



Gemensamt uppdrag från samordningsråden BUP och VUP (RS 2025-01373) 2025-04-11

# **Vårdnivåer, vårdplatser och andra utmaningar inom ätstörningsvården i VGR**

Datum: 2025-09-12

Dokumentnamn: Vårdnivåer, vårdplatser och andra utmaningar inom ätstörningsvården i VGR  
Diarienummer: RS 2025-01373

Kontaktperson: Hugo Wallén, Strateg, SU, Område 2, Psykiatri Psykos  
Telefon: 0702-18 95 03  
E-post: hugo.wallen@vgregion.se

# Innehåll

Bakgrund .....	3
Datainsamling .....	3
Kartläggning 2023.....	4
Ätstörningsvården i VGR 2024.....	6
Skaraborgs sjukhus.....	6
Södra Älvsborgs sjukhus.....	6
NU-sjukvården.....	7
Sjukhusen i Väster .....	8
Sahlgrenska Universitetssjukhuset .....	8
Antal vårdplatser .....	11
Köpt och såld vård .....	14
Nya nationella riktlinjer 2024.....	18
Vårdnivåer i ätstörningsvården .....	19
Åldersindelningen 16–25 .....	22
Vård av patienter med ätstörning på allmänpsykiatrisk vårdavdelning.....	25
Nationell högspecialiserad vård.....	28
Slutsatser och förslag: .....	31

## Bakgrund

Ätstörningsvården har varit föremål för diskussion i de psykiatriska samordningsråden under 2024 som en följd av flera faktorer med inverkan på denna. Dels har Socialstyrelsen publicerat nya nationella riktlinjer, dels har antalet slutenvårdsplatser i regionen blivit färre och dels har inrättandet av nationell högspecialiserad ätstörningsvård lett till att nya gränssnitt behövt upprättas.

Som en följd av diskussionerna i samordningsråden för BUP och VUP har ett gemensamt uppdrag givits till Hugo Wallén att se över ätstörningsvården i Västra Götalandsregionen (bilaga 1)<sup>1</sup>. I uppdraget har ingått att undersöka utmaningar för den specialiserade ätstörningsvården och att samla in kunskap om hur de som driver vården ser på förutsättningarna för att ytterligare effektivisera och utveckla befintliga vårdprocesser samt att lämna ett förslag till hur de beskrivna utmaningarna kan adresseras. Uppdraget gavs efter samråd med strateg för psykisk hälsa vid koncernkontoret.

Uppdraget har begränsats till att endast omfatta den ätstörningsvård som bedrivs av den offentliga barn- och ungdoms-, resp. vuxenpsykiatri och att belysa utmaningar och möjligheter från ett vårdgivarperspektiv. Ambitionen har inte varit att göra en komplett undersökning av alla aspekter av vården. Därför har inte patientföreträdare, samarbetsparter eller andra berörda involverats.

Uppdraget avrapporterades vid SOR under maj 2025 och den efterföljande diskussionen ledde till att tiden för uppdraget förlängdes till och med hösten 2025.

## Datainsamling

Kunskapsunderlaget i rapporten bygger bland annat på samtal som förts med samordningsrådet för vuxenpsykiatri 241115 och 250110 samt med samordningsrådet för barn- och ungdomspsykiatri den 250124. Intervjuer har gjorts individuellt eller i grupp med bland andra: Helen Axelsson Salo, Lena Haglund Backman, Clara Zelleröth, Niklas Galligani, Ronja Freyholtz, Barbro Bäckström, Karin Lilja, Stina Claesson, Anne-Line Solberg, Tomas Larsson, Camilla Granath, Sara Lundqvist, Jessica Swahn, Camelia Larsson, Ilias Papoulias, Max Rindby, Johan Sandelin, Magnus Skog, Eva Blixt, Pia Rydell,

---

<sup>1</sup> Diarienummer RS 2025-01373

Mathias Alvidius, Anna Antonelli, Marie Carlsson och Victoria Skeie. Statistiska uppgifter har inhämtats med hjälp från koncernstab för uppdrag och produktion hälso- och sjukvård, regional vårdanalys och från ekonomiconrollers vid de olika förvaltningarna och personer med kunskap inom de aktuella verksamhetsområdena.

## Kartläggning 2023

2019-05-28 motionerade Carina Örgård (V) och Kerstin Joelsson-Wallsby (V) till regionfullmäktige om ätstörningsvården. Motionen innehöll en begäran om att *”göra en kartläggning av ätstörningsvården för 12–16-åringar för att komma med förslag på reviderade regionala medicinska riktlinjer och anpassningar av öppen- respektive slutenvård.”* (bilaga 2)

Regionfullmäktige skickade ut motionen på remiss och biföll den därefter 2020-06-09. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen, genom Ann Söderström, gav därför två veckor senare i uppdrag åt kunskapscentrum psykisk hälsa (KPH) att *”Kartlägga regionens ätstörningsvård, utreda behov och komma med förslag till att utveckla regionens ätstörningsverksamheter så att anpassad och evidensbaseradvård kan ges.”*

Kartläggningen blev klar 2023-07-06 (bilaga 3) och presenterade följande slutsatser:

- *Antal personer med ätstörningsdiagnos ökar i VGR. Störst är ökningen bland barn och unga, även om den totala volymen vuxna med ätstörning är större. Även antalet remisser till ätstörningsvården ökar.*
- *Tillgänglighet till ätstörningsspecialiserade heldygnsvårdsplatser för ett evidensbaserat omhändertagande vid svår sjukdom är nödvändigt för att förhindra den mest allvarliga konsekvensen av ätstörning – död, i svält eller suicid.*
- *Det breda och förebyggande arbetet med tidig identifikation och tidiga insatser behöver förstärkas för att kunna resultera i att färre barn och unga insjuknar och/eller blir svårt eller långvarigt sjuka.*
- *Arbetet med att nivåstrukturera ätstörningsvården är initierat och behöver fortsätta. Första linjens vård behöver samverka och ha ett tydligare uppdrag kring tidig upptäckt och förebyggande insatser. Det behöver även utredas om primärvården har kapacitet att*

*omhänderta viss behandling av ätstörningsproblematik, exempelvis KBT vid bulimi/hetsätning.*

- *Barn- och skolhälsovården är en viktig del i ätstörningsvården i och med att de följer upp barn i skolan med avseende på längd- och viktutveckling. Bemötandekompetens behöver förstärkas, för att kunna arbeta effektivt med att fånga upp förändringar i attityder/beteende relaterat till mat såväl som avvikelser från viktkurvan. Nödvändig kompetens kring ätstörning behöver säkerställas inom somatiska vårdavdelningar och akutintag för att garantera ett patientsäkert omhändertagande.*
- *Omhändertagandet av patienter med diagnosen ARFID behöver utredas vidare. Denna ätstörning skiljer sig från andra ätstörningar i och med att huvudfokus inte ligger på rädsla att gå upp i vikt, utan på obehagliga sensoriska upplevelser i mun och svalg i samband med intag av mat.*

Koncernkontoret omhändertog kartläggningen och gjorde en sammanfattande bedömning som tillställdes den operativa hälso- och sjukvårdsnämnden 2023-09-13.

*Koncernkontorets bedömning är att kartläggningen av ätstörningsvården tydligt visar ett behov av ätstörningsspecialiserad heldygnsvård även för barn under 16 år. I VGR har SU uppdraget om att tillhandahålla högspecialiserad vård efter behov. Koncernkontoret anser därför att inget ytterligare uppdrag behöver utfärdas utan rekommenderar att fortsatt dialog kring utformning av ätstörningsspecialiserad heldygnsvård förs inom SU. I uppdraget från hälso- och sjukvårdsstyrelsen ingick att komma med förslag till att utveckla regionens ätstörningsverksamheter ”så att anpassad och evidensbaserad vård kan ges”. Koncernkontoret bedömer att det utvecklingsarbete som pågår inom kunskapsorganisationen och RPT ätstörning för att stödja verksamheterna att kunna erbjuda anpassad och evidensbaserad vård är väl förankrat i de nationella och regionala processer som pågår. Därmed anser inte Koncernkontoret att kartläggningens slutsatser föranleder ytterligare uppdrag utöver redan existerande struktur.*

Operativa hälso- och sjukvårdsnämndens beslut blev<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> Diarienummer: OSN 2023-00090

*Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden godkänner redovisningen och överlämnar den till regionstyrelsen för information till regionfullmäktige.*

## **Ätstörningsvården i VGR 2024**

För närvarande bedrivs specialiserad vård för patienter med ätstörning vid samtliga sjukhusförvaltningar i VGR. Även om vården i vissa fall involverar medicinklinikerna är den i huvudsak förlagd till BUP och VUP.

### **Skaraborgs sjukhus**

Sjukhuset har en öppenvårdsenhet som ligger i Skövde. Där tar man emot alla ätstörningspatienter oavsett ålder. Under 2024 besöktes mottagningen av 395 patienter varav 142 var barn och 253 vuxna. Det finns tillgång till familjedagvård för två barn i taget på sjukhuset två dagar i veckan. Mellanliggande dagar arbetar man med uppföljning genom förbokade videobesök. För vuxna patienter finns ingen dagvård i nuläget men det finns ett pågående arbete med att inrätta dagvård. Förhoppningen är att man ska få rekrytera den personal som behövs för att starta 6–8 platser. Lokaler finns men behöver viss anpassning. Skaraborgs sjukhus stängde vårdavdelningen för BUP 2019 och patienter med ätstörning som behöver inläggning skickas därför till SU om de är 24 år eller yngre. För åldersspannet 16–25 gäller de regionala platserna på SU och för 0–16 är det BUPs akutvårdsavdelning vid SU som i så fall blir aktuell. Kön till ätstörningsavdelningen är dock som regel lång (3–6 månader under 2024). Barn för vilka ätstörningen blivit akut och livshotande kan även vårdas på barn- och ungdomsmedicinsk avdelning i Skövde. Vuxna som är 25 år eller äldre med ätstörning vårdas på allmänpsykiatrisk vårdavdelning i Skövde. Sammanlagt finns 16 sådana platser och beläggningen är hög.

