



National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa

Quick guide

Døgnbehandling af kortere varighed

Børn og unge: Udskriv børn og unge med anoreksi til fortsat specialiseret behandling i dagtilbud eller ambulante regi snarest muligt efter påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning.

Stærk anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Det gælder generelt for alle patienter, at patienten skal være somatisk stabil, inden patienten udskrives. Selvstændig spisning bør være en forudsætning for udskrivelse.

Tidlig udskrivelse forudsætter som oftest intensiv behandling i dagtilbud eller ambulante regi. Længden af indlæggelsen vil derfor bl.a. afhænge af, om der inden for en rimelig geografisk afstand er sådanne behandlingsmuligheder. Utilstrækkelig støtte til patienten eller (for børn og unge) familien kan medføre længere indlæggelser og/eller genindlæggelser.

Selvstændig spisning indbefatter spisning med støtte fra andre. For børn og unge varetager forældrene så vidt muligt støtten til spisning, og udskrivelse kan derfor finde sted, når barnet eller den unge kan spise med støtte fra forældrene, men uden sondeberedskab. Det er altid centralt, at forældre vejledes og oplæres i at støtte barnet eller den unge efter udskrivelse. Det er desuden vigtigt, at der kan etableres relevant social støtte og aflastning til de familier, som ikke har ressourcer til på egen hånd at varetage støtten til barnet eller den unge efter udskrivelsen. For voksne kan selvstændig spisning ligeledes indbefatte spisning med støtte fra andre, f.eks. pårørende eller professionelle støttepersoner.

Også patienter med langvarig, alvorlig anoreksi er omfattet af forudsætningen om selvstændig spisning før udskrivelse.

Klinisk erfaring taler for, at patienter med komorbiditet i det autistiske spektrum kan have sværere end andre ved at forlade det strukturerede hospitalsmiljø, når de først er faldet til i det. De kan desuden have sværere ved at overføre ny adfærd fra hospitals- til hjemmemiljøet. Derfor er det særlig vigtigt for denne gruppe patienter, at mest muligt af behandlingen foregår i hjemmemiljøet.



Voksne: Det er god praksis at lade påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning være bestemmende for varigheden af indlæggelse af voksne med anoreksi.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Det gælder generelt for alle patienter, at patienten skal være somatisk stabil, inden patienten udskrives. Selvstændig spisning bør være en forudsætning for udskrivelse.

Tidlig udskrivelse forudsætter som oftest intensiv behandling i dagtilbud eller ambulante regi. Længden af indlæggelsen vil derfor bl.a. afhænge af, om der inden for en rimelig geografisk afstand er sådanne behandlingsmuligheder. Utilstrækkelig støtte til patienten eller (for børn og unge) familien kan medføre længere indlæggelser og/eller genindlæggelser.

Selvstændig spisning indbefatter spisning med støtte fra andre. For børn og unge varetager forældrene så vidt muligt støtten til spisning, og udskrivelse kan derfor finde sted, når barnet eller den unge kan spise med støtte fra forældrene, men uden sondeberedskab. Det er altid centralt, at forældre vejledes og oplæres i at støtte barnet eller den unge efter udskrivelse. Det er desuden vigtigt, at der kan etableres relevant social støtte og aflastning til de familier, som ikke har ressourcer til på egen hånd at varetage støtten til barnet eller den unge efter udskrivelsen. For voksne kan selvstændig spisning ligeledes indbefatte spisning med støtte fra andre, f.eks. pårørende eller professionelle støttepersoner.

Også patienter med langvarig, alvorlig anoreksi er omfattet af forudsætningen om selvstændig spisning før udskrivelse.

Klinisk erfaring taler for, at patienter med komorbiditet i det autistiske spektrum kan have sværere end andre ved at forlade det strukturerede hospitalsmiljø, når de først er faldet til i det. De kan desuden have sværere ved at overføre ny adfærd fra hospitals- til hjemmemiljøet. Derfor er det særlig vigtigt for denne gruppe patienter, at mest muligt af behandlingen foregår i hjemmemiljøet.

Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling

Psykoterapeutisk behandling i gruppe samt individuel psykoterapeutisk behandling kan begge overvejes som førstevalg i behandlingen af patienter med anoreksi, da der ikke er fundet forskel på effekten af disse.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.



Valget af gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling eller en kombination af disse bør ske på grundlag af en individuel vurdering. Nogle patienter bliver muligvis tabt i behandlingssystemet, hvis gruppebehandling er det eneste tilbud.

Skift af behandlingsstrategi

Børn og unge: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og familien med henblik på intensivering eller skift, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 1-2 måneder.

