppnivå. Denna tilläggsbehandling har därför mycket låg prioritet. Behandlingen skulle 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 personerna ofta har en kluven inställning till behandling. Din region behöver därför vara beredd att 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.

Erbjud förstärkt öppenvård vid behov

Vård vid anorexi bedrivs i dag i form av besök i öppenvården och vid behov som heldygnsvård. Samtidigt finns personer som behöver mer intensifierade insatser men inte nödvändigtvis heldygnsvård. Hälso- och sjukvården kan möta deras behov genom att möjliggöra förstärkt öppenvård i form av dagvård i den specialiserade ätstörningsvården. För barn och unga innebär det ofta familjedagvård. I de flesta delar av landet saknas en vårdform av detta slag.

De förstärkta insatserna kan exempelvis omfatta assisterade måltider, regelbundna medicinska kontroller samt ett psykosocialt och pedagogiskt omhändertagande under dagtid. Utifrån patientens vårdbehov och livssituation kan det vara aktuellt enstaka dagar i veckan eller de flesta av veckans dagar. Vid vård av barn och ungdomar förutsätter insatserna att närstående är involverade och engagerade.

En fördel med förstärkt öppenvård är att exempelvis ungdomar inte behöver skiljas helt från sitt sociala sammanhang, vilket blir fallet under perioder med heldygnsvård.

Rekommendation om förstärkt öppenvård

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med anorexia nervosa som ...	Rekommendation	Prioritet
AN11	behöver intensifierade insatser	Erbjud förstärkt öppenvård.	2



Så har vi prioriterat

Personer med anorexi har ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad, och förstärkt öppenvård har hög prioritet. För patienter som deltar aktivt i behandlingen kan insatsen ge en likvärdig eller bättre effekt jämfört med om de blivit inlagda för heldygnsvård – som annars kan vara det enda alternativet. Insatsen bedöms också ge goda effekter i förhållande till kostnaderna, jämfört med heldygnsvård.

En annan fördel med förstärkt öppenvård är att patienten behåller delar av sitt sociala sammanhang. Det kan också vara ett sätt att ge patienter som slussas ut från heldygnsvården en möjlighet till träning och anpassning till vardagen. Att träna för ett vanligt socialt liv är viktigt för att tillfriskna. Social isolering kan vara förödande för en person med anorexi.



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 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. Det kan till exempel innebära att boka in färre vanliga besök vissa dagar, för att ha mer tid för patienter med större behov. I större vårdenheter kan det passa bättre att ha en särskild verksamhet för förstärkt öppenvård.

Vidare behöver ni ha personal med särskild kompetens för att ge social träning. 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 på heltid för att bli bättre.



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 sju 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 åtminstone inte ska bli sämre, och om möjligt förbättra livskvaliteten. 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 förut-

sättningar 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 anorexia nervosa ...	Rekommendation	Prioritet
AN9	när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt	Erbjud individanpassat stöd med fokus på livskvalitet, i väntan på att personen blir motiverad att öka i vikt.	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. Stödet kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet. 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. 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. 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 se till att ni har en vårdinriktning även för denna komplexa patientgrupp, parallellt med den ordinarie vårdinriktningen 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.

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.

En person med hetsättningsstörning tappar återkommande kontrollen över sitt ätande och äter då en stor mängd på kort tid. Till skillnad från vid bulimi kompenserar personen sällan eller aldrig för sitt ätande genom att exempelvis kräkas. Många personer med sjukdomen känner stor skam för sitt beteende och lever även med ångest eller depression.

Hetsätning 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.

Personer kan börja hetsäta vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas sjukdomen under de sena tonåren eller i vuxen ålder.

Det är svårt att få hjälp mot hetsätning i stora delar av landet. I dag får inte alla som behöver det behandling. Det beror främst på begränsade resurser i ätstörningsvården och på att andra patientgrupper prioriteras högre.

Erbjud ätstörningsanpassad KBT eller IPT

Många personer med hetsättningsstörning behöver få psykologisk behandling.