### **Södra Älvsborgs sjukhus**

I Borås finns en öppenvårdsenhet som är särskilt specialiserad på ätstörningsvård. Där tar man emot ätstörningspatienter oavsett ålder. Under 2024 besöktes enheten av 363 patienter varav 147 var barn och 226 vuxna. Flera varianter av ätstörning kan behandlas, men under 2024 erbjöds inte vård för patienter med ARFID eller hetsättningsstörning (utom i vissa fall där det fanns komplicerande samsjuklighet). Det framgår vid intervjuer att det finns oenighet om var dessa bör få sin vård.

Det fanns dagvård för åtta patienter från 16 år och äldre under 2024 men sedan januari 2025 har man gått ner till fem platser. För barn finns sex allmänpsykiatriska slutenvårdsplatser vilket innebär att patienter med ätstörning vårdas tillsammans med patienter som vårdas ineliggande av andra orsaker. SÄS ansvarar också för slutna allmänpsykiatrisk vård av barn från NU-sjukvårdens upptagningsområde. Som regel försöker man lägga in barn med ätstörning i åldrarna 16 och 17 på den regionala avdelningen vid SU, men kön till de platserna var under 2024 mellan 3–6 månader.

Vuxna patienter med ätstörning kan läggas in på någon av de 36 allmänpsykiatriska vårdplatser som vuxenpsykiatrin förfogar över på sjukhuset men för de som är mellan 18–25 skriver man ofta remisser till SU eftersom det där finns en specialiserad ätstörningsavdelning med regionalt uppdrag. SÄS har köpt slutenvård i relativt stor utsträckning under 2021–24 för både barn och vuxna patienter, dels genom avtal, dels genom det fria vårdvalet (se tabell 5 nedan).

## **NU-sjukvården**

Det finns en öppenvårdsenhet för vuxna och en för barn. Båda är specialiserade på ätstörningar. Mottagningarnas personal sitter i samma lokaler i Uddevalla. Under 2024 var det 314 patienter som besökte mottagningarna varav 124 på barnsidan och 190 på vuxensidan.

Det finns för närvarande ingen dagvård för barn med ätstörning men det finns ett pågående arbete med att se över möjligheter att kunna inrätta tre familjedagvårdsplatser. Svårigheterna är främst lokalmässiga. För vuxna patienter erbjuds ”förstärkt öppenvård” för upp till åtta patienter vilket innebär att de kan komma till öppenvårdsmottagningen tre dagar i veckan à fyra timmar för att bland annat äta olika måltider med stöd av personal där. Övriga dagar finns i viss utsträckning digitala besök via video som stöd i hemmet. Man gör också hembesök med mobila team.

Det finns sex slutenvårdsplatser för barn med akuta psykiatriska vårdbehov men dessa platser är tillfälligt stängda på grund av bemanningssvårigheter. För närvarande utreds frågan om dessa platser ska förbli permanent stängda eller inte. Barn under 16 år som behöver ineliggande vård skickas därför till Borås i mån av plats där. I akuta fall kan det bli aktuellt med plats inom barnmedicin på NÄL i Trollhättan. Planerad vård för ätstörning för barn mellan 16 och 17 år kan

ske på SU men köerna dit är långa (3-6 mån under 2024) och man upplever att det är svårt att få in patienter på denna avdelning.

Vuxna, över 18 år, som behöver inläggande vård, kan både akut och planerat läggas in i vuxenpsykiatrins allmänpsykiatriska heldygnsvård. Denna finns på två avdelningar som omfattar 28 platser. Det är dock inte alltid det finns platser där och den sista tiden har det varit överbelagt pga stora vårdbehov inom andra patientgrupper. NU-sjukvården köper därför viss vård från privata leverantörer för patienter med inläggningsbehov (se tabell 5 nedan). Man har skickat remisser för NHV-vård till SU men beskriver att dessa i mycket liten utsträckning har accepterats. Vuxna patienter mellan 18–24 år kan remitteras till vårdavdelning inom BUP vid SU där det finns regionala platser.

## **Sjukhusen i Väster**

Vid Kungälv's sjukhus finns en öppenvårdsenhet som tar emot patienter med ätstörning oavsett ålder. Under 2024 var det 172 olika patienter som besökte mottagningen varav 50 var barn och 122 vuxna. I anslutning till mottagningen finns också en dagvård med plats för sex patienter. Där tar man i huvudsak emot vuxna patienter, men enstaka barn från 16 år har också erbjudits vård där.

Vuxna patienter (över 18 år) som behöver inläggande vård placeras på den allmänpsykiatriska vårdavdelningen (avd 9). Där har man tätt samarbete med ätstörningsmottagningen och personalen har särskild utbildning i att behandla ätstörningar. Vissa patienter bedöms dock behöva något annat än det som kan erbjudas på den allmänpsykiatriska vårdavdelningen och man har därför remitterat både till SU och till externa vårdgivare (se Tabell 5 nedan).

Barn som behöver inläggande vård kan remitteras till SU, men under 2024 uppges köerna ha varit 3-6 månader och svårt att få plats. Någon familjedagvård finns inte vid Kungälv's sjukhus.

## **Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Vid östra sjukhuset drivs ätstörningscentrum av Verksamhet neurologi och psykiatri barn. Där arbetar ca 70 personer fördelade på en öppenvårdsenhet, en dagvård och en slutenvårdsenhet. Hela verksamheten vänder sig till patienter som är 0–25 år gamla. Öppenvården besöktes under 2024 av 482 patienter, varav 246 var barn och 236 var 18 år eller äldre. Dagvården är uppdelad på tre platser för barn under 16 år som kan ha familjen med sig och sex platser för

barn från 16 till 18 år och för vuxna 18–25 år. Slutenvården har sedan 2005 ett regionalt uppdrag och där har funnits plats för åtta patienter mellan 16 och 25 år. 2023 fick man också ett uppdrag att bedriva nationell högspecialiserad vård och under 2024 gjordes två av avdelningens platser om till familjevårdsplatser för barn under 16 med möjlighet att ha vårdnadshavare boende hos sig.

På grund av att mögel upptäckts i lokalerna har man under 2024 blivit tvungen att evakuera dessa enheter. Dagvården har då fått flytta in på barnsjukhuset och minskats i omfattning. För närvarande har man därför fem dagvårdsplatser för patienter mellan 16–25 år. Familjedagvård kan endast erbjudas i mycket liten omfattning och bara med maximalt en familj i taget. Helydgnsvården ska också evakueras så snart som möjligt. I mitten på april stängs den delvis ner eftersom verksamhetsområdet har svårt att bemanna både ätstörningsvården och akutavdelningen. Man flyttar då helydgnsvården till PK-huset på östra sjukhuset (nuvarande avd 364) och där fördelas åtta platser mellan akuta patienter och ätstörningsplatser. Det är för närvarande oklart hur många platser vardera vårdformen ska få. För närvarande väntar man också på besked om när ätstörningsavdelningen kan flytta in i planerade evakueringslokaler på KK och återgå till sin ursprungliga kapacitet med 8 platser.

SU har för avsikt att bygga ett nytt hus på östratomten och att i detta tillskapa lokaler för ätstörningsvården. Enligt uppgift skall den nya byggnaden stå klar 2027 eller 2028 och kommer då att inrymma dels vårdavdelningen för åtta patienter 16–25 år, dels en familjevårdsavdelning med plats för sex barn upp till 17 år. Dessutom ska det finnas två dagvårdsavdelningar där den ena har nio patienter i åldrarna 16–25 och den andra har tre familjedagvårdsplatser för barn upp till 17. I det nya huset ska man kunna vårda patienter både enligt HSL och LPT.

Vid Högsbo sjukhus finns en öppenvårdsenhet för vuxna patienter (25 år och äldre). Denna enhet hör till verksamhetsområde Neuropsykiatri och under 2024 var det 220 patienter som besökte verksamheten. För dessa patienter finns också en dagvård på sjukhuset i Högsbo med sex vårdplatser som är öppna vardagar 8–16. Tidigare låg en vårdavdelning med 11 slutenvårdsplatser på sjukhuset i Högsbo, men den har flyttats till Östra sjukhuset eftersom man fick tillstånd att bedriva NHV vilket krävde närhet till bland annat internmedicinsk slutenvård. Vårdavdelningen heter nu 364 och har plats för åtta patienter. Där vårdas i huvudsak patienter enligt LPT eftersom dessa har högst prioritet och avdelningen får också i viss utsträckning ta emot patienter som vårdas enligt LPT, men som inte lider av ätstörning. Det beror på att det har varit högt

beläggningstryck på psykiatriska kliniken (PK) vid Östra sjukhuset och de flesta av de övriga vårdavdelningarna är redan överbelagda. Det finns en plan att ätstörningsvården ska flytta över till sahlgrenskatomten och då öppna för 11 patienter igen, men det är oklart när detta kommer ske eftersom det finns problem med lokalerna där och dessa behöver åtgärdas först. Nyligen bestämdes att BUP ska ha sin vårdavdelning i dessa lokaler under sommaren och att avdelningen för vuxna därför ska flytta tillbaka till Högsbo igen till dess att BUP flyttar ut. Något som bland annat för med sig att man inte kan bedriva LPT-vård och inte klarar av NHV-kraven på närhet till internmedicinsk vårdavdelning.