Voksne: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og pårørende med henblik på evt. intensivering, skift eller afslutning, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 6-12 sessioner/1-3 måneder. Dette gælder også for langvarigt, alvorligt syge patienter.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Et behandlingsforløb bør evalueres løbende sammen med patienten. Evalueringen bør ske inden for de første 1-2 måneder for børn/unge og inden for de første 1-3 måneder for voksne, medmindre sygdommen udvikler sig akut.

Ved effekt af behandlingen tænkes fortrinsvis på vægtindhentning, idet der er evidens for, at vægtindhentning har betydning for patientens prognose, jf. afsnit 0.4. Effekt kan dog også ses som ændring i kompenserende adfærd, motivation og livskvalitet. Vægtøgning er ikke i sig selv tilstrækkeligt som mål for bedring, men ses som en forudsætning for, at psykologiske symptomer og livskvalitet bedres. Samtidig gøres opmærksom på, at vægtøgning ofte er angstprovokerende, og det er vigtigt for patienter, at der samtidig tages andre aspekter af bedring i betragtning. Det er ikke ualmindeligt at opleve forstærkede psykologiske symptomer i starten af en behandling i takt med vægtindhentning og ændring af spiseadfærd. Vægt kan derfor være den mest tydelige måde at registrere fremgang indenfor de første uger/måneder.

For børn og unge bør familien som udgangspunkt inddrages i evalueringen. For voksne vil det, hvor det er muligt og relevant, ligeledes være godt at inddrage pårørende. Evaluering af behandlingsprogression kan f.eks. foretages ved hjælp af de instrumenter, der er omtalt i afsnittet "Monitorering" (f.eks. EDE, EDI-3, EDE-Q)

Det anbefales, at man så vidt muligt undgår at afslutte behandling af børn og unge i tilfælde af manglende vægtøgning. Dog kan en afslutning af behandlingen blive resultatet, hvis barnet/den unge ikke har effekt af behandlingen, og familien takker nej til anden mulig behandling, såfremt ernæringstilstanden ikke er livstruende og indicerer behandling efter psykiatrilov/forældreansvarslov.

Erfaring taler for, at det for langvarigt syge patienter kan tage længere tid end 3 måneder at komme i gang med adfærdsændringer. Denne gruppe af patienter skal som udgangspunkt ikke have ændret deres behandling i løbet af de første måneder, hvis der er en begyndende relations-opbygning i gang.



Arbejdsgruppen vurderer, at det giver forudsigelighed fra behandlingsstart, hvis det er tydeligt, hvordan behandlingen vil blive ændret, såfremt der ikke er tilstrækkelig effekt.

Planlagt evaluering og mulighed for ændring kan medvirke til at overvinde ambivalens i forhold til adfærdsændring og øge momentum. Det kan desuden være en tryghed for de pårørende at vide, at behandlingen ændres, hvis der ikke er tilstrækkelig effekt.

Fokus på kernesymptomer

Børn og unge: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi hos børn og unge

Voksne: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne og med et bredere fokus ved anoreksi hos voksne.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Behandling med fokus på kernesymptomer forstås som behandling med fokus på både vægt samt de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer på anoreksi.

Behandling med et bredere fokus forstås som behandling med fokus på andre psykologiske temaer såsom interpersonelle relationer, traumer og/eller selvværd.

Et ønske om fokus på andre temaer end kernesymptomer kan bygge på en formodning om, at afdækning af et bestemt problem vil få spiseforstyrrelsen til at forsvinde. Et ønske om fokus på andre temaer kan desuden være udtryk for undgåelsesadfærd. Behandlere har derfor en stor opgave i forhold til at formidle undervægtens skadelige effekter overfor både patient og pårørende. Det gælder særligt i forhold til børn og unge.

Ved valg af behandling til patienter med anoreksi er det vigtigt at være opmærksom på effekter på både kortere og længere sigt. Selvom der for voksne ikke er fundet forskelle i effekten af behandling med fokus på kernesymptomer versus behandling med et bredere fokus på længere sigt, ses der på kortere sigt bedre effekt af fokus på kernesymptomer i form af hurtigere vægtøgning. Den hurtige vægtøgning kan have selvstændig positiv effekt ved at forebygge skadevirkninger hos den enkelte patient.



