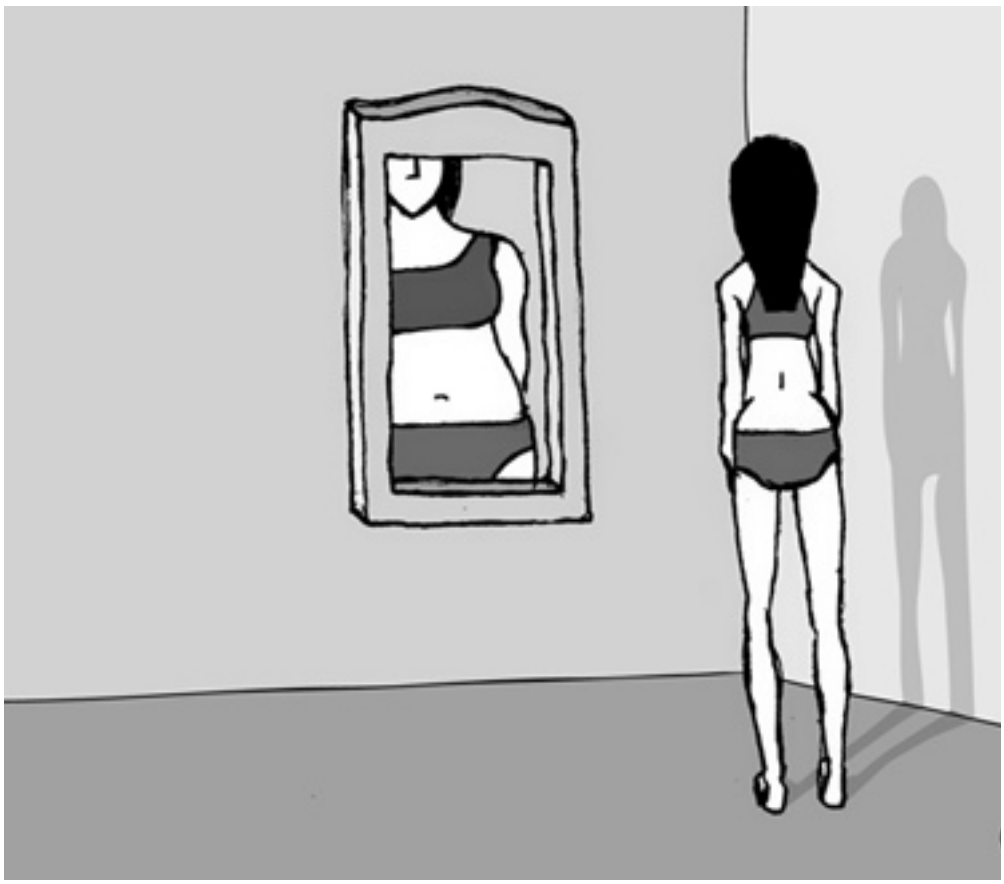
VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDERNAS KANSLI

Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli, Borås
Handläggare Anders Thorstensson
Tfn: 010-441 39 48
E-post: anders.thorstensson@vgregion.se

Datum 2012-09-26
Diarienummer HSN6 28-2012

Ätstörningsvård i Södra Älvsborg



– vårdutbud och behandlingsresultat

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1 Bakgrund ... 5

1.1 Uppdraget ... 5

1.2 Sjukdomen ... 5

2 Ohälsan ... 7

2.1 Samsjuklighet ... 7

2.2 Andra psykiska störningar ... 7

2.3 Den egna upplevelsen ... 8

3 Vårdutbud ... 9

3.1 Vågen, Borås ... 9

3.2 Mandometerkliniken, Alingsås ... 9

3.3 Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) ... 10

3.4 Vuxenpsykiatrin (VUP) ... 11

4 Vårdkonsumtion - ätstörningsvård ... 12

5 Ersättningar ... 15

6 Behandlingskriterier ... 16

7 Behandlingsmetoder ... 17

8 Remissionskriterier ... 21

9 Kvalitet ... 24

9.1 Nationellt kvalitetsregister ... 25

9.2 Kvalitetsindikatorer ... 26

9.3 Uppföljning av kvalitetsindikatorer ... 27

10 Behandlingsresultat ... 30

11 Uppföljning ... 35

12 Samverkan ... 36

13 Kvalitetssystem ... 37

13.1 System för kvalitetsledning ... 37

13.2 Kvalitetssystem inom ätstörningsvården ... 39

13.3 Kvalitetssystem hos vårdgivarna i Södra Älvsborg ... 40

14 Hälsoekonomi ... 41

15 Valfrihetsvård ... 43

16 Slutsatser ... 45

Bilaga 1 Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV ... 47

Bilaga 2 Tabellmall för uppföljning av behandlingsresultat ... 48

1 Bakgrund

1.1 Uppdraget

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mittenälvsborg beslutade i mars 2012 att ge hälso- och sjukvårdschefen i uppdrag att utreda vilka vårdresultat ätstörningsvården i södra Älvsborg uppnår.

Syftet med uppdraget är att få ett bättre underlag för beställning och uppföljning av ätstörningsvården i Södra Älvsborg.

I Västra Götalandsregionens budget 2013[1] framhålls att den psykiska ohälsan är ett av de största folkhälsoproblemen. Den psykiska ohälsan är fortsatt hög bland unga. Tidiga insatser ska säkerställas och individen ska inte uppleva eller utsättas för hinder i vårdkedjan. Regionen har ett mål om ett ökat psykiskt välbefinnande hos invånarna. I majoritetens förslag till Styr- och måltal avseende budget 2013 är det prioriterade målet att invånarnas psykiska välmående ska öka. Som styrtal anges att andelen personer med nedsatt psykiskt välbefinnande ska minska 2013 i åldergrupperna 16-29, 30-44, 45-64 respektive 65-84 år.

Utredningen har möjliggjorts med aktivt bistånd från berörda verksamheter; ätstörningsenheterna Vågen i Borås och Mandometerkliniken i Alingsås liksom barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin i Södra Älvsborg. Dessa har bidragit med textförslag, faktauppgifter och även beretts möjlighet att lämna synpunkter på dokumentet och hur deras bidrag omhändertagits i utredningen.

1.2 Sjukdomen

Ätstörningen

Ätstörningar är ett samlingsnamn för sjukdomar som är förknippade med ätandet. Vanligtvis är det tre olika diagnoser som brukar ställas, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa eller EDNOS[2] (ätstörning utan närmare specifikation). EDNOS betyder att man uppfyller några av kriterierna för anorexi eller bulimi, men inte alla. Samtliga tillstånd kräver behandling och är sjukdomstillstånd med allvarliga medicinska och psykiska effekter för den drabbade. Ätstörningar påverkar också ofta den drabbades familj och närmaste väldigt hårt på grund av den maktlöshet och hopplöshet som man som anhörig ofta ställs inför.

Ätstörningar kan ta sig många olika uttryck. Vissa individer utvecklar anorektiska symtom med övervägande självsvält. Andra utvecklar hetsätning med kompensationsbeteenden som t.ex. kräkningar eller extrem motion. Kroppsvikten är mycket olika, alltifrån svår undervikt till kraftig övervikt. Gränsdragningen mellan de olika ätstörningsdiagnoserna kan vara svår att göra och det är vanligt att samma person växlar mellan olika diagnoser under ätstörningens förlopp.

Gemensamt för samtliga ätstörningar är dock en utpräglad upptagenhet med kropp, vikt och ätande, och en tydlig ambition att hålla igen på maten och gå ner i vikt.

För den enskilda individen innebär ätstörningen ett stort lidande och stora inskränkningar i livet, vilka i många fall gör det omöjligt att studera eller förvärvsarbeta. Viktiga år av utveck-

---

[1] Framtidstro och hållbar utveckling, Västra Götalandsregionens budget 2013.

[2] Ätstörning EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) = Ätstörning UNS (Utan Närmare Specifikation).

ling och utbildning går ofta förlorade. Dödligheten vid ätstörning, framför allt anorexia nervosa, är betydligt förhöjd jämfört med normalpopulationen och även med de flesta andra psykiatriska tillstånd.

Det långa sjukdomsförloppet medför betydande kostnader för samhället, i form av direkt ätstörningsvård, behandling av följdsjukdomar, t.ex. benskörhet och frätskador på tänderna, sjukskrivningar och förtidspensioneringar, samt effekterna av den långvariga belastningen på familj och närstående i form av sjukskrivningar och produktionsbortfall.

Förekomst [3]

Ätstörningar är inte jämnt fördelade över befolkningen. Könsfördelningen är mycket snäv. Oftast drabbas tonårsflickor och unga kvinnor. Mellan 5-10 procent av fallen med anorexia nervosa tycks vara pojkar eller unga män. Procenttalen av bulimia nervosa och atypiska ätstörningar som utgörs av pojkar och män är mycket svårt att uppskatta, även om vissa studier och kliniska rapporter antyder att det kan finnas en ökande förekomst av ätstörningar bland just pojkar och unga män. När det gäller hetsätningsstörning har det uppskattats att cirka 30 procent av fallen är män.

De studier som finns visar oftast att anorexia nervosa förekommer kring en procent av flickor och unga kvinnor i åldern 13-30 år. Riskåldrarna för att insjukna i anorexia nervosa är främst 14-19 år. En studie från Göteborg av Råstam och Gillberg (1989) som använde tillväxtkurvor från skolhälsovården som utgångspunkt, gav en förekomst på 0,94 procent bland flickor i 17-årsåldern och knappt 0,1 procent bland pojkar. När det gäller bulimia nervosa är förekomsten förmodligen något högre, cirka två procent av flickor och unga kvinnor i åldern 13-30 år. Risken för att insjukna i bulimia nervosa är som störst i ålderintervallet 22-26 år. Anorexia nervosa brukar vara vanligare än bulimia nervosa bland tonåringar, medan bulima nervosa är vanligare än anorexia nervosa efter tonårsperioden. En del av ätstörningspatienterna uppfyller inte fullt ut diagnoskriterierna för anorexia nervosa eller bulimia nervosa, s.k. atypiska ätstörningar. Vanligtvis påminner de atypiska ätstörningars sjukdomsbild mycket om anorexi eller bulimi, men något av symptomen saknas. Bedömningen atypisk ätstörning kan vara följden av tveksam diagnostik. Om dessa siffror tillämpas i förhållande till befolkningsstatistiken för 2005, skulle detta betyda att det i Sverige idag förmodligen finns cirka 10 000 i riskåldern (13 till 30 år), som uppfyller diagnostiska kriterier för anorexia nervosa, 20 000 som uppfyller kriterier för bulimia nervosa, och 30 000 som skulle klassificeras som ätstörning EDNOS. Totalt innebär det att 60 000 flickor och unga kvinnor kan antas lida av en ätstörning. Om även män samt yngre flickor och äldre kvinnor läggs till hamnar siffran förmodligen runt 100 000 personer i Sverige. Denna senare siffra är dock att betrakta som osäker.

Det hävdas ofta att förekomsten av anorexia har ökat under senare tid. Slutsatsen av den forskning som finns är dock att förekomsten av anorexia nervosa har varit relativt konstant åtminstone under de senaste 30 åren. Det finns emellertid indikationer som talar för en ökning över tid när det gäller bulimia nervosa och sannolikt även ätstörning EDNOS, men det är fortfarande för tidigt att dra säkra slutsatser kring detta. Viss forskning tyder på att ätstörningar blir allt vanligare bland människor som tidigare inte förknippades med dessa sjukdomar, till exempel män och äldre kvinnor.

---

[3] Informationsblad nr. 6 oktober 2007 - KunskapsCentrum för Ätstörningar, Karolinska universitetssjukhus.

2 Ohälsan

Ätstörning kännetecknas av symtom på svårigheter med mat och hur man upplever sin kropp. Forskningen kan inte peka på någon enskild orsak till ätstörningar[4].

Många psykiska störningar ger problem kring maten och ibland görs det gällande att det är en annan sjukdom som ligger bakom ätstörningen, t.ex. en tvångsmässig störning och som då behöver behandlas, även om det stora problemet är maten. Det kan även vara så att när man har en ätstörning så kan man även ha andra psykiska störningar. Hypotesen om att det är en tvångsmässig störning som leder till att personen utvecklar en ätstörning är inte oomstridd. Att den som svälter däremot får symtom som kan påminna om tvång finns det dock stöd för liksom att bevisat friska personer får alla symtom på anorexia nervosa om de äter mindre mat en längre tid[5].

2.1 Samsjuklighet

Patienter med ätstörningar kan även ha andra psykiatriska störningar. Depression är en vanlig form av samsjuklighet bland dem som drabbas av ätstörning. De som drabbats av anorexia nervosa kommer sannolikt någon gång under sjukdomsförloppet att uppfylla kriterierna för depression, ibland som resultat av en egentlig depression, men oftast som en effekt av svälten. De som har hetsätningssymtom har oftare en egentlig depression. Framförallt hos dem som drabbats av anorexia nervosa är det vanligt att de dessutom kan ha problem med tvångssyndrom och andra ångeststörningar. Missbruksproblem finns också hos dem som drabbats av ätstörning och förekomsten av dessa problem ökar ju längre man har sin ätstörning. Det börjar ofta med att man använder droger för att dämpa matlusten och kontrollera vikten, men att droganvändningen sedan utvecklas till att bli ett problem i sig[6].