## Antal vårdplatser

I regionen finns det idag vårdplatser av flera olika typer. Det finns dels sedvanlig slutenvård som är lämplig för vuxna patienter, dels familjevård för barn som behöver ha närstående som övernattar på avdelningen tillsammans med barnet. På samma sätt finns behov av dagvård bara för patienten respektive för patienten och dennes familj eller närstående. Hur många vårdplatser det finns och fördelningen mellan slutenvård, dagvård, familjevård osv har varierat över tid. I tabell 1 ges en nulägesbild från mars 2025. Utbudet kommer sannolikt att ändras framöver eftersom flera beslutsprocesser är påbörjade.

När befintliga specifika slutenvårdsplatser för patienter med ätstörning är fullbelagda läggs dessa patienter in på allmänpsykiatriska vårdavdelningar (eller remitteras till andra vårdgivare i landet). I tabell 1 redovisas endast de vårdplatser som har ett specifikt uppdrag gällande ätstörning. Som regel beläggs dessa platser med patienter i olika grad av undernäring eller svält.

**Tabell 1.** Ätstörningsspecifika dagvårds- och heldygnsvårdsplatser i mars 2025, alla åldrar

	Förstärkt öppenvård*	Dagvård	Familjedagvård	Elektiv heldygnsvård	Elektiv familjevård***	Akutvård
SkaS	0	0	2	0	0	0
SÅS	0	5	0	0	0	0
SV	0	6	0	0	0	0
NU	8	0	0	0	0	0
SU	0	5+6**	1	8+8**	0	0
<b>Summa</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>3</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* Patienter kan vistas vid öppenvårdsmottagningen 4 timmar 3 dagar i veckan.

\*\* SU har dels en avdelning för patienter 16–25 år, dels en för patienter från 25 år och äldre

\*\*\* För barn som läggs in anser bl.a. Socialstyrelsen att familjer ska kunna övernatta på vårdavdelningen.

Samtliga intervjuade är överens om att det finns för få vårdplatser för patienter med ätstörning. Framför allt gäller detta patienter med anorektiska problem som behöver hög grad av tillsyn under dygnets alla timmar. Det finns flera pågående diskussioner om åtgärder som skulle kunna öka antalet vårdplatser. Skaraborgs Sjukhus uttrycker att man arbetar för att kunna öppna 6–8 dagvårdsplatser för vuxna inom något år, NU-sjukvården har inlett processer för att kunna starta tre familjedagvårdsplatser. På SU finns det olika planer på kort sikt och lång sikt.

På grund av mögel och personalbrist har BUP tvingats flytta verksamheten och delvis stänga den vilket innebär att sommaren 2025 görs två vårdavdelningar med vardera åtta platser om till en avdelning med åtta platser samtidigt som

dagvården är stängd. Efter sommaren planerar man dock att återöppna fem eller sex av de åtta vårdplatserna och sannolikt två platser för yngre barn med familjer. På längre sikt har SU för avsikt att öppna tre familjedagvårdsplatser i det nya hus som ska byggas för barn- och ungdomspsykiatrins räkning och som förväntas stå klart 2028. SU planerar dessutom att utöka med 6 familjevårdsplatser för barn i det nya huset samt att återöppna de 9 dagvårdsplatser för patienter 16–25 som nu är stängda på grund av mögelproblem. För vuxna patienter över 25 år vill man kunna återöppna de tre vårdplatser som försvann när man flyttade avdelningen från Högsbo sjukhus till Östra sjukhuset. Se tabell 2 för sammanställning över tänkta förändringar.

**Tabell 2.** Ätstörningsspecifika dagvårds- och heldygnsvårdsplatser i mars 2028, alla åldrar – tänkbart scenario om redan inledda/diskuterade förändringar blir genomförda.

	Förstärkt öppenvård*	Dagvård	Familjedagvård	Elektiv heldygnsvård	Elektiv familjevård	Akutvård
SkaS	0	6	2	0	0	0
SÄS	0	5	0	0	0	0
SV	0	6	0	0	0	0
NU	8	0	3	0	0	0
SU	0	9+6**	3	11+8**	6	0
<b>Summa</b>	<b>8</b>	<b>32</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

\* Patienter kan vistas vid öppenvårdsmottagningen 4 timmar 3 dagar i veckan.

\*\* SU har dels en avdelning för patienter 16–25 år, dels en för patienter från 25 år och äldre. Familjevård är slutenvård med möjlighet för närstående att övernatta på avdelningen.

Jämfört med läget i mars 2022 har VGR minskat antalet vårdplatser och minskningen fortsätter ytterligare för att kulminera under sommaren 2025. Därefter finns det anledning att tro att antalet vårdplatser kommer öka över tid.

Det finns flera olika orsaker till att antalet vårdplatser minskat över tid. Huvudorsaken är sannolikt att kostnaderna för att bedriva slutenvård har ökat mer än de ekonomiska anslagen över tid. Det har därför behövts göra effektiviseringar. Vård har flyttats från slutna till mer öppna vårdformer. Detta har i stor utsträckning varit en rationell flytt och också drivits av ökad kunskap och samhällsutveckling som gjort det möjligt att ge god vård under mer öppna former. Men andra orsaker är att det varit svårt att bemanna heldygnsvården. I vissa fall med sjuksköterskor, men nedläggningen av BUP:s akutavdelning i Skövde och stängningen av BUP:s akutavdelning på NÄL är båda kopplade till brist på läkare. Dessa förändringar har därför skett mer av nödvång än för att det varit önskvärt ur ett medicinskt perspektiv.

En faktor som gör läkarbristen extra utmanande är att om en vårdavdelning ska bedriva tvångsvård krävs dygnet-runt-närvaro av läkare med rätt att fatta beslut

i enlighet med LPT. I intervjuerna har det dock från läkarhåll framställts förslag om att BUP skulle kunna tillhandahålla slutna HSL-vård, vilket skulle minska behovet av läkarbemanning och jourande, men ändå vara en möjlighet att kunna lägga in patienter i behov av tät tillsyn.

Exakt hur många vårdplatser som skulle behövas i VGR för att täcka behovet styrs av flera faktorer. Exempelvis kan behovet av heldygnsvård minskas om det finns tillgång till mobila team, välfungerande öppenvård och dagvård och behovet av akuta insatser minskar om det finns tillräckligt med möjligheter att erbjuda elektiv slutenvård osv. En annan faktor utgörs av ett komplext samband mellan väntetid, dialog mellan vårdens nivåer och kompetens hos vårdpersonal. Om patienter får vänta länge på att bli inlagda försvåras de ofta i sin sjukdom vilket gör att den tid de behöver ligga inne förlängs. Det samma gäller om överföringen mellan vårdnivåer inte sker på ett bra sätt eller om patienten inte får ett adekvat bemötande eller rätt behandling.

Det finns också risk för att sjukdomsutvecklingen blir kronisk om den inte hanteras på ett korrekt sätt redan från början. I det läge som har rått i VGR det senaste decenniet har inte rätt vårdnivå och rätt vårdinsatser kunnat erbjudas i rätt tid i många fall. Det har inneburit att patienter försämrats och att det därför bedöms finnas fler patienter med större vårdbehov än det annars hade behövt göra. Regionen har därför en slags vårdskuld. För att hantera denna behöver man inrätta fler vårdplatser än man egentligen skulle behöva. Åtminstone kommer dessa behövas en tid för att hantera denna "skuld". Man måste kunna säkerställa att alla patienter som behöver inläggande vård kan få tillgång till sådan vård så snart behovet uppstår. När den aktuella vårdskulden är hanterad och välfungerande vårdkedjor har upprättats kan man gå ner i antal vårdplatser igen. Uppskattningsvis kan detta ske inom tio år, med reservation för att en generell ökning av ätstörningar i samhället kan medföra ökade behov av slutna vård som kanske undergräver möjligheten att gå ner i antal vårdplatser.

Den aktuella situationen kommer innebära att man *till sommaren 2025 har färre vårdplatser än man haft någon gång tidigare*. Men om alla de planer som för närvarande finns blir verklighet kommer situationen vara påtagligt bättre om tre år. Dessa år innebär dock en stor prövning och för att minska risken för vårdskador är det därför av vikt att man har ett nära samarbete i regionen och att hinder för god och sömlös vård undanröjs. Det totala antalet platser i regionen behöver dock ökas, även i förhållande till vad som nu planeras om man ska hantera både vårdskuld, krav på NHV och ökning av prevalensen i befolkningen, i synnerhet om ambitionen är att minska kostnader för köpt vård.

De flesta intervjuade menar att de beslutade NHV-platserna skulle behöva tillföras i sin helhet som nya vårdplatser utöver de pågående förstärkningar som redan planeras i regionen.

## Köpt och såld vård

Västra Götalandsregionen betalar för ätstörningsvård som ges av privata vårdgivare inom regionen och av privata och offentliga vårdgivare på andra håll i landet. Som regel krävs att patienten har fått en remiss från sin läkare eller psykolog inom VGR och att en betalningsförbindelse är upprättad, men inte alltid. Inom regionen skiljer man på köpt vård och valfrihetsvård. Med köpt vård menas sådan vård som regionen betalar för genom ett avtal man tecknat med en utförare, medan valfrihetsvård är sådan vård som faktureras från andra regioner. I dessa fall kan det dock vara fråga om att vården utförs av ett företag som ingått avtal med denna region alternativt att vården ges av regionen själv.

Orsaken till att västra götalandregionen betalar för ätstörningsvård som ges av annan vårdgivare bottnar antingen i att patienten har eget önskemål om att få sin vård från en specifik utförare, eller att vårdpersonalen anser att det vore bäst för patienten. I de flesta fall finns brist på vårdplatser i närmiljön som en viktig underliggande faktor. Men det kan också finnas önskemål om någon specifik behandlingsinsats eller att man tror att vården ska få bättre resultat någon annanstans.

