



KUNSKAP OM VÅRD OCH BEHANDLING AV ÄTSTÖRNINGAR

**Delstudie om organisering, rollfördelning och
kunskapsläge i svensk ätstörningsvård**

LUMELL ASSOCIATES

Sveavägen 63

2018-12-21

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Innehållsförteckning	3
Sammanfattning	4
1 Bakgrund och syfte.....	8
2 Metod och genomförande.....	11
3 Ätstörningsvårdens organisation och rollfördelning i Sverige	21
3.1 Organisation och rollfördelning i olika landsting	21
3.2 Samlad beskrivning av ätstörningsvårdens organisation i Sverige.....	42
3.3 Analys av skillnader och brister i ätstörningsvården.....	50
4 Kunskapsläget i ätstörningsvården	55
4.1 Kunskapen varierar mellan vårdnivåer/verksamheter och mellan diagnosgrupper	55
4.2 Kunskapsstöd som finns inom ätstörningsvården idag.....	65
4.3 Det finns en efterfrågan på ytterligare kunskapsstöd.....	69
5 Diskussion	72
5.1 Tolkning av resultat	72
5.2 Implikationer för Socialstyrelsens arbete 2019.....	75
Referenser	81
Bilagor	84
Bilaga 1. Förteckning över intervjupersoner	84
Bilaga 2. Intervjuguider.....	89
Bilaga 3. Vårdprogram	103

SAMMANFATTNING

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar, med betydande konsekvenser både i termer av personligt lidande för den drabbade och dess närstående samt i termer av samhällsekonomiska kostnader. Epidemiologiska data tyder på att 200 000 personer i Sverige drabbas av en ätstörning någon gång under livet. Som i annan vård är det viktigt att ätstörningsvården är kunskapsbaserad, där beslut om behandling och vård tas utifrån bästa tillgängliga kunskap. Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att se över kunskapsläget vad gäller vård av ätstörningar samt att bedöma om det finns behov av ett stöd till hälso- och sjukvården, till exempel i form av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer. Regeringsuppdraget ska slutrapporteras 2019-11-15.

Under hösten 2018 har arbetet med regeringsuppdraget påbörjats och en delstudie har genomförts. Delstudien syftar till att ge en god grund till det fortsatta utredningsarbetet och gör därför inte anspråk på att vara heltäckande utan bör betraktas som en första kartläggning i ett större arbete. Delstudien har utgått från det analysramverk som har utvecklats för regeringsuppdraget som ska slutrapporteras år 2019, se tabellen på nästa sida.

Analysramverket består av fyra analysområden som i sin tur har brutits ned i totalt tio delfrågeställningar. Inom ramen för delstudien har kvalitativa metoder använts för att söka besvara sex av dessa delfrågeställningar. Totalt 45 semistrukturerade intervjuer har genomförts med hälso- och sjukvårdspersonal, professionsorganisationer samt landstings- och regionföreträdare. Intervjuerna föregicks av en granskning och sammanställning av tillgänglig dokumentation från olika landsting och regioner.

Övergripande analysramverk för Socialstyrelsens regeringsuppdrag om kunskapsläget i ätstörningsvården

Analysområde	Omfattning
1. Finns det skillnader och brister i ätstörningsvården?	Detta analysområde syftar till att klarlägga om det går att motivera framtagande av nya kunskapsstöd utifrån att det idag går att observera skillnader i erfarenheter och upplevelser av ätstörningsvården mellan olika patienter eller olika geografier. Inom analysområdet skapas också en övergripande bild av nuvarande organisation och rollfördelning inom ätstörningsvården.
2. Skulle kunskapsstöd göra situationen bättre?	Detta analysområde syftar till att klarlägga om de (eventuella) observerade skillnaderna går att förklara genom brister/skillnader i kunskap och kunskapsstöd. Inom området undersöks orsaker till eventuella skillnader, inklusive nuvarande kunskapsnivå för vård av ätstörningar. Ett ytterligare viktigt område att förstå är vilken efterfrågan som finns på kunskapsstöd i landsting/regioner och bland vårdgivare.
3. Finns underlagen för kunskapsstöd?	Detta analysområde syftar till att klarlägga om det finns evidens eller beprövad erfarenhet som skulle kunna utgöra basen för nya kunskapsstöd. I analysområdet ingår även att kartlägga om det finns bra kunskapsstöd i Sverige eller internationellt att bygga vidare på.
4. Hur bör kunskapsstöden utformas?	Om (1), (2) och (3) visat att det finns skillnader som skulle kunna överbryggas av bättre kunskapsstöd och att det finns förutsättningar att ta fram dessa så kommer det avslutande analysområdet fokusera på vilken typ av kunskapsstöd som efterfrågas och som är ändamålsenliga (exempelvis riktlinjer, vårdprogram, beslutsstöd osv) samt vilken aktör och genom vilken process som dessa bör tas fram (exempelvis av Socialstyrelsen; inom ramen för nationell samverkan för kunskapsstyrning etc.).

Nedan presenteras en sammanfattning och tolkning av delstudiens resultat utifrån de undersökta frågeställningarna. Utifrån lärdomar från arbetet med denna delstudie, vad gäller såväl resultat som genomförande, lämnar delstudien i kapitel 5 även rekommendationer och slutsatser kring praktiska implikationer för det fortsatta arbetet under 2019 med Socialstyrelsens regeringsuppdrag.

1. **Det finns betydande skillnader vad gäller organisering och rollfördelning i ätstörningsvården i Sverige.** Tillgången till specialiserad ätstörningsvård skiljer sig mellan landstingen och i vissa landsting är det otydligt hur långt primärvårdens ansvar, och andra första linje-verksamheters ansvar, sträcker sig vad gäller vård och behandling av ätstörningar. Ändamålsenligheten i organiseringen och rollfördelningen förefaller variera beroende på kunskapen om ätstörningar i de respektive verksamheterna som handhar ätstörningar. Det är svårt att dra entydiga slutsatser kring att en viss form av organisering eller rollfördelning med nödvändighet skulle vara att föredra framför en annan.
2. **Intervjupersoner beskriver att det finns kvalitativa skillnader och brister i ätstörningsvården.** Det finns skillnader och brister såväl mellan som inom landsting. Bland annat beskrivs i de genomförda intervjuerna att inte alla landsting har möjlighet att erbjuda evidensbaserade behandlingar, eller tillräcklig handledning och stöd till lägre vårdnivåer, på grund av bristande ekonomiska och personella resurser. Vissa brister beskrivs även vara knutna till brist på uppdrag eller brist på samverkan. De skillnader och brister som beskrivs i genomförda intervjuer är ibland, men inte alltid, relaterade till kunskap. Resultaten indikerar att vården sannolikt inte är fullt ut jämlik i landet.
3. **Otillräcklig kunskap och otillräckliga kunskapsstöd är en del av orsaken till identifierade brister och skillnader inom ätstörningsvården, även om det inte är den enda orsaken.** Det finns olika typer av kunskapsluckor på olika vårdnivåer, där mest utvecklad kunskap finns inom den specialiserade ätstörningsvården. I verksamheter som inte primärt möter patienter med ätstörningar söker medarbetarna i begränsad utsträckning upp den kunskap som redan finns, enligt flera intervjupersoner. Vår bedömning är att ökad kunskap är viktigt, men att det är viktigt att ha realistiska förväntningar på vilken kunskapshöjning till exempel utveckling av skriftliga kunskapsstöd kan medföra. Ett kunskapsstöd riktat till hälso- och sjukvårdspersonal skulle enbart delvis kunna avhjälpa identifierade skillnader och brister i ätstörningsvården.
4. **Det finns en efterfrågan på kunskapsstöd inom ätstörningsvården.** Alla intervjupersoner i delstudien har inte efterfrågat kunskapsstöd. Verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade ätstörningsvården beskriver ofta kunskapsläget som tillfredsställande inom den egna verksamheten, men lyfter att *andra* vårdnivåer och verksamheter saknar ändamålsenlig kunskap. Det finns en önskan om stöd till lägre vårdnivåer, utifrån erfarenheter av att vård och bemötande inte har fungerat väl för patienter i dessa verksamheter. Efterfrågade stöd för att höja kvaliteten inom den specialiserade

vården och för att göra den mer jämlik inkluderar tydligare riktlinjer för vilket basutbud som landstingen *ska* kunna erbjuda, samt stöd som möjliggör tillämpningen av redan tillgänglig kunskap. Ett genomgående tema i intervjuerna har varit efterfrågan kring kunskapsstöd som ökar kunskapen om diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning på flera vårdnivåer.

5. **Det finns goda exempel på kunskapsstöd att bygga vidare på.** De kliniska riktlinjerna för utredning och behandling som Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit fram förefaller vara ett ändamålsenligt stöd som används inom psykiatri, även om ett par intervjupersoner lyfter att det är för litet fokus på evidensbaserad behandling. Det finns också olika nätverk för kunskapsspridning, där Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) och Svenska Ätstörningssällskapet (SEDS) lyfts fram som goda exempel på organisationer som är bra på att sprida kunskap, även Riksät omnämns av intervjupersonerna. KÄTS är ett exempel på en organisation som även tagit fram kunskapsstöd som riktar sig till lägre vårdnivåer och anhöriga. Dessa organisationer och kunskapsstöd riktar sig till/används i nuläget främst av den specialiserade ätstörningsvården och kan vara goda vägar för kunskapsspridning inom dessa verksamheter. Om kunskapsstöd utvecklas via dessa organisationer eller om de kliniska riktlinjerna från Svenska Psykiatriska Föreningen utvecklas vidare bör det övervägas hur kunskapsspridningen kan ske även till andra vårdnivåer.
6. **Olika typer av kunskapsstöd efterfrågas.** Gemensamt för intervjupersonerna har varit att flertalet vill se ett *brett* kunskapsstöd, som riktar sig till olika vårdnivåer. Till viss del efterfrågas skriftliga stöd som går att söka upp vid behov. För att förbättra kunskapen kring bemötande finns det även en efterfrågan efter stöd som inkluderar videoklipp. Det finns en enighet om att det behövs större tillgång till utbildningsinsatser på olika vårdnivåer. Inom den specialiserade ätstörningsvården tycks det finnas en efterfrågan på handledning och utbildning. För att göra vården mer jämlik över landet efterfrågar vissa även tydligare riktlinjer för vilket basutbud som landstingen *ska* kunna erbjuda. Skillnaderna som observerats vad gäller organisering och rollfördelning behöver även beaktas i bedömningen av om kunskapsstöd behövs och vilken typ av stöd som är mest ändamålsenligt.

1

BAKGRUND OCH SYFTE

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar och drabbade får inte alltid den vård de behöver

Ätstörningar är allvarliga sjukdomar, med betydande konsekvenser både i termer av personligt lidande för den drabbade och dess närstående samt i termer av samhällsekonomiska kostnader. Tillstånden drabbar oberoende av kön, ålder, etnicitet eller kroppsform. De flesta som insjuknar är dock unga kvinnor, och sjukdomen går ofta ut över viktiga utvecklingsår i individernas liv. Sjukdomsförloppen är i regel långa, ibland kroniska, och kan vara livshotande. Till exempel är anorexia nervosa förknippad med högst överdödlighet av samtliga psykiatriska sjukdomar i Sverige¹ (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015).

Epidemiologiska data tyder på att 200 000 personer i Sverige drabbas av en ätstörning någon gång under livet (Clinton & Birgegård, 2017). Studier tyder på att antalet drabbade är högre än vad man tidigare har trott samt att det sannolikt finns ett stort mörkertal av individer med ätstörningar som inte är kända inom vården, och som därmed inte får den vård och det stöd de behöver (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015).

Rätt kunskap är viktig för att kunna ge rätt vård

Som i annan vård är det viktigt att ätstörningsvården är kunskapsbaserad, där beslut om behandling och vård tas utifrån bästa tillgängliga kunskap. Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård innebär att vården ska bygga på vetenskap och

¹ Beräknat utifrån standardiserad dödlighet för åldern (SMR). Enligt en refererad studie var dödligheten 6,2 gånger högre än hos jämförelsepopulationen.

beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. För att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig behöver man både veta *vad* som ska utföras och *hur* det ska utföras (Socialstyrelsen, 2009). Inom ätstörningsvården är det till exempel avgörande att ha rätt verktyg och kunskap för att tidigt kunna upptäcka och identifiera ätstörningar, då detta ger bättre prognos för patienten. Vidare är det vanligt att personer med ätstörningar samtidigt har andra sjukdomar, så kallad samsjuklighet (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015). Det krävs därför att vården har kunskap om hur de ska bemöta personer med flera olika psykiatriska och somatiska sjukdomar. Kunskap behöver finnas på olika vårdnivåer och i olika typer av verksamheter.

Det finns en farhåga om att kunskapen inom ätstörningsvården brister

Det finns i dagsläget inget samlat, nationellt kunskapsstöd inom ätstörningsvården. Samtidigt finns anledning att tro att det kan finnas behov av stärkt kunskap inom de verksamheter som kommer i kontakt med personer med ätstörningar. Epidemiologiska data tyder, som tidigare nämnts, på att många personer med ätstörningar inte upptäcks inom hälso- och sjukvården. Vidare har forskare uppmärksammat att det saknas kunskap i vården om de vanligast förekommande ätstörningarna (Wärngård, 2017). Wallin med flera (2015) lyfter att patienter med ätstörningar särskiljer sig från merparten av de patienter som medarbetare inom hälso- och sjukvården är vana vid att möta, och att många inom hälso- och sjukvården har svårt att bemöta patientgruppen på ett ändamålsenligt sätt, mot bakgrund av den begränsade kunskapen.

Ätstörningsvården är ett område under utveckling och nya ätstörningsdiagnoser har under de senaste åren tillkommit i diagnossystemen DSM-5/ICD-11². Kunskapen om de nytillkomna ätstörningsdiagnoserna är fortfarande begränsad, där det är av vikt att hälso- och sjukvården har den kunskap som krävs för att säkerställa att patienter får rätt diagnos med lämplig vård och behandling. Till exempel har tillkomsten av nya diagnoser och reviderade diagnoskriterier har medfört betydande förändringar vad gäller vilka diagnoser som patienter uppfyller diagnoskriterier för (Ornstein, o.a., 2013).

Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att se över kunskapsläget i ätstörningsvården

Socialstyrelsen har fått ett regeringsuppdrag att se över kunskapsläget vad gäller vård av ätstörningar samt att bedöma om det finns behov av ett stöd till hälso- och sjukvården,

² Diagnossystem som båda har betydelse inom svensk ätstörningsvård. Dessa förklaras vidare under avsnittet "Avgränsningar".

till exempel i form av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer (Regeringsbeslut I:8 2018-06-07 dnr S2018/03510/FS). Regeringsuppdraget ska slutrapporteras 2019-11-15.

Bakgrunden till regeringsuppdraget är att ätstörningsvården är ett politiskt prioriterat område. Regeringen har uppmärksammat att det finns tydliga skillnader mellan kvinnor och män vad gäller tillgång till vård och behandling inom hälso- och sjukvården. De har tidigare pekat på hur flera sjukdomar som framförallt drabbar kvinnor har en lägre prioritet inom hälso- och sjukvården (Regeringskansliet, 2018). Det finns en oro för att så även är fallet inom ätstörningsvården. Tidigare i år framhöll socialminister Annika Strandhäll att *”unga kvinnor är särskilt drabbade av olika typer av ätstörningar och psykisk ohälsa. Det är ett samhällsproblem vi måste möta med mer kunskap”*.

En delstudie har genomförts för att förstå kunskapsläget utifrån ett professions- och organisatoriskt perspektiv

Under hösten 2018 har arbetet med ovan nämnt regeringsuppdrag påbörjats och en delstudie har genomförts. Delstudien baseras på intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal³, professionsorganisationer samt landstings- och regionföreträdare (hädanefter ”landsting”). Delstudien syftar till att ge en god grund till det fortsatta utredningsarbetet under 2019 och redovisas i denna underlagsrapport.

Målsättningen har varit att ge en förståelse för organisering och rollfördelning i ätstörningsvården, att påbörja arbetet med att identifiera skillnader och brister samt att utreda om dessa är förknippade med bristande kunskap. Vidare har delstudien sökt besvara huruvida det finns en efterfrågan inom hälso- och sjukvården på kunskapsstöd om vård och behandling av ätstörningar. Delstudien gör dock inte anspråk på att vara heltäckande utan bör betraktas som en första kartläggning i ett större arbete.

³ Här även inräknat personal från ungdomsmottagningsverksamhet, tandvård och företagshälsövård, som inte organisatoriskt tillhör hälso- och sjukvården

2

METOD OCH GENOMGÖRANDE

Delstudien har sökt besvara flera av regeringsuppdragets delfrågeställningar

Denna delstudie har utgått från det analysramverk som har utvecklats för regeringsuppdraget som ska slutrapporteras år 2019, se tabell 1. Analysramverket består av fyra analysområden som i sin tur har brutits ned i totalt tio delfrågeställningar (se tabell 2 på nästa sida för delfrågeställningarna).

Tabell 1. Övergripande analysramverk för Socialstyrelsens regeringsuppdrag om kunskapsläget i ätstörningsvården

Analysområde	Omfattning
1. Finns det skillnader och brister i ätstörningsvården?	Detta analysområde syftar till att klarlägga om det går att motivera framtagande av nya kunskapsstöd utifrån att det idag går att observera skillnader i erfarenheter och upplevelser av ätstörningsvården mellan olika patienter eller olika geografier. Inom analysområdet skapas också en övergripande bild av nuvarande organisation och rollfördelning inom ätstörningsvården.
2. Skulle kunskapsstöd göra situationen bättre?	Detta analysområde syftar till att klarlägga om de (eventuella) observerade skillnaderna går att förklara genom brister/skillnader i kunskap och kunskapsstöd. Inom området undersöks orsaker till eventuella skillnader, inklusive nuvarande kunskapsnivå för vård av ätstörningar. Ett ytterligare viktigt

	område att förstå är vilken efterfrågan som finns på kunskapsstöd i landsting/regioner och bland vårdgivare.
3. Finns underlagen för kunskapsstöd?	Detta analysområde syftar till att klargöra om det finns evidens eller beprövad erfarenhet som skulle kunna utgöra basen för nya kunskapsstöd. I analysområdet ingår även att kartlägga om det finns bra kunskapsstöd i Sverige eller internationellt att bygga vidare på.
4. Hur bör kunskapsstöden utformas?	Om (1), (2) och (3) visat att det finns skillnader som skulle kunna överbryggas av bättre kunskapsstöd och att det finns förutsättningar att ta fram dessa så kommer det avslutande analysområdet fokusera på vilken typ av kunskapsstöd som efterfrågas och som är ändamålsenliga (exempelvis riktlinjer, vårdprogram, beslutsstöd osv) samt vilken aktör och genom vilken process som dessa bör tas fram (exempelvis av Socialstyrelsen; inom ramen för nationell samverkan för kunskapsstyrning etc.).

Inom ramen för delstudien har vi sökt besvara delfrågeställningar under samtliga fyra analysområden i analysramverket ovan. De delfrågeställningar från analysramverket som har sökt besvaras redovisas fetmarkerade i tabell 2, nedan.

Tabell 2. Förtydligande av i delstudien besvarade delfrågeställningar

Huvudfrågeställningar	Delfrågeställningar som sökt besvaras (i fetstil)
1. Finns det skillnader och brister i ätstörningsvården?	1.1 Finns det mätbara/kvantitativa skillnader i vård, behandling och utfall?
	1.2 Beskriver de olika aktörerna kvalitativa skillnader eller brister i ätstörningsvården?
	1.3 Finns det skillnader i organisering och rollfördelning i ätstörningsvården
2. Skulle kunskapsstöd göra situationen bättre?	2.1 Är otillräcklig kunskap och otillräckliga kunskapsstöd del av orsaken till eventuella brister och skillnader inom ätstörningsvården?

	2.2 Finns det en efterfrågan på kunskapsstöd inom ätstörningsvården?
3. Finns underlagen för kunskapsstöd?	3.1 I vilken utsträckning finns det evidens och beprövad erfarenhet som kan utgöra basen i kunskapsstöd?
	3.2 Finns det goda exempel på kunskapsstöd att bygga vidare på?
4. Hur bör kunskapsstöden utformas?	4.1 Vilka behov gällande kunskapsstöd har identifierats i tidigare analyser?
	4.2 Vilken typ av kunskapsstöd efterfrågas?
	4.3. Vilken aktör och vilka processer för framtagande av kunskapsstöd är mest ändamålsenligt givet utredningens resultat?

En kombination av metoder har använts för att besvara frågeställningarna

För att besvara frågeställningarna har kvalitativa metoder använts, i form av semistrukturerade intervjuer, som har föregåtts av en granskning och sammanställning av tillgänglig dokumentation från olika landsting.

Delstudien har bestått av tre delar:

- Analys av organisering och rollfördelning inom ätstörningsvården.
- Intervjustudie med professionsorganisationer och vårdförbund.
- Intervjustudie med hälso- och sjukvårdspersonal från olika verksamheter och professioner.

Samtliga intervjuer utgick från en intervjuguide (se bilaga 2), som var av semistrukturerad och explorativ karaktär. Frågorna följde ett övergripande ramverk med gemensamma teman, men mycket utrymme lämnades åt intervjupersonerna att utveckla resonemang kring sådant de ansåg vara särskilt viktigt. Vissa följdfrågor formulerades

efter hand utifrån lärdomar och insikter i tidigare genomförda intervjuer. Samtliga intervjuer dokumenterades skriftligen. Skillnader, brister och kunskapsläge identifierades och analyserades tematiskt utifrån respondenternas svar. Metoden möjliggjorde en bred kartläggning som täcker in ett stort antal perspektiv från olika professioner och verksamheter inom ätstörningsvården. Givet intervjuernas explorativa karaktär och den stora spridningen i intervjupersonernas roller har metoden inte gjort anspråk på att *kvantitativt* beskriva förhållanden i ätstörningsvården. Vidare bör nämnas att antalet intervjuer som berört olika teman som belyses i denna rapport varierar utifrån temats karaktär och intervjupersonernas bakgrund. Exempelvis har av naturliga skäl inte samtliga intervjupersoner inblick i eller synpunkter kring tandvårdens roll i ätstörningsvården.

Resultaten från dessa intervjuer samt granskningen och sammanställningen av tillgänglig dokumentation presenteras samlat i underlagsrapporten.

I rapporten benämns, för att ge en enhetlig benämning, samtliga intervjupersoner från den tredje intervjustudien som "*hälso- och sjukvårdspersonal*", vilket inkluderar läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, dietister, kuratorer och tandvårdspersonal.

Utredningsarbetet har genomförts i tre faser

De tre ovan nämnda delarna i utredningsarbetet har utförts parallellt. Genomförandet har delats in i tre faser:

1. Granskning och sammanställning av publika dokument, inbokning av intervjuer och framtagande av intervjuguider.
2. Genomförande av intervjuer.
3. Sammanställning och framtagande av delstudierapport.

Arbetet med delstudien har bedrivits under perioden oktober till december 2018, med externt utredningsstöd från Lumell Associates AB. Arbetsgruppen på Socialstyrelsen har bestått av Karin Dahlgren (projektledare) och Jonas Bergström (projektägare), båda vid Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården.

Fas 1 – Granskning och sammanställning

Granskning och sammanställning av tillgänglig dokumentation utfördes genom sökningar på landstingens och professionsorganisationernas webbplatser, med syfte att identifiera:

- Samverkansavtal och gränssnitsdokument mellan olika parter delaktiga i vård och behandling av personer med ätstörningar.
- Vårdprogram som beskriver hur hela eller delar av ätstörningsvården är organiserad i landstinget/regionen.

- Huvudsakliga verksamheter för ätstörningsvård i landstinget.
- Annan aktuell information om ätstörningsvården i landstinget publicerad i dagstidningar eller rapporter.

Insamlad information användes dels som ett underlag i utformningen av intervjuguider och enskilda intervjuer, dels utgjorde det ett faktaunderlag i rapportskrivandet.

Parallellt med dokumentanalysen påbörjades arbetet med att identifiera relevanta intervjupersoner för respektive intervjustudie och att boka in intervjuer. En första intervjuförfrågan gick ut per e-post till hälso- och sjukvårdsdirektörerna i respektive landsting, ordföranden i utvalda professionsorganisationer samt hälso- och sjukvårdspersonal från olika professioner i följande verksamheter: skolhälsovård, ungdomsmottagning, tandvård, mödrahälsovård, företagshälsovård, primärvård, barn- och ungdomsmedicinsk klinik, akutsjukvård, överviktscentrum, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och specialiserad ätstörningsvård. För en sammanställning av deltagare i respektive intervjustudie, se bilaga 1.

Totalt kontaktades samtliga landsting, 13 professionsorganisationer och 17 yrkesverksamma personer inom hälso- och sjukvården. Landsting och professionsorganisationer ombads föreslå lämplig person inom landstinget/organisationen att delta i intervjustudien. Till de som inte besvarade intervjuförfrågan skickades påminnelser. Intervjuguider utvecklades för respektive intervjustudie (se bilaga 2).

Fas 2 – Genomförande av intervjuer

Intervjuerna genomfördes per telefon under en period av fyra veckor, och utgjordes av 30–60 minuter långa semistrukturerade intervjuer utifrån övergripande teman såsom roll- och ansvarsfördelning inom ätstörningsvården och skillnader och brister i ätstörningsvården. Av kontaktade landsting, professionsorganisationer och hälso- och sjukvårdspersonal genomfördes intervjuer med:

- 19 av 21 kontaktade landsting och regioner.
- 9 av 13 kontaktade professionsorganisationer.
- 17 kontaktade personer verksamma inom hälso- och sjukvården.

Vidare skickades även påminnelser/ytterligare förfrågningar till de landsting och professionsorganisationer där en intervjukontakt inte hade etablerats.

Kommentar om landsting och organisationer som inte deltagit i delstudien

Region Uppsala och Landstinget i Kalmar län hade vid delstudiens slutrapportering i december 2018 ännu inte återkommit med förslag på intervjuperson, varför region- och landstingsspecifika texter för dessa landsting enbart utgår ifrån identifierade samverkansavtal mellan primärvård och psykiatri samt tillgänglig information inhämtad

på landstingens webbplatser och andra webbplatser med hälso- och sjukvårdsinformation.

Sveriges läkarförbund har valt att avstå från att delta i en intervju då de bedömt att adekvat sakkunskap kring ätstörningsvården saknas på central nivå. Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF) och Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har meddelat att intervjuförfrågan har gått ut inom förbunden, men att ingen intervjuperson anmält intresse. Vårdförbundet har inte besvarat intervjuförfrågan.

Fas 3 – Sammanställning av insikter

Utifrån det insamlade underlaget identifierades teman och insamlad information syntetiserades. Sammanställningen täcker tre huvudområden:

- Ätstörningsvårdens organisation och rollfördelning i Sverige.
- Skillnader och brister i ätstörningsvården.
- Kunskapsläget i ätstörningsvården.

Avgränsningar och begränsningar

Denna delstudie syftar, som tidigare har nämnts, till att utveckla ett första underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete med regeringsuppdraget under 2019. Målet har inte varit att besvara samtliga delfrågeställningar i analysramverket eller att till fullo besvara inkluderade frågeställningar.