2.2 Andra psykiska störningar

Alla problem med maten är nödvändigtvis inte ätstörning. Annan psykisk ohälsa kan även ha problem kring mat och kropp. Dessa kan ta sig uttryck i rädsla för maten, som vid anorexia nervosa, men kan också handla om helt andra saker t.ex. rädsla för att maten är förgiftad. Restriktivt ätande kan bero på aptitlöshet som vid en depression. Det är inte alltid så lätt att urskilja en ätstörning då en person vid en depression kan uttrycka stort missnöje med sig själv och sin kropp.

De störningar som kan innehålla symtom och svårigheter kring mat är bl.a. depression, ångesttillstånd, psykossjukdom och autismspektrumstörning.

Även missbruksproblem finns hos patienter med ätstörning och även omvänt finns en överrepresentation av ätstörningar hos missbrukare[7].

---

[4] Hjärnkoll - Regeringen har tagit initiativet till satsningen bakom Hjärnkoll. Uppdraget kom 2009 till myndigheten Handisam, Myndigheten för handikappolitisk samordning, och handlar om att förbättra våra attityder till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning.

[5] Keys A m fl. The biology of human starvation. Minneapolis, University of Minnesota Press: Minneapolis, 1950.

[6] Region Skåne, KompetensCentrum Ätstörningar – syd.

[7] Clinton & Norring (2002) Ätstörningar - Bakgrund och aktuella behandlingsmetoder, Stockholm Natur & Kultur.

2.3 Den egna upplevelsen

Ätstörningar har ofta inget att göra med den egna kroppsvikten. Det handlar om känslor. Ungdomar och unga vuxna som har ätstörningar kan vara magra, överviktiga eller mitt emellan. Själva ”störningen” sitter i ångesten, kontrollbehovet och fixeringen vid mat.

Det kan kännas som en fobi för att gå upp i vikt, som om hela ens identitet försvinner om revbenen slutar synas genom huden. Ungdomar som har ätstörningar känner sig ensamma, misslyckade och bär ofta på en enorm skamkänsla. För många är ätstörningen ett sätt att försöka ta kontroll över livet och känslorna.

Ibland startar ätstörningarna efter en jobbig upplevelse, trassel hemma eller en depression. Men de kan lika gärna börja med lite bantning, några kilo som ska bort. Det är ofta olika orsaker till varför en person drabbas av en ätstörning. Men det brukar finnas några gemensamma faktorer som spelar in. Många av dem som drabbas är starka, känsliga och bra på att känna in andra människor. De läser ständigt av vad deras omgivning behöver. Ungdomar med ätstörningar är dessutom ofta ovana att själva känna efter och berätta för andra vad de behöver. När kraven och pressen känns för stor försöker de ta kontroll över något som de tror att de kan kontrollera helt; kroppen.

3 Vårdutbud

Ätstörningsvården i Södra Älvsborgs bedrivs på olika vårdnivåer och i både öppna och slutna vårdformer. Ätstörningsvård bedrivs även vid Drottning Silvias sjukhus i Göteborg. Den s.k. valfrihetsvården möjliggör även tillgång till vårdutbud utanför Västra Götalandsregionen, t.ex. Capio i Stockholm.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i Mittenälvsborg har under lång tid valt att upphandla öppenvårdsbaserad ätstörningsvård. Den upphandlade vården vänder sig till personer som befinner sig i ett tidigt skede av ätstörning och där tidiga insatser medverkar till att minska utnyttjandet av slutenvårdsresurser. Nuvarande leverantör är AB Mando.

I regionens riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder regleras ansvaret för barn och ungdomar med ätstörning[8]. Riktlinjerna innebär att vårdcentralen *identifierar, bedömer, utreder och behandlar* så länge ätstörningen är lindrig (GAF >60). Vid anorexi och bulimi kan allmänmedicin ansvara för somatisk utredning och kontroll, men oftast krävs resurser och erfarenhet så att *remiss till specialiserad ätstörningsenhet* blir aktuellt även vid lindrig anorexi och bulimi.

3.1 Vågen, Borås

Vågen är en öppenvårdsmottagning inom Primärvårdsförvaltningen som tar emot patienter utan remisskrav. Enheten erbjuder stöd och behandling till personer från 15 år och uppåt som har en ätstörningsproblematik. Vågen arbetar med att i ett så tidigt skede som möjligt fånga upp och behandla dessa patienter och därmed förhindra en allvarlig utveckling av ätstörningen. Vågen har även uppdrag att informera, motivera, aktivera och hjälpa patienter och anhöriga med identifierad problematik.

Mottagningen har en fortlöpande samverkan med psykiatrin, elevhälsovård, ungdomsmottagning, vårdcentraler samt är en kunskapsresurs för övriga vårdgrannar.

Ätstörningsmottagningen i Borås har ett geografiskt områdesansvar för Borås stad och Bollebygd kommun med mottagningsverksamhet i Borås.

Vid mottagningen arbetar socionom med psykodynamisk steg 1 utbildning, psykiatrisjuksköterska och läkare med kognitiv steg 1 utbildning samt dietist med introduktionskurs i kognitiv teori.

3.2 Mandometerkliniken, Alingsås

Mando erbjuder öppenvård för patienter med ätstörningar. Mando utgår från att vem som helst kan få en ätstörning, att orsaken är bantning och hög fysisk aktivitet och att alla symtom är reversibla.

Mando bedriver öppenvård som främst vänder sig till patienter i ett tidigt skede av ätstörningen. Emellertid, av 92 patienter som behandlats vid Mandometerkliniken i Alingsås under 2010

[8] Ett utvecklat samarbete - Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder, Västra Götalandsregionen (november 2009).

och 2011 var den genomsnittliga sjukdomsdurationen[9] 5 år (median) och patienterna hade tidigare behandlats en gång, spridningen var 1-10 tidigare behandlingar.

Mando behandlar alla typer av ätstörningar, båda könen och alla åldrar. Av de 92 patienter som behandlats var medianåldern 21 år och spridningen 11-71 år. Patienterna normaliserar ätbeteende och aktivitet, vilar i värme, tränar sig socialt och stärker sitt självförtroende.

Mando erbjuder dagvårdsbesök, individuella och gruppsamtal, samverkan med t.ex. elevhälsovården och prevention.

Ca 50 nya patienter behandlas per år, alla patienter följs i fem år efter tillfrisknande. Sex behandlare arbetar på kliniken: 2,0 leg sjuksköterskor, 1,0 dietist, 0,5 socionom, 0,5 friskvårdsterapeut och 1,0 undersköterska. De har även 0,1 allmänläkare och 1,0 husfru. Arbetsinsatsen 2011 var 5,7 besök/dag/behandlare.

3.3 Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP)

Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningarna

Omhändertagandet av ätstörningspatienter inom BUP:s öppenvård sker av yrkesgrupperna läkare, sjuksköterska, psykolog och socionom. Arbete med symtomlindring, dvs. svält, hetsätning eller kräkningar. Viktuppgångsmål och viktuppföljning/somatisk kontroll sker antingen på BUP-enheten eller i samverkan med annan part (skolsköterska, vårdcentral). Familjebehandling och enskilda samtal som syftar till strategier för att minska ångest, ökad kroppskännedom, höja motivationen och hjälp till korrigering av självbilden och hitta mindre destruktiva sätt att uttrycka känslor. I vissa fall remitteras patient till dietist/sjukgymnast.

Ätstörningsteamet, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, SÄS

Ätstörningsteamet på SÄS (Södra Älvsborgs Sjukhus, Borås) består av sjuksköterska, barnsköterskor samt läkare. Dessutom konsulteras dietist och sjukgymnast. Enheten har en dagvårdsavdelning som är öppen måndag-fredag för fyra patienter samtidigt.

Enheten tar emot remisser från BUP:s och vuxenpsykiatrins öppenvårdsmottagningar avseende, barn och ungdomar upp till ca 22 år.

Ätstörningsteamets behandlingsprogram innefattar fyra behandlingsveckor, med möjlighet till förlängning. Basen är miljöterapi. I behandlingsprogrammet ingår matträning, bildterapi, taktil massage, motiverande samtal, avspänningsövningar m.m. Behandlingen ger patienterna ökad kunskap om ångest, ätstörning samt om matens betydelse. Samarbetet med patienternas föräldrar är mycket viktigt. Föräldrarna erbjuds individuella samtal samt gruppsamtal. I mån av tid tas även polikliniska patienter emot för stödsamtal.

Vid grav undervikt, risk för medicinska komplikationer eller vid mycket stark ångest hos patienten, finns möjlighet till inläggning på slutenvårdsavdelning. Där kan patienter även sondmatas. När patientens tillstånd förbättrats kan patienten vara på dagvården under dagtid, samt på akutavdelningen övrig tid.

---

[9] Sjukdomsduration = en sjukdoms varaktighet eller utsträckning över tiden.

3.4 Vuxenpsykiatrin (VUP)

Den vuxenpsykiatriska kliniken vid SÄS har under 2010 och 2011 mött ett 100-tal patienter med ätstörningsproblematik. Det rör sig företrädesvis om, i fallande skala och inkluderande huvud- och bidiagnos, ospecificerad ätstörning, anorexia nervosa och därefter bulimia nervosa. Troligen finns ett visst mörkertal.

Ungefär 75 procent av patienterna är mellan 20-40 år och knappt hälften är mellan 20-30 år. Kontakten har bestått framförallt av besök till läkare, men behandling ges även av psykolog, sjuksköterska, kurator och skötare.

Kännetecknande för behandlingen är den förekomst av samsjuklighet som framträder och därmed en ökad grad av komplexitet. Behandlingsformen DBT (dialektisk beteendeterapi), som utvecklats under senare år, lämpar sig väl för unga personer med personlighetsstörningsproblematik med inslag av någon form av ätstörning. DBT erbjuds inom hela södra Älvsborg.

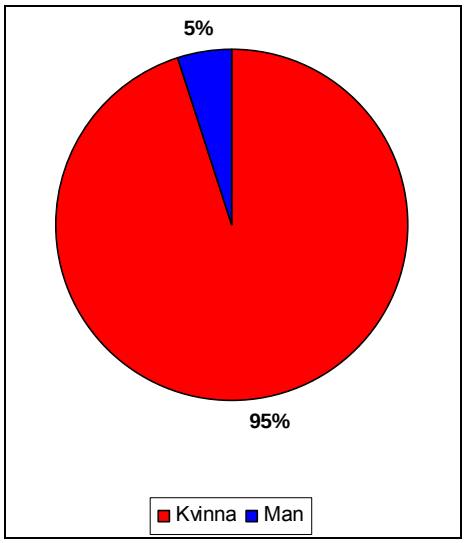
Inom kliniken finns det i dag ingen särskild mottagning eller motsvarande som arbetar specifikt med ätstörningsvård. Vård och behandling erbjuds vid respektive lokal öppenvårdsmottagning. Vid behov av slutenvård används i första hand den vuxenpsykiatriska heldygnsvården vid SÄS.

4 Vårdkonsumtion - ätstörningsvård

Under 2011 fick 425 personer i Södra Älvsborg behandling för sin ätstörning. Kopplat till antaganden om förekomst kan det antas finnas runt 2 500 personer i Södra Älvsborg som uppfyller diagnoskriterierna för ätstörning.

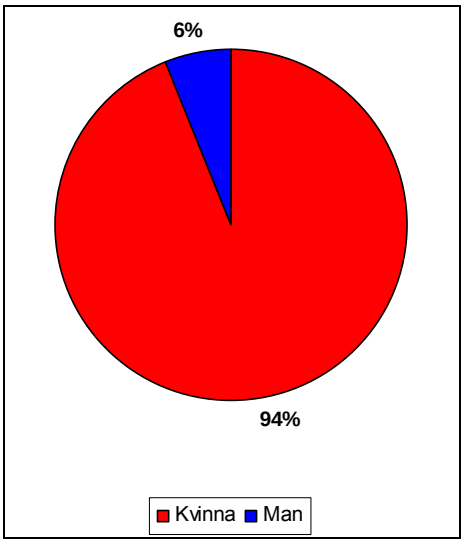
Flickor och unga kvinnor konsumerar den absoluta merparten av vården.

Diagram 1 Könsfördelning - ätstörningspatienter i Mittenälvsborg 2011



Källa: Vårddatabasen Vega.

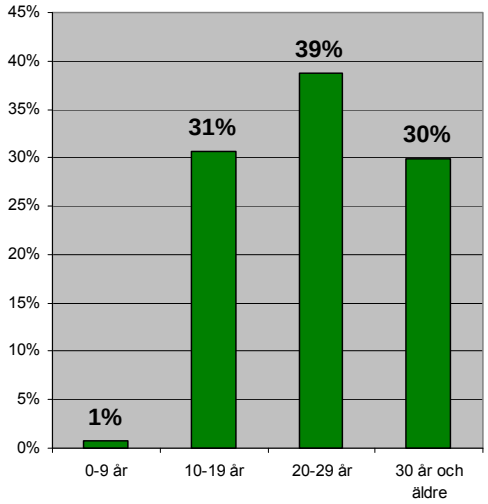
Diagram 2 Könsfördelning - ätstörningspatienter i Sjuhärad 2011



Källa: Vårddatabasen Vega.