**Tabell 3.** Västra Götalandsregionens kostnader för köpt vård respektive valfrihetsvård under 2021–2024.

Utförare	Fakturerat belopp				Summa
	2021	2022	2023	2024	
AB Mando, Alingsås (Köpt vård)	4 476 434	5 647 300	5 736 789	6 929 249	22 789 772
AB Mando, Stockholm	3 266 959	1 859 626	4 811 057	8 802 475	18 740 117
Capio Hjärnhälsan AB	177 728	333 192	189 611	342 099	1 042 630
Capio Varberg	12 223 194	14 949 739	17 084 669	21 079 927	65 305 923
Region Halland, egen regi	321 170	2 172 123	3 476 625	929 635	6 899 553
Region Stockholm, egen regi, digital vård		28 934	163 036	374 176	566 146
Region Västernorrland, egen regi				415 525	415 525
Region Örebro, egen regi	300 440	135 180	229 490	81 346	746 456
<b>Summa</b>	<b>20 168 173</b>	<b>25 155 028</b>	<b>31 854 313</b>	<b>39 328 608</b>	<b>116 506 122</b>

Ovanför den streckade linjen finns kostnader för AB Mandos vård i Alingsås, enligt avtal med VGR, dvs köpt vård. Övriga rader redovisar valfrihetsvård. Kostnader i SEK.

Det finns också ett styrande dokument i regionen (Dnr: RS133-2011) som stipulerar att psykiatrisk sjuka patienter inklusive patienter med ätstörning ska ha rätt att vårdas i enlighet med valfrihetsvårdens koncept på ett behandlingshem varsomhelst i landet så länge detta har avtal med någon region och är anslutet till nationellt kvalitetsregister. Dokumentet är upprättat 2011 och bygger på förutsättningar som var aktuella flera år före detta. Det framhålls nu från företrädare för den psykiatriska vården att läget ändrat sig och att man inte längre gör samma bedömning avseende behovet att betala för vård utanför regionen.

I tabell 3 redovisas de kostnader som regionen haft för ätstörningsvård från andra regioner och från det egna avtalet med Mandokliniken i Alingsås de senaste fyra åren. Tabell 4 visar var de två största kostnadsposterna hamnat i regionen, dvs vilka kostnader som belastar regionen centralt respektive fördelas ut på förvaltningarna och blir en del av psykiatrins kostnader. Det finns stora skillnader i regionalt i fråga om vilka förvaltningar som utfärdar betalningsförbindelser för valfrihetsvård. Södra älvborgs och Skaraborgs sjukhus har för 2024 en påtagligt större kostnad relativ sin storlek än de andra förvaltningarna vilket framgår av tabell 5.

**Tabell 4.** Kostnader per konto för valfrihetsvården (exkl. köpt vård).

Belastat konto	Fakturerat belopp				
	2021	2022	2023	2024	Summa
5007 Valfrihet	15 339 227	14 905 261	21 017 976	25 316 592	76 579 055
5011 Oplanerad vård - riksavtal		4 796		415 525	420 321
5013 Enl specialistvårdsremiss	950 264	4 527 269	4 936 512	6 292 511	16 706 556
5018 Personer ej folkbokf VG		41 468		555	42 023
<b>Summa</b>	<b>16 289 491</b>	<b>19 478 794</b>	<b>25 954 488</b>	<b>32 025 182</b>	<b>93 747 954</b>
<b>Varav för barn</b>	<b>1 753 333</b>	<b>4 452 306</b>	<b>4 272 653</b>	<b>7 523 948</b>	<b>18 002 240</b>

Notera att konto 5007 hanteras av Operativa hälso- och sjukvårdsnämnden, medan 5013 hanteras av förvaltningarna. Kostnader i SEK.

Kostnaderna har ökat för varje år, men antalet individer som fått vården har inte ökat nämnvärt de senaste tre åren vilket framgår av Tabell 6.

Sammanlagt har regionen betalat ut knappt 120 Mkr till andra regioner för vård av patienter med ätstörning under åren 2021–2024. Tabell 7 visar att under samma tid har regionen sålt vård för ca 20 Mkr.

**Tabell 5.** Fakturerade kostnader för valfrihetsvård sorterat efter var betalningsförbindelsen utfärdats.

Förvaltning	Fakturerat belopp			
	2021	2022	2023	2024
Betalningsförbindelse saknas*	1 543 488	1 780 329	1 748 948	1 924 083
NU-sjukvården	241 407	2 014 160	1 305 356	3 428 101
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	3 918 465	4 080 957	6 228 956	2 627 194
Sjukhusen i väster	1 387 320	1 040 816	1 349 717	2 144 196
Skaraborgs Sjukhus	4 597 028	2 829 285	4 977 848	9 216 447
Södra Älvsborgs Sjukhus	4 601 783	7 733 246	10 343 663	12 685 162
<b>Summa</b>	<b>16 289 491</b>	<b>19 478 794</b>	<b>25 954 488</b>	<b>32 025 182</b>

\*Om koppling mot betalningsförbindelse inte görs för planerad öppenvård, så blir det valfrihetsvård. Posterna berör därför öppenvård och i huvudsak (men inte endast) har denna givits av Stockholms center för ätstörningar, digital vård och av Region Halland, egen regi i Varberg.

**Tabell 6.** Antal individer som fått valfrihetsvård de senaste fyra åren.

Utförare*	Antal individer (varav barn)			
	2021	2022	2023	2024
201 Region Stockholm	28 (1)	49	47	42
206 Region Jönköpings län				11 (10)
213 Region Halland	13 (6)	31 (11)	25 (10)	20 (10)
217 Region Värmland	43 (7)	41 (7)	47 (11)	46 (4)
218 Region Örebro län	7 (2)	4 (1)	3 (1)	5 (1)
222 Region Västernorrland				1
<b>Summa</b>	<b>91 (16)</b>	<b>125 (19)</b>	<b>121 (22)</b>	<b>123 (25)</b>

Antalet individer avser unika ID för varje år och utförare. Tabellen utesluter inte att samma individ kan ha vårdats flera år eller av flera utförare.

\* Utförare inkluderar också Mando och Capio när regionen har avtal med dessa.

**Tabell 7.** Ätstörningsvård som utförts i VGR men som betalats av andra regioner (eller staten) – dvs såld vård.

Utförare	Fakturerat belopp			
	2021	2022	2023	2024
Skaraborgs sjukhus	301 920	378 401	213 288	335 441
NU-sjukvården	1 952 392	50 934	326 909	213 551
Sjukhusen i Väster	7 248	11 518	146 441	245 276
SÄS	983 286	264 316	394 610	985 100
SU BUP länssjukvård	858 294	2 398 776	792 628	1 096 527
SU BUP högspecialiserad vård (NHV)			17 030	5 966 463
SU vuxenpsykiatri	174 539	415 017	332 476	158 368
<b>Summa</b>	<b>4 277 679</b>	<b>3 518 962</b>	<b>2 223 382</b>	<b>9 000 726</b>

BUP – Halland och Jönköping står för det mesta av den köpta länssjukvården 2024. Sammanlagt över åren 21–24 är det Halland och Värmland som köpt mest. Örebro, Blekinge och Västernorrland har stått för 99% av den köpta NHV-vården.

För att göra siffrorna begripliga är det relevant att jämföra med de kostnader regionen har för den egenproducerade vården. Det är dock en komplex uppgift att ta reda på exakt hur stora kostnaderna är för denna. Förvaltningarna har olika system för hur man räknar in kostnader. På några förvaltningar betalar verksamheten själv för sina läkemedel, på andra läggs kostnaden på ett centralt konto. Vissa förvaltningar lägger ut lokalkostnad på verksamheterna, andra gör inte det. Dessutom har man i de flesta verksamheter haft läkare, dietister eller psykologer i ätstörningsverksamheten vars lönekostnad bokförs på något annat konto (tex läkarenheten eller paramedicinska enheten osv). Slutligen har patienter i vissa fall vårdats ineliggande på avdelning för allmänpsykiatri vilket gör det svårt att skilja ut kostnader för just ätstörningsvården. Men med stöd från controllers och väl insatta chefer har ändå en kvalificerad bedömning kunnat göras av kostnaderna för den samlade ätstörningsvården inom VGR under 2024. Det finns en viss felmarginal i denna, men uppskattningsvis inte mer än 20%. Tabell 8 visar därför kostnader för den egenproducerade vården gällande ätstörningar. Som jämförelsetal med den köpta vården är det relevant att känna till att den egna vården berör ca 2000 patienter per år, varav ca 10% vårdats ineliggande. Verksamheternas bedömning är att de mest komplexa sjukdomstillstånden hanterats inom regionen.

Tabell 8. Kostnader för den egenproducerade vården.

Utförare	Kostnadsutfall 2023 (Tkr)		
	Slutenvård	Öppenvård	Summa
Sjukhusen i Väster	5 877 144	14 223 700	20 100 844
NU-Sjukvården	12 628 446	19 835 088	32 463 534
Skaraborgs Sjukhus	4 306 736	16 471 216	20 777 952
Sahlgrenska Universitetssjukhuset	60 849 700	47 684 008	108 533 707
Södra Älvsborgs Sjukhus	19 617 740	20 798 647	40 416 386
<b>Summa</b>	<b>103 279 765</b>	<b>119 012 659</b>	<b>222 292 424</b>

Siffrorna baseras på KPP vilket inkluderar alla sorters kostnader, även över head. Siffror för 2024 finns inte tillgängliga än pga förändringar i IT-systemen. Kostnaderna kan innehålla felkällor.

## Nya nationella riktlinjer 2024

Socialstyrelsen publicerade 2024 nationella riktlinjer för ätstörningsvården. Av riktlinjerna framgår bland annat att man anser att det behövs tydligare vårdflöden och tydligare ansvarsfördelning. Det framgår också att regionerna behöver ha bättre beredskap att hantera olika sorters ätstörningar, särskilt lyfts undvikande och restriktiv ätstörning - ARFID fram. Socialstyrelsen skriver också att det behöver finnas tillgång till dagvård för patienter med anorexi och att primärvården behöver kunna erbjuda vissa insatser för patienter med bulimi eller hetsättningsstörning.