Ätstörningsanpassad **kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa patienterna att hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden. 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 till KBT är **interpersonell psykoterapi (IPT)**, som fokuserar på sambandet mellan psykologiska problem och mänskliga relationer.

Det finns även olika **SSRI-läkemedel** som kan vara aktuella.

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.



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.

Ätstörningsanpassad KBT leder 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 i dag.

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 i dag 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 dels arbetar på egen hand med en KBT-baserad manual, dels 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, i stället 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.



Så har vi prioriterat

Personer med hetsättningsstörning har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad.

Ätstörningsanpassad KBT i grupp kan 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.

Ätstörningsanpassad KBT på distans kan ge likvärdiga resultat som en behandling med fysiska vårdbesök, för de 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. Insatsen 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 i dag 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.
- Särkerställ 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 självhjälpsprogram.

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.

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. 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 i första hand ätstörningsanpassad KBT

Många personer med bulimi behöver få psykologisk behandling.

Ätstörningsanpassad **kognitiv beteendeterapi (KBT)** kan hjälpa patienterna att hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden. 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.

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 från en dietist.

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.	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.



Så har vi prioriterat

Personer med bulimi har ett hälsotillstånd med en stor svårighetsgrad.

För vuxna och äldre ungdomar är ätstörningsanpassad KBT den behandling som har högst prioritet. 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 symptom 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, 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 symtom, 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 i dag 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 att patienten och terapeuten har distanskontakt via videolänk vid vissa behandlingstillfällen, i stället för att mötas fysiskt.

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 självhjälpsprogram (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.



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 fysiska vårdbesök.

Ett manualbaserat självhjälpsprogram med behandlarstöd leder möjligen till att färre hetsäter och 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.

Ätstörningsanpassad KBT delvis på distans ger likvärdiga resultat som en behandling med enbart fysiska vårdbesök. 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 i dag 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 självhjälpsprogram.

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 kan fungera. 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. I dag är det dock ofta lång väntetid till neuro-psykiatrisk utredning 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.

Hos personer med anorexi kan bristande motivation och sjukdomsinsikt bidra till att behandlingen inte ger tillräcklig effekt. Se vidare kapitlet [Utgångspunkt: vården i dag](#).

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. 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.



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 nya samtal 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 hjälpt mot ätstörningen. Detta trots att grundbehandlingen innehållit moment för att hantera kroppsmisnöjet. I vissa fall kan det då vara värt att pröva en särskild behandling mot kroppsmisnöje för att förebygga återfall.

Rekommendationer vid risk för återfall

Till hälso- och sjukvården

Id	För personer med 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 ett kvarstående 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 personen snabbt får kompletterande samtal. 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 jämfört med att inte få denna insats. 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 boostersessioner. Ni kan spara resurser om färre patienter hinner försämrats så mycket att de behöver en ny behandlingsomgång.

Att implementera de nationella 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* [12]
- 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 implementering kan ske planerat och framgångsrikt [12], och att ledarskapet är centralt i denna process [13]. Regionernas nationella system för kunskapsstyrning väntas bli ett viktigt stöd för implementeringen av nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd, med formaliserad samverkan på regional och lokal nivå. Även de regionala samverkans- och stödstrukturerna (RSS) är betydelsefulla.

Här följer några viktiga steg i processen att implementera de nationella 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 i dag? Vilka insatser erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de insatser vi erbjuder i dag? 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?
- 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.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av olika riktlinjer.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är tänkta att kunna värderas mot varandra, även om de är framtagna vid olika tidpunkter. Det kan dock vara riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla insatser med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” Du behöver först analysera vilka patient- eller brukargrupper

som ligger längst från det önskade läget i din verksamhet eller inom ditt ansvarsområde, och fördela mer resurser till dem.

Sjukdomars status kan påverka prioriteringar

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar, organisationssätt och metoder ska implementeras. Ibland finns en underfinansiering sedan tidigare, på grund av mer eller mindre medvetna uppfattningar om vilka grupper som behöver mest resurser.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [14]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldreomsorg och psykiatri har låg. Statusen blir högre när en sjukdom är akut, har högteknologisk behandling och drabbar specifika organ.