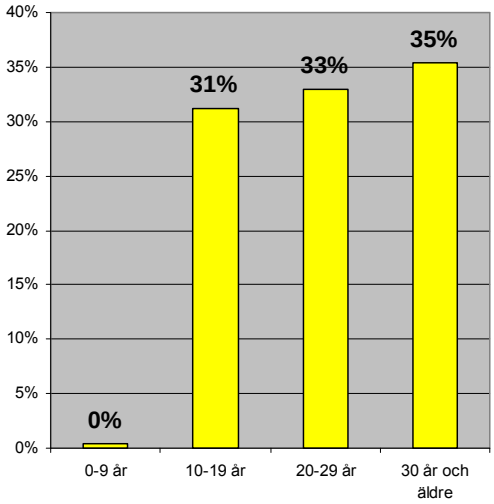
Ätstörningar är mer vanligt förekommande i åldergruppen 13 till 30 år än i andra åldergrupper. Anorexia nervosa debuterar oftast under tonåren, medan bulimia nervosa vanligast debuterar under 20-årsålern.

Diagram 3 Åldersfördelning - ätstörningspatienter i Mittenälvsborg 2011



Källa: Vårddatabasen Vega.

Diagram 4 Åldersfördelning - ätstörningspatienter i Sjuhärad 2011



Källa: Vårddatabasen Vega.

I tabellen nedan redovisas nämndernas vårdkonsumtion inom Västra Götalandsregionen.

Tabell 1 Vårdkonsumtion 2011, huvuddiagnos Ätstörningar (F50) [10]

antal			Vågen Borås	Mando Alingsås	BUP Södra Älvsborg	VUP Södra Älvsborg	BUP Sahlgrenska	VUP Sahlgrenska	Övriga [11]
HSN 6	Öppenvård	– besök	-	1 771	105	274	220	20	55
		– individer	-	49	14	22	13	3	36
	Slutenvård	– vårddagar			50	73	171	-	1
		– individer			2	2	4	-	1
HSN 8	Öppenvård	– besök	86 [12]	204	460	302	18	13	259 [13]
		– individer	38	10	54	38	5	1	111
	Slutenvård	– vårddagar			20	264	38	-	12
		– individer			3	7	1	-	3

Samsjukligheten i Södra Älvsborg redovisas i tabellen nedan där vårdkonsumtionen redovisas med både huvud- och bidiagnos.

Tabell 2 Vårdkonsumtion 2011, huvuddiagnos + bidiagnos Ätstörningar (F50) [14]

antal			Vågen Borås	Mando Alingsås	BUP Södra Älvsborg	VUP Södra Älvsborg	BUP Sahl-grenska	VUP Sahl-grenska	Valfri-hets-vård [15]	Övriga [16]
HSN 6	Öppenvård	– besök	-	1 771	114	315	225	20	2	126
		– individer	-	49	16	34	14	3		77
	Slutenvård	– vårddagar			193	503	171	-	1 413	21
		– individer			3	7	4	-		8
HSN 8	Öppenvård	– besök	121 [17]	204	514	591	25	13	3	481 [18]
		– individer	54	10	59	63	6	1		194
	Slutenvård	– vårddagar			54	394	38	-	836	124
		– individer			6	18	1	-		8

I tabellen ovan, avseende Vågen, redovisas endast läkarbesök för patienter med ätstörningsdiagnos. Enligt Vågens årsredovisning för 2011[19] hade man totalt 747 besök och 184 patienter fördelat på samtliga personalkategorier. Av dessa 184 patienter hade 54 individer ätstörningsdiagnos. Den samlade vårdkonsumtionen för dessa 54 patienter kan inte redovisas. Totalt har 130 personer utan ätstörningsdiagnos behandlats vid enheten. Vågen uppger att patienterna utan ätstörningsdiagnos behandlats utifrån en ätstörningsproblematik.

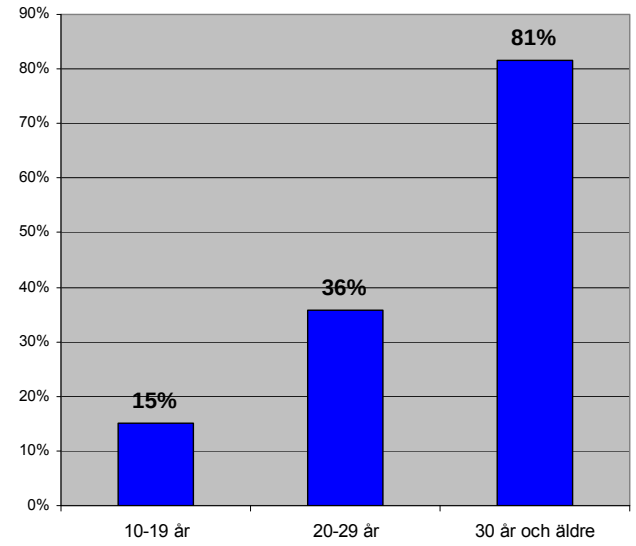
Under 2011 konsumerade invånarna i Södra Älvsborg drygt 3 700 vårddagar. Valfrihetsvården svarade för 60 procent av vårddagarna (2 249). Av valfrihetsvårdens dryga 2 200 vårdda-

[10] Avser nämndernas vårdkonsumtion inom Västra Götalandsregionen. Källa: Vårddatabasen Vega.
[11] Observera att samma individ kan ha varit på fler än ett ställe och förekomma mer än en gång.
[12] Avser endast läkarbesök.
[13] En betydande del av dessa besök är kopplade till Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS och Enheten för rehabilitering och ortopedteknik (EFRO).
[14] Avser nämndernas vårdkonsumtion inom Västra Götalandsregionen inkl. valfrihetsvård. Källa: Vårddatabasen Vega.
[15] Data saknas för hur många personer som varit föremål för valfrihetsvård.
[16] Observera att samma individ kan ha varit på fler än ett ställe och förekomma mer än en gång.
[17] Avser endast läkarbesök.
[18] En betydande del av dessa besök är kopplade till Södra Älvsborgs Sjukhus, SÄS och Enheten för rehabilitering och ortopedteknik (EFRO).
[19] Årsredovisning 2011 VÅGEN/ÄTSTÖRNINGSENHET, Primärvården Södra Älvsborg.

gar 2011 svarade Capio Anorexicenters olika enheter för 67 procent och Mando i Huddinge för 33 procent.

Många personer med ätstörning har flera diagnoser. Det finns en hög grad av psykiatrisk samsjuklighet vid ätstörningar. Hos barn och ungdomar < 18 år är samsjukligheten ca 45 procent medan det hos vuxna personer finns en samsjuklighet på ca 65–75 procent. De vanligaste samtidiga diagnoserna vid ätstörning oavsett ålder är ångest och depression, som finns hos 30–40 procent. Personlighetsstörningar och missbruk är vanliga samsjuklighetsdiagnoser hos vuxna patienter med bulimia nervosa. Tvångssyndrom är vanligare hos patienter med anorexi än vid bulimi. Vad gäller samsjuklighet med neuropsykiatriska diagnoser är relativt lite publicerat, men en studie från USA visar att flickor med ADHD löpte 3,6 gånger större risk att få en ätstörning än kontrollgruppen. ADHD är vanligare vid bulimiska symtom medan Aspergers syndrom och andra autismspektrumtillstånd är vanligare hos patienter med anorexia nervosa[20].

Diagram 5 Samsjuklighet - ätstörningspatienter i Södra Älvsborg 2011 (n=425)



Med tanke på den stora samsjukligheten är samarbetet mellan berörda vårdenheter av stor vikt.

[20] Ätstörningar - Anna-Maria af Sandeberg, Stockholms centrum för ätstörningar, Stockholm Olav Bengtsson, BUP, Stockholm, Läkemedelsboken 2011–2012 (1046 Psykiatri Ätstörningar), Läkemedelsverket.

5 Ersättningar

Hälso- och sjukvårdsnämndernas ersättningar till ätstörningsvården fördelas enligt följande.

Tabell 3 Kostnader för nämndens konsumtion av ätstörningsvård 2011 [21]

	Kostnad ätstörningsvård 2011 (kr)		Summa
	HSN 6	HSN 8	
Vågen, Borås	0	1 760 000	1 760 000
Mando, Alingsås	2 404 752	285 108	2 689 860
Barn- och ungdomspsykiatrin, Södra Älvsborg	1 939 827	4 988 127	6 927 954
Varav: öppen vård	*1 122 830*	*2 887 277*	*4 010 107*
sluten vård	*816 997*	*2 100 850*	*2 917 847*
Vuxenpsykiatrin, Södra Älvsborg	926 537	2 382 522	3 309 059
varav: öppen vård	*422 372*	*1 086 098*	*1 508 470*
sluten vård	*504 165*	*1 296 424*	*1 800 589*
Barn- och ungdomspsykiatrin, SU	859 213	159 528	1 018 741
varav: öppen vård	*379 591*	*33 116*	*412 707*
sluten vård	*479 622*	*126 412*	*606 034*
Vuxenpsykiatrin, SU	23 966	12 824	36 790
varav: öppen vård	*23 966*	*12 824*	*36 790*
sluten vård	*0*	*0*	*0*
Valfrihet	9 113 033	5 043 190	14 156 223
varav: Capio anorexicenter, Varberg	*3 715 840*	*3 150 680*	*6 866 520*
Mando, Huddinge	*4 126 153*	*1 420 300*	*5 546 453*
Övrigt	135 859	410 210	546 069
Totalt:	**15 403 187**	**15 041 509**	**30 444 696**

En betydande del av kostnaderna, 46 procent, utgörs av ersättning för valfrihetsvård som tillhandahålls utanför Västra Götalandsregionen. Totalt 14,1 mkr under år 2011. Denna ätstörningsvård var i huvudsak heldygnsvård.

Mittenälvsborg svarade 2011 för 65 procent av kostnaderna för den aktuella valfrihetsvården i södra Älvsborg (Sjuhärad 35 procent). Valfrihetsvården svarade samtidigt för 59 procent av nämndens totala kostnad för ätstörningsvården. Motsvarande andel för Sjuhärad var 33 procent.

[21] Avser nämndens konsumtion hos resp. vårdgivare för patienter med diagnoskod 50 (huvuddiagnos inkl. bidiagnos).

6 Behandlingskriterier

Ätstörningar sorteras enligt DSM-IV [22] in i fyra diagnostiska grupper; anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), ätstörning utan närmare specifikation (EDNOS) samt hetsätningsstörning (se Bilaga 1).

Tabell 4 Behandlingskriterier för behandlingsstart vid vårdenheterna i Södra Älvsborg

Verksamheter i Södra Älvsborg	Behandlingskriterier för behandlingsstart	
	Öppenvård	Slutenvård
Vågen, Borås	Behandling ges till patienter från 15 år och uppåt bosatta i Borås och Bollebygds kommuner och som uppfyller DSM-IV kriterierna.	
Mando, Alingsås	Behandling ges till patienter som uppfyller DSM-IV kriterierna och som ej samtidigt har pågående missbruk av alkohol och/eller droger.	
Barn- och ungdomspsykiatrin [23]	Behandling ges vid psykiatriska tillstånd som bedöms innebära en funktionsnedsättning till ca 70 på GAF-skalan [24].	Akut inläggning: • Vid grav undervikt • Vid risk för allvarliga medicinska komplikationer • Vid allvarlig psykiatrisk samsjuklighet • Vid psykosocial krissituation Om patienten kommer akut tas en kontakt med öppenvården. Planerad inläggning: • För att intensifiera förändringsarbetet och förhindra ett akut somatiskt tillstånd, med en kortare periods inläggning som en parallell insats till öppenvårdens insatser. • 3-veckorsmodellen erbjuds för väl motiverade patienter. Vid planerad inläggning krävs intern remiss.
Vuxenpsykiatrin	**Anorexia nervosa** • BMI [25] under 14 Somatisk länssjukvård med konsultinsatser från den specialiserade psykiatrin. • BMI mellan 14–17 Primärvård ansvarar för den somatiska delen och den specialiserade psykiatrin har övrigt behandlingsansvar. • BMI över 17 Primärvården har behandlingsansvaret, vid behov med stöd från den specialiserade psykiatrin. **Bulimia nervosa** • GAF under 50 Psykiatrisk specialistsjukvård vid symtom eller funktion under 50 på GAF-skalan. • GAF över 50 Primärvården ansvarar för ätstörningsvård vid högre GAF än 50.	**Anorexia nervosa** • BMI under 13 I princip alltid inläggningsorsak. Patienter med allvarliga psykiatriska symtom eller allvarliga funktionssvårigheter kan behöva en avgränsad behandlingsinsats. Detta kan också vara aktuellt vid BMI över 17 i samband med fortsatt snabb viktnedgång. **Bulimia nervosa** Endast psykiatrisk tvångsvård, LPT [26], vid livshotande kaliumvärden och vid samsjuklighetstillstånd, företrädesvis med depression eller emotionellt instabila tillstånd med risk för allvarliga impulsgenombrott.

[22] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) - American Psychiatric Association, 1994.
[23] Källor: Handlingsprogram för ätstörningar inom öppen och sluten vård, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, SÄS (2008-01-25) samt Patientprioritering, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken, SÄS (2010-09-20).
[24] Global funktionsmätning (Global Assessment Function Scale).
[25] Body Mass Index (BMI), ett uttryck för relationen mellan vikt och längd.
[26] Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

7 Behandlingsmetoder

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) publicerade 2011 en rapport[27] om det vetenskapliga underlaget för psykoterapeutisk behandling av barn och vuxna med anorexia nervosa. Den huvudsakliga slutsatsen i båda översikterna är att det inte finns tillräckligt underlag för att förorda en viss behandlingsmetod, och att det finns ett starkt behov av stora välgjorda behandlingsstudier på området.

I det fortsatta kapitlet redovisas hur de olika ätstörningsverksamheterna i Södra Älvsborg bedriver sin verksamhet och vilka behandlingsmetoder man använder sig av.