I riktlinjerna finns ett eget avsnitt om den nationella högspecialiserade vården och där framgår bland annat:

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

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

Vidare konstaterar man i riktlinjerna att för få patienter remitteras till NHV-vården och att Socialstyrelsen avser följa upp detta under 2025.

För Västra Götalandsregionens del innebär inte de nationella riktlinjerna någon större förändring med avseende på vårdens innehåll, men de understryker behovet av att tydliggöra vårdkedjorna i regionen och att det måste finnas möjlighet för inläggande vård av patienter i både akut och subakut skede av anorexi oavsett ålder samt att dagvård är en viktig del i vården av anorexi och att patienter därför bör ha tillgång till sådan oavsett var de är bosatta.

## Vårdnivåer i ätstörningsvården

Som framgår av exempelvis SOU 2019:29<sup>3</sup> saknas en enhetlig och tydlig nomenklatur i Sverige för olika vårdnivåer och vilka vårdinsatser som kan förväntas från dessa. I internationella sammanhang används ofta begreppen primär, sekundär och tertiär nivå för att avspegla enklare, mer avancerad och synnerligen avancerad sjukvård. De mest vanligt använda begreppen i Sverige är i stället primärvård eller specialistvård samt länssjukvård och regionsjukvård. Ibland också distriktssjukvård eller närsjukvård. Numera återfinns också begreppet nationell högspecialiserad vård. Inkluderar man sådan hälso- och sjukvård som kan ges via kommunens eller frivilligorganisationernas försorg och/eller som ges i förebyggande syfte finns sannolikt behov för en begreppsapparat med minst fyra, kanske fler avgränsade nivåer.

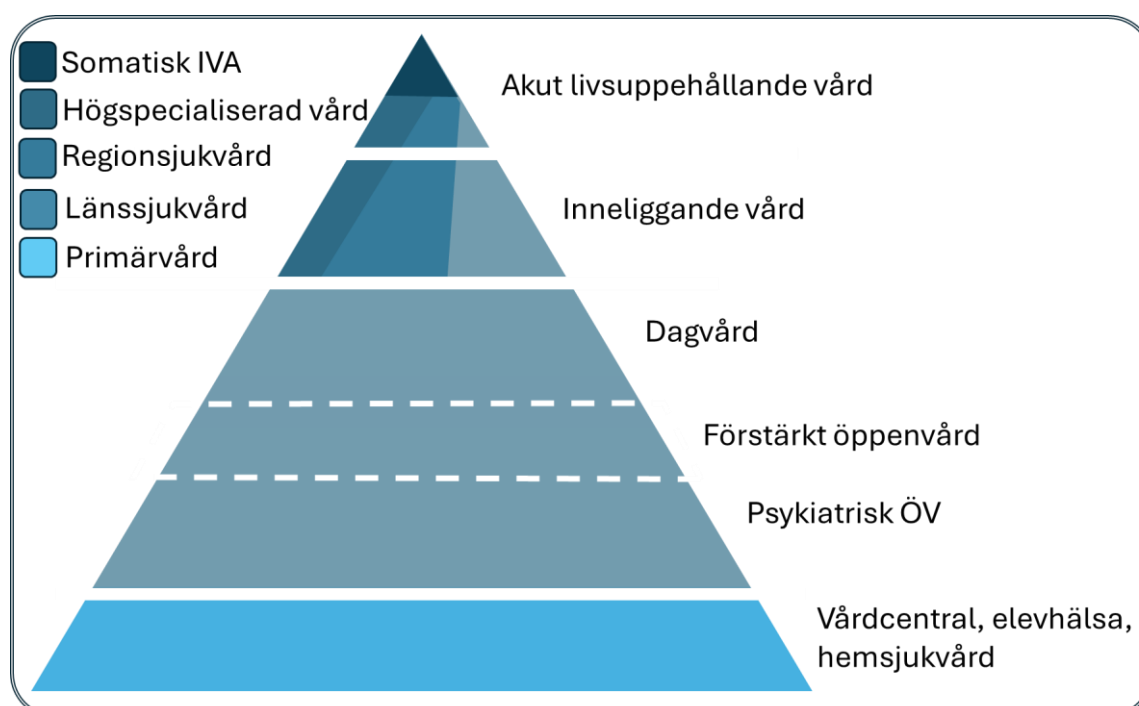
I VGR finns inom ätstörningsvården en del oklarhet om vilken vårdnivå som ansvarar för vilka åtgärder och var patienter egentligen ska få sin vård. Figur 1 ger en tematisk överblick över hur vården kan delas in i olika vårdnivåer över hela sjukdomspanoramats medan figur 2 är ett alternativt exempel med fokus på de patienter som är i behov av ineliggande heldygnsvård. Regionen har redan idag vårdinsatser för patienter med ätstörning av samtliga fenotyper och i olika svårighetsgrader därav. Den befintliga vården har utrustning, kompetens och lokaler för att kunna göra alla de interventioner som kan tänkas bli aktuella oaktat i vilket skede av sin sjukdom patienten befinner sig. Förutsättningar finns därför för att kunna erbjuda en nivådifferentierad och komplett vårdkedja. Detta förutsätter dock för det första en tydlig definition av var gränslinjerna ska dras mellan de olika vårdnivåerna gällande inklusion och exklusion av patienter, dvs den medicinska *indikationen* för vård på viss nivå och för det andra vilka *insatser* som kan/bör erbjudas inom var och en av dem.

Psykiatrisk vård har historiskt sett bedrivits i mycket hög utsträckning i heldygnsvård, men sedan 1990-talet har heldygnsvården systematiskt skiftats över i andra vårdformer. Inom ätstörningsvården i regionen finns i dag ett brett spektrum av insatser som ska möjliggöra att patienter kan få sin vård utan att bli inlagda. Dagvård är en möjlighet och den lyfts också fram i nationella riktlinjer. Varianter på dagvård har skapats i VG där patienter kommer några timmar vissa dagar och äter en eller två måltider ihop med personal från öppenvården (förstärkt öppenvård). Det finns också initiativ i VGR där man

---

<sup>3</sup> Statens Offentliga Utredningar (2019) God och nära vård – Vård i samverkan. Stockholm: Elanders Sverige AB. ISBN 978-91-38-24939-0

använder digitaltekniken för att med videosamtal göra täta uppföljningar med patienter eller för att till exempel stödja föräldrar vid matsituationer med sina barn. I vissa verksamheter har man också mobila team som kan göra hembesök hos patienter för att exempelvis finnas med vid matsituationer eller för att stödja föräldrar. Med en genomtänkt strategi och planering finns därför möjlighet att skapa ett system med stor flexibilitet och där man kan nivåanpassa vårdinsatsen till varje patients behov i en stegvis modell.



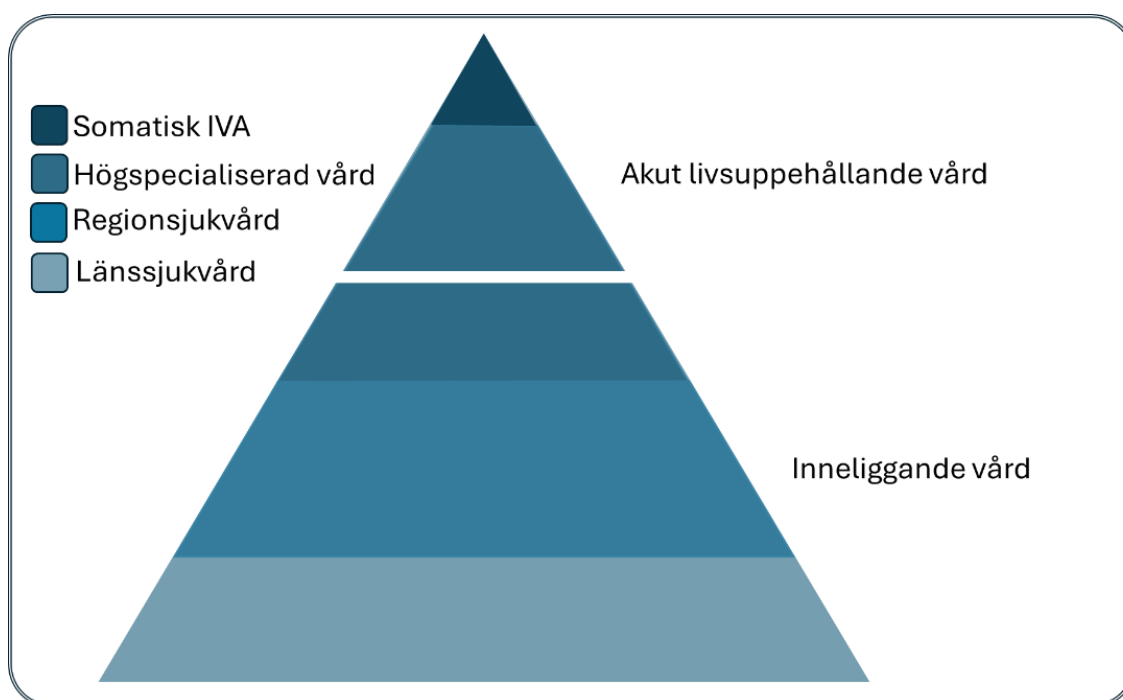
**Figur 1.** En tematisk struktur för hur vården kan delas in i olika vårdnivåer. I VGR behövs en ökad tydlighet avseende var de olika uppdragen ska utföras och vad som ingår i de olika delarna av vården.