Du som ska arbeta med implementering av dessa nationella riktlinjer bör relatera dem till den befintliga verksamheten och göra en prioritering mellan flera områden utifrån behov av förbättring.

Teknik implementeras oftare än kompetens

Det finns en tendens att verksamheter implementerar nya metoder som bygger på teknik i högre utsträckning än metoder som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [14]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande insatser och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan etablerade problem. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt.

Enligt de etiska principerna för prioritering nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom. Förebyggande insatser har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än andra insatser. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Etiska principer för prioritering

Om du arbetar i hälso- och sjukvården behöver ditt praktiska implementeringsarbete ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats 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 väljer 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 mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Om du arbetar i socialtjänsten behöver ditt implementeringsarbete i stället 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.⁶ Personal i alla delar av socialtjänsten behöver vara observant 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.

I dag är hälsan och levnadsvillkoren i Sverige inte jämlika [15]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [16]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

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

⁶ Se 1 kap. 1 § socialtjänstlagen.

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.

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:

- *Vägledning för barnhälsovården* [17]
- *Rikshandboken Barnhälsovård* [18]
- *Vägledning för elevhälsan* [19]
- [Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter](#) [20] – 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](#) [21] (uppdateras under 2024)
- *Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande* [22]
- *Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling* [23].

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].

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 av kolhydrater. 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).

Vägledning vid 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*. Vi planerar att uppdatera beslutsstöden under 2024.

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 [26] 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 [27].

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* [28].

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* [29]
- *Använd SIP – ett verktyg vid samverkan – för alla över 18 år, vuxna och äldre* [30]
- *God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?* [31].

Projektorganisation

Projektledning – rekommendationer

Elisabeth Eidem	projektledare, Socialstyrelsen
Monika Fored	överläkare, barn- och ungdomspsykiater, barnläkare, legitimerad psykoterapeut, Aleris ätstörningsklinik, Stockholm
Sanna Aila Gustafsson	legitimerad psykoterapeut, socionom, docent, Örebro universitet, Ätstörningsmottagningen, Trauma-mottagningen och DBT-mottagning, Region Örebro län
Anna Ilar	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Eva Lind	legitimerad specialistsjuksköterska och 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, socionom, Ätstörnings- teamet/Förebyggande teamet, Allmänpsykiatri enhet 2, Barn- och ungdomshälsan, Växjö, Region Kronoberg
Felicia Lindelöw	patientföreträdare, Frisk & Fri
Mikaela Lithman	verksamhetschef, Stockholms centrum för ätstörningar, Region Stockholm
Malin Löf	legitimerad fysioterapeut, specialist mental hälsa, psykiatri/psykosomatik, Barn- och ungdoms- psykiatriska 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	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	barnläkare, ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri, 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	legitimerad psykoterapeut, socionom, docent, Örebro universitet, enhetschef, Ätstörningsmottagningen, Traumamottagningen och DBT-mottagning, Region Örebro län (till oktober 2023)
Eva Lind	legitimerad specialistsjuksköterska och psykoterapeut, Skellefteå psykiatriska klinik, ätstörningsverksamheten
Olle Lindevall	registerhållare, QBUP, senior rådgivare, BUP Stockholm
Thomas Parling	legitimerad psykolog, registerhållare, RiksÄt, Centrum för psykiatriforskning, Region Stockholm
Ulf Wallin	överläkare, barn- och ungdomspsykiater, Kompetenscentrum för ätstörningar, Lund

Andra medverkande

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
Gudrun Jonasdottir Bergman	statistiker, Socialstyrelsen

Ätstörningar

Anne-Katrin Kantzer	medicinskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Anna Kessling	enhetschef, Socialstyrelsen
Peter Lundholm	odontologiskt sakkunnig, Socialstyrelsen
Hanna Lundquist	redaktör, konsult
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 Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Iwa Wasberg	produktionsledare, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Carina Wiström Bergstock	utredare, Socialstyrelsen