Vågen, Borås

Vid ätstörningsenheten Vågen arbetar man med samtal utifrån både ett psykodynamiskt och KBT perspektiv. De flesta samtalen utförs enskilt med patienten, men även familje- och anhörigsamtal förekommer.

Fokus i behandlingssamtalen är att normalisera patientens ätbeteende och kompensatoriska strategier då dessa vidmakthåller patientens psykiska och fysiska symtom. Samtalen syftar till att minska patientens ångest, motivera patienten till att göra en förändring då de oftast kommer till enheten i ett tidigt skede av sin sjukdom. Vågen försöker normalisera patientens negativa syn på sin kropp och sig själv genom ökad kroppskännedom och bättre självbild. Patienternas ofta perfektionistiska drag neutraliseras, självkänslan ökar och interpersonella färdighetsbrister minskar genom regelbundna samtal. Fokus i familjesamtalen är att öka anhörigas förståelse genom information om sjukdomen och ätstörningens mekanismer och behov av behandling såväl inom enheten som fortsatt stöd i hemmet.

Vågen har medicinsk behandling med undersökning, provtagning och eventuell medicinering. Olika bedömningsinstrument används för depression, ångest samt ätstörningstest EDI2.

Den vanligaste medicineringen är SSRI[28], framför allt till bulimipatienter med svår ångest. Doserna skiljer sig från gängse antidepressiv medicinering. Benzodiazepiner[29] förskrivs inte. Ibland måste patienterna ha substitution med järn, kalk och D-vitamin.

Dietist använder näringsberäkningsprogram och patienten skriver matdagbok. Tallriksmodellen används och baseras på husmanskost. Ätstörningsenheten samarbetar med sjukgymnast som arbetar med patienternas kroppskännedom.

Mandometerkliniken, Alingsås

Behandlingsmetoden bygger på att behandla ätstörningar genom att lära patienterna hur de ska äta och när de ska känna mättnad. Patienterna lär sig att känna igen sina egna signaler för hunger och mättnad med hjälp av en liten dator kopplad till en våg, en s.k. Mandometer. Patienten ser referenskurvor för äthastighet och mättnad samtidigt som patientens egen äthastighet

---

[27] ”Psykoterapeutisk behandling vid anorexia nervosa” - Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2011.

[28] De antidepressiva läkemedel som används mest i dag kallas selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI. Gemensamt för de här medicinerna är att de påverkar halten av serotonin i hjärnan. Serotonin är en så kallad signalsubstans som bidrar till att påverka hur man mår. Vid depressioner har man ofta brist på serotonin, vilket SSRI-medicinerna kan rätta till.

[29] Ångestdämpande, lugnande medel. Dessa läkemedel är tillvänjande och bör förskrivas synnerligen restriktivt. Vid generaliserat ångestsyndrom bör inte läkemedelsbehandling med lugnande medel (bensodiazepiner) erbjudas (Nationella riktlinjer för depression och ångestsyndrom, Socialstyrelsen (2010).

och mättnadsupplevelse visas på datorskärmen. Förutom att normalisera ätbeteendet ingår värmebehandling, aktivitetsbehandling och ett program för social återuppbyggnad och ökning av självförtroende. Behandlingen sker som regel utan användande av psykofarmaka.

Alla patienter har en personlig behandlare som följer dem genom hela behandlingen. Under behandlingen träffar patienten en och samma läkare, lärare, dietist och sjuksköterska. Efter en utförlig ätutredning skrivs en individuell behandlingsplan tillsammans med patienten. Syftet med ätutredningen är att fastställa diagnos och svårighetsgrad samt att utesluta andra diagnoser än anorexi, bulimi eller ospecificerad ätstörning s.k. EDNOS. Även remissionskriterierna och kriterierna för partiell remission gås igenom. Blodprover tas och en grundlig kroppsundersökning görs. Ätutredningen indikerar även eventuella behov av slutenvård. I den individuella behandlingsplanen ingår en detaljerad måltidsplan, kort- och långsiktiga mål med förväntad viktutveckling samt en dagsplanering för sömn, vila och fysisk aktivitet. Varje patient bestämmer själv sina lång- och kortsiktiga mål tillsammans med sin behandlare. Patienterna vägs varje vecka men informeras inte om sin egen vikt. Var sjätte vecka görs sexveckorskontroller och vars resultat gås igenom med patienten. Vid dessa tillfällen mäts ätbeteendet, psykiska symptom och livskvalitet.

Mandos behandlingsmetod innebär att eventuella antidepressiva mediciner minskas gradvis under de två första månaderna för att sedan tas bort helt. Vårdgivaren menar att antidepressiva läkemedel (selektiva serotoninåterupptagshämmare, SSRI), trots att de är vanliga, inte har någon effekt på depression vid anorexia nervosa[30] och liten eller ingen effekt vid bulimia nervosa[31]. Självmordsrisken är 57 gånger förhöjd hos anorexia nervosa patienter[32], men vårdgivaren menar att vare sig SSRI eller annan psykofarmakologisk behandling har påvisad effekt[33]. Enligt Mando används SSRI med god effekt vid ångestsjukdomar men bedöms ha ingen effekt vid ätstörningar. De kan istället hämma aptit, kroppstemperatur, sexuell funktion, inlärningsförmåga och till och med öka ångest och självmordstankar[34].

Barn- och ungdomspsykiatrin

Alla patienter, öppen och sluten vård

Somatisk undersökning (läkarundersökning) - alla patienter med ätstörning undersöks av läkare. Vid allvarligt somatiskt tillstånd kontaktas barnmottagning/barnklinik. EKG-undersökning görs vid långsam hjärtrytm eller annan samsjuklighet liksom vid glutenintolerans. Viktkontroll utförs en gång i veckan på standardiserat vis, blodtryck och puls, koll på kroppen (vägning i underkläderna). I vissa fall kan ytterligare provtagning, neurologisk status, tandstatus (kräkbeteende) behöva göras.

Familjebehandling - denna kan se ut på olika sätt anpassat efter familjen och pågår ofta under lång tid, glesa familjesamtal kan även tjäna som uppföljning. Ibland deltar hela familjen, ibland föräldrar och tonåring separat. Under en fas sker ett intensivt föräldraarbete för att få dem att orka.

---

[30] Treasure m.fl. Lancet 2010;375:583, Kaye m.fl. Nat Rev Neurosci 2009;10:573 samt Walsh m.fl. JAMA 2006;295:2605.
[31] Jackson m fl Nutr Clin Pract 2010;25:143.
[32] Selby m fl Behav Res Ther 2010;48:634.
[33] Claudino m fl Cochrane Database Syst Rev 2006 Jan 25;(1):CD004365.
[34] Treasure m fl Lancet 2010;375:583 samt Fitzpatrick KK, Lock J Clin Evid (Online). 2011 Apr 11;2011. pii: 1011.

Först mat och ätande i fokus - utifrån detta får föräldrarna konkreta uppgifter att hjälpa och stödja sitt barn med ett familjeperspektiv rörande struktur, interaktionsmönster och kommunikation i senare skede. Föräldrarna ska hjälpa sitt barn att sätta ord på känslor (istället för att uttrycka dem i destruktiva ätbeteenden). BUP arbetar med att göra föräldrarna till enade aktiva aktörer, ser upp för splittingtendenser osv. Under behandlingen är det viktigt med uppmärksamhet på eventuell neuropsykiatrisk- eller annan samsjuklighet.

Ätstörningsenheten/heldygnsvården

På enheten arbetar man miljöterapeutiskt och använder sig av MI (motiverande samtal). Psykoedukativ behandling[35] kring de somatiska förändringar som uppstår i samband med olika ätstörningsformer erbjuds både för patienter och föräldrar individuellt och i grupp. Ställningstagande till eventuell medicinering eller sondmatning görs utifrån ätstörningens allvarighetsgrad samt samsjuklighet.

Föräldrasamtal enskilt och i grupp - patientens föräldrar är mycket viktiga i arbetet med att återskapa ett regelbundet matintag hos patienten. Ätstörningsenheten arbetar med att ge ökad kunskap om sjukdomen, och tydliggöra dess drivkraft i strävan att få en återgång till ett normalt psykosocialt liv för hela familjen. Föräldrarna får dagliga samtal tillsammans med personal. Kontakten sker via telefon eller på avdelningen. Behandlarna stöttar föräldrarna och hjälper dem att stå ut med den egna ångesten men också patientens. Under dagvårdsbehandling erbjuds föräldrarna gruppsamtal tillsammans med andra föräldrar. Syskon är välkomna att delta på samtal om de så önskar.

Ångesthantering - patienten får information om vad ångest är, liksom om kroppsliga symtom som kan uppkomma vid ångest, och får prova på olika avslappnings- samt andningsövningar. Patienterna upplever ofta stark ångest efter måltider. För att hantera ångesten finns alltid behandlare med under vilan. Bolltäcke, bildterapi, taktil massage samt bollmassage kan lindra ångesten.

Motiverande samtal - är en metod används för att åstadkomma beteendeförändringar och som vävs in i kontakten med patienten, se Socialstyrelsen.

Övriga insatser - remiss till sjukgymnast och dietist är vanligt förekommande. Hos sjukgymnast gör patienterna en kroppsuppfattningsbedömning, kallad EGON. Resultatet av denna aktualiseras i behandlingsarbetet på dagsjukvården. I såväl öppen- som heldygnsvård kompletteras vården med metoder som krävs för behandling av ev. samsjuklighet.

Vuxenpsykiatrin

Vårdbegäran bedöms av tvärprofessionell grupp.

Nybesöksutredningen mynnar ut i ställningstagande till fortsatta stöd och behandlingsinsatser som görs i tvärprofessionellt team. Den kliniska bedömningen i kombination med patientens behov och önskemål samt det tillgängliga behandlingsutbudet avgör fortsatta insatser. Psykiatrisk differentialdiagnostik, dvs. att utesluta andra sjukdomar som kan ha liknande symtombild, och samsjuklighet utreds. Suicidriskbedömning görs regelbundet.

Utöver farmakologisk behandling och att följa vikt/BMI kan följande behandlingsmetoder vara aktuella:

---

[35] Psykologisk behandling med ett inlärningsperspektiv för att stödja funktioner och förståelse.

- Psykologisk behandling i form av psykodynamisk psykoterapi, kognitiv beteendeterapi, kognitiv terapi, interpersonell terapi, dialektisk beteendeterapi, mentaliseringsbaserad terapi, familjesamtal och stödsamtal.
- Sjukgymnastisk behandling erbjuds i form av Basal kroppskännedom.
- Arbetsterapeutisk bedömning görs avseende funktion och aktivitet samt ADL-bedömningar.

Nutritionsbehandling behandling utförs både i öppen- och slutenvård. Somatisk uppföljning sker både inom psykiatrin och i samarbete med primärvården. Familjebaserad behandling förekommer endast i liten omfattning. Psykopedagogisk behandling förekommer i all kontakt med ätstörningspatienter.

Dagvårdsbehandling bedrivs inte riktat mot ätstörningspatienter. På Behandlingsenheten Solhem bedrivs dagvård riktad till patienter med i första hand emotionellt instabil personlighetstörning där bidiagnos ätstörning ibland förekommer.

Familjedagvård bedrivs inte. Psykosocialt arbete sker vid behov.

Behandling i slutenvård kan bli nödvändigt vid svårare eller livshotande tillstånd.

Det finns inget specifikt antaget vårdprogram för målgruppen. Behandlingsinsatserna är ofta beroende på vilka kompetenser och resurser som finns tillgängliga på det aktuella teamet.

8 Remissionskriterier

I detta avsnitt redovisas vilka remissionskriterier[36] som tillämpas hos vårdgivarna i Södra Älvsborg. Tydliga remissionskriterier kan vara ett instrument syftande till att:

- öka tydligheten och standardiseringen av behandlingsinterventioner.
- minska tiden till remission.
- bättre tillvaratagande av personalens kompetens.

Bedömningsgrunder för slutenvårdsremission kan medverka till att antalet patienter som återinskrivs på heldygnsvården minskar och att den totala behandlingstiden fram till remission blir kortare.

Vågen, Borås

Patienten bedöms ha nått remission när fysiska komplikationer har klingat av, det vill säga:

- när puls och blodtryck stabiliserats
- när vikten normaliserats
- för kvinnor: när patient återfått menstruationen
- när mage och tarm fungerar
- när provsvar normaliserats

samt när psykiska symtom har avklingat såsom:

- ångesten har avtagit
- depressiva tecken avtagit
- koncentrationsförmågan ökat
- när tvångssymtom avtagit

Som instrument för kontroll används EDI[37] (självskattningsinstrumentet som mäter en rad olika specifika beteenden och egenskaper som visat sig ha klinisk relevans hos personer med ätstörningar), BAI[38] (självskattningsskala för bedömning av grad av ångest samt förändringar i ångesttillstånd) samt BDI[39] (mäter grad av depressivitet hos vuxna psykiatripatienter och eventuell förekomst av depression i normalpopulation).

När dessa remissionskriterier nåtts har personen inga direkta kompensatoriska strategier relaterat till ätstörning. Personen har återtagit sociala kontakter och återgått till arbete, skola eller likvärdig sysselsättning. Personen har intagit nya strategier för problemlösning.

Mandometerkliniken, Alingsås

Mando tillämpar följande sju kriterier för att någon ska anses ha nått full remission, dvs. tillfrisknat från anorexi, bulimi eller ospecificerad ätstörning:

- Normalt ätbeteende och mättnadskänsla (300-350 gram på 12-15 minuter)

---

[36] Ett ohälsotillstånd, t.ex. anorexia nervosa, kan vara helt eller delvis i remission. Detta innebär att patienten helt eller delvis har tillfrisknat och inte längre uppvisar symtom.
[37] EDI - Eating Disorder Inventory.
[38] BAI - Beck Anxiety Inventory.
[39] BDI – Becks Depression Inventory.