Specifikke mål for vægtindhentning

Børn og unge: Det er god praksis at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af børn og unge med anoreksi.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Det anbefales at opstille specifikke mål for vægtindhentning. Det specifikke mål anbefales at være gennemsnitligt mindst 500 g. pr. uge i ambulant behandling. Ved døgnindlæggelse anbefales det at stile mod en gennemsnitlig vægtøgning på mindst 1 kg. om ugen. Arbejdsgruppen vurderer, at disse mål afspejler praksis i Danmark. De anbefalede mål gælder alle aldersgrupper. Mål om vægtindhentning bør ses som et gennemsnit over flere uger, hvilket muliggør en vis fleksibilitet. Ved ekstraordinær lav vægt skal der tages særligt hensyn til patientens somatiske tilstand, f.eks. risiko for refeeding syndrom.

Arbejdsgruppen vurderer, at det ikke er gavnligt at fastholde patienter, som ikke vægt- øger, i vægtnormaliserende behandling. Disse bør i stedet tilbydes anden behandling, jf. anbefalingerne i kapitel 3 om skift af behandlingsstrategi.

Der bør differentieres mellem børn/unge og voksne, da børn/unge forventes at have mindre indsigt og realistisk forståelse af konsekvenserne af utilstrækkelig vægtindhentning. Hos børn/unge er den fysiologiske udvikling i fare, hvis der ikke vægtindhentes. Derfor bør vægtnormaliserende behandling af børn/unge ikke afsluttes ved utilstrækkelig vægtindhentning, men der bør tilbydes intensivering af behandlingen.

Det er en vigtig formidlingsopgave at informere forældrene om nødvendigheden af, at de tager ansvar for barnets/den unges vægtindhentning.

Det kan være problematisk, hvis patienter, der behandles sammen, har forskellig kontrakt for behandlingen (henholdsvis med og uden specifikke mål for vægtindhentning), da patienter ofte sammenligner sig med hinanden.

Voksne: Overvej at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af voksne med anoreksi, da dette kan øge vægtindhentning og symptomreduktion.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Det anbefales at opstille specifikke mål for vægtindhentning. Det specifikke mål anbefales at være gennemsnitligt mindst 500 g. pr. uge i ambulant behandling. Ved døgnindlæggelse anbefales det at stile mod en gennemsnitlig vægtøgning på mindst 1 kg. om ugen. Arbejdsgruppen vurderer, at disse mål afspejler praksis i Danmark. De anbefalede mål gælder alle aldersgrupper. Mål om vægtindhentning bør ses som et gennemsnit over flere uger,



hvilket muliggør en vis fleksibilitet. Ved ekstraordinær lav vægt skal der tages særligt hensyn til patientens somatiske tilstand, f.eks. risiko for refeeding syndrom.

Arbejdsgruppen vurderer, at det ikke er gavnligt at fastholde patienter, som ikke vægt- øger, i vægtnormaliserende behandling. Disse bør i stedet tilbydes anden behandling, jf. anbefalingerne i kapitel 3 om skift af behandlingsstrategi.

Der bør differentieres mellem børn/unge og voksne, da børn/unge forventes at have mindre indsigt og realistisk forståelse af konsekvenserne af utilstrækkelig vægtindhentning. Hos børn/unge er den fysiologiske udvikling i fare, hvis der ikke vægtindhentes. Derfor bør vægtnormaliserende behandling af børn/unge ikke afsluttes ved utilstrækkelig vægtindhentning, men der bør tilbydes intensivning af behandlingen.

Det er en vigtig formidlingsopgave at informere forældrene om nødvendigheden af, at de tager ansvar for barnets/den unges vægtindhentning.

Det kan være problematisk, hvis patienter, der behandles sammen, har forskellig kontrakt for behandlingen (henholdsvis med og uden specifikke mål for vægtindhentning), da patienter ofte sammenligner sig med hinanden.

Vægtmæssige mål for behandlingen

Børn og unge: Det er god praksis, at behandlingen af børn og unge med anoreksi stiler mod at ramme barnets/den unges tidligere vækstkurve eller - hvis denne ikke kendes – omkring 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge. Menstruation/libido og øvrig kropsudvikling skal endvidere normaliseres.

Voksne: Det er god praksis, at behandlingen af voksne med anoreksi stiler mod et BMI på 20-25 kg/m² for kvinder og et BMI på 21-26 kg/m² for mænd samt normalisering af menstruation/libido og fedtprocent.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Normalisering af vægt/fedtprocent samt menstruation/libido er central for at reducere risikoen for tilbagefald.

For børn og unge vil målet for vægten ændre sig med barnets/den unges alder. Det vægtmæssige mål for behandlingen af børn og unge skal inddrage barnets/den unges vækstkurver. Tidligere højde- og vægtoplysninger kan ofte indhentes fra den kommunale sundhedspleje. Ved overvægt før sygdomsdebut stiles der som udgangspunkt mod 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge.