De intervjuade personerna ger dock nästan samfällt uttryck för att det nuvarande läget är otydligt. I synnerhet gällande den inneliggande vården och att det bland annat innebär att man både slösar med resurser genom att patienter med för lindriga tillstånd vårdas på enheter med kapacitet för omhändertagande av de svåraste tillstånden och att man får patientsäkerhetsrisker eftersom patienter med allvarlig sjuklighet vårdas på enheter eller i vårdnivåer som inte är särskilt anpassade för denna vård. Att patienter ibland tvingas vänta långa tider på att kunna läggas in riskerar förvärra sjukdomen.

Kartläggningen 2023 konstaterade att arbetet med att nivåstrukturera vården behöver fortsätta. Det påpekades från koncernkontoret att det regionala processteamet (RPT) borde göra detta arbete, men intervjuer med medlemmarna visar att man inte upplever sig ha haft mandat att lägga sig i hur vårdnivåerna ska vara utformade. Någon nämner att koncernkontoret hindrat processteamet från att föreslå vårdinsatser på primärvårdsnivå. RPT får i huvudsak sina instruktioner från samordningsråden, men samordningsråden har inte givit en instruktion att föreslå nivåstrukturering. Kanske har koncernkontoret eller samordningsråden varit otydliga med förväntningarna på RPT? Oaktat skälen, kan det konstateras att nivåstrukturering inte hanterats i RPT trots att koncernkontoret pekat ut att man borde lösa frågan där.

De frågor som framhålls i intervjuerna (varav vissa kanske kan hanteras av RPT och andra bättre i något annat forum) är exempelvis:

- Vilka medicinska undersökningar och åtgärder ska vidtas inom den högspecialiserade ätstörningsvården respektive den somatiska vården när patienter med extrem undervikt och svält läggs in i akuta skeden?
- Hur ska man säkerställa tillräcklig tillsyn och psykiatrisk omvårdnad över de akut sjuka patienter som läggs in på medicinkliniken?
- Vilka, om några, insatser ska finnas endast i den högspecialiserade ätstörningsvården?
- Hur ser gränssnittet ut mellan ätstörningsvård och obesitasvård och hur säkerställs jämlik vård för patienter med hetsättningsstörning i regionen?
- Vilka vårdåtgärder skiljer regionsjukvårdsuppdraget från NHV respektive länsjukvårdsuppdraget gällande ineliggande vård?
- Vilka kriterier ska vara grund för att bedöma om länsjukvård är tillräcklig eller om det är regionsjukvård som behövs?
- Hur ser bedömningsgrunden ut för beslut om förstärkt öppenvård, dagvård eller ineliggande HSL-vård?
- Vad är rimligt att begära av primärvården i fråga om insatser till patienter med ätstörningar?
- Vilka insatser måste kunna tillhandahållas av samtliga förvaltningar och vilka kan tillhandahållas bara på någon eller några platser och sedan delas i regionen för att säkerställa jämlik vård?
- Vilken sorts kompetenskrav är rimliga att ha på olika vårdnivåer och hur kan man tillgodose dessa?



**Figur 2.** En tänkbar nivåindelning är att den högspecialiserade vården ansvarar för de svårast sjuka och regionsjukvården finns som en förstärkt vårdinsats när läns sjukvården behöver stöd.

## Åldersindelningen 16–25

I allmänhet är hälso- och sjukvården indelad i enheter för barn 0–18 år eller för vuxna 18 år och äldre. Men undantag finns. I öppenvård är det sällan ett bekymmer att ha ålderövergripande vårdenheter. Exempelvis är vårdcentraler som regel öppna för alla åldrar. Men när det är fråga om inneliggande vård på vårdavdelning har regelverket med åren stramats åt och utgångspunkten är att man skiljer barn från vuxna.

Barnkonventionen som antogs som svensk lag 2020 stipulerar till exempel att frihetsberövade barn ska hållas åtskilda från vuxna och den vanligaste tolkningen är att detta innebär att man inte heller vårdar barn och vuxna på samma avdelning oavsett om det är ungdomshem, fängelse eller psykiatrisk tvångsvård<sup>4</sup>. Men behovet av att särskilja barn från vuxna kanske inte bara är aktuellt när barnen är frihetsberövade. Det torde också gälla när de vuxna som vårdas tillsammans med barnen är frihetsberövade samt möjligen också när placeringen sker av fri vilja men av medicinskt tvingande skäl - som vid

<sup>4</sup> SOU 2022:40, God Tvångsvård sid 116.

innetliggande HSL-vård. Psykiatrilagsutredningen anförde exempelvis att bristande resurser aldrig ska kunna utgöra ett skäl att vårda barn och vuxna tillsammans<sup>5</sup>. Barnkonventionens skrivningar har dock tolkats av många olika instanser utan entydigt resultat. Den aspekt som det tycks finnas tydligast konsensus kring är att man ska beakta vad som är bäst för barnet och att detta är viktigare än andra aspekter inklusive biologisk ålder. I *SOU 2017:111 - För barnets bästa*, föreslår man att vårdgivaren, i de fall man med barnets bästa för ögonen, beslutat vårda barn ihop med vuxna, ska inge en särskild underrättelse om detta till en av regeringen utsedd myndighet (sid 220).

I VGR har det sedan 2005 funnits en särskild vårdavdelning för äldre barn och yngre vuxna med ätstörning. Åldersspannet är satt till 16–25 år. Beslutet togs av politiken under 2003 och 2004. Argumentet för att vårdavdelningen skulle ha detta åldersspann var enligt uppgift: ”att sjukdomen oftast debuterar innan 18 år med förlopp som fortsätter efter fyllda 18, samt att åldersgruppen 16–25 kräver ett intensivt strukturerat behandlingsupplägg som

1. Ofta inte är lika verksamt i högre ålder/ vid långvarigt sjukdomsförlopp.
2. Inte lämpar sig för yngre barn som behöver mer aktiv föräldrainvolvering och helst kortare vårdtider.”

Några av de intervjuade beskriver att konstruktionen med en avdelning för patienter 16–25 ställer till med besvär i regionen och att ansvarsfördelningen för barn respektive vuxna inte borde skilja sig för ätstörningar jämfört med andra psykiatriska sjukdomar. Det lyfts också fram att det är en ologisk konstruktion att det är barn- och ungdomspsykiatrin som ansvarar för vården av vuxna när det råder större brist på specialistläkare inom BUP än inom VUP.

I de särskilda villkoren för NHV tydliggör Socialstyrelsen att det måste finnas egna avdelningar för barn och för vuxna. Som svar på detta sa en av de intervjuade att det kommer att finnas särskilda avdelningar för barn och för vuxna men att barn som är 16–18 år i huvudsak kommer att vårdas på avdelningen för vuxna som hittills. En annan intervjuad uttryckte att man inte kan tolka Socialstyrelsens skrivelse som att det räcker med att ha olika avdelningar. Man måste också placera barn och vuxna åtskilt.

I fråga om tvångsvård eller medicinskt nödtvång, åldersgränser, barnets egen vilja, föräldrars inblandning i vården osv finns tydligt skilda tolkningar och

---

<sup>5</sup> SOU 2012:17, Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd

synpunkter hos de intervjuade. Från SU:s sida framhålls att Socialstyrelsen var väl informerad om att man på SU bedriver gemensam vård för 16- och 17-åringar ihop med vuxna mellan 18–25 och att detta var oproblematiskt när beslutet om NHV togs.

Vårdavdelningen med åldersindelningen 16–25 har funnits i 20 år och det nämns också att man i Stockholm nyligen valt att kopiera denna modell. En SWOT-analys gjordes 2020 i samband med den förra kartläggningen och slutsatsen blev inte att rekommendera en ändring i åldersindelningen, men i stället att utveckla vårdutbudet för patienter i övriga delar av åldersspannet:

*Centralt i utredningen är behovet att säkerställa omhändertagandet för barn under 16 år med behov av ätstörningsspecialiserad heldygnsvård*

Det som framför allt framfördes som oro vid analysen var att patienter över 18 skulle få sämre vård om man ändrade åldersindelningen, men också att man såg risker med att börja riva i det befintliga. Kanske blir det färre platser totalt sett? Kanske flyr personalen? Kanske tappar man kompetens? Samtidigt finns egentligen inget som hindrar att man vårdar barn skilt från vuxna och ändå skiljer unga vuxna från äldre vuxna om det finns ett sådant behov eller att man hanterar förändringen på ett varsamt och planerat sätt som gör att man kan behålla kompetens. Att göra en förändring i den nuvarande åldersindelningen skulle ha både för- och nackdelar enligt de intervjuade. Några av de beskrivna aspekterna finns återgivna i Figur 3. En följdiskussion blir var ansvaret ska ligga för de olika delarna? I nuläget ansvarar BUP för hela spannet 16–25. Men om man har en vårdavdelning för barn och en för unga vuxna, ska den senare då ändå skötas av BUP? Och kunde man låta VUP ta hand om vårdavdelningen trots att man också vårdar barn där och vad skulle man i så fall vinna på det?

SWOT-analysen gjordes med frågeställningen *Ändrad åldersinriktning för regional enhet enl. BUP:s generella uppdrag 0–17 år?* Analysen gjordes i fem varianter, en för varje förvaltning. Kanske kunde man följa upp den med förnyade diskussioner och inkludera frågeställningar om både åldersindelning och ansvarsgränser. Dessutom presentera genomarbetade förslag till hur det kunde fungera i stället. Det vore då också rimligt att hämta in synpunkter från Socialstyrelsen och från juridiken för att få inspel på ålders- och tvångsaspekten. Det vore också bra att involvera patientföreträdare i analysen.