Antalet intervjuer begränsades till omkring 40–50 för att kunna genomföras och sammanställas under de 10 veckor som delstudien genomfördes. Då vissa av de kontaktade landstingen och organisationerna valde att inte delta, genomfördes slutligen totalt 45 stycken intervjuer. För varje landsting genomfördes intervjuer med en landstingsrepresentant med insikt i ätstörningsvården. Landstingen har själva utsett denna intervjuperson, där landstingsföreträdaren ibland har företrätt ett beställarperspektiv och andra gånger ett verksamhetsperspektiv. Ingen intervjuperson har haft inblick i *samtliga* verksamheter delaktiga i ätstörningsvården inom respektive landsting. Detta medför att vi inte erhållit en fullständig inblick i vilka uppdrag och ansvar som finns inom till exempel mödrahälsovård, obesitasvård och andra verksamheter som kommer i kontakt med personer med ätstörningar.

Även i intervjuerna med hälso- och sjukvårdspersonal har strävan varit att inkludera perspektiv från olika verksamheter och professioner. Dock har enbart en eller två personer från respektive kategori av verksamheter och profession inkluderats. Svaren påverkas därmed av hur det ser ut i deras respektive verksamheter. Socialtjänstens omsorg har inte inkluderats i delstudien.

Patientperspektivet, inklusive patienters och anhörigas upplevelser av och synpunkter på ätstörningsvården, har inte belysts i denna delstudie. Detta perspektiv kommer enligt Socialstyrelsens planering att belysas i utredningsarbetet under 2019.

Ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5

Det finns två huvudsakliga diagnossystem inom svensk ätstörningsvård, DSM-5 och ICD-10 (nyligen reviderat till ICD-11). Delstudien har definierat ätstörningar och födorelaterade syndrom i enlighet med DSM-5. DSM-5 är en diagnosmanual för psykiatriska sjukdomar, framtagen av American Psychiatric Association 2013. Revideringen av diagnosmanualen år 2013 innebar bland annat att diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning tillkom och att diagnoskriterierna blev mer könsneutrala.

DSM-5 har använts då detta diagnossystem innehåller aktuella och relevanta ätstörningsdiagnoser som *inte* ingår i ICD-10 (det vill säga den tionde versionen av WHO:s internationella sjukdomsklassifikationssystem). Uppdragsbeskrivningar inom svensk ätstörningsvård utgår många gånger från ICD-10, där exempelvis diagnoserna hetsättningsstörning samt undvikande/restriktiv ätstörning inte ingår som separata diagnoser. I och med att ICD nyligen reviderats i en elfte version har en harmonisering skett vad gäller vilka diagnoser som ingår (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015). Då denna förändring nyligen skedde har ICD-11 dock ännu inte fullt ut hunnit etableras, varför DSM-5 har föredragits.

Kortfattad beskrivning av termer och begrepp

Ätstörningsvård

Utredning, behandling och uppföljning av patienter med ätstörningar kan ske på olika vårdnivåer, från primärvård och ungdomsmottagningar till specialiserade ätstörningsenheter. Vidare kan personer med ätstörningar identifieras och vara i behov av stöd och behandling även inom andra verksamheter, såsom mödrahälsovård, specialiserad somatisk vård eller tandvård.

För att bedöma kunskapsläget i vården av personer med ätstörningar, och om behov av kunskapsstöd föreligger, behöver fler verksamheter än den specialiserade ätstörningsvården inkluderas. Då tidig upptäckt ger bättre prognos för vård och behandling är det av stor vikt att det finns kunskap om ätstörningar tidigt i vårdkedjan, exempelvis inom skolhälsovård, ungdomsmottagningar och primärvård. Det har därmed bedömts vara prioriterat att utgå från en bred tolkning av ordet "ätstörningsvård" samt vilka verksamheter som kan anses delta i denna vård. I denna delstudierapport omfattar begreppet "ätstörningsvård" de verksamheter inom hälso- och sjukvården samt

tandvården som är delaktiga i vårdkedjan för en ätstörningspatient, från upptäckt/identifiering till uppföljning.

Barn och unga respektive vuxna

I denna delstudierapport definierar vi "barn och unga" som personer mellan 0–18 år och vuxna som personer som är 18 år och äldre. Vid 18 års ålder övergår vanligtvis patienters vård och behandling från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) till vuxenpsykiatri. I många landsting finns dock första linjen-verksamheter som riktar sig till barn och unga (exempelvis ungdomsmottagningar), där även unga vuxna kan få stöd och behandling. I de fall psykiatriska verksamheter riktar sig till personer i andra åldrar än de som definierats för "barn och unga" respektive "vuxna" tydliggörs detta löpande i rapporten.

Kunskapsstöd

En form av kunskapsstöd är så kallade nationella riktlinjer, som länge har varit det mest centrala av dagens statliga kunskapsstyrningsverktyg. De senaste åren har även ett omfattande arbete pågått med att ta fram en struktur för samverkan för kunskapsstyrning mellan huvudmännen inom hälso- och sjukvården, myndigheter samt professionsföreträdare inom ramen för nationella programområden.

Ingen särskild definition av begreppet "kunskapsstöd" har utarbetats inom ramen för delstudien. En bred ansats har använts och ingen särskild avgränsning har gjorts gällande kunskapsstödet inriktning eller format. Begreppet kunskapsstöd kan därmed omfatta de kunskapsstöd som beskrivs ovan, men även andra typer av riktlinjer, informationsmaterial samt utbildningar som förmedlas skriftligt eller via ljud och bild.

Ätstörningar och födorelaterade syndrom

Nedan återges kortfattat vilka diagnoser som omfattas av begreppet ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5. Dessa beskrivningar utgår från de översatta diagnoskriterierna publicerade i "Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling" (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015). Vidare beskrivs diagnosen "Ätstörning utan närmare specifikation" som ingick i tidigare diagnossystem och som omnämns på ett par platser i rapporten. Detta då den tagits upp av intervjupersoner i intervjuerna och fortfarande förekommer i styr- och kunskapsdokument som granskats i arbetet.

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa innebär ett för lågt energiintag och undervikt samt en störd upplevelse av kroppen avseende vikt eller form. Tillståndet förknippas med en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller att bli tjock, trots undervikt.

Bulimia nervosa

Bulimia nervosa innebär upprepade episoder av hetsätning där personen förlorar kontrollen över ätandet eller på en begränsad tid äter en väsentligt större mängd mat än vad som kan ses som normalt. Detta förekommer vid bulimi tillsammans med kompensatoriska beteenden i form av självframkallad kräkning, användning av laxermedel, fasta eller överdriven motion. Självkänslan är mycket påverkad av vikt och kroppsform.

Hetsätningsstörning

Hetsätningsstörning liknar bulimi i termer av hetsätning, men hetsätningsattacker sker utan kompensatoriskt beteende. För att uppfylla diagnoskriterierna ska hetsätningen medföra påtagligt lidande. Denna diagnos kallas på engelska för Binge Eating Disorder ("BED").

Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom

Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom är en diagnosgrupp som omfattar ätstörningar och födorelaterade syndrom som orsakar signifikant lidande eller nedsatt funktionsgrad, men där samtliga diagnoskriterier för diagnoserna ovan inte är uppfyllda. Ett exempel på denna diagnos är "atypisk anorexia nervosa", där samtliga kriterier för anorexia nervosa uppfylls förutom att personen inte är underviktig, trots signifikant viktnedgång. Dessa ätstörningar kan ibland klassas som "lindrigare ätstörningar", men kan innebära lika stort lidande för patienten.

Undvikande/restriktiv ätstörning

Undvikande/restriktiv ätstörning innebär ett ointresse för att äta mat, ett undvikande av flera sorters mat som grundar sig i matens sensoriska karaktäristika eller en upptagenhet av negativa konsekvenser av att äta. Detta leder till signifikant viktnedgång eller näringsbrist. Till skillnad från ätstörningarna ovan handlar undvikande/restriktiv ätstörning inte om att personen har en störd kroppsuppfattning och vill kontrollera sin vikt eller kroppsform. Istället kan drivkraften exempelvis vara en stark motvilja mot olika sorters mat och dryck då de tycks lukta eller smaka illa. På engelska heter undvikande/restriktiv ätstörning "*avoidant/restrictive food intake disorder*", vilket brukar förkortas "*ARFID*". Termen ARFID används ofta även i Sverige.

Pica

Pica innebär att personen vid upprepade tillfällen äter något som egentligen ses som oätligt och som inte har något näringsinnehåll. Pica ses vanligast hos barn och gravida kvinnor och varar normalt bara under en övergående period. Detta är ett födorelaterat syndrom som normalt sett inte behandlas inom ätstörningsvården.



Idisslande

Idisslande innebär upprepade uppstötningar av mat som antingen tuggas och sväljs igen eller spottas ut. Detta är ett födorelaterat syndrom som kan förekomma hos barn men även hos vuxna.

Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom

Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom omfattar tillstånd som präglas av symtom på en ätstörning eller ett födorelaterat syndrom, men där kriterierna inte är uppfyllda för någon av de specificerade diagnoserna. Tillståndet innefattar betydande lidande och/eller uttalad påverkan på det psykosociala fungerandet.

Ätstörning UNS

Ätstörning UNS ("ätstörning utan närmare specifikation") utgår från de äldre diagnossystemen DSM-IV och ICD-10. Ätstörning UNS motsvarar diagnoser som i de uppdaterade diagnosystemen istället kategoriseras under "Andra specificerade ätstörningar och födorelaterade syndrom" eller under "Ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom" (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2017). Ätstörning UNS benämns i rapporten vid ett par tillfällen, då vissa landsting fortfarande har uppdragsbeskrivningar där diagnosgruppen benämns.

Rapportens disposition

I nästa kapitel, kapitel 3, redogörs för ätstörningsvårdens organisation i Sverige. Kapitlet ger en kort överblick över organisation och rollfördelning i respektive landsting och presenterar en samlad beskrivning av likheter och skillnader i ansvarsfördelningen mellan verksamheter och vårdnivåer. Vidare analyseras vilka utmaningar och brister inom ätstörningsvården som intervjupersonerna har framhållit. I kapitel 4 presenteras en översikt av kunskapsläget i ätstörningsvården. Kapitlet beskriver intervjupersonernas bild av kunskapsläget samt identifierade områden med behov av ytterligare kunskap och kunskapsstöd. Kapitlet sammanfattar även intervjupersonernas önskemål och förslag kring vad ett kunskapsstöd bör innefatta och vilket format som skulle kunna vara lämpligt för ett nationellt kunskapsstöd. Slutligen presenteras en sammanfattande tolkning av delstudiens resultat i kapitel 5, inklusive implikationer och rekommendationer för Socialstyrelsens fortsatta arbete med regeringsuppdraget under 2019.

3

ÄTSTÖRNINGSVÅRDENS ORGANISATION OCH ROLLFÖRDELNING I SVERIGE

I detta kapitel beskrivs organisation och rollfördelning inom ätstörningsvården i Sverige. Inledningsvis presenteras kortfattade redogörelser per landsting. Därefter följer en samlad beskrivning av hur ätstörningsvården är organiserad, där likheter och skillnader mellan landstingen belyses. Detta följs av en samlad analys av de utvecklingsområden och brister inom ätstörningsvården som intervjupersonerna har påtalat.⁴

3.1 Organisation och rollfördelning i olika landsting

Nedan följer en redovisning av organisation och rollfördelning per landsting (uppdelat per de sex sjukvårdsregionerna).

Norra sjukvårdsregionen

Region Västernorrland

I Region Västernorrland sker vård av patienter med ätstörningar inom psykiatrin. Vården är integrerad i ordinarie BUP- samt vuxenpsykiatrisk verksamhet. Länstäckande

⁴ Avsnittet kring utvecklingsområden fokuserar på de huvudsakliga utvecklingsområden som återkommande har lyfts och framhållits av delstudiens intervjupersoner. Det kan således finnas ytterligare utvecklingsområden i enskilda landsting och regioner som inte beskrivs närmare nedan. Utmaningar specifikt vad gäller kunskap och kunskapsläget redovisas separat i kapitel 4.

ätstörningsverksamhet finns inte, men en standardiserad vårdplan har tagits fram för att säkerställa en jämlik vård.

Barn och unga

Primärvården har första linje-ansvar för barn och ungas psykiska ohälsa. Utredning och behandling av ätstörningar sker dock inom psykiatrin. BUP har mottagningar på flera orter och det finns även ätstörningsteam samt tillgång till öppenvård och dagvård. Heldygnsvård finns inte att tillgå inom BUP, utan vid behov sker inläggning på barn- och ungdomsmedicinsk avdelning.

Vuxna

Första linje-ansvaret finns hos primärvården, som remitterar patienter vidare till vuxenpsykiatrin för utredning och behandling vid misstänkt ätstörning. Det finns ingen renodlad ätstörningsvård, utan denna är integrerad i övrig psykiatrisk verksamhet. Vård av samsjuklighet sker generellt sett av samma behandlingsteam. Öppenvård sker vid regionens vuxenpsykiatriska mottagningar. Det finns en affektiv mottagning i Sundsvall som erbjuder dagvård och heldygnsvård för patienter med ätstörningar. Heldygnsvård finns även på psykiatrisk avdelning i Örnsköldsvik.

Andra verksamheter

Samverkan mellan psykiatri och mödrahälsovård sker om någon patient som vårdas för en ätstörning blir gravid, men mödrahälsovården är inte en vanlig remissväg in till psykiatrin. Det finns ett upparbetat samarbete med tandvården vad gäller ätstörningspatienters munhälsa, men det är inte heller en känd väg in till ätstörningsvården. Inget etablerat samarbete finns med habiliteringen.

Utveckling

Det pågår en diskussion mellan primärvården och BUP om var första linjen-ansvaret bör finnas framgent. För ett par år sedan genomfördes en genomlysning, där ett förslag om en länstäckande specialiserad ätstörningsenhet presenterades. Detta genomfördes dock inte, eventuellt på grund av att patientunderlaget inte bedömdes vara tillräckligt stort.

Region Jämtland-Härjedalen

I Region Jämtland-Härjedalen är ätstörningsvården lokaliserad till Östersund, där det finns en specialiserad ätstörningsenhet för vuxna patienter. För barn och unga är ätstörningsvården istället inkorporerad i barn- och ungdomspsykiatrin, där det finns ett Ät-team som arbetar deltid med ätstörningsvård. Specialistpsykiatrins uppdrag utgår från diagnoskriterierna i ICD-10. Alla patienter som uppfyller dessa diagnoskriterier vårdas inom specialistpsykiatrin.

Barn och unga

Första linje-ansvaret för psykisk ohälsa är tilldelat BUP samt primärvården. Föräldra- och barnhälsan, elevhälsan samt ungdomsmottagningarna har ett visst första linje-ansvar då de ansvarar för att behandla/stödja, bedöma och remittera till vidare till specialistvård vid behov (JämtBus, 2012 (reviderad 2018)). Det framgår inte av granskade dokument om någon ätstörningsvård sker annat än via Ät-teamet på BUP. Vården sker i öppenvårdsform och vid behov av heldygnsvård används barnkliniker eller köpt utomlänsvård.

Vuxna

Första linje-ansvaret för psykisk ohälsa bland vuxna åligger primärvården, men befintligt samverkansavtal specificerar inte gränssnittet mot psykiatrien vad gäller vård och behandling av ätstörningar (SVOM, 2017). På ätstörningsenheten för vuxna sker ingen vård av samsjuklighet. Eventuell vård av psykiatrisk samsjuklighet sker i stället vid andra enheter inom vuxenpsykiatrien. Vid ätstörningsenheten finns öppenvård och dagvård och vid behov av heldygnsvård används de allmänpsykiatriska avdelningarna eller köpt utomlänsvård.

Andra verksamheter

Regionen har ett vårdprogram för psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid som tydliggör ansvarsfördelningen mellan olika vårdaktörer. I vårdprogrammet framgår bland annat att mödravårdscentralen rutinemässigt ska screena för ätstörningar och att hemortsbarnmorskan har ett ansvar för att samordna kontakter med specialistmödravård, ätstörningsenheten och andra aktörer (Region Jämtland Härjedalen, 2017).

Utveckling

Det finns en målsättning i regionen om att på sikt integrera den specialiserade ätstörningsvården för barn och unga respektive vuxna och att därmed bli den första verksamheten i Norrland med åldersintegrerad ätstörningsvård.

Västerbottens läns landsting

I Västerbottens läns landsting sker vård och behandling av ätstörningar huvudsakligen inom BUP respektive vuxenpsykiatrien, där det finns specialiserade behandlare, team och ätstörningsenheter (i olika delar av länet). De stora avstånden mellan landsbygd och stad gör att viss behandling även sker inom primärvården, med stöd från specialistpsykiatrien.

Barn och unga

Första linje-uppdraget för psykisk ohälsa åligger ungdomshälsan, som rent organisatoriskt tillhör primärvården. Ungdomshälsan finns i Skellefteå och Umeå, där

vård och behandling erbjuds till personer med lindrig till måttlig ätstörning utan samsjuklighet. I övrigt har verksamheter såsom elevhälsa, studenthälsa och ungdomsmottagning och primärvård framförallt i uppdrag att upptäcka och motivera till behandling samt att remittera till BUP. Inom BUP finns ett specialiserat ätstörningsteam som har ett länsövergripande ansvar för vård och behandling för barn och unga i åldrarna 7–17 år. Öppenvård finns i Umeå, Lycksele och Skellefteå. Dagvård saknas, men ett koncept med multifamiljeterapi som inkluderar öppenvård och tid på internat existerar. Heldygnsvård sker vid barn- och ungdomspsykiatrisk akutavdelning i Umeå. Yngre barn utreds och vårdas/behandlas vid barnmedicinsk klinik, som även har ansvaret för inneliggande patienter med stor somatisk påverkan.

Vuxna

Primärvården har ett första linje-ansvar för att upptäcka, ge stöd och diagnosticera ätstörningar samt även att remittera patienter vidare till psykiatri. Specialiserad vård och behandling finns vid Freja ätstörningsmottagning i Umeå samt Psykiatriska kliniken i Skellefteå och Södra Lappland. Den Psykiatriska kliniken har en ätstörningsenhet i Skellefteå som erbjuder öppenvård och viss tillgång till måltidsstöd. I Vilhelmina, Storuman och Lycksele finns enskilda behandlare som upptäcker, diagnostiserar och behandlar ätstörningar. Vård kan även ske vid hälsocentral med stöd från ätstörningsenheten. Heldygnsvård sker vid allvårdsavdelning i Skellefteå eller psykiatrisk avdelning i Umeå.

Andra verksamheter

I landstingets vårdprogram omnämns även rutiner för när ätstörningsverksamheter bör kontakta tandvården och rutiner inom mödrahälsovården för kvinnor med ätstörningar (Länsgruppen i Psykiatri i Västerbotten, 2015).

Beteendemedicin erbjuder livsstilsbehandling till patienter med fetma och/eller metabolt syndrom. Här sker vård och behandling för ätbeteende, kost och motion, i vissa fall i samråd med Freja ätstörningsmottagning. Beteendemedicin får remisser från hälsocentraler, företagshälsovård och ätstörningsverksamheten. Det är vanligt att patienterna som remitteras till beteendemedicin är på gränsen för att uppfylla diagnoskriterierna för en ätstörning.

Utveckling

Landstinget kommer vid årsskiftet 2018–2019 att övergå till Region Västerbotten. Organisatoriskt placeras då primärvård, tandvård och sjukhusvård under samma förvaltning. Det är dock för tidigt att uttala sig huruvida detta kommer att påverka ätstörningsvården.

I övrigt revideras för närvarande bilagor i vårdprogrammet för ätstörningsvård.

Region Norrbotten

Sedan 2017 finns en länsenhet för ätstörningar i Luleå, som utreder och behandlar patienter med ätstörningar över 18 år från hela länet. Det finns även ett ätstörningsteam vid vuxenpsykiatri i Piteå. Barn och unga får huvudsakligen vård och behandling vid länets BUP-mottagningar.

Barn och unga

Primärvården har första linje-ansvar för psykisk ohälsa i regionen. Andra viktiga vägar in till ätstörningsvården är skolhälsovården och ungdomsmottagningar. Det finns även en telefonrådgivning inom BUP. Utredning och behandling vid ätstörningar av måttlig till allvarlig grad ska enligt samverkansavtal ske inom BUP, medan lindriga till måttliga ätproblem kan handläggas inom första linjen (Region Norrbotten, 2017). Vid BUP finns tillgång till öppenvårdsverksamhet, men ingen dagvård. Heldygnsvård sker vid behov på allmänpsykiatrisk avdelning i Sunderbyn.

Vuxna

Gränssnitsdokument mellan primärvården och psykiatri är under revidering. Utredning vid misstänkt ätstörning kan ske inom primärvården och vid vuxenpsykiatriska mottagningar, medan behandling primärt sker vid de ätstörningsspecifika verksamheterna (Commede-teamet i Piteå och LänsÄt i Luleå). LänsÄt har ett länstäckande uppdrag och erbjuder såväl öppenvård som dagvård. Vid behov av heldygnsvård sker detta vid psykiatrisk avdelning eller på medicinsk avdelning.

Andra verksamheter

Det finns ingen dietist på LänsÄt och vid bedömning att behov av näringsdrycker föreligger remitterar de till länsenheten för dietister. Verksamheterna har diskuterat att inleda ett närmare samarbete, men det finns ingenting planerat i nuläget. Det finns inte heller någon etablerad samverkan med mödrahälsovård eller tandvård.

Utveckling

I och med öppnandet av länsenheten för ätstörningar i Luleå har den köpta utomlänsvården minskats. År 2021 kommer LänsÄt att byggas ut med fyra vårdplatser för specialiserad heldygnsvård.

Uppsala-Örebro sjukvårdsregion

Region Uppsala

I Region Uppsala finns två specialiserade ätstörningsenheter vid Akademiska sjukhuset i Uppsala, inom BUP respektive vuxenpsykiatri. Psykiatri har huvudansvar för vård och behandling av personer med ätstörningar.

Barn och unga

I Region Uppsala har primärvården ett ansvar för patienter med nydebuterat matmotstånd med utebliven viktuppgång innan puberteten. BUP har dock huvudansvar för diagnostik och behandling av ätstörningar (Landstinget i Uppsala län, 2016). Denna vård sker vid ätstörningsenheten vid BUP, där det finns tillgång till öppenvård och dagvård. Ätstörningsenheten har även ett nära samarbete med Akademiska barnsjukhuset. Vid nybesök sker alltid första bedömning av en barnläkare (Akademiska sjukhuset, 2018).

Vuxna

Även för vuxna patienter har psykiatrin huvudansvar för vård och behandling av patienter med ätstörningar. Inom primärvården ska basal somatisk utredning samt behandling vid subklinisk ätstörningsproblematik kunna utföras (Landstinget i Uppsala län, 2016). För vård och behandling vid ätstörningsenheten för vuxna sker den första bedömningen vid affektiv mottagning eller psykiatrimottagning för unga vuxna, som sedan har möjlighet att remittera vidare patienten. Behandlingsformer inkluderar öppenvård och dagvård. Dialektisk beteendeterapi (DBT) kan även ges till patienter med anorexi, vilket kan kombineras med heldygnsvård på sjukhuset (Akademiska sjukhuset, 2018).

Landstinget Sörmland

I Landstinget Sörmland är ätstörningsvården tydligt uppdelad med separata verksamheter för barn och unga respektive vuxna. Denna vård sker inom ordinarie BUP-/vuxenpsykiatrisk verksamhet, där det finns specialiserade ätstörningsteam. Öppenvården är lokaliserad till Nyköping och Eskilstuna, medan dagvård enbart finns i Eskilstuna.

Barn och unga

I Landstinget Sörmland finns en tydligt nivåstrukturerad BUP-verksamhet, som även har första-linjeansvaret för barn och ungas psykiska ohälsa. Vägen till psykiatrins ätstörningsvård går framförallt via primärvården och skolhälsovården. Det finns ett ätstörningsteam i Eskilstuna och Nyköping som erbjuder öppenvård och i Eskilstuna finns även dagvård. Heldygnsvård för barn och unga finns inte i landstinget, men inneliggande vård kan ske vid barnmedicinsk avdelning vid somatiska vårdbehov. Avtal för psykiatrisk heldygnsvård finns även med Region Västmanland och Region Östergötland.

Vuxna

Landstinget Sörmland har nyligen genomfört en processkartläggning av ätstörningsvården för vuxna. Denna identifierade företagshälsovården och skolhälsovården som viktiga vägar in till ätstörningsvården. Psykiatrin har dock huvudansvaret och behandlar alltid svårare ätstörningar. Liksom för barn och unga finns

ätstörningsteam inom vuxenpsykiatri i Eskilstuna och Nyköping. Heldygnsvård sker vid psykiatrisk slutenvårdsavdelning i Eskilstuna eller Nyköping.

Andra verksamheter

Det finns ett upparbetat samarbete mellan ätstörningsverksamheterna och mödrahälsovården sedan flera år tillbaka. Det finns däremot inte något särskilt samarbete med habiliteringen eller tandvården.

Utveckling

Utifrån den processkartläggning som landstinget utfört inom ätstörningsvården för vuxna har förbättringsområden identifierats som kommer ligga till grund för eventuell utveckling av vården framöver. Ett nytt gränssnittsavtal mellan primärvård och psykiatri håller på att tas fram.

Landstinget i Värmland

I Landstinget i Värmland är vård och behandling av personer med ätstörningar huvudsakligen uppdelad på fyra olika verksamheter: barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar, allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar, Centrum för ätstörningar och allmänpsykiatrisk slutenvård. Centrum för ätstörningar i Karlstad är länets specialiserade ätstörningsenhet som erbjuder öppenvård och dagvård för barn, unga och vuxna med ätstörning som huvuddiagnos.

Barn och unga

Landstinget i Värmland har ett vårdprogram som definierar ansvarsfördelningen mellan olika vårdaktörer. Det finns flera så kallade Första linjen-verksamheter för psykisk ohälsa utvecklade i samarbete mellan landstinget och kommunerna i länet. Dessa Första linjen-verksamheter har tillsammans med skolhälsovård och ungdomsmottagningar ett ansvar för att upptäcka, stödja, motivera och utföra somatiska undersökningar samt vid behov remittera till barn- och ungdomspsykiatri eller allmänpsykiatri. Primärvård och Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) kan utöver detta även erbjuda lågintensiv behandling. Dessa verksamheter kan remittera patienter med misstänkt ätstörning till BUP, där bedömning/utredning sker och som vid behov remitterar vidare till Centrum för ätstörningar (Centrum för ätstörningar, 2015). Det finns ingen heldygnsvård för barn och unga i landstinget utan heldygnsvård för barn och unga sker via avtal med Region Örebro vid behov av tvångsinläggning.

Vuxna

Liksom för barn och unga har skolhälsovård, ungdomsmottagning och Första linjen-verksamheter ett ansvar gentemot unga vuxna. För vuxna patienter ligger i övrigt första linje-ansvaret hos primärvården. Primärvård och allmänpsykiatri upptäcker och diagnosticerar ätstörningar, och lågintensiv behandling kan ske inom primärvården

(Centrum för ätstörningar, 2015). Allmänpsykiatrien behandlar vuxna personer med ätstörningar inom öppenvården och vid behov remitterar de vidare till Centrum för ätstörningar. Heldygnsvård sker vid behov på allmänpsykiatrisk avdelning i Karlstad, där det finns fyra vårdplatser för patienter med ätstörning (eller vid behov via utomlänsavtal).