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. Stockholm; 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. Regeringskansliet. Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling. Hämtad 2024-03-04 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
5. Clinton D, Birgegård A. Stort mörkeltal för ätstörningar - fler behöver hjälp tidigt. Lakartidningen.se; 2017.
6. Nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomspsykiatri Q-b. Årsrapport 2022; 2023.
7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid obesitas. Stockholm; 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. Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri; 2022. Report No.: 978-91-8047-148-0.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Adhd och autism. Stockholm; 2024. Report No.: 2024-3-8958.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stockholm; 2021. Report No.: 2021-4-7339
12. Socialstyrelsen. Om implementering. 2012. Hämtad 2022-03-10 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
13. 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.
14. Hofmann B. Biases distorting priority setting. Health Policy. 2020; 124(1):52-60.
15. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2020 - Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Stockholm; 2020.
16. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård - lägesrapport 2022. Stockholm; 2022. Report No.: 2022-3-7750.
17. Socialstyrelsen. Vägledning för barnhälsovården. Stockholm; 2014. Report No.: 2014-4-5.

18. SKR. Rikshandboken i barnhälsovård. 2023. Hämtad 2024-04-23 från: www.rikshandboken-bhv.se
19. Skolverket och Socialstyrelsen. Vägledning för elevhälsan. Stockholm; 2016. Report No.: 2016-11-4.
20. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer: Graviditet, förlossning och tiden efter. Stockholm; 2023. Report No.: 2023-12-8878.
21. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-6-24.
22. Folkhälsomyndigheten. Riktlinjer för fysisk aktivitet och stillasittande. Stockholm; 2021. Report No.: 21099.
23. Yrkesföreningen för Fysisk Aktivitet. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB; 2021.
24. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för tandvård. Stockholm; 2022. Report No.: 2022-9-8114.
25. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Stockholm; 2019. Report No.: 2019-1-16.
26. Socialstyrelsen. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Stockholm; 2016. Report No.: 2016-4-42.
27. Socialstyrelsen. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Stockholm; 2018. Report No.: 2018-12-53.
28. Regeringskansliet. Nationell anhörigstrategi - inom hälso- och sjukvård och omsorg 2022:
29. SKR. Använd SIP – ett verktyg vid samverkan - Barn och unga 0-18 år; 2019.
30. SKR. 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.
31. SKR. God samverkan i komplexa situationer. Hur lyckas vi?; 2019.
32. 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 38 rekommendationer. De presenteras med förklarande texter i kapitlen [Rekommendationer till beslutsfattare och chefer](#) ovan. Här ger vi en översikt av alla rekommendationer, 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](#).

1. Kompetensutveckling och expertstöd till personal

Öka kunskapen om olika ätstörningar

Till hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O1	För personal i hälso- och sjukvården 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 kunnig personal i exempelvis psykiatri om personer med ätstörning eller misstänkt ätstörning.	Stöd och samarbete främjar en helhetssyn i vårdkedjan. Om personal i övrig hälso- och sjukvård 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. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.	4

2. Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning

Arbeta strukturerat vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O7	För personer med 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 i en känslig period och kan minska risken att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången.	2

Samverka med obesitasvården

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O16	För personer med 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 inom hälso- och sjukvården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan i sin tur leda till gott 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	För personer med ätstörning som behöver särskilt stöd för att klara det dagliga livet: Säkerställ att personerna får grundläggande stöd från exempelvis socialtjänsten eller habiliteringen.	Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Personer med behov av särskilt stöd och samtidig ätstörning har ofta stora och komplexa behov av stöd och vård. Insatsen är en förutsättning för att patienten kan delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen kan även bidra till att bibehålla uppnådda behandlingseffekter och minska risken för återfall.	2

Uppmärksamma munhälsan

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O8	<p>För personer med 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 resultera i förbättrad munhälsa och minskad risk för ätstörningsorsakad ohälsa i munnen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms vara enkel att implementera och tidiga insatser kan ge hälsovinster. Insatsen är särskilt motiverad för vissa, men inte alla, patienter med ätstörning.</p> <p>Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.</p>	5