	Fördelar	Nackdelar
BUP har ansvar för 0-18 VUP får ansvar 18 och äldre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harmonierar med övrig vård</li> <li>• Ligger i linje med barnkonventionen</li> <li>• BUPs läkare används mer resurseffektivt</li> <li>• VUP får större ansvar för tvångsvård</li> <li>• Samma gränser som dagvården</li> <li>• BUP kan fokusera mer på ökad sjuklighet i de yngre åldrarna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bryter upp en inarbetad struktur</li> <li>• Risker i vårdens övergångar när patienter blir 18</li> <li>• Politiska beslut ska ändras vilket kan bli långa processer</li> <li>• Kan vara svårt att tillgodose unga vuxnas behov tillsammans med äldre.</li> </ul>
BUP behåller ansvaret 16-25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inarbetad modell som upplevs fungera väl</li> <li>• Äldre barn slipper ha familjer hos sig</li> <li>• Samma personal kan följa patienter som återinsjuknar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barn och vuxna på samma avdelning innebär risker</li> <li>• Svårt med tvångsvård för vuxna</li> <li>• Svårt att få BUP-läkare vilja ta ansvar för vuxna</li> <li>• Brist på BUP-specialister</li> <li>• Uppfyller inte kriterier för NHV</li> <li>• Lokaler som kunde behövas för barn används för vuxna</li> </ul>

**Figur 3.** Enligt de intervjuade finns det för- och nackdelar både med den nuvarande situationen och med att förändra så att ansvaret för patienter i åldrarna 18–25 övergår till vuxenpsykiatrin.

## Vård av patienter med ätstörning på allmänpsykiatrisk vårdavdelning

Flera av de intervjuade uppger att det är olämpligt att lägga in patienter i svält på akuta eller allmänpsykiatriska vårdavdelningar. Denna uppfattning bekräftas också i viss mån av samtal med patientsäkerhetsombud och genom sökningar i avvikelshanteringssystemet MedControl. Den största risken tycks vara förknippad med att personalen vid dessa vårdavdelningar saknar tillräckliga kunskaper om hur man behandlar ätstörningar och också om hur man bemöter patienter som kräks och/eller svälter sig själva. Det finns avvikelser som berör att patienter ordinerats för mycket kalorier vilket utsatt dem för risk för refeedingsyndrom, men det finns också avvikelser som handlar om det motsatta, nämligen att man inte trappat upp kaloriintagen i tillräckligt tempo.

Patienter i svält ska äta ofta och behöver få eget inflytande över vilken mat de då ska äta. Dessutom behövs övervakning under minst en halvtimme i samband

med ätandet och minst 45 minuter efter intag eftersom det annars finns risk för kräkningar eller fysisk aktivitet i syfte att förverka kaloriintaget. De allmänpsykiatriska vårdavdelningarna kan sakna tillgång till den sort eller variation på produkter som dessa patienter behöver och det finns avvikelser om att olika mål missats eller att patienterna fått sådan mat de inte borde ha fått av olika skäl eller att man inte övervakat dem på det sätt som skulle behövts.

Patienter i svält kan behöva ett visst mått av tvång, men det måste ske respektfullt och med beaktande av patientens rättigheter. Detta är en svår utmaning och det finns flera avvikelser som berör upplevelser av att tvångsåtgärder använts för extensivt eller på fel sätt. Det finns också en juridisk utmaning som berör principiella skillnader mellan att administrera medicin respektive mat/näring med tvångsmedel, vilket är en utmaning för de som har att fatta beslut om och att genomföra tvång inom sjukvården. JO har diskuterat denna fråga och kommit fram till att lagstiftningen är otydlig i detta avseende.<sup>6</sup> Det finns också flera anmälningar från patienter eller närstående till IVO angående hur man utövat tvång inom ätstörningsvården vid de allmänpsykiatriska vårdavdelningarna på SU och för närvarande väntar sjukhuset på återkoppling från IVO gällande dessa situationer.

Det beskrivs också att vården av patienter med svält kräver att personal har goda kunskaper om denna sjukdom när de för dialog och har samarbete med närstående som ofta är engagerade och oroliga. Detta upplevs av personalen på de allmänpsykiatriska vårdavdelningarna som en förväntning som är svår att leva upp till och har i vissa fall givit upphov till klagomål från patienter och deras familjer. En delförklaring till kunskapsbrister är att personal tänker att de "egentligen" inte ska ha sådana patienter på avdelningen och därför inte heller upplever att det finns skäl att skaffa sig denna kompetens.

Medarbetare beskriver också frustration över att inte vara trygga med hur man ska hantera patienternas beteenden. Man känner sig misslyckad och man upplever etisk stress över att inte kunna erbjuda rätt stöd. Det finns också avvikelser rörande att personal blivit arga på patienterna eller uttryckt sig olämpligt och kränkande till dem angående deras sjukdomssymtom. Detta förklaras enligt de intervjuade med att personalen saknar kunskaper och träning i tillräcklig omfattning.

---

<sup>6</sup> Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter. JO DNR 2782-2018

Slutligen lyfts att de allmänpsykiatriska vårdavdelningarna som regel inte har den sorts bemanning som en specialiserad ätstörningsavdelning har. Exempelvis finns sällan tillgång till dietister. Detta kan medföra att det saknas nutritionsplanering eller att uppföljning av energiintag inte blir utförd i tillräcklig omfattning. Detta kan i sin tur förorsaka kvalitetsbrister i övergången tillbaka från sluten till öppen vård. Om patienternas vårdbehov är somatiskt snarare än psykiatriskt kan inläggning i psykiatrisk heldygnsvård upplevas felaktig och avskräckande och som att man inte blivit förstådd eller respekterad vilket i sin tur riskerar att skada förtroendet för och relationen till vården.

Men som kontrast finns också beskrivningar och exempel på att man kunnat hantera dessa utmaningar på ett bra sätt. Genom att en specifik allmänpsykiatrisk vårdavdelning utsetts att omhänderta de patienter som läggs in pga ätstörning och att personalen där fått särskild utbildning, handledning och stöd har man kunnat minska många av de ovan nämnda riskerna. I dessa fall har det oftast funnits en engagerad öppenvård som bidragit till vårdavdelningens kompetenshöjning på olika sätt och dessutom personal som haft ett nära samarbete och ibland hoppat in som resurs på vårdavdelningen.

## Nationell högspecialiserad vård

Nationell högspecialiserad vård (NHV) för patienter med ätstörning kom till enligt ett beslut från Socialstyrelsen i december 2020<sup>7</sup>. Huvudsyftet med att inrätta enheter för NHV är att koncentrera sådan vård som sker sällan och kräver särskild kompetens. Antalet enheter för NHV varierar beroende på hur stort patientunderlag man bedömer att det finns. Av beslutet gällande ätstörningsvård framgår bland annat att det ska finnas fem enheter för vuxna och tre för barn i Sverige. Dessa enheter ska tillhandahålla 10 vårdplatser för vuxna och fem för barn. Socialstyrelsen skriver i beslutet att:

*”För att de nationella vårdenheterna ska kunna erbjuda kvalitativ och patientsäker vård och samtidigt kunna upprätthålla adekvata jourlinjer bedömer sakkunniggruppen att antalet vårdplatser/enhet inte ska vara färre.”*

Västragötalandsregionen ansökte 2021 om tillstånd att få bedriva NHV och ansökan bifölls av Socialstyrelsen 2022-05-18<sup>8</sup>. Det framgår av beslutet att vården ska bedrivas vid SU. Varje tilldelningsbeslut gällande NHV åtföljs av särskilda villkor som ska vara uppfyllda av den ansökande enheten. Dessa preciserar vilka resurser och vilken kompetens som måste finnas. För NHV ätstörning framgår av de särskilda villkoren bland annat att den ska omfatta 10 vårdplatser för vuxna och fem vårdplatser för barn. Vårdavdelningen ska ha *Beredskap för LPT-vård* och närhet till *somatisk vård med invärtesmedicinsk enhet med möjlighet till telemetriövervakning*. För enhet som ansvarar för barn ska det finnas *egna avdelningar för barn respektive vuxna* och för barnen ska det finnas *övernattningsmöjligheter för familjen* på avdelningen där barnen är inneliggande. Av beslutet framgår också att den aktuella verksamheten ska påbörjas senast den 1 december 2023.

Någon finansiering följer inte med beslutet att tillåta NHV. Principen är i stället att sjukhuset som bedriver vården måste inrätta vårdplatserna utan ekonomiskt tillskott och därefter fakturera de regioner som vill vårda patienter där. Om vården bedrivs för patienter i den egna regionen (och i VGR:s fall för patienter från Halland) kan ingen fakturering ske och verksamheten måste i så fall finansieras genom omprioritering.

---

<sup>7</sup> Diarienummer hos Socialstyrelsen 13056/2019

<sup>8</sup> Socialstyrelsens diarium 8.9-32401/2021

SU har inte inrättat några nya vårdplatser som en följd av NHV-beslutet. Patienter som vårdats med NHV-remiss har i stället lagts in på de vårdplatser där man redan tidigare hade en blandning av patienter med behov av regionsjukvård eller länssjukvård. Den aktuella situationen med mögel, omflyttningar och personalbrist har gjort att platser som fanns redan före beslutet inte längre kan användas. Vissa av kraven är därför inte uppfyllda: att ha 10 vårdplatser för vuxna, att ha fem familjevårdsplatser för barn och att separera barn och vuxna. Eftersom vårdavdelningen för vuxna har legat vid (och nu flyttas tillbaka till) Högsbo sjukhus, uppfylls inte heller kraven på att ha beredskap för LPT eller närhet till IVA och MAVA.