Andra verksamheter

Vid stor somatisk påverkan hos barn och unga finns en rutin för samverkan mellan Centrum för ätstörningar och BUMM. Det har även skett viss samverkan mellan Centrum för ätstörningar och obesitasmottagningen i Torsby kring utformning av mottagningens rutiner. Det finns inget etablerat samarbete med habiliteringen, mödrahälsovården eller tandvården.

Region Örebro län

Region Örebro län har en läns- och åldersövergripande ätstörningsverksamhet lokaliserad till Örebro, Ätstörningsenheten Eriksbergsgården. Här sker vård och behandling för barn, unga och vuxna som uppfyller diagnoskriterierna för anorexi, bulimi, hetsättningsstörning eller annan ätstörningsdiagnos.

Barn och unga

Första linje-uppdraget finns hos ungdomsmottagningarna, som organisatoriskt hör till primärvården. Primärvården, skolhälsovården och samtalsmottagningar remitterar dock till den specialiserade vården vid misstanke om ätstörning och behov av utredning. Inom ätstörningsenheten finns öppenvård och förstärkt öppenvård. Heldygnsvård sker vid BUP-avdelning.

Vuxna

Primärvården ansvarar för första linjens psykiatri för vuxna patienter och de ansvarar för behandling vid lindrigare ätproblematik. Enligt uppgift tar dock ätstörningsenheten emot samtliga patienter som uppfyller diagnoskriterierna för en ätstörning. Inom ätstörningsenheten erbjuds öppenvård och förstärkt öppenvård till vuxna patienter på samma sätt som för barn och unga. Heldygnsvård sker på allmänpsykiatrisk avdelning.

Andra verksamheter

Ätstörningsenheten har ett upparbetat samarbete med mödrahälsovården. De har även ett samarbete med tandvården, där alla ätstörningspatienter erbjuds ett gratis kostnadsfritt besök i specialisttandvården. Det finns även ett samarbete med överviktsenheten. Ätstörningsenheten träffar även habiliteringen regelbundet för att diskutera gränsdragningsfrågor.

Region Västmanland

I Region Västmanland har en ätstörningsenhet i Västerås det huvudsakliga ansvaret för vård och behandling av ätstörningar. Denna verksamhet finns organisatoriskt inom BUP, men har även huvudansvar för vård och behandling av vuxna personer med ätstörning.

Barn och unga

Första linje-ansvaret för barn och ungas psykiska hälsa ligger på barn- och ungdomshälsans verksamheter som är en del av primärvården. Vård och behandling av barn och unga med ätstörning sker huvudsakligen vid ätstörningsenheten. Hit kommer patienter via egenanmälan eller remiss från exempelvis primärvård, elevhälsa och ungdomsmottagningar. Vid ätstörningsenheten kan barn och unga få öppenvård och förstärkt öppenvård. Vid behov av somatisk bedömning konsulteras BUMM. Heldygnsvård sker på en BUP-avdelning där ätstörningsenheten har tillgång till tre vårdplatser. Dagvård finns inte för barn och unga, men har i undantagsfall kunnat erbjudas vid avdelningen.

Vuxna

Primärvården har ett första linje-ansvar och ska kunna identifiera och utföra en första bedömning vid misstanke om ätstörning. Vid lindrig ätstörningsproblematik kan vård och behandling ske inom primärvården eller vid ungdomsmottagning. Viss vård och behandling sker också inom vuxenpsykiatri. Vid allvarlig ätstörning ska vård och behandling ske vid ätstörningsenheten, där det finns tillgång till specialiserad öppenvård och dagvård. Då det saknas en specialistläkare i psykiatri på teamet delas ansvaret med vuxenpsykiatri, som har det medicinska ansvaret för patienterna. Vid behov av heldygnsvård sker detta på allmänpsykiatrisk avdelning. Det råder osäkerhet gällande var patienter med hetsättningsstörning bör behandlas, men hittills vårdas inte dessa patienter vid ätstörningsenheten utan remitteras till primärvården eller vuxenpsykiatri. Vid behov av somatisk inneliggande vård används internmedicinsk vårdavdelning.

Andra verksamheter

I regionen finns ett upparbetat samarbete mellan ätstörningsenheten och habiliteringen. En av medarbetarna vid ätstörningsenheten har tidigare drivit ett nära samarbete med mödrahälsovården, med gemensamma träffar. Svag uppslutning har dock lett till att ätstörningsenheten i dagsläget enbart erbjuder konsultationer till mödrahälsovården vid behov.

Utveckling

Det finns en målsättning om att anställa en specialistläkare i psykiatri vid ätstörningsenheten och därmed frångå det dubbla vårdåtagande som finns mellan

ätstörningsenheten och allmänpsykiatri, för vuxna patienter med ätstörningar. Vidare pågår för närvarande ett arbete med att ta fram ett samverkansavtal som definierar gränssnittet mellan första linjen och BUP, men detta arbete är ej färdigställt.

Landstinget Dalarna

I Landstinget Dalarna är ätstörningsvården uppdelad på två huvudsakliga verksamheter: Ätstörningsenheten Tornet inom BUP och Dala ABC inom vuxenpsykiatri. Dessa är länsövergripande specialistverksamheter. Dala ABC har även ett ansvar för kunskapsspridning till allmänheten och vårdgrannar.

Barn och unga

Första linjens vård är organiserad inom primärvården, som bland annat har samtalsmottagningar för barn och unga. Vård och behandling vid ätstörningar sker dock inom BUP, vid ätstörningsenheten Tornet. Det finns öppenvård, men vid behov ska även dagvård kunna erbjudas. Vid behov av heldygnsvård sker detta på BUP-avdelning eller somatisk avdelning.

Vuxna

Liksom för barn och unga är första linjens vård organiserad inom primärvården. Vård och behandling vid ätstörningar sker inom psykiatri. Viss vård och behandling kan ske vid allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i länet, men primärt sker vård och behandling vid ätstörningsenheten Dala ABC som erbjuder öppenvård och dagvård. Ätstörningsenheten har i uppdrag att behandla ätstörningar, men inte eventuell samsjuklighet. Vid psykiatrisk samsjuklighet sker samverkan med övrig psykiatri. Heldygnsvård sker vid behov på allmänpsykiatrisk avdelning eller somatisk vårdavdelning.

Andra verksamheter

I länet finns den privata M.H.E. Kliniken i Mora som erbjuder inneliggande behandling och öppenvårdsbehandling vid ätstörningar. Landstinget Dalarna köper viss vård från kliniken för att kunna erbjuda vård närmare patienten. Kliniken får även patienter från andra delar av landet.

Ett samarbete finns mellan Dala-ABC och mödrahälsovården i landstinget. Det uppges även finnas ett samarbete mellan ätstörningsenheterna och ungdomsmottagningar. Vidare uppges habiliteringen vara en väg in till ätstörningsvården och en samverkanspartner gällande vissa patienter.

Utveckling

Det finns en ambition om att på sikt integrera de två ätstörningsenheterna och att skapa ett gemensamt kunskapscentrum. Detta arbete sker succesivt och verksamheterna finns

nu lokaliserade i samma byggnad. Det finns även en önskan om att på sikt kunna tillgodose behovet av mer specialiserad heldygnsvård genom att öppna en gemensam heldygnsvård inom storregionen.

Region Gävleborg

Inom Region Gävleborg finns en åldersintegrerad, länstäckande ätstörningsenhet i Gävle. Till viss del sker vård och behandling av ätstörningar även inom primärvården.

Barn och unga

I Region Gävleborg har ungdomsmottagningar första linje-uppdraget för barn och ungas psykiska ohälsa. Dessa har en organisatorisk tillhörighet inom primärvården. Andra verksamheter i första linjen inkluderar barn- och familjeohälsa-mottagningar samt hälsocentraler (Länsledning Välfärd, 2016). I och med att ett nytt vårdprogram tas fram finns en ambition om att dessa verksamheter ska få ett tydligt uppdrag för att, förutom att identifiera och remittera vidare, även delta i behandling av ätstörningar. Även skolhälsovården lyfts fram som en viktig aktör för att identifiera och stötta patienter. I övrigt sker vård och behandling av ätstörningar vid den åldersintegrerade Länsenheten för ätstörningar, där det finns tillgång till öppenvård och intensiv öppenvård eller dagvård. Vid behov av heldygnsvård sker detta på barnmedicinsk avdelning eller via inköpt utomlänsvård.

Vuxna

Primärvården har första linje-uppdraget för vuxna patienters psykiska hälsa. Fler patienter uppges idag få sin ätstörningsvård via primärvården om de bor långt från ätstörningsenheten i Gävle. Vid medelsvåra till svåra ätstörningar sker vård och behandling vid Länsenheten för ätstörningar som erbjuder öppenvård, förstärkt öppenvård och dagvård. Vid heldygnsvård sker detta på allmänpsykiatrisk avdelning.

Andra verksamheter

Ett samarbete mellan Länsenheten för ätstörningar och habiliteringen har nyligen inletts. Vidare har mödrahälsovården en roll i att upptäcka kvinnor med ätstörningar och samverka med ätstörningsvården. Allmänpsykiatri kan ha en roll i vård och behandling av psykiatrisk samsjuklighet. Internmedicin utgör konsultativt stöd för psykiatri vid heldygnsvård.

Utveckling

Ett nytt vårdprogram har nyligen tagits fram för landstingets ätstörningsvård. Vid tiden för denna delstudie har hälso- och sjukvårdens ledning ännu inte godkänt programmet. En implementering av detta program kommer som ovan nämnt att innebära ett tydligare ansvar för del av vård och behandling inom primärvården, samt satsningar på digital vård.

Stockholms sjukvårdsregion

Stockholms läns landsting

Stockholms läns landsting har en utbyggd specialiserad ätstörningsvård, som de senaste åren främst har varit lokaliserad till tre åldersintegrerade ätstörningsenheter: Stockholms Centrum för Ätstörningar samt upphandlade privatdrivna Mandometerkliniken och Capio Ätstörningscenter. I den senaste upphandlingen fick Mandometerkliniken ett utökat uppdrag som inkluderar behandling av hetsättningsstörning. Capio Ätstörningscenter fick inte förnyat kontrakt och stänger därmed vid årsskiftet 2018–2019, då den nya avtalsperioden påbörjas.

Barn och unga

I landstinget finns ett vårdprogram som anger olika vårdnivåer inom ätstörningsvården. Enligt vårdprogrammet förväntas skolhälsovård och ungdomsmottagningar kunna upptäcka, stödja och motivera patienter till vidare vård, samt utföra somatiska kontroller och remittera vidare. Primärvården, som ansvarar för första linjens vård för psykisk ohälsa, förväntas även kunna diagnostisera ätstörningar och erbjuda lågintensiv behandling (Asplund, C.; af Sandeberg, A-M.; Adamski, G., 2017). Lättare ätstörningar och ätstörningar med annan samsjuklighet kan behandlas inom BUP. I övrigt sker vård och behandling vid de specialiserade ätstörningsenheterna, som erbjuder öppenvård, dagvård och heldygnsvård. Vid behov av akut somatisk vård kan inläggande vård ske på somatisk avdelning.

Vuxna

Samma vårdprogram och vårdnivåer som för barn och unga gäller för vuxna personer. Primärvården förväntas kunna diagnostisera, stödja och erbjuda lågintensiv behandling och somatiska kontroller till patienter. För vidare vård remitteras patienter i första hand till de specialiserade ätstörningsenheterna, som erbjuder öppenvård, dagvård och heldygnsvård. I vissa fall kan patienter med samsjuklighet även få sin ätstörningsvård inom allmänpsykiatri. Vid behov av akut somatisk vård sker detta främst vid Södersjukhuset.

Andra verksamheter

De specialiserade ätstörningsenheterna samverkar med tandvården för att patienter ska få den tandvård de behöver. Det finns däremot inget uppdrag hos tandvården att upptäcka patienter med ätstörningar. I vilken utsträckning som ätstörningsenheterna har kontakt med mödrahälsovården varierar mellan enheterna. Ingen särskild samverkan finns med habiliteringen. I ätstörningsenheternas avtal inkluderas dock krav på samverkan med för patienten relevanta aktörer.

Utveckling

Från och med 1 januari 2019 kommer det vid Mandometerkliniken att bedrivas en självständig öppenvårdsverksamhet för patienter med hetsättningsstörning.

Region Gotland

Region Gotland är den minsta av regionerna/landstingen i Sverige. Då patientunderlaget är begränsat är ätstörningsvården inkorporerad i BUP och allmänpsykiatri, som ligger under ett gemensamt verksamhetsområde. Det finns ett specialiserat ätstörningsteam som arbetar med dessa patienter som en del av sitt arbete.

Barn och unga

Inom Region Gotland ansvarar BUP för första linje-verksamheten. En väg in till vården är deras öppna rådgivningstelefon. Andra remissvägar är från skolhälsovården, barn- och ungdomsmedicin, ungdomsmottagningar, dietistmottagning och habiliteringen. Utredning, vård och behandling sker inom BUP och patienter med psykiatrisk samsjuklighet uppges kunna få vård för hela sitt vårdbehov av ätstörningsteamet. Ätstörningsteamet tillhandahåller öppenvård och ätträning. Heldygnsvård sker vid barnmedicinsk avdelning i nära samarbete med ätstörningsteamet. Vid behov av utomlänsvård köps detta från Stockholms läns landsting.

Vuxna

Primärvården har i uppdrag att identifiera/upptäcka personer med ätproblematik. De har även ansvar för somatiska kontroller. De patienter som uppfyller diagnoskriterierna för en ätstörning får vård av ätstörningsteamet inom allmänpsykiatri. Här erbjuds öppenvård och dagvård. Vid behov av heldygnsvård sker detta på allmänpsykiatrisk avdelning.

Andra verksamheter

Ätstörningsteamet har ett nära samarbete med dietistmottagningen. De har även en rutin för samarbete med bland annat mödrahälsovård och psykiatri. Inom BUP har de möjlighet att få stöd av arbetsterapeut från HabRehab-verksamheten, för vuxna även av fysioterapeut.

Utveckling

Ätstörningsverksamheten genomgick år 2017 en omorganisering för att skapa ett bättre flöde för patienter inom verksamheten och en smidigare övergång mellan BUP och vuxenpsykiatri. Detta är ett pågående förbättringsarbete.

Sydöstra sjukvårdsregionen

Region Östergötland

Vid en misstänkt ätstörning är den första remissinstansen BUP eller vuxenpsykiatri, som vid behov remitterar vidare patienten till den länstäckande specialistresursen "Ätstörningsenhet länsteam" i Linköping. Länsteamet bedriver öppenvård och mellanvård, framförallt för patienter med anorexi och andra ätstörningar där vård och behandling inom BUP och vuxenpsykiatri inte har gett önskade resultat. De driver även ett kompetenscentrum med handledning och konsultationsansvar.

Barn och unga

Det finns ett första linje-uppdrag som är delat mellan landstinget och kommunerna och som bland annat drivs genom så kallade "barnhälsor" och "ungdomshälsor". Dessa ska upptäcka, ge råd och motivera till vård och behandling (Kjellberg, 2018). Primärvården och skolhälsovården utför även somatiska kontroller, men vård och behandling av ätstörningar sker inom BUP, i öppenvård eller dagvård/mellanvård (Arbetsgrupp för vårdprocessprogram ätstörning, 2012). Ätstörningsteam finns vid kliniker i Norrköping och Linköping. Heldygnsvård sker primärt på BUP-avdelning, men vid behov finns möjlighet till inskrivning inom somatiken. Vid behov vårdas patienter även inom länspsykiatri.

Vuxna

För unga vuxna upp till 25 års ålder finns ett första linje-uppdrag hos så kallade "ungdomshälsor", som primärt ansvarar för upptäckt och remittering. Primärvården och skolhälsovården utför somatiska kontroller och remitterar patienter vidare. Vård och behandling av vuxna patienter med ätstörning sker inom vuxenpsykiatri, där det finns tillgång till öppenvård, mellanvård och heldygnsvård. Vid behov kan de även remittera vidare till specialistvårdsresurser "Ätstörningsenhet länsteam".

Andra verksamheter

Mödrahälsovård, ortoped, rehabilitering och andra verksamheter har ett ansvar för att remittera till psykiatri vid uppenbar ätstörningsproblematik. Det finns inget etablerat samarbete mellan exempelvis mödrahälsovård och psykiatri, men avtalen i landstinget kräver samverkan mellan verksamheter där behov finns.

Region Jönköpings län

I Region Jönköpings län sker vård och behandling av patienter med ätstörningar inom BUP respektive vuxenpsykiatri, men patienter kan även vårdas inom primärvården. För barn och unga med restriktiva ätstörningar såsom anorexi finns även en specialiserad ätstörningsenhet vid Länssjukhuset Ryhov i Jönköping.

Barn och unga

Barn- och ungdomshälsan, som har samtalsmottagningar, ansvarar för första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa. Viss vård och behandling av ätstörningar sker också inom denna verksamhet enligt uppgift. Vid misstanke om allvarligare ätstörning ska patienten däremot remitteras till BUP för vidare utredning (Medicinsk programgrupp psykiatri och primärvård, 2016). Vård och behandling kan sedan ske vid länets öppenvårdsmottagningar (inom ordinarie BUP-verksamhet) eller vid den länsgemensamma Anorexienheten i Jönköping. Vid anorexienheten finns tillgång till öppenvård och dagvård och i undantagsfall även heldygnsvård.

Vuxna

Primärvården har ett första linje-ansvar för vuxnas psykiska hälsa. De har i uppdrag att ge vård och behandling vid lättare och okomplicerade ätstörningar (Region Jönköpings län, 2018) och betraktas som en viktig aktör inom ätstörningsvården. Vid allvarligare besvär remitteras patienter till vuxenpsykiatri, där vård och behandling sker inom ordinarie allmänpsykiatrisk verksamhet. Det finns öppenvård, dagvård och heldygnsvård inom allmänpsykiatri, men ingen specialiserad ätstörningsenhet.

Andra verksamheter

Viktiga verksamheter delaktiga i att upptäcka patienter med ätstörningar inkluderar skolhälsovård och ungdomsmottagningar. Enligt intervjun remitterar även tandvården patienter med misstänkt ätstörning till psykiatri. Inget etablerat samarbete finns mellan psykiatriens ätstörningsvård och habiliteringen.

Landstinget i Kalmar län

Vård och behandling av ätstörningar sker vid landstingets två specialistenheter, AnorexiBulimiCenter i Kalmar och Västervik. Verksamheterna är åldersintegrerade och tar emot patienter med anorexi, bulimi och ätstörning UNS.

Barn och unga

Barn och ungdomshälsan har första linje-uppdrag för barn och ungas psykiska hälsa (i åldrarna 6 – 18 år). De behandlar yngre barn med matmotstånd, men vid ätstörningar sker vård och behandling inom psykiatri (Landstinget i Kalmar län, 2014). Vårdriktlinjen i landstinget framhåller att enbart somatisk utredning sker inom primärvården, all vidare vård och behandling av personer med ätstörningar ska ske inom psykiatri (Landstinget i Kalmar län, 2017). Vid behov av heldygnsvård sker detta på en psykiatrisk avdelning som tar emot barn och vuxna med ätstörningar (Psykiatrisk avdelning 4 Kalmar, 2018).

Vuxna

Vård och behandling för vuxna patienter med ätstörning sker på samma sätt som för barn och unga. Såväl öppenvård, dagvård och heldygnsvård sker inom psykiatrien vid AnorexiBulimiCenter samt Psykiatrisk avdelning 4 i Kalmar.

Västra sjukvårdsregionen**Västra Götalandsregionen**

Västra Götalandsregionen har differentierad ätstörningsvård inom samtliga av regionens fem sjukhusförvaltningar, med tillgång till såväl öppenvård som dagvård. Ätstörningsvården är organiserad inom BUP/vuxenpsykiatrien och har även tillgång till mobila resurser för stöd i hemmiljön. Ätstörningsspecialiserad heldygnsvård finns vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset för patienter i åldern 16–25 år.

Barn och unga

Primärvården har första linje-uppdrag för ungas psykiska hälsa och är en viktig väg in till vården, liksom ungdomsmottagningar och skolhälsovården. Patienter remitteras även från andra verksamheter såsom barn- och ungdomsmedicin. Enligt den regionala medicinska riktlinjen ska primärvården kunna erbjuda lågintensiv behandling vid lindriga och okomplicerade ätstörningar, men utredning och behandling sker primärt vid de fem specialiserade ätstörningseenheterna i regionen. Vid behov av heldygnsvård för barn och unga under 16 år sker detta vid icke-specialiserad BUP-avdelning.

Vuxna

Liksom för barn och unga finns ett första linje-ansvar inom primärvården och de ska, enligt aktuellt samverkansavtal, kunna upptäcka patienter med misstänkt ätstörning, göra en första bedömning, motivera till vård, behandla lindrigare fall av ätstörning samt erbjuda eftervård (Sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri, 2012). Huvudansvar för vård och behandling finns inom vuxenpsykiatrien. Heldygnsvård för patienter över 25 års ålder sker vid icke-specialiserad vuxenpsykiatrisk avdelning.

Andra verksamheter

Den medicinska riktlinjen för ätstörningar specificerar när psykiatrien bör remittera till och samverka med specialiserad mödrahälsovård, tandvård och diabetesvård (Koncernstab hälso- och sjukvård, sektorsråden allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri, Giltig till 2019). Begränsat samarbete finns med mödrahälsovården. Det finns inte något etablerat samarbete på länsnivå mellan psykiatrien och tandvården, ej heller med habiliteringen.

Utveckling

En omorganisation skedde 2015 då differentierad psykiatrisk vård började erbjudas i alla fem nämndområden. Detta har lett till att regionen köper in mindre privat vård. Inom regionen följer de upp vårdbehovet hos personer under 16 år för att bedöma om det finns anledning att utöka tillgången till den specialiserade heldygnsvården.

Region Halland⁵

Ätstörningsvården i Region Halland sker såväl inom primärvården som inom psykiatrin. Vård och behandling av allvarigare ätstörningar sker inom psykiatrin vid de två åldersintegrerade ätstörningsmottagningarna i Halmstad och Varberg. Dessa bidrar även med konsultativt stöd till primärvården.

Barn och unga

Första linjens vård är organiserad inom närsjukvården⁶. Här finns ett ansvar för att uppmärksamma och diagnostisera ätstörningar, men även för att behandla lindriga ätstörningar utan samsjuklighet samt hetsättningsstörning. Vid allvarigare problematik ska remiss skickas till en av ätstörningsenheterna. Remisser hanteras via telefonlinjen "BUP-linjen", som är ett samarbete mellan närsjukvården och BUP (Region Halland, 2016). Ätstörningsenheterna erbjuder öppenvård och dagvård. Vid behov av heldygnsvård sker detta vid BUP-avdelning eller via avtal med Capio Ätstörningscenter i Varberg.

Vuxna

Likt för barn och unga är första linje-ansvaret lokaliserat inom närsjukvården. Närsjukvården ansvarar för att uppmärksamma och diagnosticera ätstörningar samt att behandla lindriga ätstörningar utan samsjuklighet samt hetsättningsstörning. Vidare ska närsjukvården utföra somatiska kontroller för patienter i avslutningsfasen av en behandling på ätstörningsenhet samt för patienter med kronisk ätstörningsproblematik som inte har en pågående behandling (Region Halland, 2015). Ätstörningsenheterna kan bidra med konsultativt stöd och de står för vård och behandling vid allvarigare problematik. Vid behov av heldygnsvård sker detta på allmänpsykiatrisk avdelning eller via avtal med Capio Ätstörningscenter i Varberg.

⁵ Norra Region Halland ingår i Västra sjukvårdsregionen medan södra Region Halland ingår i Södra sjukvårdsregionen. Här redovisas regionen dock under Västra sjukvårdsregionen.

⁶ Regionen definierar närsjukvården som en vidareutveckling av primärvården. "Närsjukvård - Vården närmast invånarna. Ges vid vårdcentraler och vårdenheter inom Vårdval Halland. Ambitionen är att så mycket som möjligt av den öppna vården ges "på hemmaplan" och att närsjukvården över tid skall innefatta en ökande del specialistvård som i dag ges på sjukhus". Källa: Dokumentet "Närsjukvården i Södra Halland", <http://www.regionhalland.se/PageFiles/13107/N%C3%A4rsjukv%C3%A5rden.doc>.

Andra verksamheter

I länet finns Capio Ätstörningscenter i Varberg, som är en privat verksamhet som arbetar på uppdrag av Region Värmland och Region Jönköpings län (Capio Ätstörningscenter, 2018). Denna verksamhet tar emot patienter från hela landet och Region Halland brukar betala för heldygnsvård på Capio Ätstörningscenter när patienter starkt efterfrågar detta.

De landstingsdrivna ätstörningsenheterna har inga etablerade samarbeten med mödrahälsovård, tandvård, habilitering eller obesitasvård. Det finns däremot ett etablerat samarbete med barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, där konsultationer sker i båda riktningar.

Utveckling

Ett digitalt uppföljningssystem har utvecklats för kvalitetsuppföljning av vård och behandling i Region Halland, som dock inte är specifikt för ätstörningsvården. En förhoppning är att detta system ska sättas i bruk under 2019 och ge möjlighet till bättre uppföljning.

Södra sjukvårdsregionen

Region Kronoberg

I Region Kronoberg är ätstörningsvården organiserad inom primärvården, BUP och vuxenpsykiatri. Det finns inte heldygnsvård för barn och unga i länet.

Barn och unga

Skolhälsovården och primärvården utgör viktiga vägar till vård och behandling för ätstörningar inom psykiatri. Den så kallade barn- och ungdomshälsan har första linjen-uppdrag för ungas psykiska ohälsa och ligger organisatoriskt under barn- och ungdomskliniken. Inom barn- och ungdomshälsan sker en första bedömning och viss hetsättningsproblematik skulle kunna behandlas. BUP har huvudansvar för vård och behandling och det finns ett ätstörningsteam vid BUP i Växjö som även har mottagning i Ljungby. För barn och ungdomar under 16 år finns det öppenvård och förstärkt öppenvård. För patienter över 16 år finns möjlighet till dagvård i Växjö. Vid behov av heldygnsvård sker detta i första hand via det avtal som finns med Region Halland, men kan även ske i till exempel Landstinget i Kalmar län eller i Västra Götalandsregionen. Vid behov sker inläggande vård på somatisk avdelning inom länet.

Vuxna

Vuxenpsykiatri har ett huvudansvar för vård och behandling av patienter med ätstörningar, men vård och behandling vid bulimi och hetsättningsstörning sker även på primärvårdsnivå. Psykiatri har behandlingsansvar vid anorexi, liksom bulimi och ätstörning UNS om det föreligger psykiatrisk samsjuklighet eller fara för kroppslig hälsa

(Region Kronoberg, 2018). Inom psykiatrin är ätstörningsvården organiserad inom allmänpsykiatri, där det finns ett länstäckande ätstörningsteam som ansvarar för vård och behandling av majoriteten av patienterna med ätstörningar. Vårdformer inkluderar öppenvård, dagvård och heldygnsvård vid den allmänpsykiatriska avdelningen.

Andra verksamheter

Det finns ett samarbete mellan habiliteringen och psykiatrin med ett gemensamt remissforum som används när det upplevs vara otydligt vilken verksamhet som ska ansvara för en viss patient. Inget särskilt samarbete finns med mödrahälsovården eller tandvården.