Överväg en förebyggande insats till ungdomar med kroppsmisshälsa

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 resulterar möjligen i en lägre risk att insjukna i en ätstörning, jämfört med att inte få någon förebyggande insats. Trots att evidensen är svag tyder den på att det är positivt med förebyggande arbete om kroppsideal.</p> <p>Insatsen kan ge en bättre effekt till en lägre kostnad. Det är angeläget att förebygga ätstörningar, men det är oklart om insatsen är bättre än andra preventionsprogram.</p>	6

Överväg att ge eget stöd till närstående

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O5	För närstående till en person med ätstörning: Överväg att ge råd och stöd individuellt eller i grupp med andra närstående.	Hälsotillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Effekten av insatsen för den närståendes hälsa är osäker, men den kan öka förmågan att stödja personen med ätstörning. Det är fråga om en ganska begränsad insats från hälso- och sjukvården, både i omfattning och innehåll. Kommentar: Insatsen kan utföras individuellt eller i grupp. På gruppnivå ser behovet av stöd olika ut hos de närstående, men för de som behöver stöd är det viktigt att kunna erbjuda det.	7

3. ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

Fördela ansvaret för vården tydligt

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AR1	För barn och vuxna med ARFID: Säkerställ en tydlig vårdstruktur, genom att utveckla rutiner för samarbete och tydliggöra ansvarsfördelningen.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Etablerade rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning ger bättre förutsättning för att kunna ge vård till små barn, ungdomar och vuxna vars ättsvårigheter det i dag finns en osäkerhet inför inom vården. Insatsen kan bidra till en sammanhållen och korrekt vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Behovet av samverkan och samarbete är stort då patientgruppen oftast har en komplex problematik, ibland med både somatiska och psykiatriska följder.	3

Erbjud matträning eller anpassad KBT

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AR3	<p>För barn med ARFID: Erbjud matträning där barnet exponeras för och får träna på att äta fler livsmedel. Inkludera närstående i behandlingen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Utebliven insats kan påverka barnets kognitiva och kroppsliga utveckling. Det saknas andra alternativa insatser för yngre barn. ARFID är en heterogen diagnos som inkluderar barn med långvarig näringsbrist, och det behövs därför en individuell bedömning för att identifiera rätt personer för insatsen. Behandlingen passar främst för de med selektivitet på grund av exempelvis sensoriska eller fobiska symtom (aversioner, obehag eller rädslor relaterade till mat).</p>	4
AR5	<p>För barn från 10 år eller vuxna med ARFID: Erbjud KBT anpassad för ARFID.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Personer med ARFID är en heterogen grupp och det behövs en individuell bedömning för att identifiera rätt personer för insatsen. Kommentar: Insatsen är aktuell för personer som har mognad och förmåga att tillgodogöra sig behandlingen. Vid omfattande svårigheter behöver KBT-behandlingen i regel kombineras med andra insatser.</p>	4
AR4	<p>För barn med ARFID: Inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud familjebaserad terapi anpassad för ARFID.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. 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	För personer med ARFID som har omfattande ätsvårigheter: Använd ett multiprofessionellt arbetssätt.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. 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 professioner och vårdinstanser.	2

4. Anorexi

Erbjud ätstörningsanpassad KBT eller familjebaserad terapi

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN2	För barn eller ungdomar med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa: Erbjud familjebaserad terapi enligt manual.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen leder till att fler barn och ungdomar tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I den familjebaserade terapin är vårdnadshavaren aktiv i behandlingen. Det är en styrka, eftersom vårdnadshavare är en viktig resurs som stöd i behandlingen.	3
AN3.2	För ungdomar (13–17 år) med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa: Erbjud ätstörningsanpassad KBT, om det är lämpligt utifrån mognad och familjesituation.	Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan enligt erfarenhetsbaserad kunskap ge god effekt på tillfrisknande för ungdomar som av vårdpersonal bedöms som mogna, motiverade till behandling och har sjukdomsinsikt. Den är aktuell när förutsättningar saknas för familjebaserad terapi eller om familjebaserad terapi inte haft effekt.	3