- Normal vikt (BMI 19-24 för kvinnor, 20-25 för män)
- Normala blodvärden
- Normal psykiatrisk status (fri från ångest, tvång och depression)
- Patienten ska ha återvänt till skola eller jobb och till normala fritidsaktiviteter
- Mat och vikt är inte längre ett problem
- För bulimiker: ingen hetsätning och kräkning på minst tre månader

Som instrument för att mäta normalt psykiatriskt status används CRPS (en självskattningsskala för ångest- och depressionssyndrom) samt EDI-2 (se ovan).

Mando mäter också partiell remission, dvs. när patienten uppfyllt minst fem av sju friskhetskriterier. Efter partiell remission fortsätter behandlingen tills full remission har uppnåtts.

Slutenvårdsremission

Mandometerkliniken använder mätbara kriterier för s.k. slutenvårdsremission. Behandlingsansvaret övergår till öppenvården när patienten uppnått slutenvårdsremission definierat av följande kriterier:

- K>3.2 [40]
- puls≥46 slag/min
- utsatt sond
- 2 kg viktökning för anorexia nervosa och EDNOS med huvudsaklig svält
- stillastående vikt för bulimia nervosa och EDNOS med huvudsaklig hetsätning/kräkning
- psykofarmakakonsumtion minst halverad
- 20 % minskad ångest, depression och tvångstankar/beteenden
- minst ett sammanhängande dygn fungerande permission

Barn- och ungdomspsykiatrin

Barn- och ungdomspsykiatrin i Södra Älvsborg har inga fastställda remissionskriterier, dock ska ätstörningsdiagnos inte längre föreligga vid avslut av behandling.

Inom BUP avslutas en behandling när:

a) ungdomen/familjen avbryter behandlingen (om tillståndet är av sådan art att patientens hälsa är i farozonen måste anmälan till socialtjänsten övervägas)
b) tillståndet är i god remission och tillfrisknandet varit stabilt så länge att behandling inte längre behövs

När en behandlingskontakt avslutas ska detta ske på behandlingskonferens i närvaro av läkare.

Vuxenpsykiatrin

Vuxenpsykiatrin i Södra Älvsborg har inga fastställda remissionskriterier.

---

[40] Kalium är ett viktigt salt som behövs för att nerver och muskler ska fungera. Både för högt och för lågt kaliumvärde kan ge rubbningar av hjärtrytmen. *Normalvärde: 3,5-4,4 mmol/L.*

Full remission uppnås när kriterierna enligt DSM-IV inte längre är uppfyllda, vilket fastställs via sedvanlig uppföljning och utvärdering av vårdinsats.

9 Kvalitet

I regionens Verksamhetsanalys 2011[41] behandlas området psykiatri med följande inledning:

> *Att redovisa psykiatriavsnittet i Verksamhetsanalys 2011 är inte en alldeles enkel uppgift. Vi har förvisso ingen anledning att tro annat än att den psykiatriska vården, såväl det enskilda patientmötet som det mer överordnade arbetet, bedrivs med omsorg om patienterna och i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.*
>
> *Vi har dock inte möjlighet att styrka detta påstående på samma sätt som vi kan inom delar av den kroppsmedicinska vården (invärtesmedicin, kirurgi, ortopedi etcetera).*

Vidare konstateras att en viktig bakomliggande förklaring till detta är att det inom psykiatrin inte varit lika lätt eller självklart att definiera och nå konsensus kring kliniskt relevanta kvalitetsmått.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting konstaterar i Öppna jämförelser 2011[42]:

> *För psykiatrisk vård, och generellt för gruppen psykiskt funktionshindrade, behöver både beskrivningssystem i stort och indikatorer utvecklas.*
>
> *Avgörande för att kunna ta fram fler och bättre indikatorer är tillgången på relevanta data. Även tillgången till evidensbaserade riktlinjer och annat kunskapsstöd är avgörande. Det finns fortfarande brister i rapporteringen till de nationella obligatoriska hälsodataregistren, framför allt gäller detta uppgifter om åtgärder för läkarbesök inom öppenvården.*

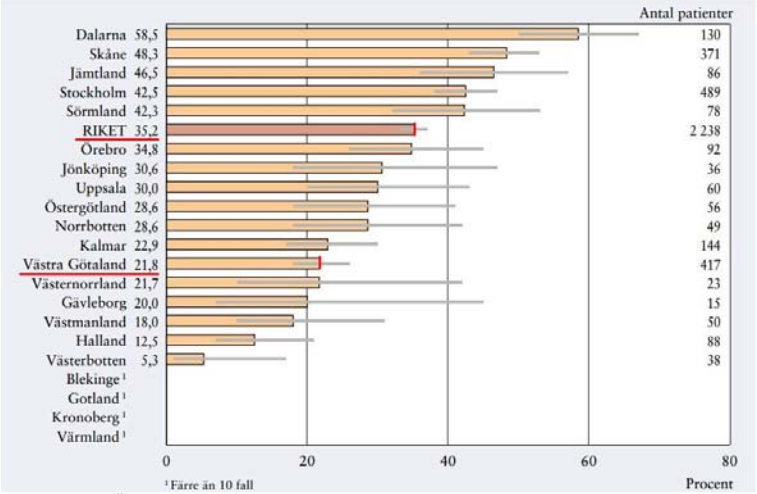
I öppna jämförelser konstateras att rapporteringen till de frivilliga kvalitetsregistren fortfarande har en låg täckningsgrad.

Mot bakgrund av ovanstående förefaller följande fråga relevant; ***i vilken utsträckning blir personer med ätstörning friska?***

I Öppna jämförelser presenteras en jämförelse mellan landstingen i form av två diagram som belyser frågeställningen.

Diagrammet intill visar andelen patienter med ätstörning som ett år efter behandlingsstart inte längre uppfyller kriterierna för diagnos, det vill säga att symtomen har minskat så att ätstörningsdiagnos inte längre är tillämplig. Måttet syftar till att visa hur många patienter som har svarat snabbt på vården och blivit friska. De faktiskt behandlingstiderna kan vara betydligt längre. Uppföljningen, som avser åren 2009-2010 och 2 238 patienter, visar att knappt

Diagram 6 Andel patienter med ätstörning fria från diagnos ett år efter behandlingsstart, 2009-2010



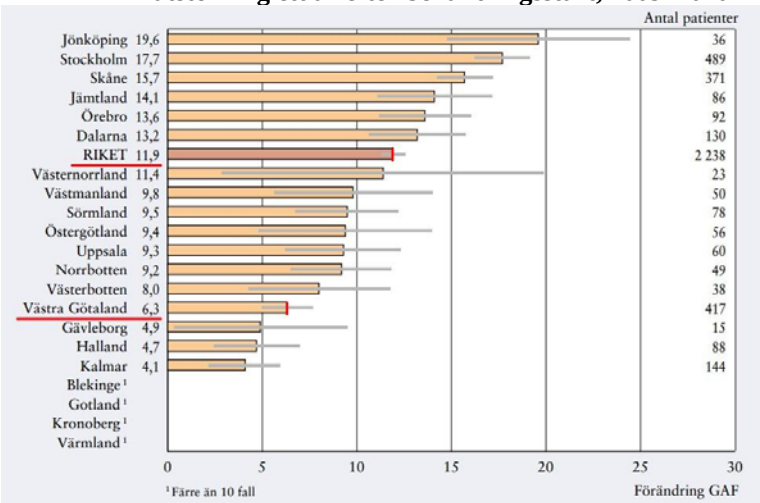
Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning.

[41] Hälso- och sjukvård i Västra Götaland, Verksamhetsanalys 2011, Regionkansliet Hälso- och sjukvårdsavdelningen Maj 2012 (reviderad 2012-06-01).

[42] Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Jämförelser mellan landsting 2011, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (2011).

en tredjedel av patienterna som har registrerats och följts upp har blivit diagnosfria på ett år. I Västra Götaland var det en betydligt lägre andel patienter med ätstörning som under perioden blev friska.

Diagram 7 Förbättring av GAF-skattad funktionsförmåga vid ätstörning ett år efter behandlingsstart, 2009–2010



Källa: RIKSÄT – Nationellt kvalitetsregister för ätstörning.

Diagrammet intill visar patienternas förbättring ett år efter behandlingsstart. Förbättringen mäts med GAF. Det förs diskussioner om GAF är ett lämpligt instrument att använda eftersom ätstörningspatienter ofta har en ”ojämn” funktionsförmåga. De kan fungera olika väl i olika sammanhang. GAF-värdet kan variera mellan 1–100 och måttet redovisar den genomsnittliga förändringen mellan två mätningar. Ett högt värde anger en stor förbättring. I riket har en förbättring med 12 skalsteg skett, ett år efter behandlingsstart, medan utvecklingen i regionen var betydligt sämre. Mätperiod och patienter är desamma som ovan. Båda uppföljningarna baseras på klinikernas lokalisering, inte patientens hemort.

9.1 Nationellt kvalitetsregister

RIKSÄT är ett nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling. RIKSÄT började planeras 1998 och startade datainsamlingen påföljande år, då med inriktning på enheter för specialiserad ätstörningsbehandling. Idag är registret öppet för all ätstörningsbehandling/vård. För närvarande finns cirka 100 ätstörningsenheter/-team med i registret, fördelade på 21 län.

RIKSÄT har som huvudsakligt syfte att utgöra en grund för systematisk uppföljning av vården, metoder och resultat samt patienttillfredsställelse. Mer i detalj innebär det:

- att beskriva **sjukdomsbild** och andra relevanta egenskaper hos de patienter som behandlas för ätstörning.
- att dokumentera **patienternas väg in i och genom** det psykiatriska vårdsystemet.
- att dokumentera **väntetider** från anmälan/remiss till första besök och behandlingsstart.
- att dokumentera typ och omfattning av **behandlingsinsatser**.
- att dokumentera **behandlingsavbrott** och relatera dessa till egenskaper hos patienter och behandlingar.
- att dokumentera **utfall** av behandlingen och relatera detta till egenskaper hos patienter och behandlingar.
- att beskriva de av patienterna upplevda **behandlingseffekterna** och relatera dessa till de expertskattade effekterna.
- att beskriva patienternas **uppfattning** om den erhållna behandlingen och relatera denna till egenskaper hos och resultat av behandlingarna (expert- och patientskattat).

Tabell 5 Registreringar i RIKSÄT 2011

Verksamheter i Södra Älvsborg	Nyregistreringar i RIKSÄT 2011		
	antal nybesök	antal nyregistre-ringar [43]	andel av nya pati-enter
Vågen, Borås	33 [44]	26	79 %
Mando, Alingsås	45 [45]	36	80 %
Barn- och ungdomspsykiatrin	30 [46]	4	13 %
Vuxenpsykiatrin	43 [47]	0	0 %

Vågen redovisar i Årsredovisning 2011 totalt 80 nybesök[48]. Av dessa har 33 ätstörningsdiagnos och återfinns i vårddatabasen[49].

Registreringen i RIKSÄT omfattar diagnoskoderna F500 (anorexia nervosa), F502 (bulimia nervosa samt F509 (ospecificerad ätstörning).

9.2 Kvalitetsindikatorer

För att använda data från kvalitetsregistret som underlag till kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsutveckling har ett antal kvalitetsindikatorer tagits fram. Indikatorerna är generella och kan användas av alla enheter som är anslutna till registret. Målnivåerna kan anpassas för respektive enhet[50].

De områden kvalitetsregistret RIKSÄT rekommenderar för förbättringsarbetet och utifrån vilka kvalitetsindikatorerna är framtagna är:

- Genomsnittlig GAF-förändring
- Andel diagnosfria/diagnosförändrade
- Andel som blivit av med anorektisk undervikt
- Andel som uppnår klinisk signifikant förbättring enl. CS/RCI-index
- Andel patienter innanför vårdgarantin
- Andel vuxna med bulima nervosa som erbjudits KBT eller IPT
- Andel minderåriga som erbjuds familjebaserad behandling
- Andel underviktiga som träffar läkare

[43] RIKSÄT, Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling.
[44] Vårddatabasen Vega.
[45] Verksamhetsberättelse 2011 avseende AB Mandos verksamhet i Alingsås, Mando AB.
[46] Vårddatabasen Vega.
[47] Vårddatabasen Vega.
[48] Årsredovisning 2011 VÅGEN/ÄTSTÖRNINGSENHET, Primärvården Södra Älvsborg
[49] Vårddatabasen Vega.
[50] RIKSÄT, Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling.