Utveckling

Det finns en plan att integrera ätstörningsteamerna och skapa en åldersövergripande ätstörningsvård. Detta ska vara klart i slutet av 2019 då verksamheten flyttar in i nya lokaler.

Landstinget Blekinge

Landstinget Blekinge har en länsövergripande ätstörningsenhet i Karlskrona för patienter från 16 års ålder. För barn och unga under 16 år sker vård och behandling av ätstörningar inom BUP. För patienter över 18 år kan vården ske inom allmänpsykiatri eller vid ätstörningsenheten.

Barn och unga

Utredning och behandling av ätstörningar hos barn och unga upp till 16 år sker inom BUP:s ordinarie verksamhet. Från 16 års ålder finns möjlighet att nyttja vårdutbudet vid den länsövergripande ätstörningsenheten. Första linje-uppdraget finns inom primärvården och utöver ett uppdrag att identifiera personer med ätstörningar och remittera vidare kan primärvården även påbörja behandling vid lindrig ätstörning (Landstinget Blekinge, 2012). Såväl dagvård som heldygnsvård sker vid Kastanjevillan i Karlskrona, där det finns ett subspecialiserat ätstörningsteam, även om verksamheten inte är ätstörningsspecifik. Det finns även ett avtal med barnkliniken vid behov av inneliggande somatisk vård.

Vuxna

Efter remiss till psykiatrin sker första bedömning av patienter med misstänkt ätstörning inom allmänpsykiatri, som även erbjuder öppenvård vid lindrigare ätstörningar. Vid allvarigare besvär remitteras patienter till den länsövergripande ätstörningsenheten i Karlskrona där öppenvård finns. Heldygnsvård sker på allmänpsykiatrisk avdelning, med konsultationer från ätstörningsenheten som står för behandlingsupplägg.

Andra verksamheter

Ätstörningsenheten har ett samarbete med mödrahälsovården och även samarbete och kunskapsutbyte med tandvården. Ortopeden omnämns i genomförd intervju som en verksamhet som remitterat pojkar och unga män med ätstörningsproblematik.

Utveckling

Gränssnittsavtalet mellan primärvården och psykiatrien är under revidering. Under 2019 kommer en dagvårdsverksamhet att öppnas vid ätstörningsenheten, något som tidigare inte varit tillgängligt för vuxna patienter. Denna utveckling följer en kartläggning av ätstörningsvården där bedömningen gjordes att utomlänsvård utnyttjats i för stor utsträckning och där det konstaterades att antalet inläggningar för heldygnsvård hade ökat.

Region Skåne

Region Skåne erbjuder specialiserad ätstörningsvård på flera orter, men vård och behandling sker även inom primärvård samt inom ordinarie BUP- och vuxenpsykiatrisk verksamhet. Det finns även ett Kompetenscentrum i Lund med uppdrag gällande kunskapsstyrning och forskning i Södra Regionen.

Barn och unga

Första linjens vård för psykisk ohälsa är organiserad inom BUP, som vid misstanke om anorexi, bulimi, ätstörning UNS eller selektivt ätande hänvisar direkt till specialistpsykiatriens ätstörningsmottagningar (Skånevård Sund, 2017). Inom BUP finns det ätstörningsteam vid de olika klinikerna. Det finns även ett regionalt ätstörningscentrum i Lund med tillgång till öppenvård, dagvård samt två behandlingslägenheter som fungerar som slutenvårdsenheter för barn och unga. Specialiserad heldygnsvård finns även i Lund för patienter från 16 års ålder.

Vuxna

Primärvården ansvarar för första linjens vård vid psykisk ohälsa för vuxna. Vård och behandling av personer med ätstörningar ska även kunna ske på denna nivå (Region Skåne, 2017). Den vård som är organiserad inom vuxenpsykiatrien ser olika ut i olika länsdelar, med ätstörningsenheter eller specialiserade ätstörningsteam. Det finns tillgång till öppenvård och dagvård i olika länsdelar, samt den upphandlade dagvården Resund i Malmö (från 16 års ålder). Det finns en ambition om att psykiatrisk samsjuklighet ska behandlas av samma ätstörningsteam. Specialiserad heldygnsvård finns i Lund, men heldygnsvård kan även ske på allmänpsykiatrisk avdelning på hemorten.

Andra verksamheter

Det finns många vägar in till ätstörningsvården, men det framgår inte tydligt om särskilda samarbeten finns etablerade. Kunskapscentret i Lund erbjuder konsultationsverksamhet till primärvården.

3.2 Samlad beskrivning av ätstörningsvårdens organisation i Sverige

Det finns vissa likheter och gemensamma drag mellan landstingen...

Utifrån kartläggningen av ätstörningsvården i respektive landsting (se avsnitt 3.1) kan ett antal likheter urskiljas. Även om det i ett fåtal landsting finns ett uttalat ansvar för patienter med vissa ätstörningar inom primärvården, är ätstörningar en psykiatrisk sjukdom för vilken psykiatri i regel har ett huvudansvar. I flera landsting uppger intervjupersoner att vård och behandling av diagnostiserade ätstörningar uteslutande sker inom psykiatri, oavsett svårighetsgrad.

I samtliga landsting finns inom psykiatri tillgång till öppenvård för patienter med ätstörningar. I flertalet landsting erbjuder samma verksamhet även dagvård och i vissa fall även specialiserad heldygnsvård. Vidare sker vård och behandling vid allvarigare ätstörningar i majoriteten av landstingen i multidisciplinära team. Nästan samtliga landsting köper under vissa omständigheter in utomlänsvård.

Trots att landstingsföreträdarna i denna intervjustudie sällan har haft full inblick i skolhälsovården och kommunala ungdomsmottagningars organisation, framgår det i genomförda intervjuer att dessa verksamheter i regel utgör viktiga vägar in till vård och behandling för patienter med ätstörningar, oavsett hur landstingets första linje-verksamhet för psykisk ohälsa är organiserad. Utöver detta är egenanmälan från patienter och närstående direkt till psykiatriska mottagningar/ätstörningsenheter viktiga vägar in till psykiatriens ätstörningsvård runtom i landet.

... men det finns även betydande skillnader vad gäller ätstörningsvårdens organisering

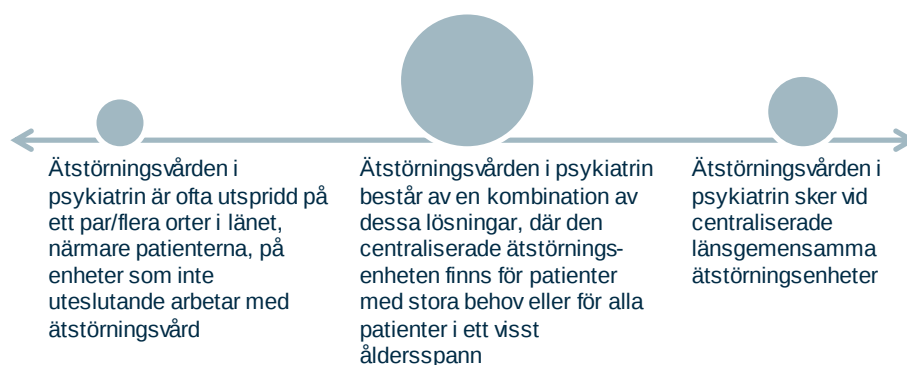
Trots ovan nämnda likheter mellan landstingen finns även stora skillnader i hur ätstörningsvården är organiserad runtom i Sverige. Nedan beskrivs dessa skillnader utifrån ett antal dimensioner.

Centraliserade länsenheter/vård inom allmänpsykiatri

En betydande skillnad mellan landstingen är huruvida vård och behandling av ätstörningar huvudsakligen sker vid specialiserade länsenheter eller vid BUP- och vuxenpsykiatriska mottagningar med mer eller mindre specialiserade ätstörningsteam, se figur 1. Vård och behandling som utförs av ätstörningsteam och vid ätstörningsenheter kan vara antingen åldersintegrerad eller uppdelad på separata verksamheter inom BUP respektive vuxenpsykiatri. Graden av specialisering skiljer sig mellan landsting, men även mellan länsdelar inom större landsting. Landstinget Dalarna och Region Örebro län är exempel på landsting som har en centraliserad ätstörningsvård, med länsgemensamma ätstörningsenheter på en tätort. I Region Örebro län finns en

åldersintegrerad ätstörningsenhet, medan Landstinget Dalarna har en länsenhet för barn och unga och en för vuxna. I andra landsting (till exempel Region Västernorrland) är psykiatrins ätstörningsvård istället mer decentraliserad och sker vid lokala psykiatriska mottagningar runtom i länet. En kombination av dessa lösningar ses i de flesta landstingen. Till exempel har Region Östergötland en länstäckande specialistresurs som ger vård och behandling till de allvarligast sjuka patienterna, men övrig vård och behandling sker inom allmänpsykiatri där det finns olika ätstörningsteam.

Figur 1. Centraliserade länsenheter/allmänpsykiatriska mottagningar*

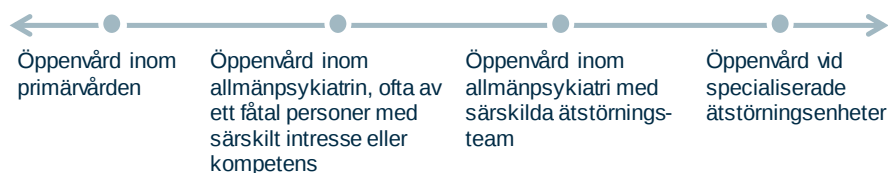


*Bilden är illustrativ och visar, utifrån intervjuerna och dokumentanalysen, ett uppskattat och ungefärligt förhållande mellan hur landstingen organiserat ätstörningsvården inom psykiatri. Bilden har inte tagit hänsyn till landstingens respektive storlek och visar med andra ord *inte* på hur många patienter som erhåller vård inom en viss typ av organisering.

Organisering av öppenvård

Övergripande kan fyra modeller urskiljas för hur öppenvården är organiserad för patienter med ätstörningar, se figur 2. Utifrån intervjuerna och dokumentanalysen har det varit svårt att uppskatta ett inbördes förhållande mellan de olika modellerna, till skillnad från övriga figurer indikerar figur 2 därför inte antalet landsting i varje kategori.

Figur 2. Öppenvårdens organisering*



*Utifrån intervjuerna och dokumentanalysen har det varit svårt att uppskatta ett inbördes förhållande mellan de olika modellerna. Det har framkommit att landstingsrepresanterna sällan kan redogöra för i vilken utsträckning som öppenvård vid ätstörningar sker utanför landstingets huvudsakliga ätstörningsverksamhet.

Samtliga landsting har någon form av öppenvård enligt ovan. I vilken utsträckning öppenvård sker inom primärvården är utifrån denna kartläggning svårt att bedöma för flera landsting. Region Halland är dock ett exempel på ett landsting som har givit primärvården ett tydligt ansvar för vård och behandling av vissa ätstörningar. Även Region Gävleborg uppger att de har för avsikt att flytta ut mer av öppenvården till primärvården. I kontrast till dessa landsting exemplifierar Region Jönköping en organisering där en stor del av öppenvården sker inom

ordinarie allmänpsykiatrisk verksamhet. En vidareutveckling av detta är att inom allmänpsykiatrin ha särskilda ätstörningsteam, med större vana av att arbeta med patientgruppen. Detta ses i flera landsting, exempelvis i Landstinget Sörmland och Region Gotland. Slutligen sker öppenvård för många patienter vid de specialiserade ätstörningsenheterna som finns på många platser i landet. Även en kombination av de olika lösningarna är vanlig. I Västerbottens läns landsting finns exempelvis samtliga identifierade modeller för organiseringen av öppenvården.

Tillgång till öppenvård och dagvård

De flesta av landstingen uppger att de kan erbjuda dagvård till patienter med ätstörningar, se figur 3. Det uppges dock ofta finnas ett begränsat antal platser och i några landsting finns det enbart dagvård för antingen barn och unga eller vuxna patienter. Region Jämtland Härjedalen har exempelvis enbart dagvård för vuxna patienter, medan omvänt förhållande råder i Landstinget Blekinge. De flesta landsting som saknar dagvård eller annan mellanvård⁷ framhåller att de erbjuder någon form av förstärkt öppenvård⁸ för patienter som har behov av ytterligare stöd utöver öppenvård. Detta är fallet i exempelvis Region Örebro län. Vidare kan tillgänglig dagvård vara mer eller mindre specialiserad mot ätstörningsvård. I Region Västernorrland och Region Jönköpings län finns exempelvis dagvård, men denna är inte specialiserad mot vård och behandling av ätstörningar.

Figur 3. Tillgång till förstärkt öppenvård och dagvård*



*Bilden är illustrativ och visar, utifrån intervjuerna och dokumentanalysen, ett uppskattat och ungefärligt förhållande utifrån antalet landsting inom respektive kategori.

Organisering av heldygnsvård

Som tidigare har nämnts skiljer sig även organiseringen av heldygnsvården mellan landstingen, se figur 4. I flera landsting har observerats att barn och ungdomar enbart har möjlighet att få heldygnsvård vid medicinavdelning inom landstinget. I dessa landsting sker ofta en stor del av heldygnsvården för barn och unga även vid psykiatrisk avdelning via utomlänsavtal. Region Kronoberg är ett exempel på ett landsting där

⁷ Exempelvis dagvård i hemmiljö.

⁸ Med förstärkt öppenvård menas kompletterande insatser inom öppenvården, vilket kan bestå av gemensamma måltider eller andra insatser, som dock inte motsvarar en fullvärdig dagvård.

heldygnsvård för barn och unga nästan uteslutande sker utomläns, via avtal med Region Halland.

I flera landsting saknas även en specialiserad avdelning för ätstörningspatienter. Istället sker vård och behandling vid psykiatriska avdelningar som även ger vård och behandling till andra patienter. På dessa avdelningar kan det finnas mer eller mindre vana/erfarenhet av att ge vård och behandling till patienter med ätstörningar. I flera fall har avdelningarna reserverade vårdplatser för patientgruppen. Denna vård och behandling kan även ske genom samverkan med en ätstörningsenhet.

Landstingsdrivna specialiserade ätstörningsavdelningar för heldygnsvård finns i tre landsting, Stockholms läns landsting, Region Skåne och Västra Götalandsregionen, där det vanligtvis är de allvarligast sjuka patienterna som vårdas. I Region Skåne och Västra Götalandsregionen finns denna vård enbart för patienter i specifika åldersspann (se avsnitt om landstingens organisation). Även Region Jönköpings län har möjlighet att erbjuda barn och unga specialiserad heldygnsvård vid Anorexienheten.

Figur 4. Heldygnsvårdens organisering*



*Bilden är illustrativ och visar, utifrån intervjuerna och dokumentanalysen, ett uppskattat och ungefärligt förhållande utifrån antalet landsting inom respektive kategori.

Gränssnittet mellan första linjens vård och psykiatri

Tre huvudsakliga modeller vad gäller överenskommelser mellan primärvården och psykiatri kan urskiljas; i) första linjen har ett tydligt ansvar för utredning och viss behandling, ii) ansvarsfördelningen är inte tydligt definierad iii) psykiatri har ett tydligt uppdrag att handlägga alla patienter med ätstörningar⁹, se figur 5.

⁹ Ofta är detta uppdrag utformat utifrån ätstörningsdiagnoserna i ICD-10. Det kan därmed fortfarande råda en osäkerhet om vilken verksamhet som ska ge vård och behandling till patienter med hetsättningsstörning, vilket är en diagnos som har tillkommit.

Figur 5. Samverkansavtal mellan första linjens vård och psykiatri*



*Bilden är illustrativ och visar det ungefärliga förhållande som setts utifrån dokumentanalysen.

I majoriteten av landstingen finns det inte uppdaterade överenskommelser eller överenskommelser där det tydligt framgår vilket ansvar som finns inom primärvården vad gäller vård och behandling av ätstörningar. Vidare är hetsättningsstörning en nyare diagnos som inte alltid tagits hänsyn till i utarbetandet av samverkansavtalen, varför det kan finnas större oklarhet kring var dessa patienter ska vårdas. I ett par landsting pågår för nuvarande ett arbete med att ta fram nya samverkansavtal mellan primärvården och psykiatri. I ett fåtal landsting är första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa organiserad inom BUP, vilket gör att det inte finns samma behov av ett gränssnittsavtal.

Behandling av samsjuklighet

Psykiatrisk samsjuklighet är, som tidigare har nämnts, vanligt förekommande hos personer med ätstörningar. Det finns tydliga skillnader vad gäller hur landstingen väljer att organisera vården för dessa personer, se figur 6.

Figur 6. Vård och behandling vid samsjuklighet*



*Bilden är illustrativ och visar, utifrån intervjuerna, ett uppskattat och ungefärligt förhållande. Det framkommer av intervjuerna att detta även beror på vilken psykiatrisk samsjuklighet som råder, vilken sjukdom som ses som huvudsaklig och vilken ätstörningsverksamhet som patienten vårdas vid inom landstinget. Det huvudsakliga budskapet är att ätstörningsenheter gör olika vad gäller vård och behandling av samsjuklighet.

För patienter som både har en ätstörning och andra psykiatriska tillstånd kan tre olika modeller urskiljas i hur landstingen valt att organisera vården. I vissa landsting sker för dessa patienter även vård av ätstörningen i stor utsträckning inom allmänpsykiatri eller annan specialiserad psykiatrisk verksamhet. I andra landsting är det vanligaste att

specialiserad ätstörningsvård och annan psykiatrisk verksamhet behandlar patienterna *parallellt* eller i sekvens. I dessa landsting behandlas ätstörningen i den specialiserade ätstörningsvården och psykiatrisk samsjuklighet inom allmänpsykiatri eller annan specialiserad psykiatrisk verksamhet. Slutligen visar kartläggningen att ätstörningsvården i flera landsting har ett bredare ansvar för patienter med samsjuklighet och behandlar såväl ätstörningen som samsjuklighet.

För samtliga av de observerade modellerna påverkar faktorer såsom huvudsaklig problematik, typ av ätstörning och typ av samsjuklighet var patienterna vårdas. Hur psykiatrien delar upp vården kan även variera inom ett landsting beroende på behandlande mottagning eller hur allvarlig ätstörningsproblematiken bedöms vara.

Organisering av första linjen och annan verksamhet utanför psykiatrien

Första linjen

Vilken roll första linjen har inom ätstörningsvården varierar också. Många gånger sker remiss eller egenvårdsanmälan direkt till ätstörningsenheter eller allmänpsykiatri och första linjen har då en begränsad roll i vård och behandling av ätstörningar. Det förekommer dock i vissa fall, framförallt för vuxna patienter, ett större ansvar för såväl utredning som behandling inom primärvården.

Första linje-uppdraget för vuxnas psykiska hälsa finns inom primärvården. Även första linje-ansvaret för barn och ungas psykiska hälsa är i majoriteten av landstingen organiserad inom primärvården. Det kan vara via vårdcentraler, hälsocentraler, särskilda samtalsmottagningar eller, i ett par landsting, ungdomsmottagningar som organisatoriskt ses som en del av primärvården. I några landsting kan även skolhälsovård ha ett första linje-liknande uppdrag. I ett fåtal landsting har BUP första linje-ansvar för barn och ungas psykiska hälsa. Verksamheterna ovan har i vissa landsting första linje-ansvaret även för unga vuxna.¹⁰

Skolhälsovård, ungdomsmottagningar och företagshälsovård

Skolhälsovården omnämns i samtliga intervjuer som en viktig aktör för att upptäcka barn och unga samt unga vuxna med ätstörningar. Inom skolhälsovården sker främst upptäckt av personer med misstänkt ätstörning samt vissa somatiska kontroller och stödjande och motiverande insatser. I Region Örebro län uppger man dock att även behandling vid lindriga ätstörningar kan påbörjas inom skolhälsovården (Andersson, Sand, Gustafsson, & Agrell, 2017). Skolsköterskor (ibland med stöd från skolläkare) uppges vara en viktig yrkesgrupp för att upptäcka och remittera vidare patienter med ätstörningar.

¹⁰ Exakt åldersgräns för när annan verksamhet övertar ansvaret kan variera.

Ungdomsmottagningarnas roll liknar till stor del skolhälsovårdens. Något som skiljer dem åt är att somatiska kontroller inte alltid är en del av ungdomsmottagningarnas insatser. Här ses, utifrån identifierade vårdprogram och samverkansavtal, ett fokus på stödjande och motiverande insatser. Ungdomsmottagningar kan ha kommunen, landstinget eller båda som huvudman. I ett par landsting har ungdomsmottagningarna ett utökat uppdrag och tillhör första linje-verksamheten.

Företagshälsovården tillhör inte hälso- och sjukvården utan är *"en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering"* (Arbetsmiljölagen (1977:1160)). Ett fåtal intervjuade landstingsföreträdare har identifierat företagshälsovården som betydande vad gäller upptäckt och remittering av personer med ätstörningar till psykiatrins ätstörningsvård.

Barn- och ungdomsmedicinska kliniker och annan somatisk vård

Denna delstudie har inte kartlagt vilken roll barn- och ungdomsmedicinska kliniker har i samtliga landsting. I flera landsting sker dock heldygnsvård av barn och unga vid barn- och ungdomsmedicinska avdelningar. Klinikerna har en viktig roll vid vård och behandling av unga personer med allvarlig somatisk påverkan. Vidare framgår att barn- och ungdomsmedicinska kliniker har en viktig roll i vård och behandling av de yngsta barnen med ätproblematik. I Västerbottens läns landsting sker exempelvis all vård och behandling av barn 0 – 6 år med ätproblematik vid barnkliniken.

Vård och behandling av vuxna patienter med allvarlig somatisk påverkan från sin ätstörning kan ske vid medicinska avdelningar, på samma sätt som för barn och unga. Vidare kan patienter med allvarlig somatisk påverkan påträffas inom akutsjukvården, där de får vård och behandling för det akuta somatiska tillståndet.

Tandvård

Enbart i ett fåtal landsting förefaller det finnas ett etablerat samarbete mellan tandvården och psykiatrins ätstörningsvård. Få landstingsföreträdare uppger att de känner till att patienter remitterats till psykiatri från tandvården. Ätstörningsenheten i Region Örebro län utmärker sig genom att ha ett särskilt samarbete med tandvården där alla patienter erbjuds ett kostnadsfritt besök i specialisttandvården, som omkring 30 procent av patienterna tackar ja till.

Kvinnohälsovård

I denna studie har det framkommit att det i ett par landsting finns etablerade samarbeten mellan psykiatrins ätstörningsvård och mödrahälsovården, med kunskapsutbyte och konsultativt stöd. Gynekologiska mottagningar omnämns vidare i ett par intervjuer som verksamheter som i vissa fall remitterar patienter till psykiatrins ätstörningsvård. Vidare omnämns även barnhälsovården vid ett par intervjuer, vad gäller samverkan med ätstörningsvården, efter en graviditet.

Andra verksamheter

Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården kan med rätt kunskap uppmärksamma en patient med en misstänkt ätstörning och hjälpa patienten till vård och behandling. Det finns dock vissa verksamheter som i större utsträckning träffar dessa patienter eller som på annat sätt är delaktiga i deras vård. Verksamheter som tidigare inte omnämnts som kan ha en roll i att upptäcka patienter med ätstörningar inkluderar överviktsenheter, ortopedin och habiliteringen. Överviktsenheter och habiliteringen kan även ha ett ansvar för att behandla somatisk respektive psykiatrisk samsjuklighet.

3.3 Analys av skillnader och brister i ätstörningsvården

I avsnitt 3.2 lämnades en beskrivning av likheter och skillnader i hur ätstörningsvården är organiserad. Nedan beskrivs hur intervjupersonerna *upplever* att ätstörningsvården fungerar och vilka konsekvenser intervjupersonerna uppfattar att skillnaderna i organisering och rollfördelning i ätstörningsvården får för patienter med ätstörningar.

I flera landsting uppges ätstörningsvården, på det stora hela, fungera väl...

Flera intervjupersoner har framhållit att ätstörningsvården i deras respektive landsting fungerar väl. Ett relativt stort antal landstingsföreträdare beskriver låga trösklar till den specialiserade ätstörningsvården, där tillgängligheten upplevs vara god med möjlighet till ett snabbt och kvalificerat mottagande. Flertalet landstingsföreträdare berättar vidare att de har möjlighet att erbjuda god vård till patienter inom den specialiserade ätstörningsvården, oavsett om den är organiserad som en integrerad del i ordinarie psykiatrisk verksamhet, eller som separata verksamheter. Intervjupersonerna framhåller att det ibland begränsade patientunderlaget medför att det kan vara svårt att erbjuda en väl utbyggd ätstörningsvård, men att de är nöjda med den vård de kan erbjuda *givet* förutsättningarna.

... samtidigt innebär skillnader såväl inom som mellan landstingen utmaningar för patienterna

Trots de många positiva exempel som lyfts fram framhåller delstudiens intervjupersoner dock att ätstörningsvården inte fullt ut är jämlik för patienterna, på grund av skillnader både *i) inom* landsting och *ii) mellan* landsting. Vad gäller *i)* skillnader inom landsting kan bland annat nämnas tillgängligheten till vården. Till exempel anses vården inte vara lika tillgänglig för de som bor geografiskt långt från de ofta centralt/urbant belägna ätstörningsenheterna.¹¹ Vad gäller skillnaden *ii)* mellan landsting kan bland annat nämnas att innehållet i den vård och behandling som erbjuds till patienter med ätstörningar skiljer sig åt mellan landstingen. Detta ses till exempel vad gäller vilken terapeutisk behandling som erbjuds patienter.



”Ätstörningsenheter gör olika saker. Patienterna får olika vård beroende på var de bor.”

– Företrädare för professionsorganisation

¹¹ Landsting uppger sig försöka finna lösningar för att patienter ändå ska kunna ta del av vården, exempelvis genom att erbjuda övernattningsmöjligheter på patienthotell. En landstingsrepresentant efterlyser digitala lösningar för att föra vården närmare patienterna.

Tillgången till vård och behandling kan skilja sig mellan barn och unga respektive vuxna

Det finns, som tidigare har nämnts, skillnader mellan landstingen vad gäller hur de har organiserat vården för barn och unga respektive vuxna. I vissa landsting är ätstörningsvården mer utbyggd för vuxna patienter med tillgång till dagvård och specialiserad heldygnsvård, medan intervjupersoner uppger att yngre patienter med detta vårdbehov behandlas vid avdelningar utan särskild ätstörningskompetens eller utomläns. Samtidigt uppger somliga landstingsrepresentanter att barn och unga prioriteras framför vuxna i ätstörningsvården, och att de har möjlighet att erbjuda god vård till denna patientgrupp, men att vården snarare brister för patienter över 18 år.¹²

Vissa, ofta mindre landsting har inte möjlighet att själva erbjuda specialiserad heldygnsvård och/eller dagvård

Medan det i större landsting, såsom Stockholms läns landsting och Region Skåne, finns en utbyggd dagvård och tillgång till specialiserad heldygnsvård är detta inte alltid fallet i andra delar av landet. Mindre och glesbefolkade landsting har generellt sett svårare att erbjuda dessa vårdformer då det rör sig om relativt små patientvolymen (brist på specialiserad ätstörningsvård ses dock även i större landsting såsom i Region Jönköpings län för vuxna patienter). Avsaknad av specialiserad heldygnsvård uppges i intervjuer vara en utmaning då:

1. *Patienter vårdas på allmänpsykiatriska och somatiska avdelningar.* Flera landstingsrepresentanter uppger att det inte sällan saknas ändamålsenlig kompetens för att möta patienternas behov när vården sker vid dessa avdelningar.
2. *Utomlänsvård köps in.* Flera landstingsrepresentanter uppger att det finns en farhåga vad gäller att landstinget i vilket vården köps från prioriterar de egna patienterna, men även att det leder till komplexa vårdövergångar och att patienten tvingas "lämna sitt sammanhang" på hemorten.