Vad gäller bemanningen på vuxensidan framgår av beslutet bland annat att det ska finnas ett:

*”behandlingsteam med särskild kompetens, erfarenhet och handledningskompetens att arbeta med ätstörningar.*

- *Specialistläkare inom vuxenpsykiatri med erfarenhet och kompetens inom adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder*
- *Specialistläkare inom internmedicin*
- *Inom teamet måste det finnas läkarkompetens inom annan samsjuklighet såsom självska debeteende, neuropsykiatriska tillstånd och personlighetssyndrom”*

Även i fråga om bemanning har SU haft stora problem. De intervjuade beskriver att i samband med att vården övergick från ett verksamhetsområde till ett annat och dessutom flyttades från Högsbo till Östra Sjukhuset slutade flera anställda och man har inte kunnat ersätta dessa på ett sådant sätt som beskrivs i tillståndet. I och med återflytten till Högsbo har ännu fler av de anställda aviserat att de söker nytt arbete. Sjuksköterskor och läkare med specialisering i psykiatri med särskild kunskap om och erfarenhet av ätstörningsvård är inte så lätt att rekrytera och arbete pågår med att hitta lösningar för bemanningen. Enligt intervjuade läkare skulle en långsiktig kompetensplan behöva upprättas (se åtgärdsförslag nedan).

Flera av de intervjuade uppger att det är mycket svårt att remittera till NHV. En läkare säger att hen helt givit upp att ens försöka eftersom remisserna ändå alltid avslås. Man har bland annat fått svar att situationen är för akut eller att sjukdomen befinner sig i ett för tidigt skede. Upplevelsen är att NHV endast tar emot motiverade och behandlingsbara patienter, ”men då är det ju inte längre

särskilt svårt.” Statistiken visar dock att det under 2024 inkommit 15 remisser från regionen varav 11 accepterats, se Tabell 9. Det är sannolikt så att en del av de upplevda avslagen har kommit efter muntliga kontakter som aldrig lett till att faktiska remisser med avslag som följd, har skrivits. Därför finns en diskrepans mellan den objektiva statistiken och den subjektiva upplevelsen. Det kan möjligen också finnas en allmän känsla av att det är svårt att få in patienter på SU generellt och att detta färgar av sig på upplevelsen av NHV-remisserna. Statistiken bekräftar att på den regionala vårdavdelningen har till ungefär tre fjärdedelar vårdats sådana patienter som är hemmahörande inom SU:s upptagningsområde de senaste fyra åren (Tabell 10).

**Tabell 9.** NHV-remisser Ätstörningar 2024

Remittent	Vuxen över 18 år			Barn under 18 år		
	In	Accept	Avvisad/återtagen/ pat avböjer	In	Accept	Avvisad/återtagen/ pat avböjer
Blekinge				1	1	
Halland	2	1	1			
Värmland	1		1	1	1	
Västernorrland				1	1	
Örebro				1	1	
VGR	8	5	3	7	6	1
<b>Summa</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

Remisser som inkommit gällande NHV, accepterats eller avvisats under 2024.

**Tabell 10.** Antal patienter per upptagningsområde som vårdats på SU:s regionala ätstörningsavdelning för patienter 16–25 år.

Tillhörighet	Antal vårdade individer			
	2021	2022	2023	2024
Sjukhusen i Väster	<5	<5	5	<5
NU-sjukvården	5	5	7	5
SÄS	7	9	8	8
SkaS	10	8	7	6
SU	76	62	55	73
Pat från andra län/länskod i särskilda fall	<5	<5	<5	7
<b>Summa</b>	<b>100–108</b>	<b>86–94</b>	<b>83–88</b>	<b>100–105</b>

Datakälla VEGA, Mottagning 61700. Tillhörighet baserad på kommun. SU omfattar kommunerna Göteborg, Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö. Regional vårdanalys begär att små tal under 5 inte får visas. Därför finns ett osäkerhetsintervall.

## Slutsatser och förslag:

Samtliga slutsatser som drogs vid kartläggningen 2023 är fortfarande giltiga och de utmaningar och förbättringar som kartläggningen beskrev att man behövde hantera har ännu inte blivit genomförda. Det finns därför skäl att gå vidare med konkreta arbeten för att tillgodose de behov som beskrevs i kartläggningen 2023. Av den föreliggande rapporten framgår ytterligare några områden som skulle behöva åtgärdas för att ätstörningsvården i VGR ska bli så bra som den kunde vara.

1. a) Det finns skillnader mellan olika delar av regionen i fråga om vilken vård som erbjuds patienter med ätstörning. Det saknas också en gemensam och tydlig beskrivning av vilka vårdnivåer som ska finnas och vilka vårdinsatser varje vårdnivå ska stå för. Dessutom saknas beskrivning av indikationer (inklusion och exklusion) för vård vid skilda vårdnivåer. Oklarheterna gäller i synnerhet heldygnsvården och vad som förväntas av läns-, region-, respektive nationell högspecialiserad sjukvård.  
b) Att BUP ansvarar för vården av patienter 16–25 och att dessa vårdas tillsammans på en avdelning, är inte en självklar konstruktion utifrån barnens bästa. Hur förhåller sig denna indelning till Socialstyrelsens kriterier vid NHV, Hur kan BUP hinna med det ökande vårdbehovet i unga åldrar och samtidigt vårda vuxna patienter och hur hanterar man patienter i olika åldrar med behov av tvångsvård?

**SOR behöver säkerställa att en tydlig vårdprocess upprättas på regionnivå med särskilt fokus på specifika vårdnivåer, insatser och indikationer och en risk- och konsekvensanalys involverande professioner, patientföreträdare, närstående och andra parter (inklusive jurist, chefläkare och Socialstyrelsen) kunde i samband med detta belysa ett eventuellt behov av att förändra ansvarsgränserna för patienter 16–25 år.**

2. Ätstörningsvårdplatser behöver finnas både på länssjukvårdsnivå och för regionsjukvård och NHV. Men det finns i nuläget inte några vikta platser för NHV-vård på SU. Patienter med sådant vårdbehov, som kan ha sin hemvist var som helst i landet, läggs därför in på platser som är avsedda för länssjukvård (vuxna 25 år eller äldre) eller regionsjukvård (patienter 16–25). För barn under 16 år finns inga vårdplatser alls i regionen utöver barn- och ungdomspsykiatriska akutvårdsplatser där man förväntas hantera alla sorters sjukdomstillstånd. NHV-beslutet har fört med sig en

undanträngningseffekt som eskalerat platsbristen som i sin tur medför en påtaglig risk för vårdskada. Beslut om att inrätta nya vårdplatser kan inte tas utan att ekonomi säkras. Det blir därför en fråga som behöver lösas av politik och tjänstemän gemensamt. **Platsbrist kan hanteras på flera olika sätt och en fortsatt utredning behöver fokusera på att ge ett konkret förslag på hur man kan säkerställa tillräcklig omfattning för en patientsäker vårdprocess på samtliga vårdnivåer. Utredning, förslag och beslut behöver genomföras skyndsamt för att minska risken för vårdskador. Det är rimligt att koordinators för samordningsråden lyfter frågan med ansvarig(a) tjänsteperson(er) vid koncernkontoret.**

3. VGR:s kostnad för att vårda ca 100 patienter i annans regi är 30 Mkr om året samtidigt som man vårdar 2000 patienter i egen regi för 220 Mkr. Det innebär, trots viss osäkerhet i siffrorna tycks det som att den egenproducerade vården kostar en tredjedel så mycket som den köpta vården utan att man ser skillnader i utfall. Regionen har, om man bortser från NHV, knappt några intäkter alls för vård av utomlänspatienter. Med en utbyggd ätstörningsvård som kunde ta emot fler patienter är det möjligt att regionen hade kunnat minska sina kostnader, öka sina intäkter och bli ett mer attraktivt val för patienter i riket. **Det vore därför önskvärt att ta fram en plan för hur man kan minska kostnader för köpt och valfrihetsvård genom att investera i det egna vårdutbudet inom regionen. Det är rimligt att detta görs av samordningsråden i dialog med ansvarig tjänsteperson vid koncernkontoret. I samband med detta bör också styrande dokument rörande valfrihetsvård för patienter med ätstörning uppdateras.**
4. Vissa patientgrupper med ätstörning omhändertas inom flera olika delar av den specialiserade vården idag. Detta beror delvis på att man inte på ett tydligt sätt fördelat ansvaret och tydliggjort vilka insatser som ska ges vid vilken instans. Det saknas också fora där företrädare för dessa vårdgivarenheter kan träffas och planera vården tillsammans. Från intervjuerna framkommer att de största behoven av samordning och planering finns för patienter med hetsättningsstörning/obesitas respektive ARFID/ätsvårigheter. Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2024 ger för den senare gruppen prioritet 3 åt åtgärden: *Säkerställ en tydlig vårdstruktur, genom att utveckla rutiner för samarbete och tydliggöra ansvarsfördelningen.* **Samordningsråden behöver därför tillskapa eller förstärka fora (tex samordningsgrupper) vars uppgift ska**

**vara att tydliggöra hur ansvaret fördelas gällande dessa patienter.**

5. Det framhålls av många av de intervjuade att kunskapen om hur man hanterar patienter med ätstörning behöver stärkas inom många delar av vården. Både inom den ätstörningsinriktade och den som dessa patienter besöker, men där man har ett annat huvudfokus. Några läkare framhåller också värdet av ett genomgående spår i utbildningen för psykiatriker vilket borde omfatta praktisk tjänstgöring i ätstörningsvårdkedjan samt att bakjournslinjen behöver få särskild träning i att hantera akut ätstörning/svält. På detta sätt kan man väcka intresse för och öka kunskap om denna vård. Det finns flera forskningsinitiativ kopplade till ätstörning inom regionen och det lyfts fram att dessa skulle kunna göras mer kända för att inspirera personal att vilja arbeta inom denna inriktning  
**Samordningsråden behöver i samarbete med KPH planera för hur en tydligare satsning på fortbildning och spridning av forskningsresultat kan förbättra vården av dessa patienter och öka intresset för den.**