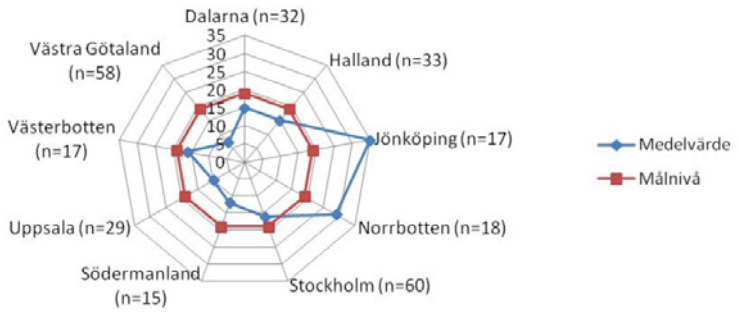
9.3 Uppföljning av kvalitetsindikatorer

RIKSÄT har baserat på inregistrerat material presenterat en uppföljning av kvalitetsindikatorer för perioden 2011-01-01 till 2012-02-29[51]. Här nedan redovisas hur Västra Götalandsregionen faller ut i jämförelsen avseende:

- Genomsnittlig GAF-förändring mellan nyregistrering och ettårsregistrering
- Andel diagnosfria vid ettårsregistrering
- Andel inom vårdgarantin

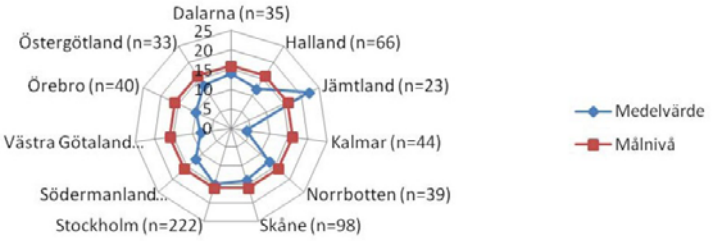
Avseende genomsnittlig GAF-förändring utmärker sig regionen genom att ligga lågt och under aktuella målvärden.

Diagram 8 Genomsnittlig GAF-förändring mellan nyregistrering och ettårsregistrering, barn/ungdomar, Län (n=279)



Baseras på 279 registreringar.
Not: Blekinge, Gotland, Jämtland, Kalmar, Skåne, Västernorrland, Västmanland, Örebro och Östergötland hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

Diagram 9 Genomsnittlig GAF-förändring mellan nyregistrering och ettårsregistrering, vuxna, Län (n=791)

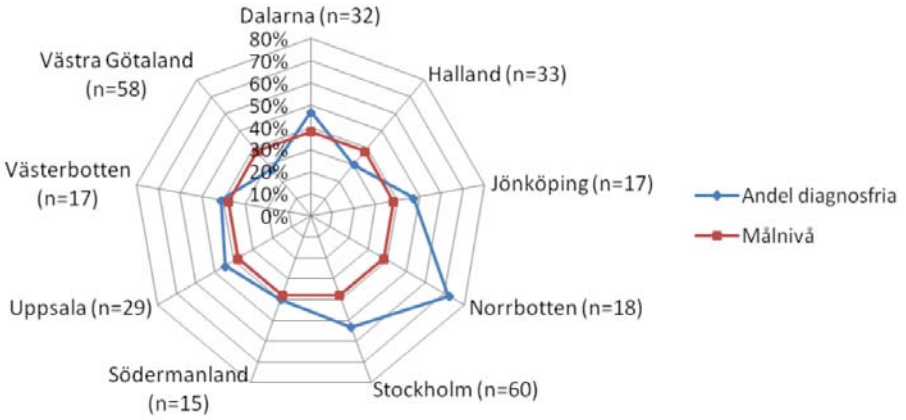


Baseras på 791 registreringar.
Not: Blekinge, Gävleborg, Jönköping, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

[51] Uppföljning av kvalitetsindikatorer - kvalitetsregistret RIKSÄT, Utgångsläge 2012-03-01, Data från perioden 2011-01-01 till 2012-02-29, KCP - Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister.

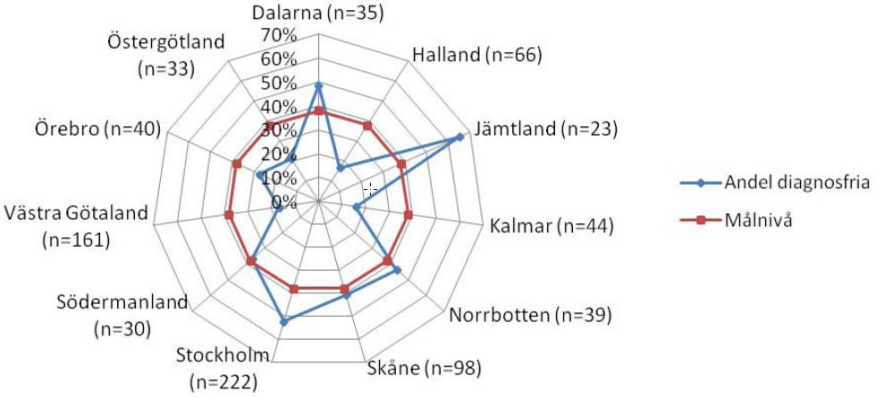
Även när det gäller andelen diagnosfria, dvs. patienter som blivit friska, utmärker sig regionen genom att uppvisa låga värden både för barn/ungdomar och vuxna. Bland de större landstingen utmärker sig Stockholm som uppvisar andelar över målnivån både bland barn/ungdomar och vuxna.

Diagram 10 Andel diagnosfria vid ettårsregistrering, barn/ungdom, Län (n=279)



Baseras på 279 registreringar
Not: Blekinge, Gotland, Jämtland, Kalmar, Skåne, Västernorrland, Västmanland, Örebro, Östergötland hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

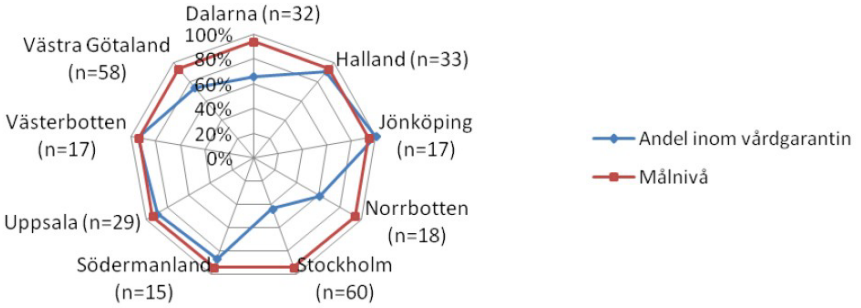
Diagram 11 Andel diagnosfria vid ettårsregistrering, vuxna, Län (n=791)



Baseras på 791 registreringar
Not: Blekinge, Gävleborg, Jönköping, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

När det gäller tillgänglighet inom ramen för vårdgarantin når inte regionen upp till målnivån avseende barn/ungdomar.

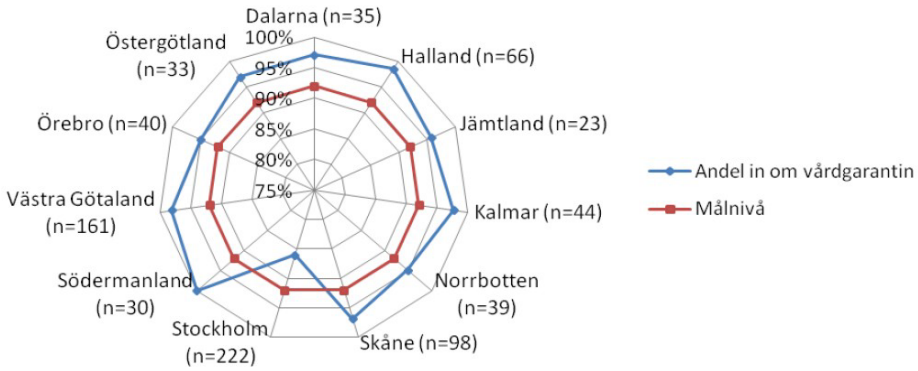
Diagram 12 Andel inom vårdgarantin (>30 dgr), barn/ungdom, Län (n=279)



Baseras på 279 registreringar
Not: Blekinge, Gotland, Jämtland, Kalmar, Skåne, Västernorrland, Västmanland, Örebro, Östergötland hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

För vuxna uppvisar regionen däremot ett utfall över målnivån.

Diagram 13 Andel inom vårdgarantin (>90 dgr), vuxna, Län (n=791)



Baseras på 791 registreringar
Not: Blekinge, Gävleborg, Jönköping, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland hade färre än 15 registreringar och redovisas ej.

10 Behandlingsresultat

I det följande avsnittet redovisas de olika ätstörningsenheternas behandlingsresultat.

Kontinuerlig utvärdering och uppföljning av behandlingsresultat är avgörande för utvecklingsarbetet i sjukvården[52]. Regeringen har som mål att skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Bristande kännedom om vilka effekter den utförda vården ger kan leda till slentrianmässiga behandlingar och ett ineffektivt resursutnyttjande. Att kunna följa upp vårdresultat är en grundförutsättning för att kunna utvärdera och vid behov ompröva behandlingsmetoder. En god uppföljning av vårdresultat ger underlag till att utveckla effektiva metoder och vårdprogram.

Utgångspunkten för denna redovisning har varit att försöka redovisa behandlingsresultaten utifrån en tabellmall (se bilaga 2). I utformandet av denna mall har hänsyn tagits till några av de kvalitetsindikationer som tagits fram av det nationellt kvalitetsregister för ätstörningsvård, RIKSÄT (se kapitel 9.1). Dessa är dels andel diagnosfria/diagnosförändrade dels andel som uppnår klinisk signifikant förbättring.

Några vårdgivare har haft problem att följa denna redovisningsmall och där så är fallet redovisas dessa uppgifter på annat vis.

10.1.1 Vågen, Borås

Tabell 6 Diagnos och kön avseende patienter som startat behandling vid Vågen i Borås 2011

Patienter n= 33 [53]	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	26
Bulimia Nervosa (BN)	9
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	65
	Kön (%)
Kvinna	98
Man	2

Tabell 7 Vårdresultat för patienter som behandlats vid Vågen i Borås 2011

Vårdstatus	Antal patienter n= -
I behandling	-
Signifikant förbättrad (och i behandling)	-
Partiell remission (och i behandling)	-
Partiell remission	-
Remission	-
Avslutat behandling	-

Vågen har inte kunnat redovisa vårdresultat utifrån begreppen i tabellen ovan. Enligt Vågens årsredovisning för 2011 besöktes enheten av totalt 184 personer[54]. Av dessa hade 54 individer en ätstörningsdiagnos[55].

[52] Översyn av de nationella kvalitetsregistren: Guldgruvan i hälso- och sjukvården, Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Regeringen beslutade 2009 genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och landsting att tillsätta en arbetsgrupp för att göra en översyn av de nationella kvalitetsregistrens fortsatta utveckling.
[53] Vårddatabasen Vega.
[54] Årsredovisning 2011 VÅGEN/ÄTSTÖRNINGSENHET, Primärvården Södra Älvsborg.
[55] Vårddatabasen Vega.

Vågen anger att behandling utvärderas genom kontinuerliga patientsamtal samt även genom uppföljning av prover och medicinska kontroller. Utvärdering av behandlingen görs genom att upprepa EDI-test, BDI-test, BAI-test och ätstörningstester vid behov.

10.1.2 Mandometerkliniken, Alingsås

Tabell 8 Diagnos och kön avseende patienter som startat behandling vid Mandometerkliniken i Alingsås 2011

Patienter n=45	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	27
Bulimia Nervosa (BN)	20
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	53
	Kön (%)
Kvinna	98
Man	2

Tabell 9 Vårdresultat för patienter som behandlats vid Mandometerkliniken i Alingsås 2011

Vårdstatus	Antal patienter n=92
I behandling	22
Signifikant förbättrad (och i behandling)	23
Partiell remission (och i behandling)	5
Partiell remission	3
Remission	22
Avslutat behandling	17

Eftersom patienter från Västra Götalandsregionen inom ramen för valfrihetsvården behandlats vid Mandometerklinikens heldygnsvård i Huddinge redovisas här nedan behandlingsresultaten i denna verksamhet. Under 2011 vårdades totalt 15 patienter från Västra Götalandsregionen vid enheten. Av dessa kom sex från Mittenälvsborg och två från Sjuhärad.

Tabell 10 Diagnos och kön avseende patienter som behandlats inom Mandometerklinikens heldygnsvård i Huddinge 2011

Patienter n=15	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	40
Bulimia Nervosa (BN)	13
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	47
	Kön (%)
Kvinna	100
Man	0

Tabell 11 Psykiatrisk samsjuklighet vid behandlingsstart avseende patienter som behandlats inom Mandometerklinikens heldygnsvård i Huddinge 2011

Psykiatrisk samsjuklighet	Median (spridning)	Mätmetod
Tvångstankar, tvångsbeteende	12.5 (1.5 - 21.0)	CPRS (Psykiatrisk egenbedömning)
Ångest	14.0 (2.0 - 25.0)	CPRS (Psykiatrisk egenbedömning)
Depression	14.5 (2.5 - 22.0)	CPRS (Psykiatrisk egenbedömning)

Tabell 12 Vårdresultat för patienter som behandlats inom Mandometerklinikens heldygnsvård i Huddinge 2011

Vårdstatus	Antal patienter n=15
Slutenvårdsremission	8
Avbrutit	3
Återkommit	1
I behandling	3

10.1.3 Barn- och ungdomspsykiatrin

Tabell 13 Diagnos och kön avseende patienter som startat behandling inom BUP i Södra Älvsborg 2011

Patienter n= 21	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	19
Bulimia Nervosa (BN)	5
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	76
	Kön (%)
Kvinna	95
Man	5

Tabell 14 Vårdresultat för patienter som behandlats inom BUP i Södra Älvsborg 2011

Vårdstatus	Antal patienter n= -
I behandling	-
Signifikant förbättrad (och i behandling)	-
Partiell remission (och i behandling)	-
Partiell remission	-
Remission	-
Avslutat behandling	-

BUP har inte redovisat vårdresultat för de patienter som behandlats 2011. I stället har man redovisat behandlingsresultat för patienter som startat behandling under 2011 fram till mitten av jun 2012, dvs. behandling har pågått som längst ca 18 månader och som kortast endast påbörjats. Resultat baseras på genomgång av aktuella journaler. Av denna redovisning framgår att fem av 21 patienter under perioden gått i remission och att tolv patienter är i behandling.