Vilka professioner som deltar i vård och behandling av ätstörningar skiljer sig åt mellan landstingen

Vård och behandling av ätstörningar ges ofta av multidisciplinära team som kan bestå av en rad yrkeskategorier, där specialistläkare i psykiatri, psykologer, kuratorer, terapeuter,

¹² Flera landsting har dock valt, som tidigare framgått, att frångå den åldersuppdelade vården för patienter med ätstörningar. Av de landsting som inte har en åldersintegrerad vård är det vidare ett par intervjuade landstingsrepresentanter som uttryckt en vilja att utveckla verksamheten åt detta håll. Ett landsting som nu utvecklar sin ätstörningsvård i denna riktning uppger att vårdövergångar har varit problematiska och att patienter försvinner från behandling i övergången mellan BUP och vuxenpsykiatri.

sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, skötare och dietister är vanligt förekommande. Det finns dock betydande skillnader mellan landstingen vad gäller organiseringen kring vilka professioner som deltar i ätstörningsvården.¹³ Till exempel framgår det av kartläggningen att dietister *inte* har en självklar roll inom den specialiserade ätstörningsvården i flera landsting. Professionsföreträdare framhåller att detta bland annat kan få implikationer för sjukdomsförlopp och för vilka kostråd och stöd som patienter och föräldrar får.



”Det finns en brist på den kompetens som en dietist kan tillföra vad gäller kostrådgivning – absolut! Kostråd ges av personal som ej har den utbildningen. Personalen önskar en utökad dietistresurs på ätstörningsenheten, men det har inte varit prioriterat från ledningens sida.”
- Hälso- och sjukvårdspersonal

Det saknas tydliga uppdrag för att ta hand om vissa patientgrupper

Det har i flera intervjuer med landstingsrepresentanter och hälso- och sjukvårdspersonal framhållits att det saknas formaliserade uppdrag för att ta hand om flera utsatta patientgrupper, vilket medför att patienter ”faller mellan stolarna”. Det rör sig framförallt om patienter med de senare tillkomna ätstörningsdiagnoserna undvikande/restriktiv ätstörning och hetsättningsstörning. I flera landsting uppges det vara oklart huruvida dessa patienter ska få vård inom den specialiserade ätstörningsvården eller inom någon annan verksamhet (exempelvis vid barn- och ungdomsmedicinska avdelningar, vid undvikande/restriktiv ätstörning eller inom primärvården, vid hetsättningsstörning). Många landsting har samverkans-/gränssnittsavtal mellan primärvården och psykiatri, men i flera fall upplevs det fortfarande finnas oklarheter gällande vilken vårdnivå som exempelvis hetsättningsstörning ska behandlas på.



”Patienter med undvikande/restriktiv ätstörning faller mellan stolarna. Det är en tydlig brist att det inte finns någon verksamhet som har i uppdrag att ta hand om dessa patienter.”
- Hälso- och sjukvårdspersonal

¹³ Skillnader i vilka professioner som deltar beror även på resurser och möjligheter att rekrytera. Brist på läkarkompetens inom ätstörningsvården får exempelvis stora följder för organisering och ansvarsfördelning för patientgruppens vård. Detta berörs vidare under avsnittet ”Avsaknad av såväl ekonomiska som personella resurser framhålls som en utmaning i flera landsting” nedan.

Samverkan mellan verksamheter skiljer sig åt, men är sällan tillräcklig utifrån ett patientperspektiv

Då patienter med ätstörningar ofta lider av psykiatrisk samsjuklighet eller har behov av somatisk vård lyfts samverkan mellan huvudmän inom hälso- och sjukvården som avgörande. Samverkansproblem är dock en stor utmaning, enligt intervjupersoner. Samverkansproblem finns mellan olika vårdgivare på olika vårdnivåer, med skola, inom psykiatri i samband med samsjuklighet, samt vid inläggningar inom icke-specialiserad heldygnsvård. Ett område som lyfts som särskilt utmanande är samverkan med socialtjänsten vid samtidigt missbruk. I boken *”Kliniska riktlinjer för utredning och behandling”* framhålls emellertid att ett nära samarbete mellan missbruksenheter och ätstörningsenheter i allmänhet *krävs* för att kunna hjälpa dessa patienter (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015).



”Patienter med beroendeproblematik kan ha svårighet att tillgodogöra sig behandling och riskerar att bli utestängda från behandling. Man skulle behöva jobba med båda sakerna – men i nuläget finns inte riktigt möjlighet till det.”
– Landstingsföreträdare

Det saknas i regel upparbetade rutiner för samverkan mellan till exempel ätstörningsenheter och tandvården. I vissa fall finns välfungerande samarbeten etablerade, men intervjupersoner beskriver att de ofta är starkt avhängiga enskilda medarbetares engagemang. I vissa landsting har ätstörningsverksamheter i uppdrag att sprida kunskap och agera konsultativt stöd till andra verksamheter. Samverkan omnämns dock som en utmaning även i dessa landsting. Utmaningarna finns bland annat vid parallella behandlingar inom psykiatri eller i vårdövergångar.



”Det finns ärenden gällande patienter som har vårdats inom den somatiska vården där det inte har fungerat optimalt. Från den somatiska vården har man inte tagit de kontakter man borde inom psykiatri och vårdplaneringsmöten har uteblivit.”
– Landstingsföreträdare

Avsaknad av såväl ekonomiska som personella resurser framhålls som en utmaning i flera landsting

Avsaknad av ändamålsenliga resurser har varit ett återkommande tema i delstudiens intervjuer. Detta uppges ibland bero på att vårdområdet inte är tillräckligt prioriterat i organisationen, men även på att det ibland saknas förutsättningar. Brister kan bland annat bero på en för liten personalstyrka och svårigheter att rekrytera, vilket påverkar tillgängligheten och vilken vård och behandling som erbjuds. Till exempel uppger ett par landstingsföreträdare att det saknas läkare inom den specialiserade ätstörningsvården i respektive landsting, vilket anses leda till bristande patientsäkerhet och kontinuitet.

Vidare uppger intervjupersoner att de inte har möjlighet att erbjuda evidensbaserade behandlingar i den omfattning de önskar på grund av svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens.



”Det är svårt att rekrytera kompetenta psykoterapeuter, liksom läkare. Slutar en psykolog påverkas verksamheten mycket – man får det utbud som finns.”
– Landstingsföreträdare



”Det handlar inte om kunskap utan om resurser – vid de enheter som har undermåliga resurser får de glesa ut besöken.”
– Hälso- och sjukvårdspersonal

Patienter som inte passar in i bilden av en ätstörningspatient riskerar att inte få hjälp

Det har framgått i flera intervjuer att hälso- och sjukvården framför allt förmår identifiera, bemöta och behandla personer med en ”typisk ätstörning utan samsjuklighet”, exempelvis anorexi och bulimi hos flickor och unga kvinnor. Patientgrupper som däremot inte passar in i den mer stereotypa bilden av en ätstörningspatient riskerar dock att inte nå den specialiserade vården i samma utsträckning samt att inte få tillgång till en anpassad vård, enligt intervjupersoner. Exempel på patientgrupper som riskerar att inte upptäckas i samma utsträckning inom hälso- och sjukvården har uppgetts inkludera pojkar och unga män, utlandsfödda samt personer med en ätstörning som inte leder till undervikt. En bidragande orsak uppges vara en begränsad kunskap inom första linjen, psykiatri (utanför den specialiserade ätstörningsvården) samt allmänheten gällande vilka olika uttryck som ätstörningar kan ta. En annan bidragande orsak uppges vara att dessa grupper i mindre utsträckning söker sig till vården. Ett par landsting lyfter att unga män med ätstörningar ibland identifieras av ortopedier. För unga män är det med andra ord delvis andra vårdgivare som behöver kunskap om upptäckt och remitteringsmöjligheter, då män inte upptäcks via exempelvis mödrahälsovården. En landstingsrepresentant lyfter att även barn och unga med utländsk bakgrund undviker att söka vård tills de har fyllt 18 år och därmed ”kommer senare till vården”.



”Bilden av den smala ätstörningspatienten är fortfarande helt dominerande.”
– Hälso- och sjukvårdspersonal



”Vi har ingen mottagning för de äldre patienterna med kroniskt lidande, som har levt med ätstörning hela sitt liv. Dessa patienter kan få vård inom ätstörningsteamet, men det är andra insatser som krävs...”
– Landstingsrepresentant

4

KUNSKAPSLÄGET I ÄTSTÖRNINGSVÅRDEN

I detta kapitel beskrivs kunskapsläget inom ätstörningsvården, utifrån genomförda intervjuer med landstingsföreträdare, hälso- och sjukvårdspersonal och professionsorganisationer. Kapitlet inleds med en beskrivning av kunskapsläget samt en beskrivning av vilka kunskapsstöd som redan finns. Därefter beskrivs efterfrågan på kunskapsstöd.

4.1 Kunskapen varierar mellan vårdnivåer/verksamheter och mellan diagnosgrupper

På samtliga vårdnivåer inom ätstörningsvården är det viktigt att rätt kompetens finns tillgänglig för att kunna ge god vård och behandling till personer med ätstörningar. Adekvat kunskap behövs om såväl bemötande, upptäckt och utredning, som om terapeutisk behandling och behandling av somatiska följdtilstånd. Utifrån genomförda intervjuer kan konstateras att det är utmanande att dra entydiga slutsatser vad gäller kunskapsläget inom ätstörningsvården. Kunskapen tycks variera mellan vårdnivåer/verksamheter samt gällande vård och behandling av olika diagnosgrupper.

Den sammantagna bilden utifrån delstudien är dock att kunskapen behöver utvecklas. På det stora hela tycks tillgången till och tillämpningen av befintlig kunskap vara förhållandevis god vid specialiserade ätstörningsenheter, men mindre utvecklad inom övrig psykiatri och på lägre vårdnivåer. Intervjupersoner har till exempel framhållit att patienter med ätstörningar ofta har sin första vårdkontakt inom verksamheter där

kunskapen om ätstörningar är bristfällig samt efterfrågar en utvecklad kunskap inom hälso- och sjukvården om att ätstörningar är en sjukdom.

Samtidigt visar intervjuerna att anledningarna till varför kunskapen brister kan vara flera, och inte nödvändigtvis beror på avsaknad på *tillgång* till kunskap. Istället kan orsaken vara att förutsättningar saknas för att fullt ut kunna *tillgodogöra* sig tillgänglig kunskap. Till exempel har såväl landstingsföreträdare som företrädare för professionsorganisationer och hälso- och sjukvårdspersonal påpekat att kunskapsbrist i vissa fall beror på att existerande kunskapsstöd inte används/implementerats. Vidare har flera intervjupersoner framhållit att kompetensförsörjning och kompetensutveckling gällande ätstörningar inte prioriteras inom verksamheter som även träffar många andra patientgrupper.

Kunskap inom specialiserad ätstörningsvård

Det råder enighet bland intervjupersonerna om att kunskapsnivån är högst inom *specialiserade ätstörningsenheter och ätstörningsteam*. Av intervjuerna framgår att de specialiserade ätstörningsenheterna och ätstörningsteamerna överlag är bra på att tillgodogöra sig ny kunskap samt att nätverk finns för kunskapsspridning, även om variationer finns. Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer "*Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*" från 2015 har fått stor spridning, och upplevs till stor del utgöra ett tillfredsställande stöd.¹⁴ Flera landsting har även egna vårdprogram samt har erbjudit Karolinska Institutets högskolekurs "*Ätstörningar - bakgrund och behandling*" samt annan utbildning till sina medarbetare.

En majoritet av intervjupersoner med erfarenhet av den specialiserade ätstörningsvården framhåller att det överlag finns *tillgång till* kunskap om evidensbaserade behandlingar inom specialiserade ätstörningsverksamheter, även om denna kunskap kan vidareutvecklas. Det framkommer dock i intervjuerna att det finns variationer vad gäller *tillämpning och implementering* av existerande kunskap och därmed skillnader i vilka behandlingar som erbjuds. Intervjupersoner lyfter att möjligheten att erbjuda evidensbaserad behandling påverkas av hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. Svårigheter att rekrytera utbildad personal och begränsade resurser för fortbildning och handledning påverkar därmed utbudet.

¹⁴ Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling beskrivs närmare under rubriken "Skriftliga kunskapsstöd" nedan.

Kunskap inom allmänpsykiatri och övrig specialiserad psykiatri

Allmänpsykiatri¹⁵ och annan specialiserad psykiatri (exklusive specialiserad ätstörningsvård) har olika stort ansvar för personer med ätstörningar i olika delar av landet. Genomförda intervjuer indikerar att det överlag finns behov av mer kunskap om vård och behandling av ätstörningar i dessa verksamheter. Då allmänpsykiatri också kan vara en väg in till mer specialiserad ätstörningsvård framhåller flera intervjupersoner att det är relevant med bred kunskap inom allmänpsykiatri, inklusive kunskap för att upptäcka och diagnosticera ätstörningar.

Fem intervjupersoner med erfarenhet av den specialiserade ätstörningsvården beskriver att bristen på kunskap kan kopplas samman med hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelse av att arbeta med patientgruppen. Det framkommer att hälso- och sjukvårdspersonal utanför den specialiserade ätstörningsvården ofta upplever det som en utmaning och krävande att ge god vård och gott bemötande till personer med ätstörningar. Brist på kunskap om hur målgruppen på bästa sätt bemöts och behandlas anges som en anledning till denna upplevelse. Det beskrivs också att denna upplevelse hos viss personal inom psykiatri leder till åsikten att personerna bör behandlas på specialiserade enheter, där kompetensen för att ge god vård med ett gott bemötande finns. Detta bekräftar den bild som Wallin med flera (2015) förmedlar kring varför specialiserade ätstörningsenheter har växt fram i Sverige (Wallin, af Sandeberg, Nilsson, & Linne, 2015).

Det har även lyfts att mer kunskap behövs inom allmänpsykiatri och annan specialiserad psykiatri (exklusive specialiserad ätstörningsvård) även vad gäller att upptäcka och identifiera patienter med ätstörningar. En intervjuad landstingsföreträdare framhåller exempelvis att de inom landstinget ser ett behov av mer kunskap om tidiga tecken på denna vårdnivå. Detta lyfts även av företrädare för en professionsorganisation. Intervjuad hälso- och sjukvårdspersonal från den specialiserade ätstörningsvården lyfter att även personer med allvarliga ätstörningar riskerar att förbises på grund av bristande kunskap om symtombilden.



”Ibland ser man inte ens ätstörningen. En patient kan gå tio år i vuxenpsykiatri utan att de upptäcker att patienten inte äter tillräckligt och har en ätstörning. Man upptäcker inte ens ätstörningen inom psykiatri. Det har vi sett flera gånger.”

– Företrädare vid professionsorganisation

¹⁵ Vi avser här såväl den allmänpsykiatriska vården inom BUP som allmänpsykiatrisk vård för vuxna patienter.

Kunskap inom heldygnsvård på psykiatrisk avdelning

Sju intervjupersoner lyfter kunskapsbrist vid de psykiatriska avdelningarna som en utmaning. Kunskapsluckorna uppges inkludera bemötande men även vård och behandling. I en majoritet av landstingen finns det, som tidigare har nämnts, inte någon specialiserad heldygnsvård. Personer med ätstörningar vårdas därmed vid en allmänpsykiatrisk avdelning eller annan psykiatrisk avdelning vid behov av heldygnsvård. Hälso- och sjukvårdspersonal och landstingsföreträdare från olika delar av landet framhåller att detta inte är optimalt. Då avdelningarna ofta brister i ätstörningsspecifik kunskap och kompetens, får detta konsekvenser för patienternas möjligheter till förbättring i sin sjukdom.



”Inom slutenvården är det hög personalomsättning och där brister det mer – där behövs det absolut mer kunskap!”
- Landstingsföreträdare

Kunskap inom barn- och ungdomsmedicinska kliniker, medicinkliniker för vuxna samt intensivvårds-avdelningar

Fyra intervjupersoner lyfter att det finns brister i samverkan mellan psykiatrin och den somatiska vården och att kunskapen inom somatisk vård ofta brister gällande bemötande. Bristande samverkan uppges delvis bero på bristande kunskap om vilka kontakter som bör tas inom psykiatrin. Vidare har lyfts i intervjuerna att indikationer för sondsättning för allvarligt undernärda patienter ser olika ut i landet och att det skulle behövas mer kunskap om hur renutrition bör hanteras.

Kunskap inom primärvården

Ett femtontal intervjupersoner uttrycker att kunskapen om ätstörningar är mycket begränsad inom primärvården. Det uppges av flera finnas en stor vilja att hjälpa patienter med ätstörningar inom primärvården, men kunskapen uppges överlag vara bristfällig. Detta leder till att patienter inte alltid upptäcks eller att vald vård och behandling strider mot tillgänglig evidens, enligt intervjupersoner. Exempelvis framhåller en professionsföreträdare att hälso- och sjukvårdspersonal ofta anser sig vara illa rustade och oförberedda på att stötta denna patientgrupp. Ett stort antal intervjupersoner lyfter att fler patienter skulle kunna upptäckas inom primärvården om det fanns mer kunskap om symtombild, bemötande och utredning. Vidare beskriver en landstingsföreträdare att personal vid ätstörningsenheten önskar se mer kunskap inom primärvården då de ofta får undermåliga remisser och kopplar detta till en bristande kunskap kring vilka somatiska kontroller som är viktiga. Då bättre remisser skulle möjliggöra att sortera ut allvarligt sjuka patienter samt de som inte bör remitteras till ätstörningsvården, uppges detta leda till en risk för försenad vård och behandling för patienterna med stora behov.



”Inom primärvården får man ibland SSRI-behandling för bulimi eller hetsätning – trots att riktlinjer tydligt säger att det inte ska sättas in utan annan behandling.”

– Företrädare för professionsorganisation

Kunskap inom andra verksamheter

Kunskap inom tandvården

Professionsförbund och tandläkare framhåller att kunskapen om orala manifestationer av ätstörningar i tandvården är relativt god. Den samlade bilden av intervjuerna är dock att det ofta saknas kunskap om och rutiner för kontakt med i) hälso- och sjukvården och ii) specialisttandvården vid tandskador på grund av misstänkt ätstörning. Vidare framhåller flera att det finns en osäkerhet gällande bemötande och att detta är ett område där det behövs mer kunskap. På motsvarande sätt framhålls även att ätstörningsvården kan behöva mer kunskap om munhälsa.



”Det är viktigt att man förstår implementeringsproblematiken gällande samverkan mellan tandvård och vård och omsorg. Här saknas kunskap, men överbryggandet är nödvändigt”

– Tandläkare

Kunskap inom mödrahälsovården

De personer som har intervjuats från mödrahälsovården är barnmorskor med mångårig yrkeserfarenhet, som även har ett samordnande utbildnings- och utvecklingsansvar i olika landsting. De lyfter att det finns skillnader i kunskap om ätstörningar hos barnmorskor. Vidare efterfrågar de mer kunskap om ätstörningar generellt, vad gäller associerade risker i och med en graviditet och om hur man fångar upp och skapar ett förtroende för att kunna vägleda vidare. Rutiner finns ofta för vad som ska göras i de fall en kvinna med ätstörning är gravid, men kunskapen som krävs för att upptäcka en ätstörningsproblematik finns inte alltid, enligt intervjupersonerna. Trots att barnmorskor har utbildning i motiverande samtal och har i uppdrag att fråga kvinnor om deras levnadsvanor, beskriver intervjupersonerna att detta betraktas som svåra samtal som inte alla är bekväma att ta.

Kunskap inom skolhälsovård, ungdomsmottagningar och företagshälsovård

Skolhälsovården beskrivs generellt sett som väl förtrogna med ätstörningar och skickliga på att identifiera och remittera personer med ätstörningar till hälso- och sjukvården. Vilken kunskap personalen besitter och vilka stödfunktioner som finns för skolsköterskor (som ofta är de som uppmärksammar denna problematik) beskrivs dock variera över landet. En landstingsrepresentant lyfter till exempel att det finns behov av

ytterligare kunskap inom skolhälsovården för att förbättra kvaliteten på remisser och för att försäkra sig om att dessa skickas till rätt vårdinstans. Kunskap om nyttillkomna ätstörningsdiagnoser samt om bemötande beskrivs också som utvecklingsområden i intervjuerna.

Ungdomsmottagningar beskrivs i begränsad utsträckning i intervjuerna, men nästan samtliga intervjuade landstingsföreträdare lyfter att även dessa är en viktig remissväg in till hälso- och sjukvården. I den intervju som genomförts med en representant för en ungdomsmottagning beskrivs kunskapsläget överlag som tillfredsställande, även om vissa ätstörningar, såsom bulimi och hetsättningsstörning upplevs vara svårare att fånga upp.

Företagshälsovårdens roll (och kunskapsnivå) tycks variera över landet och mellan företagshälsor. En regionalt medicinskt ledningsansvarig läkare för en stor företagshälsa berättar att företagshälsovården förmodligen skulle kunna bidra mer, men att kunskapen om ätstörningar är relativt begränsad inom företagshälsovården generellt. Samtidigt påpekar företrädaren att det inte hör till företagshälsans uppdrag att erbjuda vård och behandling, eller att remittera till hälso- och sjukvården om inte ätstörningsproblematiken går ut över den anställdas arbetssituation.

Återkommande teman där kunskapen är bristfällig på flera vårdnivåer

Ett antal övergripande kunskapsluckor, som återkommer tvärs vårdnivåerna, har identifierats vad gäller bemötande, hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning, behandlingsmetoder och samsjuklighet. Dessa redogörs närmare för nedan.

Kunskap om upptäckt och bemötande

Det har, som tidigare nämnts, framgått av intervjuerna att det ofta saknas kunskap för att upptäcka och identifiera patienter med ätstörningar. Det framgår av intervjuerna att det förmodligen finns bättre kunskap om hur framförallt anorexi kan identifieras, än om hur exempelvis hetsättningsstörning eller ätstörningar hos pojkar och unga män identifieras. Intervjupersoner från den specialiserade ätstörningsvården lyfter att detta behov finns inom flera verksamheter, såsom primärvård och allmänpsykiatri. Det har även lyfts funderingar från ett par intervjupersoner huruvida tillräcklig kunskap finns om upptäckt och bemötande inom verksamheter för fetmakirurgi.

Bemötande är viktigt för en ändamålsenlig ätstörningsvård på samtliga vårdnivåer. Ett tiotal landstingsföreträdare, professionsföreträdare, hälso- och sjukvårdspersonal samt personal från tandvården lyfter dock att detta är ett viktigt utvecklingsområde, där det behövs mer kunskap överlag. Intervjuade professionsföreträdare och vårdpersonal med olika yrkesroller lyfter bristande kunskap om bemötande som en orsak till att patienter inte alltid blir tillfrågade trots misstanke om ätstörning. Detta leder till att personer som inte själva berättar om sin ätstörning kan missas i vården. I andra fall medför bristande

kunskap att patienterna får ett bristfälligt bemötande när de berättar om sin problematik eller när de ska få vård, enligt intervjupersoner.



”Patienter med ätstörningar ses som utmanande på helt annat sätt än många andra patienter och de får till viss del fel bemötande i vården. En förtrogenhet med att detta verkligen är en sjukdom behövs i vården.”

– Företrädare för professionsorganisation

Kunskap om vårdnivåer och vilka kontakter som bör tas i olika steg i vårdkedjan

I ett tiotal intervjuer har framgått att det upplevs saknas kunskap om vilka organisationer/verksamheter som är involverade i ätstörningsvården, där det råder osäkerhet såväl kring vart patienter bör remitteras som kring vart det är möjligt att vända sig för konsultativt stöd. Sådan kunskap förefaller variera mellan landsting och mellan vårdnivåer och verksamheter, men är relevant för att säkerställa att patienterna får den vård som de behöver.

Kunskap om hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning

Som redan har nämnts har diagnoskriterier reviderats och diagnoser tillkommit i de senaste upplagorna av diagnossystemen DSM och ICD. Ett återkommande tema i intervjuerna har varit att det finns behov av mer kunskap om de nya diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning tvärs vårdnivåerna, såväl bland vårdgivarna som bland de beslutsfattare i vården som utformar uppdragen till verksamheterna. Exempelvis har detta tema berörts i en majoritet av intervjuerna med landstingsföreträdare. Störst kunskap om de nyttillkomna diagnoserna förefaller finnas inom den specialiserade ätstörningsvården. Patienterna når dock inte alltid den specialiserade ätstörningsvården, och även inom den specialiserade ätstörningsvården är det företrädare som framhåller att de saknar relevant kunskap om de nyttillkomna ätstörningsdiagnoserna.

Undvikande/restriktiv ätstörning

Intervjuad hälso- och sjukvårdspersonal berättar särskilt om kunskapsrelaterade utmaningar att ställa rätt diagnos för patienter med undvikande/restriktiv ätstörning, där patienter befarsas feldiagnosticeras med anorexi. I de intervjuer som undvikande/restriktiv ätstörning har nämnts berättar intervjupersoner att kunskapen är begränsad, och personal beskrivs själva behöva söka efter forskningsartiklar och delta i konferenser utomlands för att tillgodogöra sig kunskap. Ett par intervjupersoner lyfter att detta är en bred diagnos som kan ha flera olika bakomliggande mekanismer och orsaker. Mer kunskap krävs kring vad de bakomliggande orsakerna till sjukdomen bör ha för påverkan på såväl val av behandling som val av vårdgivare, enligt intervjupersoner.

Hetsätningsstörning

Även vad gäller hetsätningsstörning vittnar intervjuade landstingsföreträdare om att det behövs mer kunskap och erfarenhet, såväl vid ätstörningsenheter och inom ätstörningsteam som på lägre vårdnivåer. Ett par intervjupersoner från den specialiserade ätstörningsvården framhåller att det fortfarande finns en utbredd uppfattning om att personer med ätstörningar är underviktiga. Då patienter med hetsätningsstörning istället ofta lider av fetma hamnar dessa patienter ibland inom verksamheter som arbetar med viktreduktion¹⁶ snarare än ätstörningar. Landstingsföreträdare i landsting där hetsätningsstörning ska behandlas inom den specialiserade ätstörningsvården beskriver att det trots fortfarande relativt få patienter med denna diagnos vid ätstörningsenheterna. Då hetsätningsstörning är den *vanligaste* ätstörningen i samhället indikerar detta att många personer som inte kommer till rätt vård.



”Hetsätningsstörning inte är lika känd hos de läkare som inte jobbar med detta till vardags – man kanske inte heller vet att det finns specialiserad riktad effektiv behandling och då kommer patienterna inte till rätt vård”
– Hälso- och sjukvårdspersonal

Kunskap om behandlingsmetoder, näring och träning vid ätstörningar

Trots att kunskapen om behandlingsmetoder ofta är god inom den specialiserade ätstörningsvården har tre intervjuade landstingsföreträdare uttryckt en osäkerhet kring hur olika behandlingsalternativ bör prioriteras och vad som bör gälla när förstahandsalternativet *inte* fungerar för patienten. Det finns evidens för vissa terapeutiska behandlingsmetoder vid vård och behandling av ätstörningar. Det framgår dock av intervjuerna att det i viss utsträckning saknas evidens. Detta ses som en svårighet vad gäller ätstörningsvård överlag. Såväl landstingsföreträdare som hälso- och sjukvårdspersonal och professionsföreträdare lyfter även att den kunskap som finns inom den specialiserade ätstörningsvården om vård och behandling ofta saknas inom allmänpsykiatri och på lägre vårdnivåer.