Behandlingen af voksne med anoreksi bør stile mod et BMI i normalområdet, hvilket arbejdsgruppen forstår som



BMI 20-25 kg/m² for kvinder og BMI 21-26 kg/m² for mænd. Den optimale vægt for voksne kan dog ligge udenfor disse intervaller, og der skal tages højde for tidligere BMI ved vurdering af det vægtmæssige mål for behandlingen.

Hvis der fastsættes et vægtinterval for patienten, indebærer dette en øvre vægt. Som behandlingen skrider frem, kan det vise sig, at patienten skal højere op i vægt, før kroppens funktioner normaliseres.

Det er vigtigt at være åben over for patienten i forhold til den usikkerhed, der kan være i vurderingen af den enkeltes estimerede normalvægtsområde.

Kropsvægt udgør kun én af de fysiske markører, som bør inddrages i vurderingen af patientens tilstand.

Familiebaseret behandling

Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg til børn og unge med anoreksi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Den kliniske erfaring taler for familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg i behandlingen af børn og unge med anoreksi. Jo yngre patienten er, desto mere ser det ud til, at patienten profiterer af familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling.

Forældrenes ressourcer påvirker den opgave, som forældrene er i stand til at påtage sig i forbindelse med behandlingen. Støtten til forældrene bør justeres herefter.

Nogle patienter i den ældre del af den unge aldersgruppe kan muligvis have gavn af en kombination af familiebaseret og individuel behandling.

Særlige familieforhold kan betyde, at barnet/den unge bør tilbydes individuel behandling. Ved behandling af børn og unge er det altid vigtigt at inddrage forældrene og/eller en anden person med særlig tæt tilknytning til barnet/den unge. Dette gælder også, hvis barnet/den unge modtager en individuel behandlingsform.



Inddragelse af pårørende/netværk

Overvej ud fra individuelle hensyn at tilbyde voksne med anoreksi en behandlingsform, der inddrager voksne pårørende/netværk som en aktiv del af behandlingen.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Pårørende/netværk skal forstås bredt og kan i denne sammenhæng både dække over for- ældre, søskende, kærester, ægtefæller, venner, veninder, bedsteforældre samt lærere, bostøtte-personer, mentorer og andre, som patienten oplever som relevante støttepersoner.

Intervention med inddragelse af pårørende/netværk kan f.eks. være workshops for pårørende, fler-familiearrangementer eller rådgivning om pårørende-rollen.

Måltidsstøtte/spisetræning

Det er god praksis at tilbyde måltidsstøtte/spisetræning som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi i ambulans regi.

God praksis (konsensus)

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Måltidsstøtte/spisetræning anbefales generelt i forbindelse med ambulans behandling, men kan være særlig betydningsfuld i den første periode efter en indlæggelse for at sikre fortsat spising, og at opnåede færdigheder under indlæggelse overføres til patientens hverdagsmiljø.

Måltidsstøtte/spisetræning kan ikke stå alene, men skal understøtte den øvrige behandling.

For børn og unge bør der fokuseres på at vejlede og træne forældrene eller anden primær omsorgsperson i at yde måltidsstøtte, herunder at reducere niveauet af konflikt og stærke udtryk for negative følelser samt at håndtere barnets/den unges modstand mod spising.

Måltidsstøtte/spisetræning udover måltidsstøtte, der ydes af primær omsorgsgiver, bør varetages af personale, som er specialiseret i støtte og behandling af anoreksi.



Fysisk aktivitet

Overvej at tilbyde fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningssfasen som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2019.

Indhold og grad af fysisk aktivitet skal vurderes i det individuelle tilfælde og tilpasses den enkelte patient, herunder patientens somatiske tilstand.

Fysisk aktivitet bør foregå under tæt vejledning og løbende monitoreres af specialiseret personale.

Det er centralt, at det er fagpersoner med specifik viden om fysisk aktivitet hos patienter med anoreksi, der introducerer og øver normal træningsadfærd for patienter, der har eller har haft tendens til tvangsmotion.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje for behandling af anorexia nervosa (herefter anoreksi)

Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Den nationale kliniske retningslinje omhandler behandling af børn, unge og voksne med anoreksi. Retningslinjen indeholder anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Yderligere information fra Sundhedsstyrelsen

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside (www.sst.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er en af de nationale kliniske retningslinjer (NKR), der blev udarbejdet af Sundhedsstyrelsen i perioden 2013-2016. I perioden 2017-2020 er de nationale kliniske retningslinjer blevet vurderet for behov for opdatering.

Uddybende materiale om emnevalg, metode og proces ligger på www.sst.dk