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN4	<p>För vuxna med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa:</p> <p>Erbjud ätstörningsanpassad KBT.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen leder till att symtomen minskar och att fler tillfrisknar, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms ha en bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med sedvanlig vård i öppenvården. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden inom ätstörningar och symtom, som kan ändras över tid.</p>	3
AN3.1	<p>För unga vuxna (18–25 år) med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa:</p> <p>Erbjud åldersanpassad familjebaserad terapi, 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 personer.</p> <p>Kommentar: Insatsen passar för en del av gruppen unga vuxna, exempelvis utifrån individens behov eller förutsättningar.</p>	5
AN1	<p>För ungdomar eller vuxna med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa:</p> <p>Överväg efter en individuell bedömning att lägga till utökad 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>Insatser med tillägg av utökad motiverande inslag med MI eller MET leder möjligen inte till förbättrat resultat av behandlingen.</p> <p>Insatsen kan vara ett alternativ när behandlingen inte ger önskad effekt.</p> <p>Kommentar: Att arbeta med allians och motivation är en grundläggande komponent i många behandlingsprogram. Utökade motivationshöjande inslag kan vara aktuellt utifrån en individuell bedömning.</p>	9

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN8	<p>För vuxna med anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa:</p> <p>I undantagsfall: Överväg att lägga till behandling 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. Den skulle kunna vara aktuell för enskilda individer under förutsättning att andra insatser inte har haft effekt.</p> <p>Kommentar: Bedömningen gäller om det inte finns någon påvisad psykiatrisk samsjuklighet.</p>	10

Erbjud förstärkt öppenvård vid behov

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN11	<p>För personer med anorexia nervosa som behöver intensifierade insatser:</p> <p>Erbjud förstärkt öppenvård.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan insatsen leda till likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård för patienter som deltar aktivt i behandlingen. Insatsen kan ge 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 till träning och anpassning till vardagen.</p>	2

Förbättra livskvaliteten vid svår och långvarig anorexi

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
AN9	<p>För personer med svår och långvarig anorexia nervosa, när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud individanpassat stöd med fokus på livskvalitet, i väntan på att personen blir motiverad att öka i vikt.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Insatsen kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kan även bidra till minskad risk för allvarlig försämring och de skadliga följder som ätstörningen kan orsaka. Insatsen kan också möjliggöra en trygg och förtroendeingivande kontakt med vården, vilken kan skapa förutsättningar för nya försök till viktåterhämtande behandling i framtiden.</p> <p>Kommentar: Insatsen avser vuxna personer som i nuläget är oförmögna att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning och för vilka det ofta saknas alternativ. Ätstörningsbehandling med fokus på viktåterhämtning kan bli aktuell, exempelvis när patienten blir motiverad.</p>	2
AN10	<p>För personer med svår och långvarig anorexia nervosa, när tidigare behandlingsförsök inte gett tillräcklig effekt:</p> <p>Erbjud självvald inläggning som en del av vårdplanen.</p>	<p>Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.</p> <p>Självvald inläggning kan stärka patientens delaktighet i och medbestämmande av sin vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen ska inte förekomma som enskild insats utan ska vara en del i en individanpassad långsiktig vårdplan för vissa patienter. Det finns osäkerhet om nyttan av insatsen på lång sikt.</p> <p>Kommentar: Insatsen förutsätter att det finns kontinuitet och kompetens hos vårdpersonalen.</p>	5

5. Hetsättningsstörning

Erbjud ätstörningsanpassad KBT eller ITP

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.	3
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 andel som slutar hetsäta. 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, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt vad gäller effekten över längre tid. Insatsen kan vara aktuell för de som saknar förutsättningar för psykologisk behandling eller som inte får effekt med psykologisk behandling. Val av SSRI-preparat förutsätter en individuell bedömning.	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet.