En osäkerhet beskrivs även finnas gällande insatser inom heldygnsvården, där det har framgått av intervjuerna att det finns skillnader och brister. Till exempel lyfter en intervjuperson med en ansvarsroll inom den specialiserade ätstörningsvården att rutiner för sonsättning ser väldigt olika ut i landet. En professionsföreträdare framhåller även

¹⁶ Till exempel genom kirurgi, livsstilsförändringar, diet och träning.

att kunskapen i landet är ojämn gällande metabol överbelastning¹⁷ (*"refeeding syndrom"*).

Det har vidare lyfts av intervjuade dietister att det i vissa fall saknas adekvat kunskap om kosthållning och kostråd inom verksamheter där patienter med ätstörningar vårdas, vilket i vissa fall resulterar i felaktiga kostråd. Ett professionsförbund lyfter att kostråd ofta lämnas av personal utan utbildning i näringslära. Vidare lyfter en intervjuperson att det saknas kunskap om hur hälso- och sjukvården ska förhålla sig till träning. En landstingsföreträdare lyfter även att det saknas kunskap om stödsatser för kroniskt sjuka patienter.

Kunskap som behövs vid samsjuklighet

Samsjuklighet lyfts i intervjuer som något som kan försvåra vård och behandling. Detta beror dels på problem med samverkan med andra verksamheter, men även på att samsjuklighet ställer högre kunskapskrav inom den verksamhet som behandlar personen även när *all* vård och behandling sker samlat, om detta så är vid en ätstörningsenhet eller inom allmänpsykiatri. En professionsföreträdare lyfter att brist på kunskap både kan leda till överbehandling av symtom som egentligen beror på psykologiska effekter av svält, och underdiagnostik av samsjuklighet när svälten hävts (detta uppges vara risker framförallt inom allmänpsykiatri). En intervjuad landstingsföreträdare lyfter att det är svårt att hitta information om samsjuklighet, och att det saknas kunskap och kunskapsstöd kring behandlingsupplägg för dessa patienter. Flera intervjupersoner med inblick i, eller som själva är kliniskt verksamma, inom den specialiserade ätstörningsvården lyfter att det ibland kan brista i vården för patienter med samsjuklighet. Exempelvis framhäver företrädare från specialiserad ätstörningsvård från tre av fem intervjuade professionsorganisationer att kunskapsbrist kan leda till sämre vård för patienter med samsjuklighet.

Kunskap om behandlingsutfall saknas på ett nationellt plan

Det har under intervjuerna med landstingsföreträdare framgått att de nationellt framtagna systemen för kvalitetssäkring och uppföljning i ätstörningsvården har brister som leder till en undermålig uppföljning. Systemen som hänvisas till är det nationella kvalitetsregistret Riksät och bedömnings- och datainsamlingsverktyget Stepwise, se faktarutor nedan. Det framgår av intervjuer med landstingsföreträdare att man inom specialiserad ätstörningsvård i hela landet har för avsikt att följa upp patienter med hjälp av dessa system eller andra verktyg för patientuppföljning i landstingen. Det återges dock i flera av dessa intervjuer att det saknas kunskap om behandlingsresultat på såväl

¹⁷ Detta är ett livshotande tillstånd som kan uppstå då allvarligt undernärda personer återigen får näring, men tillförseln blir större än vad vävnaderna klarar av att metabolisera.

regional som nationell nivå, då dessa system inte har den täckningsgrad de skulle behöva. Registreringar och uppföljningar görs inte i den utsträckning de skulle behöva. Vidare lyfter en landstingsföreträdare att problem med Riksät har lett till felaktiga tolkningar av resultat. Uppdateringar som ska förbättra möjligheterna till uppföljning är under utveckling, men har blivit försenade. Ett par landstingsföreträdare lyfter att de "går och väntar" på att det nya systemet FEDiCS¹⁸ som ska ersätta Stepwise. I nuläget uppges det dock vara svårt att göra utvärderingar av ätstörningsvården.



"Ännu viktigare än att utveckla utbildningar är att göra bättre systematiska utvärderingar, så man vet vilka resultat man har och kan utvärdera sin egen verksamhet. Riksät har inte fungerat riktigt."
– Företrädare för professionsorganisation



"I en nationell jämförelse är känslan att behandlingsresultaten motsvarar de i andra landsting – men vi ser behovet av att få en faktisk bild och inte bara ha känslan av det."
– Landstingsföreträdare

Riksät

Riksät är det nationella kvalitetsregister som finns i Sverige för uppföljning av ätstörningsvården. Registret började användas 1999, med huvudsakligt syfte att få en grund för systematisk uppföljning. Detta register är öppet för all ätstörningsvård, även utanför de specialiserade ätstörningsenheterna. I årsrapporten för 2017 framgick det att 64 verksamheter hade använt registret mellan 2015 – 2017, men att enbart ett fåtal enheter nådde målbilden att över 70 procent av nyregistrerade patienter ska följas upp. Registret har haft problem i övergången till ett nytt IT-system, men har som målbild att detta system ska fungera väl och komma till bruk under 2019 (Birgegård, Norring, & Norring, 2018)

Stepwise

Stepwise är ett kvalitetssäkringssystem som har utvecklats av KÄTS i samarbete med Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. Detta verktyg används över hela landet, även om det utvecklades för Stockholms läns landsting. Syftet med Stepwise är att "erbjuda en tjänst för kvalitetssäkring inom den specialiserade vården av

¹⁸ Feeding and Eating Disorder Clinical Support System som kommer att ersätta Stepwise och ge automatisk registrering i Riksät

ätstörningar inom Stockholms läns landsting” (Kunskapscentrum för ätstörningar, 2018). Med systemet sker bedömning och uppföljning av patienter vid initial kontakt med vården och sedan vid varje kvartal, halvår och helår. Den kliniska bedömningen inkluderar diagnos (utifrån DSM-IV), svårighetsgrad (utifrån flera olika bedömningsskalor och självskattningsskalor) behandlingstillfredsställelse samt registrering i Riksät (Björck, Heilig, & Printzén, 2007). Det har framgått i intervjuer med landstingsföreträdare att systemet upplevs som omfattande och tidskrävande, samt att det inte går att använda utanför den specialiserade ätstörningsvården. Ett nytt system kallat FEDiCS är under utveckling och kommer när det tas i bruk leda till automatisk registrering i Riksät (Birgegård & Norring, 2017).

4.2 Kunskapsstöd som finns inom ätstörningsvården idag

Det finns flera olika kunskapsstöd inom ätstörningsvården. I delstudien har ett brett urval av kunskapsstöd identifierats, dock av varierande karaktär, målgrupp och kvalitet. Identifierade kunskapsstöd inkluderar huvudsakligen skriftliga stöd och utbildningar. Merparten av de tillgängliga kunskapsstöden tycks rikta sig till den specialiserade vårdnivån. De kan dock innehålla information som är relevant även inom andra verksamheter på andra vårdnivåer inom ätstörningsvården, till exempel information om diagnoser och prevalens, utredning och differentialdiagnostik samt remissinformation.

Skriftliga kunskapsstöd

Skriftliga kunskapsstöd inkluderar regionala vårdprogram för ätstörningar, metodhandböcker inom ungdomsmottagningar och skolhälsovård samt riktade kunskapsstöd till andra vårdgivare såsom mödrahälsovård och akutsjukvård som innehåller mer eller mindre ätstörningsspecifik information. Utöver detta finns boken *”Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling”* (se nedan för mer information). Vidare har även SBU utvecklat flera kunskapssammanställningar som intervjupersoner har nämnt.

Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling

Svenska psykiatriska föreningen har publicerat boken *”Ätstörningar, Kliniska riktlinjer för utredning och behandling”* som har fått stor spridning inom svensk ätstörningsvård, och som ligger till grund för ett stort antal regionala vårdprogram. Dessa riktlinjer publicerades för första gången 2005 och reviderades 2015 efter att DSM-5 hade publicerats och nya diagnoser tillkommit. I genomförda intervjuer har det framkommit att dessa riktlinjer har haft sådant genomslag att många intervjupersoner refererar till dem som *”de nationella riktlinjerna”*. Boken riktar sig i första hand till medarbetare

inom psykiatri som arbetar med personer med ätstörningar¹⁹, och det är även verksamma inom psykiatri som i första hand har hänvisat till dessa riktlinjer i intervjuer. Riktlinjerna upplevs av intervjupersoner ha haft stor betydelse för ätstörningsvårdens utformning, och beskrivs som ett användbart stöd för kliniker ute i verksamheterna. Ett par intervjupersoner har emellertid framhållit vissa brister med riktlinjerna. En professionsföreträdare lyfter till exempel att riktlinjerna är generellt hållna och inte fullt ut evidensbaserade. Vidare har Stockholms läns landsting valt att frångå den prioriteringsordning för patienter som boken föreslår, då de menar att den inte resulterat i en jämlik vård.

Regionala vårdprogram

En majoritet av landstingen har utvecklat regionala vårdprogram för ätstörningsvården i landstinget. En förteckning över identifierade vårdprogram återfinns i bilaga 3. Vårdprogrammen är i många fall framtagna för de personer som arbetar med ätstörningar inom psykiatri, eller en specifik ätstörningsenhet inom BUP eller vuxenpsykiatri. I ett par fall är de ämnade att kunna nyttjas även på andra vårdnivåer, såsom inom primärvården. Stockholms läns landsting har lättillgängliga vårdprogram online via Viss (viss.nu) och Psykiatristöd (psykiatristod.se). Fyra landstingsföreträdare lyfter att deras vårdprogram är i behov av revidering, men även i andra landsting kan det finnas ett sådant behov då vårdprogrammen har löpt ut/snart kommer att löpa ut (se bilaga 3). I andra landsting har inget heltäckande vårdprogram identifierats, men det kan finnas andra relevanta dokument, såsom rutiner för avgränsade behandlingsinsatser. Det är även möjligt att det finns vårdprogram som enbart är tillgängliga på landstingens intranät och som inte omnämnts under intervjuerna. Vidare finns det böcker och forskningsartiklar som hänvisas till som källor i olika regionala vårdprogram.

Internationella kunskapsstöd

Av de personer från den specialiserade ätstörningsvården som deltagit i de två intervjustudierna med professionsorganisationer och hälso- och sjukvårdspersonal är det omkring tre fjärdedelar som uppger att de aktivt även hämtar information från andra länder. Ett kunskapsstöd som omnämnts i tre intervjuer och som även finns som källa i regionala vårdprogram är *”National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) guidelines: “Eating disorders: recognition and treatment”*. Den engelska myndigheten NICE har publicerat dessa nationella riktlinjer som senast uppdaterades 2017.

¹⁹ Det framhålls dock att riktlinjerna även avses kunna tillföra värde för kliniker i andra verksamheter och ledningsansvariga.

Andra skriftliga kunskapsstöd i Sverige

Det finns kunskapsstöd även inom andra organisationer, som delvis inkluderar information gällande ätstörningar eller symtom och handläggning vid ätstörningar. I intervjuer med personal från skolhälsovården och ungdomsmottagningar framgår till exempel att det finns digitala metodhandböcker som innehåller information om ätstörningar. Ett sådant kunskapsstöd har identifierats för Region Örebro län och det finns även andra kunskapsstöd såsom Första linje-boken.

Inom mödrahälsovården finns det skriftliga kunskapsstödet ”*Mödrahälsovård, Sexuell och Reproaktiv Hälsa*”, som finns tillgängligt nationellt och som uppdaterades 2016. Denna skrift innehåller viss information om ätstörningar. Vidare finns det till exempel i Region Jämtland-Härjedalen ett vårdprogram för psykisk ohälsa vid graviditet med information om ätstörningar och handläggning. Det är möjligt att liknande kunskapsstöd finns även i andra landsting. Vidare beskrivs 1177 Vårdguiden som en källa till kunskap bland intervjupersoner.

Dietisternas riksförbund har tagit fram riktlinjer för nutritionsbehandling vid ätstörningar, som för nuvarande är under revidering. Det förefaller även finnas olika interna dokument för kostråd och näringsbehandling inom respektive landsting.

Inom akutvården i Stockholms län används det kunskapsstöd för akut internmedicin som finns på Janusinfo.se. Detta kunskapsstöd innehåller klinisk kunskap om handläggning för olika somatiska tillstånd, såsom elektrolytrubbningar och malnutrition, som kan vara anledningar till att patienter med ätstörningar hamnar på akutvårdsmottagningar.

Kunskapscentrum och nätverk för kunskapsspridning

Ett tiotal intervjupersoner från den specialiserade ätstörningsvården framhåller att det finns goda möjligheter för kunskapsspridning genom nätverk och konferenser för kliniskt verksamma som arbetar med ätstörningar, även om det även finns önskemål om mer nätverk och kunskapsutbyte. Då det är relativt få personer i Sverige som arbetar inom specialiserad ätstörningsvård känner verksamma inom den specialiserade ätstörningsvården väl till de huvudsakliga nätverk som finns. Det finns även ett fåtal kunskapscentrum, i större landsting, där man arbetar med forskning och kunskapsspridning. Här kan framförallt Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) i Stockholms län nämnas, som hälso- och sjukvårdspersonal även i flera andra landsting lyfter som en källa till kunskap²⁰. KÄTS har även varit delaktiga i att ta fram flera utbildningar som omnämns nedan.

²⁰ Stockholms läns landsting har dock slutat att bidra med finansiering till KÄTS, vilket landstingsföreträdare uppger bero på att organisationen inte bidrog med det för landstinget önskade värdet.

Utbildningar

Det framgår av intervjuerna att utbildning, handledning och annat praktiskt stöd även ses som viktigt. Svenska Ätstörningssällskapet lyfter att de ofta har personer som hör av sig och efterfrågar utbildningar samt att ekonomiska resurser avgör i vilken mån som landsting har möjlighet att arbeta med utbildningsinsatser. Ett par intervjuade psykologer lyfter att det finns för få utbildningar i behandlingsmetoder och en intervjuperson från den specialiserade ätstörningsvården lyfter att det saknas fortbildning för de som redan tagit de grundutbildningar som finns tillgängliga. Det har även framkommit i intervjuer att grundutbildningar för hälso- och sjukvårdspersonal sällan ger en tillräcklig grund att stå på utan att mer utbildning och erfarenhet behövs för personer som vill arbeta med ätstörningsproblematik. Ett fåtal kurser omnämns dock som goda exempel på utbildningar och dessa inkluderar:

- *Ätstörningar - bakgrund och behandling*. Detta är en 7,5 högskolepoängskurs framtagen vid Karolinska Institutet. Denna kurs riktar sig till behandlingspersonal inom hälso- och sjukvården som behöver grundläggande kunskaper om ätstörningar. Kursen har köpts in av flera landsting till hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med ätstörningar.
- *Webbutbildningar framtagna av KÄTS*. KÄTS har tagit fram fem kostnadsfria webbutbildningar riktade till olika målgrupper inklusive, 1) hälso- och sjukvårdspersonal i första linje-verksamheter, 2) barnmorskor, 3) hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda kvalitetsregistret samt 4+5) anhöriga till personer med ätstörningar. Av dessa har utbildningen ”BÄST” riktad till barnmorskor omnämnts i intervjun med företrädare för Svenska Barnmorskeförbundet, där det även framgick att det inte är många barnmorskor som känner till utbildningen.

I vissa landsting finns det tydliga utbildningsinsatser mot primärvården och möjligheter till konsultativt stöd från ätstörningssenheter, men denna delstudie har inte gett en fullgod bild av täckningsgraden eller utnyttjandet av dessa insatser.

Nätverk

I de utförda intervjuerna har ett antal nätverk för kunskapsspridning beskrivits. Det nätverk som omnämns mest frekvent i intervjuerna är Svenska Ätstörningssällskapet (SEDS), en organisation som riktar sig till kliniskt verksamma och forskare inom ätstörningar i Sverige. Organisationen, vars företrädare även har intervjuats i delstudien, anordnar möten för sina medlemmar årligen. Syftet med mötena är att bidra till kunskapsutbyte kring kliniska frågor, metodutveckling, forskning och samarbete mellan behandlingsenheter. Vidare anordnas vartannat år ”den Nordiska Kongressen om Ätstörningar” tillsammans med nationella ätstörningssällskap från övriga nordiska

länder. Inom SEDS finns även subgrupper/nätverk för specifika frågeställningar, som inkluderar:

- Graviditet och Ätstörning (GRÄS)
- Kroppsinriktad-behandling
- Medicinska aspekter kring ätstörningar
- Multifamily therapy
- Relationella perspektiv på ätstörningsbehandling
- Långtidssjuka ätstörningspatienter (Severe and Enduring Eating Disorders, SEED)

Utöver SEDS nämner landstingen i Norrland även att de har ett nätverk kallat NORRÄT som anordnar en årlig konferens för vårdgivare som arbetar med ätstörningar i Norrland. Det finns även ett nätverk inom Dietisternas Riksförbund för personer som arbetar med eller har ett intresse för frågeställningar som rör ätstörningar.

4.3 Det finns en efterfrågan på ytterligare kunskapsstöd

Flera intervjupersoner lyfter att de stöd och den kunskap som finns *inte* är tillräckliga, och att de tror att kunskapsstöd skulle bidra till att förbättra ätstörningsvården. Exempelvis lyfter samtliga företrädare för professionsorganisationer att det finns ett behov av mer kunskapsstöd, men uppfattningen om vilken form kunskapsstödet bör ha och vem det bör rikta sig till skiljer sig mellan intervjupersonerna. Generellt sett tycks intervjupersonerna ha tolkat begreppet ”kunskapsstöd” något olika. En del förbättringsförslag som har lyfts inom ramen för begreppet ”kunskapsstöd” har kretsat kring uppdrag, styrning och ansvarsfördelning, det vill säga organisatoriska faktorer, snarare än kunskap. Vidare utgår de efterfrågade kunskapsstöden till stor del från den intervjuades ”perspektiv”, där olika stöd efterfrågas inom första linje-verksamheter respektive den specialiserade ätstörningsvården och olika yrkesroller.



”Det finns kunskapsstöd om hetsättningsstörning, men incitament att leta reda på dessa finns inte. Ett stöd gör ingen skillnad om du inte har uppdraget.”

– Hälso- och sjukvårdspersonal

Sammantaget finns det en tydlig efterfrågan på utbildning och handledning (exempelvis i evidensbaserade behandlingsmetoder) bland intervjupersonerna. Ett nationellt kunskapscentrum lyfts i fyra intervjuer som ett attraktivt alternativ för att sprida sådan kunskap och för att bidra till samstämmigare vård i landet. Intervjupersoner från olika vårdnivåer framhåller ett potentiellt värde av ett digitalt tillgängligt kunskapsstöd som riktar sig till en bred målgrupp bestående av olika professioner, verksamheter och vårdnivåer. Exempelvis framhålls detta som en möjlig väg att gå av cirka hälften av landstingsföreträdarna. Ett femtontal intervjupersoner efterfrågar att ett kunskapsstöd

ska inkludera information om olika vårdnivåer; vad som ska ske inom olika verksamheter och exempelvis var vårdgivare kan vända sig för stöd eller för att remittera vidare en patient. Då ansvarsfördelningen inom ätstörningsvården ser olika ut i olika landsting redovisas detta utifrån önskan om kunskap kring vilka kontakter som på ett generellt plan bör vara del av patientens vård och vilka vårdgrannar hälso- och sjukvårdspersonal bör ha i åtanke.

Efterfrågad kunskap inom psykiatrin, inklusive den specialiserade ätstörningsvården

Inom psykiatrin efterfrågas (för de egna verksamheterna) framför allt en uppdaterad och tydlig bild av evidensen för olika behandlingsmetoder samt utbildning i dessa metoder. Ett par intervjupersoner från hälso- och sjukvården lyfter att de kliniska riktlinjerna som Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit fram inte är heltäckande vad gäller detta. Därmed skulle en mer omfattande sammanställning vara till hjälp för den specialiserade psykiatrin. Landstings- och professionsföreträdare lyfter att en tydlighet kring tillgänglig evidens och vilka behandlingsmetoder som *ska* erbjudas i ett basutbud vore önskvärt. Ett kunskapsstöd kring evidens bör inkludera alla diagnoser, även om behovet om ytterligare kunskap är som störst vad gäller hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning, enligt intervjupersoner. Vidare efterfrågar intervjupersoner mer kunskap om samsjuklighet och *best practise* vid heldygnsvård.

Intervjuad specialistläkare i psykiatri från allmänpsykiatrin lyfter att det framförallt är mer kunskap om behandlingsmöjligheter som vore användbart inom allmänpsykiatrin. Trots att tre intervjupersoner från den specialiserade ätstörningsvården lyfter ett behov av mer kunskap om upptäckt av personer med ätstörning på denna vårdnivå, upplever den intervjuade specialistläkaren från allmänpsykiatrin inte en efterfrågan på mer stöd för att upptäcka fler patienter.

Ett par dietister och fysioterapeuter inom den specialiserade ätstörningsvården efterfrågar att kunskapsstöd även ska lyfta evidens och kunskap om vad olika yrkeskategorier har möjlighet att tillföra i vård och behandling av ätstörningar. Detta då de inte upplever att ledning, kollegor men även den egna professionen alltid har kunskap om vad de kan tillföra. Att ett kunskapsstöd bör vara utformat för multidisciplinära team lyfts även i ett par intervjuer med professionsorganisationer. I viss utsträckning efterfrågar intervjupersoner även kunskap gällande kost och träningsrådgivning till patienter. Utöver detta efterfrågar hälso- och sjukvårdspersonal i den specialiserade ätstörningsvården stöd till vårdgrannar och första linje-verksamheter, då de upplever ett behov av mer kunskap inom andra verksamheter.

Efterfrågad kunskap i övriga verksamheter

Ett femtontal intervjupersoner framhåller att ett kunskapsstöd bör vara riktat till en bred målgrupp, på olika vårdnivåer. Förslag på vad ett sådant stöd bör innehålla inkluderar information gällande tidiga varningstecken, symtom och upptäckt samt behandlingsmetoder. Det anses vara särskilt prioriterat att grundläggande information om ätstörningar och bemötande av personer med ätstörningar inkluderas i ett sådant stöd. Som tidigare nämnts efterfrågas även en överblick över vårdkedjan av ett femtontal intervjupersoner.

Mycket av den kunskap som behövs för att känna igen ätstörningssymtom, utföra somatiska kontroller och differentialdiagnostik samt remittera patienter till specialiserad vård, finns redan tillgänglig för personer i första linje-verksamheter och för andra vårdgrannar till psykiatrin. Här lyfter en företrädare för företagshälsovården att det fungerar bättre med kortare och basal kunskap, exempelvis i form av ett häfte, som ger medvetenhet om olika ätstörningar och var ytterligare information finns tillgänglig.

Typer av efterfrågade kunskapsstöd

Vilket format ett nationellt kunskapsstöd bör ha finns det olika åsikter om bland delstudiens intervjupersoner. Vissa menar att det redan finns skriftliga stöd och att det som behövs är handledning och utbildning, såväl lärolett som webbaserad. Detta efterfrågas dels gällande bemötande och dels gällande behandlingsmetoder. I ett par intervjuer har det nämnts att ett skriftligt stöd i form av nationella riktlinjer vore önskvärt. Fyra intervjupersoner har efterfrågat ett nationellt kunskapscentrum, som skulle kunna bidra till en samstämmigare vård genom nationell kunskapsspridning och implementeringsstöd.

Det nationella programområdet för psykisk hälsas vård- och insatsprogram lyfts i fyra landstingsintervjuer som en plattform där ett nationellt brett kunskapsstöd skulle kunna ta form. Ytterligare goda exempel som lyfts inkluderar *nationellasjalvskadeprojektet.se* som inkluderar skriftliga stöd och videobaserat stöd samt det arbete som redan pågår inom KÄTS.

Det är dock återigen viktigt att påpeka att inte alla intervjupersoner i denna delstudie menar att det som bör prioriteras inom ätstörningsvården är nya kunskapsstöd. Ett par intervjupersoner lyfter exempelvis att det är viktigare att arbeta för att implementera de kunskapsstöd som redan finns. Ett par landstingsföreträdare har varit tydliga med att det är resursmässiga och organisatoriska insatser som framförallt brister och som därmed bör prioriteras. Det har framkommit succesivt i intervjuerna att det finns en avsaknad av uppdrag för att ta hand om patienter med hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning i flera landsting. Det framhålls därför av en intervjuperson att det är viktigt att inkludera beställarperspektivet i framtagandet av ett eventuellt kunskapsstöd, för att dessa ska få genomslag.

5

DISKUSSION

I detta kapitel presenteras vår tolkning och sammanfattande svar på delstudiens frågeställningar, utifrån de resultat som redovisats i kapitel 3–4. Därefter presenteras en sammanvägd bedömning kring vad delstudiens resultat innebär för Socialstyrelsens fortsatta arbete med regeringsuppdraget under 2019.

5.1 Tolkning av resultat

Som beskrevs i kapitel 2 har delstudien sökt besvara sex frågeställningar. Nedan presenteras kortfattat svaren på dessa frågeställningar samt våra reflektioner:

1. Finns det skillnader i organisering och rollfördelning i ätstörningsvården?

Det finns betydande skillnader vad gäller organisering och rollfördelning i ätstörningsvården i Sverige.

Vad gäller organisering kan exempelvis nämnas att tillgången till specialiserad ätstörningsvård skiljer sig mellan landstingen. Vad gäller rollfördelning kan exempelvis nämnas att gränssnittet mellan primärvården och psykiatri ser olika ut i olika landsting. Det framgår även att det i vissa landsting är otydligt hur långt primärvårdens ansvar, och andra första linje-verksamheters ansvar, sträcker sig vad gäller vård och behandling av ätstörningar.

Vår bedömning är att ändamålsenligheten i organiseringen och rollfördelningen varierar beroende på kunskapen om ätstörningar i de respektive verksamheterna som handhar ätstörningar. Det är svårt att dra entydiga slutsatser kring att en viss form av organisering eller rollfördelning med nödvändighet skulle vara att föredra framför en annan.

2. *Beskriver olika aktörer kvalitativa skillnader eller brister i ätstörningsvården?*

Intervjupersoner beskriver att det finns kvalitativa skillnader och brister i ätstörningsvården.

Det finns skillnader och brister såväl mellan som inom landsting. Bland annat beskrivs i de genomförda intervjuerna att inte alla landsting har möjlighet att erbjuda evidensbaserade behandlingar, eller tillräcklig handledning och stöd till lägre vårdnivåer, på grund av bristande ekonomiska och personella resurser. Vissa brister beskrivs även vara knutna till brist på uppdrag eller brist på samverkan. De skillnader och brister som beskrivs är ibland, men inte alltid, relaterade till kunskap.

Vår bedömning är att det finns flera betydande utmaningar inom ätstörningsvården, där vården sannolikt inte fullt ut är jämlik i landet.