Tabell 15 Diagnos och kön avseende patienter som behandlats inom BUP heldygnsvård i Borås 2011

Patienter n=6	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	0
Bulimia Nervosa (BN)	0
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	100
	Kön (%)
Kvinna	93
Man	7

Tabell 16 Psykiatrisk samsjuklighet vid behandlingsstart avseende patienter som behandlats inom BUP heldygnsvård i Borås 2011

Psykiatrisk samsjuklighet	Median (spridning)	Mätmetod
Tvångstankar, tvångsbeteende	-	-
Ångest	-	-
Depression	-	-

BUP har inte kunnat redovisa något mått på samsjuklighet vid behandlingsstart utan refererar till en kvalitativ journalstudie med antal patienter med samsjuklighet.

Denna journalstudie visar att tre av de sex aktuella patienterna hade tvångstankar/beteende, två hade ångest och fyra hade depression i olika kombinationer. Utöver denna samsjuklighet hade två patienter, utöver ovanstående samsjuklighet, dessutom utvecklingsstörning, den ena i kombination med ADHD.

Tabell 17 Vårdresultat för patienter som behandlats inom BUP heldygnsvård i Borås 2011

Vårdstatus	Antal patienter n=6
Slutenvårdsremission	4
Avbrutit	-
Återkommit	-
I behandling	-

10.1.4 Vuxenpsykiatrin

Tabell 18 Diagnos och kön avseende patienter som startat behandling inom VUP i Södra Älvsborg 2011

Patienter n=13	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	38
Bulimia Nervosa (BN)	24
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	38
	Kön (%)
Kvinna	100
Man	0

De angivna begreppen i tabellen för att redovisa vårdresultat används inte inom VUP och har mot bakgrund av detta inte kunnat redovisas.

Tabell 19 Vårdresultat för patienter som behandlats inom VUP i Södra Älvsborg 2011

Vårdstatus	Antal patienter n= -
I behandling	-
Signifikant förbättrad (och i behandling)	-
Partiell remission (och i behandling)	-
Partiell remission	-
Remission	-
Avslutat behandling	-

VUP anger att det vanligast använda verktyget för uppföljning av behandlingsresultat i en pågående behandling är formulerandet av en skriftlig vårdplan. I denna formuleras konkreta målsättningar som ska uppnås i behandlingen. Vårdplanen revideras och utvärderas regelbundet. Hur vårdplanerna utvärderas efter slutförd behandling har inte kunnat redovisas.

Tabell 20 Diagnos och kön avseende patienter som behandlats inom VUP heldygnsvård i Södra Älvsborg 2011

Patienter n=5	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	60
Bulimia Nervosa (BN)	0
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	40
	Kön (%)
Kvinna	100
Man	0

I den redovisade vårdkonsumtionen i tabell 2 uppges 25 individer ha varit föremål för slutenvård under 2011. Att siffrorna skiljer sig åt beror på sättet att se på primär och sekundär orsak till vårdtillfället inom heldygnsvården.

Tabell 21 Psykiatrisk samsjuklighet vid behandlingsstart avseende patienter som behandlats inom VUP heldygnsvård i Borås 2011

Psykiatrisk samsjuklighet	Median (spridning)	Mätmetod
Tvångstankar, tvångsbeteende	-	-
Ångest	-	-
Depression	-	-

VUP har inte kunnat redovisa något mått på samsjuklighet vid behandlingsstart. Däremot beskrivs en nulägesbild avseende antal patienter med samsjuklighet.

Denna nulägesbild visar att det vid tidpunkten fanns 58 pågående patienter med ätstörningsdiagnos. Av dessa hade 37 ätstörning som huvuddiagnos och 21 som bidiagnos. Av de 37 patienterna med ätstörning som huvuddiagnos var det tio individer som hade en bidiagnos, alla inom diagnosområdet ångest, fobi och tvång. För gruppen som hade ätstörning som bidiagnos var huvuddiagnoserna mera spridda, huvudsakligen depression, ångest, personlighetsstörningar, Aspergers och ADHD.

Tabell 22 Vårdresultat för patienter som behandlats inom VUP heldygnsvård i Södra Älvsborg 2011

Vårdstatus	Antal patienter n= -
Slutenvårdsremission	-
Avbrutit	-
Återkommit	-
I behandling	-

VUP har inte kunnat redovisa vårdresultat för de patienter som behandlats 2011.

VUP redovisar att relevanta data saknas. För gruppen som nyttjar heldygnsvård uppges indikationen ibland vara viktuppgång och vid andra tillfällen suicidprevention. Patienterna uppges vanligtvis ha en öppenvårdskontakt inom VUP eller vid någon annan ätstörningsenhet.

Orsakerna uppges vara flera. Bland annat att remissionskriterierna är svåra att tillämpa pga. att VUP har ett bredare uppdrag avseende psykisk ohälsa än de enheter som mera specifikt kan ägna sig åt ätstörningsproblematiken. Även orsaken till vården uppges variera. Ett visst antal av de patienter som inte går att redovisa vårdresultat för, är de som endast diagnostiseras inom vuxenpsykiatrin och därefter remitteras till någon ätstörningsenhet.

11 Uppföljning

Hur följs behandlingsresultaten upp? Denna fråga besvaras i avsnittet nedan.

Uppföljning av behandlingsresultat är nödvändigt för att:

- visa i vilken utsträckning patienter efter en behandling förblir friska.
- fånga upp de patienter som återfaller i sjukdom.
- förbättra behandlingsmetoder och vårdprogram.

I detta sammanhang kan det vara intressant att belysa hur cancersjukdomar följs upp. Flertalet patienter med cancersjukdomar följs med regelbundna kontrollbesök enligt utarbetat schema. De flesta följs under totalt fem år efter senast avslutad behandling. Efter 5 års uppföljning utan återkommande cancer avslutas kontrollerna.

11.1.1 Vågen, Borås

Några uppföljningar av behandlingsresultaten efter avslutad behandling förekommer inte.

11.1.2 Mandometerkliniken, Alingsås

Under 2010-11 har 22 patienter behandlats till remission. Samtliga patienter som går i remission erbjuds uppföljning (11 besök) under fem år; månad 1, 2, 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36, 48, 60 månader. En (5 %) av 22 patienter har återfallit. De patienter som återfaller erbjuds ny behandling omedelbart och är vanligtvis lättare att behandla en andra gång. Under hela uppföljningsprogrammet möter den tidigare patienten kliniker som är tränad att på tidigt stadium identifiera återfall. Kriteriet för återfall är att patienten uppfyller DSM-IV kriterierna för anorexia nervosa, bulimia nervosa eller EDNOS.

11.1.3 Barn- och ungdomspsykiatrin

När patientens föräldrar känner sig trygga i att ta över ansvaret helt och hållet för patienten, avslutas kontakten med öppenvården. Föräldrarna är dock alltid välkomna att ta kontakt med öppenvården på nytt, om de känner att de inte kan hantera patientens sjukdom på egen hand.

Några uppföljningar av behandlingsresultaten efter avslutad behandling förekommer inte.

11.1.4 Vuxenpsykiatrin

Några uppföljningar av behandlingsresultaten efter avslutad behandling förekommer inte.

12 Samverkan

Allmänt framhålls vikten av en ändamålsenlig samverkan mellan de olika aktörer som kommer i kontakt med och behandlar personer med ätstörning. I avsnittet nedan redovisas hur vårdgivarna i Södra Älvsborg samarbetar runt personer med ätstörningsproblematik.

12.1.1 Vågen, Borås

Ätstörningsenheten Vågen samarbetar främst med ungdomsmottagningar, skolhälsovård, barn- och ungdomspsykiatrin, vuxenpsykiatrin och vårdcentraler. Enheten samarbetar även med Försäkringskassa och Arbetsförmedling. Vågen är vidare ett kunskapscentrum till övriga vårdgrannar. Vågen träffar skolans personal och utbyter kunskaper. Enheten tar även emot studiebesök från skolor och andra verksamheter[56].

12.1.2 Mandometerkliniken, Alingsås

Preventivt arbete och samverkan med vårdgrannar är ständigt pågående. Det preventiva arbetet utgörs av utbildning/föreläsningar för skolsköterskor och dietister, kontaktpersoner i skolor och fitnessanläggningar. Mando planerar föreläsningar på sjuksköterskeprogrammet vid högskolan i Borås. Samverkan med BUP och öppenvårdspsykiatrin utgörs av stående samverkansmöten fyra ggr/år samt telefonmöten. Dagligen sker samverkan gällande specifika patienter där kontaktpersoner inom skola, socialtjänst, försäkringskassa deltar.

12.1.3 Barn- och ungdomspsykiatrin

I samråd med patient/förälder sker samverkan med aktuella aktörer vid behov, såsom barn- och ungdomskliniken och vuxenpsykiatrin vid SÄS, Vågen, Mando, barnmottagningar, vårdcentraler, elevhäslovård, skola och socialtjänst.

12.1.4 Vuxenpsykiatrin

I samråd med patienten sker samverkan med aktuella externa aktörer vid behov.

[56] Årsredovisning 2011 VÅGEN/ÄTSTÖRNINGSENHET, Primärvården Södra Älvsborg.

13 Kvalitetssystem

13.1 System för kvalitetsledning

Kvalitetsledningssystem är ett sätt för vårdgivaren att styrka sitt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska användas för att:

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet.
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Genom författningen upphävs God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, (SOSFS 2005:12).

Figur 1 God vård

Västra Götalandsregionen har beslutat[57] att ta fram ett nytt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som ska utgå från nuvarande definition av ”God vård” och utformas efter kraven i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, (SOSFS 2011:9).

God Vård innebär att vården ska vara säker, patientfokuserad, kunskapsbaserad, jämlik, ges i rätt tid och vara effektiv. Dessa kvalitetsmål bygger på Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

Säker vård - innebär att patienter inte ska drabbas av undvikbara skador s.k. vårdskador i samband med vård och behandling. Avvikelser och risker i vården ska fortlöpande följas upp och vårdskador förhindras genom ett aktivt riskförebyggande arbete.

Patientfokuserad vård - vården ska ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förväntningar och värderingar och dessa ska vägas in i de kliniska besluten. Patienten ska bli bemött och bekräftad som individ och ett hälsofrämjande förhållningssätt ska ingå i arbetet med patienter och anhöriga. Information ska ges med respekt för patientens integritet, rätt till delaktighet och självbestämmande.

Kunskapsbaserad vård - vården inklusive hälsofrämjande och förebyggande insatser, ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt. Verksamheten ska fortlöpande kombinera evidensbaserad kunskap med kliniskt kunnande och patientens förutsättningar och önskemål. Vårdmetoder

[57] RS dnr 139-2011.

som bäst främjar patienternas hälsa och livskvalitet, och som innebär att över- och underbehandling minimeras, ska användas.

Jämlik vård - alla patienter ska bemötas och vårdas med respekt och omtanke oavsett personliga egenskaper, ålder, kön, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk och religiös tillhörighet eller sexuell läggning.

Vård i rätt tid - ingen patient ska behöva vänta oskäligt länge på de vårdinsatser som han eller hon har behov av. Vårdgarantierna ska följas och de mål och måltal som satts upp för tillgängligheten inom olika vårdområden ska följas och även utvecklas över tiden. Patienterna ska uppfatta väntetiden som rimlig.

Effektiv vård - tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att nå uppsatta mål såsom att främja god hälsa och bättre livskvalitet. Vården ska utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer baserad på tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektiviteten för åtgärderna. Inom regionala skillnader i vård identifieras i hela vårdkedjan från första till sista kontakt och kvalitetsbristkostnader i form av väntetider, omarbetningar, felbehandlingar m.m. ska minimeras genom systematiskt arbete.

Kammarkollegiet har av regeringen fått uppdraget att utveckla och ansvara för vägledningar som stöd vid upphandling av vård och omsorg som sker enligt Lag om offentlig upphandling (LOU) och enligt Lag om Valfrihetssystem (LOV). Kammarkollegiet framhåller att det i en upphandling av hälso- och sjukvård bör ställas krav att leverantören ska ha ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9). Leverantören bör vara kvalitetscertifierad enligt standarden ISO 9001 (se nedan).

Det finns enstaka exempel på enheter inom offentlig hälso- och sjukvård som valt att kvalitetscertifiera sin verksamhet.

Ett fullständigt ledningssystem innehåller vanligtvis delarna kvalitetskontroll, kvalitetsstyrning, kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling.

- Med kvalitets**kontroll** menas att leverantören har ett avvikelsehanteringssystem som säkerställer att negativa händelser och tillbud inte återupprepas.
- Med kvalitets**styrning** menas att leverantören har dokumenterade och av all personal välkända rutiner så att ”rätt personal utför arbetet på rätt sätt i rätt tid”.
- Med kvalitets**säkring** menas att mätbara mål sätts upp och som också leverantören uppfyller.
- Med kvalitets**utveckling** menas att leverantören själv ska utvärdera och analysera verksamhetens resultat och utifrån dessa vidta åtgärder för att förbättra vården.

Kvalitetsutveckling handlar om att både förbättra existerande tjänster, men också att utveckla och konstruera nya tjänster efter patienternas/brukarnas behov.