Överväg behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
H5	<p>För vuxna eller ungdomar över 15 år med hetsättningsstörning*: Erbjud ätstörningsanpassad KBT i grupp.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att lika många eller färre personer slutar hetsäta som vid individuell terapi. Behandling i grupp ger mindre utrymme för individanpassningar, och det är därför viktigt att bedöma individens behov av att få träffa andra med hälsotillståndet och förmåga att ta del av gruppbehandlingen.</p>	4
H1	<p>För vuxna eller ungdomar över 15 år med hetsättningsstörning*: Erbjud ett manualbaserat självhjälsprogram (KBT) med behandlarstöd.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att färre hetsäter jämfört med vid ingen behandling och att fler patienter upplever minskade ätstörningssymtom. Insatsen gör det möjligt att fler snabbare kan få påbörja 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*: Överväg att erbjuda ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk.</p>	<p>Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen kan ge likvärdiga behandlingsresultat som om behandlingen ges vid fysiska möten (face-to-face) för de som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Videomöten gör behandling tillgänglig för personer som exempelvis har begränsade möjligheter att ta sig till ett fysiskt möte eller upplever skam. Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål, men är inte utvärderad systematiskt.</p>	7

*Inkluderar även hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet.

6. Bulimi

Erbjud i första hand ätstörningsanpassad KBT

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. Det saknas annan insats med bättre vetenskapligt stöd. Insatsen bedöms också vara kostnads-effektiv. Ätstörningsanpassad KBT kan 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. I den familjebaserade terapin är vårdnadshavaren aktiv i behandlingen. Det är en styrka, eftersom vårdnadshavare är en viktig resurs som stöd i behandlingen, 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, men det går inte att dra slutsatser om effekt på längre sikt. Insatsen bedöms främst vara ett alternativ för patienter som KBT inte passar för.	6

Ätstörningar

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
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 att färre kräks, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt vad gäller effekten över längre tid. Insatsen förutsätter en individuell bedömning.	6

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet.

Överväg behandling i andra format

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
BN6	För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*: Erbjud ätstörningsanpassad KBT utförd delvis som distanskontakt via videolänk.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Ätstörningsanpassad KBT-behandling som genomförs i form av en kombination av fysiska möten och digitala videomöten leder till likvärdiga resultat som om behandling bara genomförs vid 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. Videomöten gör behandlingen mer lättillgänglig och anpassningsbar. Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål, men är inte utvärderad systematiskt.	5
BN1	För ungdomar över 15 år eller vuxna med bulimi*: Erbjud ett manualbaserat självhjälpssystem (KBT) med behandlarstöd.	Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att färre hetsäter och fler minskar sitt kompensatoriska beteende, jämfört med vid ingen behandling. 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.	5

*Inkluderar även bulimi med låg frekvens eller begränsad varaktighet.

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 patientcentrerad 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 somatiska tillstånd och näringsintag tillåter känsloregleringsbehandling. Det är också viktigt att inkludera möjlig diagnostisering av annan samsjuklighet.</p>	4

Erbjud nya samtal för att förhindra återfall

Till hälso- och sjukvården

Id	Rekommendation	Motivering	Prioritet
O15	<p>För personer med 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 att snabbt ge tillgång till kompletterande samtal, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den innebär också mindre tidsåtgång från vårdens sida då inte fullt behandlingsprogram behöver erbjudas.</p> <p>Kommentar: Insatsen kan vara särskilt viktig för vissa patientgrupper med högre återfallsfrekvens.</p>	3
O12	<p>För personer med 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 kvarvarande kroppsmissnöje.</p> <p>Det kan dock finnas risker med att fokusera separat på kroppsmissnöjet, eftersom det kan hänga ihop med andra kvarvarande ätstörningssymtom. Behandlingen är därmed bara lämplig för en del personer.</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 hetsätningsstörning
BN4	KBT för personer med bulimia nervosa
O9	Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet*

*Centralt mått, dvs. anger inte om höga eller låga värden är eftersträvarsvärda.

→ **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 [32]. 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.

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 till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården, och i vissa fall socialtjänsten.



Nationella riktlinjer 2024: Ätstörningar (artikelnr 2024-5-9039)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.