3. *Är otillräcklig kunskap och otillräckliga kunskapsstöd del av orsaken till eventuella brister och skillnader inom ätstörningsvården?*

Otillräcklig kunskap och otillräckliga kunskapsstöd är *en del* av orsaken till identifierade brister och skillnader inom ätstörningsvården, även om det *inte* är den enda orsaken.

De genomförda intervjuerna pekar på att det finns olika typer av kunskapsluckor på olika vårdnivåer, där mest utvecklad kunskap finns inom den specialiserade ätstörningsvården. I verksamheter som inte primärt möter patienter med ätstörningar söker medarbetarna i begränsad utsträckning upp den kunskap som redan finns, enligt flera intervjupersoner.

Vår bedömning är att ökad kunskap är viktigt, men att det är viktigt att ha realistiska förväntningar på vilken kunskapshöjning till exempel utveckling av skriftliga kunskapsstöd kan medföra. Ett kunskapsstöd riktat till hälso- och sjukvårdspersonal skulle enbart delvis kunna avhjälpa identifierade skillnader och brister i ätstörningsvården.

4. *Finns det en efterfrågan på kunskapsstöd inom ätstörningsvården?*

Det finns en efterfrågan på kunskapsstöd inom ätstörningsvården, men önskad utformning och innehåll skiljer sig mellan intervjupersonerna. Alla intervjupersoner i delstudien har inte efterfrågat kunskapsstöd.

Verksamhetschefer och hälso- och sjukvårdspersonal inom den specialiserade ätstörningsvården beskriver ofta kunskapsläget som tillfredsställande inom den egna verksamheten, men lyfter att *andra* vårdnivåer och verksamheter saknar ändamålsenlig kunskap. Det finns en önskan om stöd till lägre vårdnivåer, utifrån erfarenheter av att vård och bemötande inte har fungerat väl för patienter i dessa verksamheter. Efterfrågade stöd för att höja kvaliteten inom den specialiserade vården och för att göra

den mer jämlik inkluderar tydligare riktlinjer för vilket basutbud som landstingen *ska* kunna erbjuda, samt stöd som möjliggör tillämpningen av redan tillgänglig kunskap.

Ett genomgående tema i intervjuerna har varit efterfrågan kring kunskapsstöd som ökar kunskapen om diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning på flera vårdnivåer.

5. *Finns det goda exempel på kunskapsstöd att bygga vidare på?*

Det finns goda exempel på kunskapsstöd att bygga vidare på.

De kliniska riktlinjerna för utredning och behandling som Svenska Psykiatriska Föreningen har tagit fram förefaller vara ett ändamålsenligt stöd som används inom psykiatrin, även om ett par intervjupersoner lyfter att det är för litet fokus på evidensbaserad behandling. Det finns också olika nätverk för kunskapsspridning, där KÄTS och SEDS lyfts fram som goda exempel på organisationer som är bra på att sprida kunskap, även Riksät omnämns av intervjupersonerna. KÄTS är ett exempel på en organisation som även tagit fram kunskapsstöd som riktar sig till lägre vårdnivåer och anhöriga.

Dessa organisationer och kunskapsstöd riktar sig till/används i nuläget främst av den specialiserade ätstörningsvården och kan vara goda vägar för kunskapsspridning inom dessa verksamheter. Om kunskapsstöd utvecklas via dessa organisationer eller om de kliniska riktlinjerna från Svenska Psykiatriska Föreningen utvecklas vidare bör det övervägas hur kunskapsspridningen kan ske även till andra vårdnivåer.

6. *Vilken typ av kunskapsstöd efterfrågas?*

Som tidigare har nämnts har olika typer av kunskapsstöd efterfrågats. Gemensamt bland intervjupersonerna har varit att flertalet vill se ett *brett* kunskapsstöd, som riktar sig till olika vårdnivåer. Till viss del efterfrågas skriftliga stöd som går att söka upp vid behov. För att förbättra kunskapen kring bemötande finns det även en efterfrågan efter stöd som inkluderar videoklipp. Det finns en enighet om att det behövs större tillgång till utbildningsinsatser på olika vårdnivåer.

Inom den specialiserade ätstörningsvården tycks det finnas en efterfrågan på handledning och utbildning. Detta då dessa verksamheter överlag anser sig ha sätt att tillgodogöra sig ny kunskap och känner till de evidensbaserade terapeutiska behandlingsmetoderna, men i vissa fall har svårt att erbjuda dem i praktiken på grund av bristfällig kompetens vad gäller själva genomförandet. För att göra vården mer jämlik över landet efterfrågar vissa även tydligare riktlinjer för vilket basutbud som landstingen *ska* kunna erbjuda.

Skillnaderna som observerats vad gäller organisering och rollfördelning behöver även beaktas i bedömningen av om kunskapsstöd behövs och vilken typ av stöd som är mest

ändamålsenligt. I de fall vården sker utanför den specialiserade ätstörningsvården är det exempelvis troligt att konsultativt stöd från specialistenheter kan vara ett viktigt komplement, samt att möjligheter att genomföra längre utbildningsinsatser är begränsade.

5.2 Implikationer för Socialstyrelsens arbete 2019

Som beskrevs i inledningen av rapporten var syftet med denna delstudie att ge en förståelse för organisering och rollfördelning i ätstörningsvården, att påbörja arbetet med att identifiera skillnader och brister samt att utreda om dessa är förknippade med bristande kunskap. Delstudien har även påbörjat arbetet att besvara huruvida det finns en efterfrågan inom hälso- och sjukvården vad gäller kunskapsstöd om vård och behandling av ätstörning-ar. Delstudien gör, som tidigare har nämnts, inte anspråk på att vara heltäckande utan bör betraktas som en första kartläggning i ett större arbete. Under 2019 fortsätter Socialstyrelsens arbete med regeringsuppdraget. I tabell 3 nedan finns en övergripande sammanställning över de frågeställningar som har besvarats inom ramen för uppdraget och vilka frågeställningar som återstår under 2019 års arbete.

Tabell 3. Sammanställning av besvarade frågeställningar inom ramen för delstudien

Huvudfrågeställningar	Delfrågeställningar	I vilken utsträckning är frågeställningen besvarad i och med den genomförda delstudien?	Exempel på aspekter som återstår att belysa eller återstående aktiviteter
1. Finns det skillnader och brister i ätstörningsvården?	1.1 Finns det mätbara/kvantitativa skillnader i vård, behandling och utfall?	Ej undersökt 	Analys av RIKSÄT och/eller PAR
	1.2 Beskriver de olika aktörerna kvalitativa skillnader eller brister i ätstörningsvården?	Till viss del besvarad 	Kvantifierbara svar från hälso- och sjukvårdspersonal genom enkäter Patienter och anhörigas upplevelser av skillnader och brister
	1.3 Finns det skillnader i organisering och rollfördelning i ätstörningsvården	Besvarad 	
2. Skulle kunskapsstöd göra situationen bättre?	2.1 Är otillräcklig kunskap och otillräckliga kunskapsstöd del av orsaken till eventuella brister och skillnader inom ätstörningsvården?	Till stora delar besvarad 	Kvantifierbara svar från hälso- och sjukvårdspersonal genom enkätundersökning. Patienter och anhörigas berättelser kan också ge underlag för att besvara frågeställningen

	2.2 Finns det en efterfrågan på kunskapsstöd inom ätstörningsvården?	Till stora delar besvarad 	Kvantifierbara svar från hälso- och sjukvårdspersonal genom enkätundersökning
3. Finns underlagen för kunskapsstöd?	3.1 I vilken utsträckning finns det evidens och beprövad erfarenhet som kan utgöra basen i kunskapsstöd?	Till viss del besvarad 	Sammanställning av NICE:s riktlinjer Fokusgruppens arbete
	3.2 Finns det goda exempel på kunskapsstöd att bygga vidare på?	Till viss del besvarad 	Kartläggning och beskrivning av utbildningar
4. Hur bör kunskapsstöden utformas?	4.1 Vilka behov gällande kunskapsstöd har identifierats i tidigare analyser?	Delvis besvarad utifrån frågeställningarna ovan 	Sammanvägning av resultaten från analysområde 1–3 efter att planerade analyser för 2019 har utförts
	4.2 Vilken typ av kunskapsstöd efterfrågas?	Till stora delar besvarad 	Kvantifierbara svar från hälso- och sjukvårdspersonal genom enkätundersökning
	4.3. Vilken aktör och vilka processer för framtagande av kunskapsstöd är mest ändamålsenligt givet utredningens resultat?	Ej undersökt 	Bedömning utifrån sammanvägning av resultat från utredningsarbetet 2018 och 2019, med stöd av dialog i workshops med berörda aktörer genomförda i förankringssyfte.

Anm. Staplarna i den tredje kolumnen från vänster är illustrativa och ungefärliga.

Utifrån lärdomar från arbetet med denna delstudie, vad gäller såväl resultat som genomförande, lämnas nedan rekommendationer och slutsatser kring praktiska implikationer för det fortsatta arbetet under 2019 med Socialstyrelsens regeringsuppdrag, se tabell 4.

Tabell 4. Sammanställning av observationer och praktiska implikationer från genomförd delstudie

Observationer		Praktiska implikationer
<i>Ställningstaganden och slutsatser från delstudien</i>		
Det finns betydande skillnader i hur ätstörningsvården är organiserad.	→	Skillnaderna behöver beaktas i bedömningen av om kunskapsstöd behövs och vilken typ av stöd som är mest ändamålsenligt.
De brister i ätstörningsvården som identifierats förklaras i intervjuerna till viss del av brister i kunskap och kunskapsstöd.	→	Alla brister i ätstörningsvården kommer inte kunna avhjälpas med kunskapsstöd. Slutrapporten som överlämnas från Socialstyrelsen till regeringen i november 2019 föreslås även redovisa identifierade behov av andra åtgärder.
Intervjustudierna pekar på att det finns behov av kunskapsstöd.	→	Slutrapporten kommer sannolikt att landa i den övergripande slutsatsen att ytterligare kunskapsstöd behövs.
Intervjustudierna pekar på att olika typer av kunskapsstöd behövs. Det framkommer en efterfrågan på olika typer av kunskapsstöd i olika verksamheter och bland olika personalkategorier.	→	Rapporten bör beskriva vilka kunskapsbrister som lämpligen avhjälpas med vilka typer av kunskapsstöd. Hälso- och sjukvårdspersonalens synpunkter på vilka stöd som behövs bör vägas in i bedömningen.
Befintliga källor till kunskap används inte i den utsträckning som skulle kunna vara möjlig.	→	Möjligheterna för nya och befintliga kunskapskällor att få genomslag bör vägas in i bedömningen av behov av kunskapsstöd till hälso- och sjukvården, inklusive vilken aktör som är mest lämpad att utveckla och sprida dem.
Det finns behov av mer kunskap vad gäller upptäckt, behandling och bemötande för diagnoserna hetsättningsstörning och undvikande/restriktiv ätstörning.	→	Sannolikt finns ett behov av kunskapsstöd för dessa diagnoser.

Föreslagna aktiviteter i det fortsatta arbetet 2019

Delstudien ger en kvalitativ bild av kunskapsläget i olika verksamheter och landsting.	→	En bred enkätundersökning till vårdpersonal kan bekräfta, fördjupa och komplettera intervjuinsikterna med kvantifierbara resultat och bör genomföras i början av 2019.
Flera intervjuade beskriver det vetenskapliga kunskapsläget som begränsat och att brist på kunskapsstöd i viss mån beror på brist på evidens.	→	Utöver sammanställningen av NICE:s riktlinjer kan en gap-analys/jämförelse mellan kunskapsstöd/utbildningar tillgängliga på svenska och internationella stöd och riktlinjer belysa de svenska möjligheterna till en mer kunskapsbaserad vård.
Intervjupersonerna beskriver att ätstörningsvården i vissa delar ser mycket olika ut över landet vad gäller innehåll och flera efterfrågar tydliga riktlinjer om vad som vården ska innehålla.	→	En internationell utblick där ett begränsat antal experter inom ätstörningsvården intervjuas föreslås. Detta för att belysa vilka för- och nackdelar andra länder har sett med att införa nationella riktlinjer, inklusive om det bidragit till en mer jämlik vård.
Delstudien ger inte en helhetsbild av första linjen-verksamheter i ätstörningsvården, men indikerar att det finns behov av mer kunskap i dessa verksamheter.	→	En enkätundersökning är sannolikt en lämplig metod för att ge en bred bild och bättre belysa dessa behov. Omfattningen av ätstörningsvård i första linjen kan också söka belysas i kvantitativa analyser till exempel av vårddata från ett eller flera landsting.
Delstudien ger inte en helhetsbild av specialiserad somatisk vård och vilket behov som finns av mer kunskap inom dessa verksamheter.	→	En enkätundersökning är sannolikt en lämplig metod för att belysa även dessa behov.
Många verksamheter i första linjen uttrycker brist på kunskap om bemötande. Flera intervjupersoner lyfter även att denna kunskapsbrist finns inom psykiatrin.	→	Intervjuer/hearings med patient-/närståendeorganisationer bör säkerställa insamling av erfarenheter och perspektiv från samtliga vårdnivåer.
I delstudien har 45 intervjuer genomförts, utifrån vilka hypoteser på slutsatser kan formuleras. Ingen förankring har dock genomförts.	→	Preliminära slutsatser bör förankras med berörda aktörer efter sommaren 2019.

Rekommendationer i det fortsatta genomförandet samt teman som behöver belysas ytterligare

Delstudien indikerar att det finns behov av mer kunskap i slutenvården, särskilt utanför den specialiserade ätstörningsvården, men ger inte en fullständig bild av vårdformen.	→	Heldygnsvård är en viktig vårdform för de allra sjukaste patienterna. Kunskapsläget i heldygnsvården bör belysas ytterligare i det fortsatta arbetet. Sannolikt finns även behov av kunskapsstöd om slutenvård för personer med ätstörningar.
Delstudien illustrerar betydande skillnader i rollfördelning och pekar på skillnader i kunskap i olika verksamheter och mellan olika professioner.	→	Den fortsatta informationsinhämtningen bör även fortsatt anpassas utifrån vilken verksamhet och profession som tillfrågas, till exempel genom särskilda intervjuguider.
Under utredningsarbetet har det visat sig vara en utmaning för professionsorganisationer i första linjen att hitta företrädare som kan belysa ätstörningsvård.	→	Det blir viktigt att avsätta extra tid i arbetet för att identifiera företrädare från första linje-verksamheter när deras perspektiv efterfrågas. Det finns sannolikt endast ett begränsat antal personer i Sverige bland till exempel allmänläkare som upplever sig tillräckligt insatta för att företräda professionen eller professionsförbund.
Det förefaller att det finns utmaningar i möjligheterna att genom kvalitetsregister eller annan data följa upp ätstörningsvården.	→	Brist på data kan påverka möjligheterna att använda den planerade kvantitativa analysen av vård, behandling och utfall.
Patient- och närståendeperspektivet har inte belysts i delstudien. Det har dock framgått att detta perspektiv är centralt inom ätstörningsvården.	→	Det blir viktigt att i det fortsatta arbetet belysa kunskapsläget i ätstörningsvården utifrån patienter och närståendes upplevelser. Det fortsatta arbetet kan också omfatta patienters och närståendes behov av, tillgång till och efterfrågan på kunskapsstöd.

REFERENSER

- Akademiska sjukhuset. (den 13 december 2018). *Ätstörningsenheten för vuxna*. Hämtat från Akademiska sjukhuset: <https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/atstorningsenheten-for-vuxna/>
- Akademiska sjukhuset. (den 13 december 2018). *Ätstörningsmottagningen för barn och ungdom*. Hämtat från Akademiska sjukhuset: <https://www.akademiska.se/for-patient-och-besokare/hitta-pa-sjukhuset/a-till-o/atstorningsmottagningen-for-barn-och-ungdom/>
- Andersson, G., Sand, L., Gustafsson, I., & Agrell, B. (den 16 maj 2017). *Ätstörningar. Metodbok för elevhälsan*. Elevhälsans medicinska enhet.
- Arbetsgrupp för vårdprocessprogram ätstörning. (2012). *Ätstörningsvård för barn, unga och vuxna*. Region Östergötland.
- Asplund, C.; af Sandeberg, A-M.; Adamski, G. (maj 2017). *Ätstörningar*. Hämtat från Viss, Stockholms läns landsting: <http://www.viss.nu/Handlaggning/Vardprogram/Psykisk-halsa/Atstorningar/>
- Birgegård, A., & Norring, S. (den 19 maj 2017). Hämtat från FEDiCS och Riksät: avslutsregistrera det gamla, initialregistrera det nya: <http://www.seds.se/wp-content/uploads/2014/01/Andreas-Birgeg%C3%A5rd.pdf>
- Birgegård, A., Norring, C., & Norring, S. (2018). *Riksät, Årsrapport 2017*. Riksät.
- Björck, C., Heilig, M., & Printzén, P. (2007). *Ett datorbaserat kvalitetssäkringsverktyg för ätstörningsvård*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Capio Ätstörningscenter. (den 28 november 2018). *Capio Ätstörningscenter*. Hämtat från Capio Ätstörningscenter: <https://capio.se/psykiatri/halland/atstorningscenter/>
- Centrum för ätstörningar. (2015). *Ätstörningar hos barn, ungdomar och vuxna - utredning och behandling*. Landstinget i Värmland.
- Clinton, D., & Birgegård, A. (den 30 maj 2017). *Stort mörkertal för ätstörningar – fler behöver hjälp tidigt*. Hämtat från Läkartidningen: <http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/05/Atstorningar-drabbar-200-000--fler-behoover-hjalp-tidigt/>

- Försäkringskassan. (den 12 december 2018). *Särskilt tandvårdsbidrag*. Hämtat från Försäkringskassan:
https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/XcsxDsIwDEDRszB4REnpxlYQF4Cl6oIMMcVKcSLbhOsDG2L8evphCmOYBBvP6FwEl0-Pr-tjW9Hv0PUDxH0RJ_HT4Xwkq0WMG0Gsyg29khrE21Py9zahZOguLDNEQ7XMi68dJTXUZBdOij8C3Wb3h6HmYfUGl0stbw!!/
- (2012 (reviderad 2018)). *JämtBus*.
- Kjellberg, M. (den 27 november 2018). *Första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa - västra länsdelen*. Hämtat från Vårdgivarwebb för Region Östergötland:
<https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/PM-medicinska-o-vardadm/PM-dokument/Primarvardscentrum/Forsta-linjens-var-d-for-barn-och-unga-med-psykisk-ohalsa/>
- Koncernstab hälso- och sjukvård, sektorsråden allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri samt psykiatri. (Giltig till 2019). *Regional medicinsk riktlinje, Ätstörningar*. Västra Götalandsregionen.
- Kunskapscentrum för ätstörningar. (2017). *Faktablad om ätstörningar, Vad är ätstörningar?* Stockholm: Kunskapscentrum för ätstörningar .
- Kunskapscentrum för ätstörningar. (den 9 december 2018). *stepwise*. Hämtat från Välkommen till Stepwise/SOMSED!: <https://stepwise.kunskapscentrum.com/somsed/stepwise>
- Landstinget Blekinge. (2012). *Samverkansavtal mellan Primärvården och Barn- och ungdomspsykiatri rörande barn och unga upp till 18 år med psykisk ohälsa*. Landstinget Blekinge.
- Landstinget i Kalmar län. (2014). *Uppdragsbeskrivning för Barn- och ungdomshälsan*. Landstinget i Kalmar län.
- Landstinget i Kalmar län. (2017). *Vårdval Psykisk hälsa primärvård – Förfrågningsunderlag och Ersättning för 2018 samt riktlinje*. Landstinget i Kalmar län.
- Landstinget i Uppsala län. (2016). *Överenskommelse mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård kring handläggning av psykiatrisk sjukdom*. Region Uppsala.
- Länsgruppen i Psykiatri i Västerbotten. (2015). *REVIDERAT VÅRDPROGRAM FÖR ÄTSTÖRNINGAR I VÄSTERBOTTEN*. Västerbottens läns landsting.
- Länsledning Valfärd. (2016). *Arbets-och ansvarsfördelning för barn och ungdomars psykiska hälsa inom/mellan kommuner och Region Gävleborg*. Kommunerna och regionen i Gävleborgs län.
- Medicinsk programgrupp psykiatri och primärvård. (den 8 augusti 2016). *Ätproblematik hos barn och ungdomar*. Hämtat från Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd, Region Jönköpings län: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=39802&childId=18498>
- Ornstein, R., Rosen, D., Mammel, K., Callahan, S., Forman, S., Jay, M., . . . Walsh, B. (2013). Distribution of eating disorders in children and adolescents using the proposed DSM-5 criteria for feeding and eating disorders. *The Journal of adolescent health*, 3.

- Psykiatrisk avdelning 4 Kalmar. (den 13 december 2018). *Psykiatrisk avdelning 4 Kalmar*. Hämtat från varden.se: <https://www.varden.se/vardgivare/kalmar/1606/psykos-psykiatrisk-avdelning-4-kalmar>
- Regeringskansliet. (den 27 mars 2018). *Insatser för kvinnors hälsa*. Hämtat från Regeringskansliet: <https://www.regeringen.se/artiklar/2016/11/insatser-for-kvinnors-halsa/>
- Region Halland. (2015). *Handläggningsöverenskommelse mellan Vårdval Halland specialiserad öppenvård psykiatri, Vårdval Halland närsjukvård och Psykiatri Halland*. Region Halland.
- Region Halland. (2016). *Handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvård och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård*. Region Halland.
- Region Jämtland Härjedalen. (2017). *Psykisk ohälsa under graviditet och småbarnstid (POGS) - Vårdprogram för Jämtlands län*.
- Region Jönköpings län. (den 25 maj 2018). *Huvudriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna*. Hämtat från Fakta - allmänt kliniskt kunskapsstöd, Region Jönköpings län: <https://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=15294&nodeId=39803#Atstörningar>
- Region Kronoberg. (2018). *Psykiatri och primärvårdens vårdöverenskommelser*. Region Kronoberg.
- Region Norrbotten. (2017). *HÖK - Barn och ungas psykiska ohälsa*. Region Norrbotten.
- Region Skåne. (2017). *Skåneövergripande handläggningsöverenskommelse primärvård - specialistpsykiatri gällande vuxna*. Region Skåne.
- Sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri. (2012). *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)*. Västra Götalandsregionen.
- Skånevård Sund. (2017). *Gränssnittsdokument*. Region Skåne.
- Socialstyrelsen. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Socialstyrelsen. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/God%20v%C3%A5rd%20Kunskapsbaserad%20och%20%C3%A4ndam%C3%A5lsenlig%20v%C3%A5rd.pdf>
- SVOM. (2017). *Överenskommelse om samarbete mellan kommunerna i Jämtlands län och Region Jämtland Härjedalen*.
- Wallin, U., af Sandeberg, A., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). *Ätstörningar - Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB.
- Wärngård, M. (den 20 november 2017). Låg kunskap om hetsätning. *Dagens Medicin*.

BILAGOR

Bilaga 1. Förteckning över intervjupersoner

Tabell 5. Intervjustudie med företrädare för landsting och regioner

Sammanställning av intervjupersoner inklusive roll inom organisationen

Landsting	Intervjuperson	Roll
Stockholms läns landsting	Rosmarie Cizinsky Sjödahl	Avtalshandläggare
Region Uppsala		
Landstinget Sörmland	Jeanette Gröning Popa	Kvalitet- och utvecklingssamordnare
Region Östergötland	Håkan Samuelsson	Hälso- och sjukvårdsstrateg
Region Jönköpings län	Anne Pruul	Specialistpsykolog vid psykiatriska kliniken, Länssjukhuset Ryhov
Region Kronoberg	Sandor Eriksson	Verksamhetschef vuxenpsykiatri
Landstinget i Kalmar län		
Region Gotland	1) Anna Fritz-Henziger & 2) Maria Ten Siethoff	1) Teamsamordnare Ätstörningsteamet 2) Enhetschef, BUP
Landstinget Blekinge	Christina Wieslander	Avdelningschef, Ätstörningsenheten

Region Skåne	Kerstin Lindell	Medicinsk rådgivare, Avdelning för Hälso- och Sjukvårdsstyrning
Region Halland	Thomas Wejstam	Chefsläkare inom psykiatriförvaltningen
Västra Götalandsregionen	1) Lise-Lotte Bergerlind & 2) Mia Harty	Risö 1) Chef, Kunskapsstöd för psykisk hälsa 2) Regionutvecklare, Kunskapsstöd för psykisk hälsa
Landstinget i Värmland	Carolyn Isaksson	Verksamhetschef för länsgemensam psykiatri
Region Örebro län	Sanna Alia Gustaffson	Enhetschef, Ätstörningsenheten Eriksbergsgården
Region Västmanland	Maria Stefansson	Verksamhetschef, BUP ätstörningsenheten
Landstinget Dalarna	Per Söderberg	Divisionschef, psykiatri
Region Gävleborg	Elisabeth Präntare	Vårdutvecklare BUP, Ätstörningsenheten
Region Västernorrland	Anna-Karin Drewsen	Verksamhetsutvecklare, psykiatri
Region Jämtland Härjedalen	Sandra Forss	Enhetschef Ätstörningsenheten
Västerbottens läns landsting	Jens Boman	Senior hälso- och sjukvårdsstrateg
Region Norrbotten	1) Ingela Hellström, 2) Isa Larsson & 3) Bodil Ekblom	1) Enhetschef, Länsenheten för ätstörningar 2) Psykiatrisjuksköterska vid enheten 3) Skötare vid enheten

Tabell 6. Intervjustudie med företrädare för professionsorganisationer**Sammanställning av intervjustudien inklusive roll inom organisationen**

Professionsorganisation	Intervjustudien	Roll
Svenska Ätstörningssällskapet	Sanna Alia Gustaffson	Ordförande
Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri	Ulf Wallin	Styrelseledamot
Psykiatriska Riksföreningen för Sjuksköterskor*	Britt-Marie Lindgren	Styrelseledamot
Dietisternas Riksförbund	1) Gisela van der Ster & 2) Jennie Hernæs	1) Ordförande samt sekreterare, referensgrupp för psykiatri (del av förbundet) 2) Styrelseledamot, referensgrupp för psykiatri
Svenska Barnmorskeförbundet	Lena Axén	Vice ordförande i samordningsbarnmorskornas förbund, tillfrågad som sakkunnig å Svenska Barnmorskeförbundets vägnar
Sveriges psykologförbund	Ata Ghaderi	Medlem, tillfrågad som sakkunnig
Svensk Kuratorsförening	Lotta Jönsson	Medlem, kurator vid barn och ungdomsmedicinsk klinik, Skånes universitetssjukhus
Sveriges Tandläkarförbund	Hans Göransson	Ordförande
Sveriges Tandhygienistförening	Marie Sand	Styrelseledamot

*Sektion inom tillfrågade organisationen Svensk sjuksköterskeförening

Tabell 7. Intervjustudie med hälso- och sjukvårdspersonal

Sammanställning av intervjupersoner inklusive roll, verksamhet och landsting som verksamheten befinner sig inom

Profession/yrkestitel	Intervjuperson	Verksamhet	Verksam inom
Psykiater, ÖL*	Mattias Strand	Stockholms Centrum för Ätstörningar	Stockholms läns landsting
Psykiater, ÖL med medicinska ledningsuppgifter	Maria Huledal	Ätstörningsenheten Tornet	Landstinget Dalarna
Psykiater, ÖL	Eric Olsson	PRIMA Vuxenpsykiatri**	Stockholms läns landsting
Psykolog, enhetschef vid Forsknings- och utvecklingsenheten	Elisabeth Welch	Stockholms Centrum för Ätstörningar	Stockholms läns landsting
Fysioterapeut	Gunhild Kjölstad	Ätstörningscentrum i Lund	Region Skåne
Fysioterapeut	Karin Hammarlid	Farsta Rehab Södra	Stockholms läns landsting
Specialistläkare	Signy Reynisdóttir	Överviktscentrum Karolinska	Stockholms läns landsting
Företagsläkare, Lokalt Medicinskt Ledningsansvarig	Paul Malmheden	AB Previa***	Skåne
Akutläkare, Tillförordnad funktionsenhetschef	Malin Mörner	Akutmottagning och akut kortvårdsavdelning, KI i Huddinge	Stockholms läns landsting
Skolläkare	Annamaria Tamas	Skolhälsovården, Linköping****	Linköpings kommun
Skolsköterska	Katarina Hallstener	Skolhälsovården, Linköping*****	Linköpings kommun

Kurator, verksamhetschef	Lisa Jobson Drews	Ungdomsmottagningen i Angered****	Göteborgs kommun
Allmänläkare	Omar Lundberg	Stuvsta vårdcentral**	Stockholms läns landsting
Dietist	Inga-lill Detlofsson	Barn- och ungdomsklinik samt Ätstörningsenheten Eriksbergsgården	Region Örebro län
Tandläkare, klinikchef	Anders Lindunger	Folktandvården Spånga	Stockholms läns landsting
Tandhygienist	Ann-Sofi Layton	Specialistklinik för Barn- och ungdomstandvård, Centrum oral rehabilitering	Landstinget Dalarna
Samordnande barnmorska	Ylva-Li Lindahl	Mödrahälsovården Region Västmanland	Region Västmanland

*ÖL = överläkare **Privat verksamhet, arbetar på uppdrag av landstinget ***Privat verksamhet, arbetar på uppdrag av arbetsgivare ****Kommunal verksamhet

Bilaga 2. Intervjuguider

2.1 Intervjuguide, företrädare för landsting och regioner

Guide för intervjuer som genomförs inom Socialstyrelsens delstudie i uppdraget om att se över kunskapsläget för vård av ätstörningar och bedöma behov av stöd till hälso- och sjukvården.

Namn intervjuperson:

Tidigare info om titel/roll:

Landsting:

Introduktion – bakgrund och syfte

- [Intervjuaren presenterar sig och hänvisar till mailkorrespondensen inför intervjun. Tacka för att personen ställer upp på intervju. Kontrollera att hen har samma bild av avsatt tid för intervjun som presenterat i mailet, 30–40 minuter].
- Socialstyrelsen fick i somras **regeringsuppdraget att se över kunskapsläget** när det gäller vård av ätstörningar och **att bedöma om det finns behov av ett stöd** till hälso- och sjukvården, till exempel i form av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer.
- Socialstyrelsen fortsätter arbeta med uppdraget under det kommande året. I höstens arbete ingår bland annat att genomföra intervjuer med företrädare för samtliga landsting.
- Intervjun kommer att fokusera på huvudtemat **Organisation och rollfördelning i vården av personer med ätstörningar i [namn på landsting]**
- Vi vill också ställa några frågor kring om du ser några brister i ätstörningsvården och deras eventuella koppling till brist på kunskap eller kunskapsstöd

Avgränsning

- Med "ätstörningsvården" menar vi i denna intervju inte bara den specialiserade ätstörningsvården, utan inkluderar **olika typer av verksamheter inom vården** vilka kommer i kontakt med personer med ätstörningar. Dessa är: elevhälsan, ungdomsmottagningar, företagshälsovården, tandvården, akutsjukvården, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, specialistmottagningar för fetma samt specialiserade ätstörningsenheter.
- Socialtjänstens omsorg **ingår inte** i denna studie.
- Alla ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5
- Omfattar patienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, pica, idisslande, undvikande/restriktiv ätstörning, andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom och ospecificerad ätstörning eller

födorelaterat syndrom. Omfattar inte fetma eller undernäring som inte är kopplad till en ätstörning.

INTERVJUFRÅGOR

Förklaring: Övergripande frågor numrerade. Exempel på viktiga fördjupande följdfrågor under varje huvudfråga.

Förståelse för intervjupersonens roll

1. Hur skulle du beskriva din roll i *[aktuellt landsting]* och bakgrund?
2. Utifrån att Socialstyrelsens regeringsuppdrag är brett och omfattar många olika verksamheter – Är det några delar av organisationen eller rollfördelningen i vården av personer med ätstörningar där du utifrån din roll har begränsad insyn eller begränsade möjligheter att redogöra för specifika förhållanden? *[Kan exempelvis handla om specifika verksamheter, patientgrupper, vårdnivåer, psykiatri eller somatik, osv]*

Organisation och rollfördelning i vården av ätstörningar

3. Vilka verksamheter i länet är huvudsakligen involverade i vården av personer med ätstörningar?
4. Vilka roller och ansvar har de olika verksamheterna i ätstörningsvården? Har någon verksamhet tilldelats ett första linje-ansvar? *[Logga både vilka verksamheter som har ansvar under de olika rubrikerna samt detaljer kring vad de ska göra och inte göra]*

Identifiera/upptäcka

Utredda

Behandla lindriga besvär

Behandla allvarligare besvär

Behandla psykiatrisk samsjuklighet

Följa upp patienter efter avslutad vård

Org. och ansvar för beställning/ samordning/ kunskapsstyrning *[Försök få en övergripande bild men fastna inte för länge på denna punkt]*

Om inte redan besvarad:

5. **Vilka av följande vårdformer kan erbjudas barn och unga respektive vuxna patienter med ätstörning inom länet?**
- a. Öppenvård
 - b. Dagvård/mellanvård av annan form
 - c. Heldygnsvård
6. **Vilka andra aktörer/verksamheter är också på något sätt involverade i vården av dessa patienter?** Fråga specifikt utifrån listan nedan – om några missats i frågan ovan
- a. Utomlänsvård (bedrivs/köps)?

[Markera vilka av nedan som nämns, fråga om specifika ev. verksamheter/aktörer inom psykiatrin och den specialiserade ätstörningsvården]

Skolhälsovård

Ungdomsmottagning/ ungdomshälsa

Primärvård

BUMM

Allmänpsykiatri

BUP

Specialiserad ätstörningsvård (i landstingets regi)

Ev. specialiserad ätstörningsvård i privat regi

Mödrahälsovård

Tandvård

Akut somatisk vård

Specialiserad obesitasvård

Habiliteringen

7. **I vilken utsträckning är ansvarsfördelningen dokumenterad i vårdprogram, uppdrag, samverkansavtal eller annat?** [fokus både att förstå vem som ska göra vad och i vilken utsträckning det finns samsyn kring att ansvarsförhållandena gäller och är tydliga]

- a. Skulle du säga att alla aktörer anser att deras ansvar i vården för personer med ätstörningar är tydligt? Om nej, vilka och varför?

[Lista vilka dokument som finns och övergripande vad de innehåller med bäring på ätstörningsdiagnoser]

Vårdprogram för ätstörningsvård

Uppdragsbeskrivningar

Samverkansavtal (mellan vilka parter?)

Annat

8. **Hur är kvalitetssäkring/uppföljning av ätstörningsvården organiserad?**

9. **Finns det planerade ändringar i/utveckling av organiseringen av ätstörningsvården?**

Brister och skillnader i ätstörningsvården

10. **Övergripande, hur väl fungerar vård och behandling för personer med ätstörningar i landstinget?**

- Finns det några **skillnader** i den vård som patienter erbjuds? [Tex. avseende behandlingsformer och typ av kompetens tillgänglig.] Är vården likvärdig? [Obs! Fokus på VAD, varför kommer på nästa fråga]
- Var i vården finns dessa skillnader? Inom eller mellan verksamheter? I samverkan eller planering? Geografiska skillnader?
- Finns det några **brister/svårigheter**? Vad kan dessa bestå av?
- Vilka patientgrupper/diagnoser berörs? På vilket sätt?
- Hur fungerar vård och behandling gällande ätstörningar med samsjuklighet?

Orsaker till brister – fokus kunskap och kunskapsstöd

-
11. **Vilka orsaker ser du till de skillnader som du just beskrivit?** [Nämn direkt att nästa fråga handlar om brister, skilj på skillnader och brister om möjligt]
12. **Vilka orsaker ser du till de brister/svårigheter som du just beskrivit?**
13. **Är kunskapen i vården tillräcklig för att ge en god vård till personer med ätstörningar?**
- a. *[Om bristande kunskap]* På vilket sätt? Inom vilka delar av vården? För vilka delar av vård och behandling? För vilka professioner? Skillnad mellan diagnoser?
 - b. Är otillräcklig kunskap en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare? [Följdfrågan ställs endast om det inte redan framkommit]
14. **Finns tillräckliga stöd till vårdpersonal och sjukvårdens ledning för en kunskapsbaserad ätstörningsvård, exempelvis utbildningar eller skriftliga kunskapsstöd?**
- c. Är otillräckliga kunskapsstöd en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare? [Följdfrågan ställs endast om det inte redan framkommit]

Kunskapsstöd som används och ev. behov av ytterligare stöd

15. **Vilka kunskapsstöd används inom ätstörningsvården i landstinget/regionen?**
- a. Vilka?
 - b. Vilka professioner och delar av ätstörningsvården riktar de sig till?
 - c. I vilken utsträckning används de? Varför? Varför inte?
16. **Skulle du säga att det finns en efterfrågan inom vården i landstinget av ytterligare stöd kring vård och behandling av ätstörningar?**
- a. Kan du beskriva hur ett sådant eller sådana stöd ser ut?

17. Om ett nationellt stöd kring vård och behandling av ätstörningar tas fram:

- a. Vilka är de viktigaste frågorna kring vård och behandling??
- b. Vilka målgrupper/nivåer i ätstörningsvården är viktigast att nå och varför?
- c. Behöver ett kunskapsstöd se olika ut beroende på vilka diagnoser det handlar om?
- d. Vilket format (t.ex. lärarledd utbildning, webbutbildning, skriftligt, elektroniskt, annat)?

Avslut

18. Är det något ytterligare du skulle vilja tillägga som vi inte berört i intervjun?

[Tacka för intervjun och att intervjupersonen tog sig tid att svara. Upprepa att hens bidrag är mycket värdefullt för Socialstyrelsens uppdrag. Fråga om det går bra att vi tar en ny kontakt om det är någon ytterligare fråga vi skulle vilja komplettera med]

2.2 Intervjuguide, företrädare för professionsorganisationer

Guide för intervjuer som genomförs inom Socialstyrelsens delstudie i uppdraget om att se över kunskapsläget för vård av ätstörningar och bedöma behov av kunskapsstöd till hälso- och sjukvården.

Organisation:

Intervjuperson:

Roll:

Introduktion – bakgrund och syfte

- [Intervjuaren presenterar sig och hänvisar till mailkorrespondensen inför intervjun. Tacka för att personen ställer upp på intervju. Kontrollera att hen har samma bild av avsatt tid för intervjun som presenterat i mailet, 30–40 minuter].
- Socialstyrelsen fick i somras **regeringsuppdraget att se över kunskapsläget** när det gäller vård av ätstörningar och **att bedöma om det finns behov av ett stöd** till hälso- och sjukvården, till exempel i form av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer.
- Socialstyrelsen fortsätter arbeta med uppdraget under det kommande året. I höstens arbete ingår bland annat att genomföra intervjuer med professionsföreträdare i organisationer och förbund vars medlemmar på olika sätt och i olika verksamheter träffar personer med ätstörningar.
- Intervjun kommer att fokusera på tre huvudteman:
 - Eventuella brister, skillnader eller ojämlikheter i ätstörningsvården
 - Om otillräcklig kunskap och/eller otillräckliga kunskapsstöd utgör del av orsaken till eventuella brister och skillnader inom ätstörningsvården
 - Vilka källor till kunskap om vård och behandling vid ätstörningar som finns och används, finns det en efterfrågan på stöd till kunskap och i så fall vilken typ

Avgränsning

- Med "ätstörningsvården" menar vi i denna intervju inte bara den specialiserade ätstörningsvården, utan inkluderar **olika typer av verksamheter inom vården** vilka kommer i kontakt med personer med ätstörningar. Dessa är: elevhälsan, ungdomsmottagningar, företagshälsovården, tandvården, akutsjukvården, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, specialistmottagningar för fetma samt specialiserade ätstörningsenheter.
- Socialtjänstens omsorg **ingår inte** i denna studie.
- Alla ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5

- Omfattar patienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, pica, idisslande, undvikande/restriktiv ätstörning, andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom och ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom. Omfattar inte fetma eller undernäring som inte är kopplad till en ätstörning.

INTERVJUFRÅGOR

Förklaring: Övergripande frågor numrerade. Exempel på viktiga fördjupande följdfrågor under varje huvudfråga.

Förståelse för intervjupersonens roll

1. **Hur skulle du beskriva din roll på [namn på professionsorganisation] och bakgrund?**
2. **Utifrån att Socialstyrelsens regeringsuppdrag är brett och omfattar många olika verksamheter och professioner - Vilket eller vilka huvudsakliga perspektiv på ätstörningsvården skulle du säga att [namn på professionsorganisation] framförallt bidrar till att belysa?**
[Om intervjupersoner ber om förtydligande: Perspektiv kan vara verksamheter, patientgrupper, professioner, vårdnivåer, psykiatri eller somatik, behandlingsformer osv]

Brister och skillnader i ätstörningsvården

3. **Övergripande, hur väl fungerar vård och behandling för personer med ätstörningar?** [Obs! Frågan begränsas ju av vilket perspektiv av ätstörningsvården som intervjupersonen kan belysa. Begränsningar i svarsutrymmet inkluderar både typ av verksamhet samt vilka delar i vård och behandling som avses, t.ex. upptäcka, utreda och behandla]
 - a. Finns det några skillnader? [Tex. avseende behandlingsformer och typ av kompetens tillgänglig.] Är vården likvärdig? [Obs! Fokus på VAD, varför kommer på nästa fråga]
 - b. Var i vården finns dessa skillnader? Inom eller mellan verksamheter? I samverkan eller planering? Geografiska skillnader?
 - c. Finns det några brister? Vad kan dessa brister bestå av?
 - d. Vilka patientgrupper/diagnoser berörs? På vilket sätt?

- e. Hur fungerar vård och behandling gällande ätstörningar med samsjuklighet?

Orsaker till brister – fokus kunskap och kunskapsstöd

4. **Vilka orsaker ser du till de skillnader som du just beskrivit?** [Plocka särskilt upp om det är något särskilt vi kan plocka med oss till delstudien om organisation eller rollfördelning]
5. **Vilka orsaker ser du till de brister som du just beskrivit?** [Plocka särskilt upp om det är något särskilt vi kan plocka med oss till delstudien om organisation eller rollfördelning]
6. **Är kunskapen i vården tillräcklig för att ge en god vård till personer med ätstörningar?**
 - a. [Om bristande kunskap] På vilket sätt? Inom vilka delar av vården? För vilka delar av vård och behandling? För vilka professioner? Skillnad mellan diagnoser?
 - b. Är otillräcklig kunskap en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare?
7. **Finns tillräckliga stöd till vårdpersonal och sjukvårdens ledning för en kunskapsbaserad ätstörningsvård, exempelvis utbildningar eller skriftliga kunskapsstöd?**
 - a. Är otillräckliga kunskapsstöd en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare?

Kunskapsstöd som används och ev. behov av ytterligare stöd

8. **Finns det exempel på kunskapsstöd inom ätstörningsvården?**
 - a. Vilka?
 - b. Vilka professioner och delar av ätstörningsvården riktar de sig till?
 - c. I vilken utsträckning används de? Varför? Varför inte?
9. **Skulle du säga att det finns en efterfrågan inom vården av ytterligare stöd kring vård och behandling av ätstörningar?**
 - a. Kan du beskriva hur ett sådant eller sådana stöd ser ut?

10. Om ett nationellt stöd kring vård och behandling av ätstörningar tas fram:

- a. Vilka är de viktigaste frågorna kring vård och behandling??
- b. Vilka målgrupper/nivåer i ätstörningsvården är viktigast att nå och varför?
- c. Behöver ett kunskapsstöd se olika ut beroende på vilka diagnoser det handlar om?
- d. Vilket format (t.ex. lärarledd utbildning, webbutbildning, skriftligt, elektroniskt, annat)?

Avslut

11. Är det något ytterligare du skulle vilja tillägga som vi inte berört i intervjun?

[Tacka för intervjun och att intervjupersonen tog sig tid att svara. Upprepa att hens bidrag är mycket värdefullt för Socialstyrelsens uppdrag. Fråga om det går bra att vi tar en ny kontakt om det är någon ytterligare fråga vi skulle vilja komplettera med]

2.3 Intervjuguide, hälso- och sjukvårdspersonal

Guide för intervjuer som genomförs inom Socialstyrelsens delstudie i uppdraget om att se över kunskapsläget för vård av ätstörningar och bedöma behov av kunskapsstöd till hälso- och sjukvården.

Intervjuperson:

Profession och verksamhet:

Verksam i landsting/län:

Introduktion – bakgrund och syfte

- [Intervjuaren presenterar sig och hänvisar till mailkorrespondensen inför intervjun. Tacka för att personen ställer upp på intervju. Kontrollera att hen har samma bild av avsatt tid för intervjun som presenterat i mailet, 30–40 minuter].
- Socialstyrelsen fick i somras **regeringsuppdraget att se över kunskapsläget** när det gäller vård av ätstörningar och **att bedöma om det finns behov av ett stöd** till hälso- och sjukvården, till exempel i form av kunskapsstöd eller nationella riktlinjer.
- Socialstyrelsen fortsätter arbeta med uppdraget under det kommande året. I höstens arbete ingår att se genomföra ett mindre antal intervjuer med kliniskt verksam personal som träffar personer med ätstörningar.
- Intervjuerna inkluderar personal från olika professioner och i olika verksamheter. Intervjuerna syftar till att skapa ett underlag för det fortsatta arbetet, inte till att ge en heltäckande bild.
- Intervjun kommer att fokusera på tre huvudteman:
 - Eventuella brister, skillnader eller ojämlikheter i ätstörningsvården
 - Om otillräcklig kunskap och/eller otillräckliga kunskapsstöd utgör del av orsaken till eventuella brister och skillnader inom ätstörningsvården
 - Vilka källor till kunskap om vård och behandling vid ätstörningar som finns och används, finns det en efterfrågan på stöd till kunskap och i så fall vilken typ

Avgränsning

- Med "ätstörningsvården" menar vi i denna intervju inte bara den specialiserade ätstörningsvården, utan inkluderar **olika typer av verksamheter inom vården** vilka kommer i kontakt med personer med ätstörningar. Dessa är: elevhälsan, ungdomsmottagningar, företagshälsovården, tandvården, akutsjukvården, primärvården, barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, specialistmottagningar för fetma samt specialiserade ätstörningsenheter.
- Socialtjänstens omsorg **ingår inte** i denna studie.

- Alla ätstörningar och födorelaterade syndrom enligt DSM-5
 - Omfattar patienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa, hetsättningsstörning, pica, idisslande, undvikande/restriktiv ätstörning, andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom och ospecificerad ätstörning eller födorelaterat syndrom. Omfattar inte fetma eller undernäring som inte är kopplad till en ätstörning.

INTERVJUFRÅGOR

Förklaring: Övergripande frågor numrerade. Exempel på viktiga fördjupande följdfrågor under varje huvudfråga.

Förståelse för intervjupersonens roll

1. **Hur skulle du beskriva din yrkesroll och bakgrund?**
2. **Utifrån att Socialstyrelsens regeringsuppdrag är brett och omfattar många olika verksamheter och professioner - Vilket eller vilka huvudsakliga perspektiv på ätstörningsvården skulle du säga att du framförallt bidrar till att belysa?**
[Om intervjupersoner ber om förtydligande: Perspektiv kan vara verksamheter, patientgrupper, professioner, vårdnivåer, psykiatri eller somatik, behandlingsformer osv]

Brister och skillnader i ätstörningsvården

3. **Övergripande, hur väl fungerar vård och behandling för personer med ätstörningar?** *[Obs! Frågan begränsas ju av vilket perspektiv av ätstörningsvården som intervjupersonen kan belysa. Begränsningar i svarsutrymmet inkluderar både typ av verksamhet samt vilka delar i vård och behandling som avses, t.ex. upptäcka, utreda och behandla]*
 - a. Finns det **några skillnader**? *[Tex. avseende behandlingsformer och typ av kompetens tillgänglig.]* Är vården likvärdig? *[Obs! Fokus på VAD, varför kommer på nästa fråga]*
 - b. Var i vården finns dessa skillnader? Inom eller mellan verksamheter? I samverkan eller planering? Geografiska skillnader?
 - c. Finns det **några brister**? Vad kan dessa brister bestå av?
 - d. Vilka patientgrupper/diagnoser berörs? På vilket sätt?
 - e. Hur fungerar vård och behandling gällande ätstörningar med samsjuklighet?

Orsaker till brister – fokus kunskap och kunskapsstöd

4. **Vilka orsaker ser du till de skillnader som du just beskrivit?** *[Plocka särskilt upp om det är något särskilt vi kan ta med oss till delstudien om organisation eller rollfördelning]*
5. **Vilka orsaker ser du till de brister som du just beskrivit?** *[Plocka särskilt upp om det är något särskilt vi kan ta med oss till delstudien om organisation eller rollfördelning]*
6. **Är kunskapen i vården tillräcklig för att ge en god vård till personer med ätstörningar?**
 - a. *[Om bristande kunskap]* På vilket sätt? Inom vilka delar av vården? För vilka delar av vård och behandling? För vilka professioner? Skillnad mellan diagnoser?
 - b. Är otillräcklig kunskap en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare?
7. **Finns tillräckliga stöd till vårdpersonal och sjukvårdens ledning för en kunskapsbaserad ätstörningsvård, exempelvis utbildningar eller skriftliga kunskapsstöd?**
 - a. Är otillräckliga kunskapsstöd en orsak till de skillnader och brister vi diskuterade tidigare?

Kunskapsstöd som används och ev. behov av ytterligare stöd

8. **Finns det exempel på kunskapsstöd inom ätstörningsvården?**
 - a. Vilka?
 - b. Vilka professioner och delar av ätstörningsvården riktar de sig till?
 - c. I vilken utsträckning används de? Varför? Varför inte?
9. **Skulle du säga att det finns en efterfrågan inom vården av ytterligare stöd kring vård och behandling av ätstörningar?**
 - a. Kan du beskriva hur ett sådant eller sådana stöd ser ut?
10. **Om ett nationellt stöd kring vård och behandling av ätstörningar tas fram:**
 - a. Vilka är de viktigaste frågorna kring vård och behandling?
 - b. Vilka målgrupper/nivåer i ätstörningsvården är viktigast att nå och varför?

- c. Behöver ett kunskapsstöd se olika ut beroende på vilka diagnoser det handlar om?
- d. Vilket format (t.ex. lärarledd utbildning, webbutbildning, skriftligt, elektroniskt, annat)?

Avslut

11. **Är det något ytterligare du skulle vilja tillägga som vi inte berört i intervjun?**

[Tacka för intervjun och att intervjupersonen tog sig tid att svara. Upprepa att hens bidrag är mycket värdefullt för Socialstyrelsens uppdrag. Fråga om det går bra att vi tar en ny kontakt om det är någon ytterligare fråga vi skulle vilja komplettera med]

Bilaga 3. Vårdprogram

Landsting	Vårdprogram /riktlinje	Framtaget (senast reviderat)	Kommentar
Stockholms läns landsting	Regionalt vårdprogram, Ätstörningar	2009 (2017)	Vårdprogram. Tillgängligt digitalt på viss.nu , samt viss.nu/psykiatristod .
Region Uppsala			Handlingsprogram för ätstörningsenheten för barn identifierat från 2009. Vårdprogram/riktlinjer för vuxenpsykiatri ej identifierat.
Landstinget Sörmland			Befintligt vårdprogram uppges vara utdaterat och i behov av revidering.
Region Östergötland	Ätstörningsvård för barn, unga och vuxna	2012, giltig t.o.m. 2018	Vårdprocessprogram. På intranät på vardgivarwebb.regionostergotland.se ska även vårdprogram finnas, riktat till specialistpsykiatri, primärvård och skolhälsovård.
Region Jönköpings län	Ätstörningar barn/vuxen	2015, giltig t.o.m. 2017, ej uppdaterat	Vårdriktlinje. Gemensam för sydöstra sjukvårdsregionen. Enligt intervjuuppgift fortfarande gällande.
Region Kronoberg			Regionen har frångått användning av vårdprogram. Ej heller riktlinjer eller vårdplaner identifierade.
Landstinget i Kalmar län	Ätstörningar barn/vuxen	2015, giltig t.o.m. 2017, ej uppdaterat	Vårdriktlinje. Gemensam för sydöstra sjukvårdsregionen.

Region Gotland	Rutin – Åldersintegrerat Ätstörningsteam	2012, giltig t.o.m. 2021	Rutin för ätstörningsteamet. Dokumentet har uppdaterats utifrån DSM-5.
Landstinget Blekinge	Behandlingsriktlinjer för ätstörningar	2012	Vårdprogram.
Region Skåne			Enligt intervjuuppgift är det Svenska Psykiatriska Föreningens Kliniska riktlinjer som används.
Region Halland	Ätstörningar - vårdprogram	2018	Vårdprogram.
Västra Götalandsregionen	Regional medicinsk riktlinje, Ätstörningar	2014, giltig t.o.m. 2019	Riktlinjer.
Landstinget i Värmland	Ätstörningar hos barn, ungdomar och vuxna - utredning och behandling	2015, giltig t.o.m. 2018	Vårdprogram. Behov av revidering lyfts då vårdprogrammet enbart är giltigt till i år.
Region Örebro län	Vårdprogram för ätstörningsbehandling	2010 (2012)	Vårdprogram. Finns även separata vårdprogram/behandlingsriktlinjer för heldygnsvård.
Region Västmanland	Vårdprogram för vuxna med ätstörningar	2018	Vårdprogram för vuxna patienter. Vårdprogram för barn och unga ska enligt uppgift uppdateras under 2019.
Landstinget Dalarna	Vårdprogram BUP Dalarna, Utredning och insatser för barn och unga med ätstörning	2018, giltig t.o.m. 2020	Vårdprogram för ätstörningsenheten inom BUP. Finns även separat vårdprogram för heldygnsvård av barn. Enligt intervjuuppgift finns inte vårdprogram men diverse styrdokument inom vuxenverksamheten.

Region Gävleborg	Vårdprogram Ätstörning för barn och vuxna	2018	Vårdprogram. Ej ännu fastställt vid tiden för denna sammanställning.
Region Västernorrland			Enligt intervjuuppgift saknas vårdprogram. Har en standardiserad vårdplan.
Region Jämtland Härjedalen			Befintligt vårdprogram uppges vara i behov av att uppdateras. En nyligen uppdaterad rutin för heldygnsvård finns.
Västerbottens läns landsting	Reviderat vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten	2015, giltig t.o.m. 2020	Vårdprogram.
Region Norrbotten	Ätstörningar, vårdprogram för vuxna	2015	Vårdprogram för vuxna patienter. Vårdprogram ej identifierat för barn och unga.