13.2 Kvalitetssystem inom ätstörningsvården

Här nedan följer en redovisning av några relevanta kvalitetssystem. Även det nationella kvalitetsregistret RIKSÄT kan betraktas som en typ av kvalitetssystem.

ISO 9001

ISO 9001 är standarden för kvalitetsledningssystem. Den ställer krav på att verksamheten arbetar systematiskt med kvalitetsfrågor. Det innebär bl.a. krav på;

- identifiering av verksamhetens arbetsprocess.
- säkerställandet av kvaliteten i varje arbetsprocess
- upprätta mål och vidta åtgärder för att nå målen
- genomförandet av interna revisioner
- ledningens utvärdering av ledningssystemet
- hantering av avvikelser
- identifiering av behov av kompetenser.

ISO 14001

ISO 14001 är standarden för miljöledningssystem. Den ställer krav på att verksamheten arbetar systematiskt med miljöfrågor. Det innebär bl.a. krav på;

- bevakning av lagar och uppföljning av att de efterlevs
- identifiera verksamhetens miljöpåverkan och sätta miljömål
- rutiner för avfallshantering, kemikalier, nödlägesberedskap
- hantering av ev. avvikelser vad gäller miljön
- genomföra internrevision och ledningssystem.

Stepwise

Stepwise är ett internetbaserat bedömnings- och datainsamlingsverktyg anpassat för specialiserad ätstörningsvård. Det används av ett stort antal ätstörningsenheter i Sverige, och tillåter strukturerad, samordnad bedömning och uppföljning av patienterna, och kvalitetssäkring av vården. Stepwise är skapat av Kunskapscentrum för ätstörningar (KÄTS) i samarbete med Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.

Syftet med Stepwise är att kunna erbjuda en tjänst för kvalitetssäkring inom den specialiserade vården av ätstörningar. Stepwise omfattar strukturerad klinisk intervju, nationellt kvalitetsregister för ätstörningar samt självskattning av kliniska symptom. Samtliga uppgifter kan användas vid behandlingsplanering, behandlingsutvärdering och kvalitetssäkring för kliniskt verksamma inom vård av patienter med ätstörning. Uppgifterna kan även utgöra underlag för forskning, som dock blir tillgängligt först efter sedvanlig etisk prövning.

13.3 Kvalitetssystem hos vårdgivarna i Södra Älvsborg

I tabellen nedan redovisas vilka kvalitetssystem vårdgivarna i Södra Älvsborg använder eller som är under införande.

Tabell 23 Kvalitetssystem hos vårdgivarna

Verksamheter i Södra Älvsborg	ISO 9001		ISO 14001		Stepwise	
	Under införande	Certifierad [58]	Under införande	Certifierad [59]	Under införande	Infört
Vågen, Borås						
Mando, Alingsås		x		x		(x) [60]
Barn- och ungdomspsykiatrin						
Vuxenpsykiatrin						

[58] Certifierad enligt standarden ISO 9001 Ledningssystem för kvalitet eller inneha likvärdigt certifikat. Som likvärdigt bedöms en certifiering som är granskad av ett av Swedac ackrediterat företag eller annan internationellt erkänd motsvarighet, dvs. ett ackrediterat organ som ingår i EAs (European co-operation for accreditation) multilaterala avtal.

[59] Certifierad enligt standarden ISO 14001 Miljöledningssystem eller inneha likvärdigt certifikat. Som likvärdigt bedöms en certifiering som är granskad av ett av Swedac ackrediterat företag eller annan internationellt erkänd motsvarighet, dvs. ett ackrediterat organ som ingår i EAs (European co-operation for accreditation) multilaterala avtal.

[60] Stepwise används ej vid enheten i Alingsås. Vårdavtalet med Mando kräver inte att den upphandlade verksamheten i Alingsås ska använda Stepwise. Mandos enhet i Stockholm använder Stepwise.

14 Hälsoekonomi

Det är kostsamt att behandla ätstörningar framgångsrikt. Trots detta är det mycket kostnadseffektivt med anledning av sjukdomens allvarliga konsekvenser, den stora påverkan på livskvaliteten, och patientens i allmänhet unga ålder vilket innebär att konsekvenser kan sträcka sig mycket långt fram i tiden. I en studie genomförd av nationalekonomen Bengt Assarsson[61] uppskattas den genomsnittliga samhällsekonomiska nettobesparingen per friskskriven patient kunna uppgå till drygt 4 miljoner kronor per patient.

I det hälsoekonomiska standardmåttet QALY (kvalitetsjusterade levnadsår) viktas varje levnadsår med ett index för livskvalitet. Indexvärdet ligger mellan 0 och 1, där 1 innebär full hälsa och 0 är död. Ett levnadsår i full hälsa räknas som 1 QALY, medan ett levnadsår med lägre livskvalitet räknas som till exempel 0,8 QALY.

Tabell 24 Klassificering av kostnaden per kvalitetsjusterat eller vunnet levnadsår

Kostnad per kvalitetsjusterat levnadsår eller vunnet levnadsår jämfört med alternativ åtgärd	
Låg	< 100 000 kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Måttlig	< 500 000 kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Hög	≤ 1 Mkr kr per QALY alternativt vunnet levnadsår
Mycket hög	> 1 Mkr per QALY alternativt vunnet levnadsår

I en engelsk utvärdering[62] av vilka behandlingar som gav mest hälsa tillbaka per investerat pund i vården av patienter med ätstörningar så fann man att en ätstörningsenhet i primärvården var mest kostnadseffektiv. Forskare vid London School of Economics (LSE) som genomförde studien bland verksamheter i Sheffield skattade att man vann 0,66 QALY per 1 000 investerade pund (ca 12 000 kr) i en ätstörningsenhet i primärvården, vilket får betecknas som mycket kostnadseffektivt. Resultaten harmonierar mycket väl med resultaten från en klinisk studie i vilken man jämförde barn- och ungdomspsykiatrisk vård med specialistverksamheter för ätstörningar[63]. I denna fann man att öppen specialistvård med stor sannolikhet var både mer effektivt och skedde till en lägre kostnad.

Om patienterna kan behandlas inom öppenvården i ett tidigt skede av sjukdomen är det inte osannolikt att vården av patienter med ätstörningar är kostnadsbesparande för sjukvården. Det är dock viktigt att påpeka att en effektiv vård av patienter med ätstörningar alltid är kostnadseffektiv även i de fall då långa sjukhusinläggningar är nödvändigt.

Att ätstörningsvård i öppenvård, och i en tidig fas av sjukdomen, är kostnadseffektiv indikeras i tabellen nedan. Redovisningen av behandlingsresultat i kapitel 10 är inte heltäckande men visar på betydande skillnader i vårdresultat och effektivitet.

---

[61] Alternativ anorexibehandling - ett exempel på besparing inom sjukvården, Bengt Assarsson, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet (1997).

[62] Value-for-Money of Sheffield PCT spend in Eating Disorders - A socio-technical approach to support the development of the Commissioning Strategy, Mara Airoldi, London School of Economics, LSE (2009).

[63] Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability – the TOuCAN trial. Health Technol Assess 2010;14(15). Health Technology Assessment is indexed and abstracted in Index Medicus/MEDLINE, Excerpta Medica/EMBASE, Science Citation Index Expanded (SciSearch) and Current Contents/Clinical Medicine.

Tabell 25 Vårdresultat öppenvård - kostnad för patient i remission

Ätstörningsvård i Södra Älvsborg 2011	Öppenvård				
	Ersättning	antal behandlingsstarter **= produktion**	ersättning per behandlingsstart **= produktivitet**	antal patienter i remission **= vårdresultat**	ersättning per patient i remission **= effektivitet**
Vågen, Borås	1 760 000 kr	33	53 333 kr	-	-
Mandometerkliniken, Alingsås	2 689 860 kr	45	59 775 kr	22	122 266 kr
BUP i Södra Älvsborg [64]	4 010 107 kr	21	190 957 kr	5	802 021 kr
VUP i Södra Älvsborg	1 508 470 kr	13	116 036 kr	-	-

Om Vågen skulle ha redovisat ett vårdresultat motsvarande Mandometerkliniken skulle detta ha inneburit 109 000 kr i ersättning per patient i remission. Om Vågen däremot skulle ha redovisat en effektivitet motsvarande BUP skulle detta ha betytt 224 000 kr i ersättning per patient i remission.

Skulle VUP antas redovisa motsvarande effektivitet som Mandometerkliniken skulle detta ha medfört 237 300 kr i ersättning per patient i remission. Om VUP förmodas ha samma effektivitet som BUP skulle detta ha lett till 487 300 kr i ersättning per patient i remission.

Vid jämförelser av effektiviteten inom den slutenvårdsbaserade ätstörningsvården anförs ofta att den stora psykiatriska samsjukligheten påverkar vilken effektivitet som uppnås, dvs. hur många patienter som blir friska. I kapitel 10 har endast en vårdgivare kunnat redovisa denna samsjuklighet baserat på systematiska mätningar. Övriga vårdgivare har endast redovisat antal patienter med samsjuklighet, men inga mått som indikerar graden av samsjuklighet.

Tabell 26 Vårdresultat slutenvård - kostnad för patient i remission

Ätstörningsvård i Södra Älvsborg 2011	Slutenvård				
	Ersättning	antal behandlade patienter **= produktion**	ersättning per behandlad patient **= produktivitet**	antal patienter i remission **= vårdresultat**	ersättning per patient i remission **= effektivitet**
Mando, Huddinge	5 546 453 kr	15	369 764 kr	8	693 307 kr
BUP i Södra Älvsborg	2 917 847 kr	6	486 308 kr	4	729 462 kr
VUP i Södra Älvsborg	1 800 589 kr	5	360 118 kr	-	-

Av redovisningen i kapitel 8 framkommer att några vårdgivare saknar en systematiserad uppföljning baserad på fastställda mätbara remissionskriterier. I stället framhålls att remission uppnås när inte längre någon ätstörningsdiagnos föreligger. Detta är problematiskt. Okunskap om vilka effekter utförda vårdinsatser leder till är naturligtvis otillfredsställande. Än allvarligare blir det om vårdinsatserna visar sig vara ineffektiva eller inte ens kan redovisas. Löpande utvärdering och uppföljning av behandlingsresultat är avgörande för att utveckla effektiva metoder och hälsoekonomiskt kostnadseffektiva vårdprogram.

[64] Avser behandlingar som startat under 2011 till mitten av juni 2012.

15 Valfrihetsvård

I februari 2012 fattade hälso- och sjukvårdsdirektören ett administrativt beslut om rutin för handläggning av patienter med ätstörning eller patienter med annan psykisk sjukdom som vill söka vård utanför Västra Götalandsregionen[65].

Den nya handläggningsrutinen innebär att specialistläkare, anställd inom Västra Götalandsregionens vuxen- eller barn- och ungdomspsykiatri, för vård utanför regionen ska utfärda intyg baserat på följande frågor:

- Huvudsaklig **diagnos**?
- Har behandlingshemmet som patienten vill åberopa **rätt vårdnivå** och inriktning för patientens diagnos (-er)?
- Vilken är **målsättningen** med vården?
- Vad anses vara **rimlig behandlingstid**?
- Har patienten någon **annan diagnos** eller funktionsnedsättning som gör en behandlingsvistelse olämplig?
- Hur ska behandlingen **följas upp** under vårdperioden?
- Vilken vårdgivare **följer upp** behandlingen efter utskrivning från behandlingshemmet?

Under första halvåret 2012 har möjligheten att komma i åtnjutande av valfrihetsvård förändrats. I tabellen nedan framgår hur denna förändring påverkat de två största vårdgivarna inom aktuell valfrihetsvård.

Tabell 27 Antal valfrihetspatienter från VGR efter att den nya handläggningsrutinen infördes

	Antal valfrihetspatienter 2012-02-22 t.o.m. juni 2012
Capio anorexicenter, Varberg	oförändrat
Mando, Huddinge	0

Capio uppger att man inte märkt av de nya handläggningsrutinerna och inte heller någon större skillnad i antalet nya patienter under perioden. Capio uppger också att antalet patienter från Västra Götalandsregionen ökat under de senaste åren och att man har en mycket bra kontakt med ”Vårdslussen”.

Till skillnad från Capio upplever Mando de nya handläggningsrutinerna helt annorlunda. För Mando har de nya rutinerna inneburit ett tvärstopp, inga nya valfrihetspatienter har kommit från Västra Götalandsregionen sedan den nya rutinen infördes. Mando menar att en konsekvens av de nya rutinerna blir att patienter ombeds gå tillbaka till den vård hon/han tidigare misslyckats i. Det finns även en risk att patienten kommer att undvika att gå till en psykiatriker och bli bedömd, då hon/han vet att intyget inte blir beviljat.

[65] RS dnr 133-2011.

De nya handläggningsrutinerna kan ses i tre olika perspektiv; befolkningsperspektivet, utförarperspektivet samt i ett hälsoekonomiskt perspektiv.

Tabell 28 För- och nackdelar med den nya handläggningsrutinen för patienter som vill söka psykiatrisk vård utanför Västra Götalandsregionen.

	Fördelar	Nackdelar
För patienten	• Om effektiva och kvalitetssäkrade vårdinsatser kan erbjudas i patientens närområde	• Om tillgängligheten till effektiva och kvalitetssäkrade vårdinsatser inte kan tillgodoses
För utförarna (egenregiutförare)	• Om kostnaderna för utomlänsvård minskar	• Om det blir problem att erbjuda effektiva och kvalitetssäkrade vårdinsatser • Om det blir problem att klara tillgänglighet och vårdgaranti
Hälsoekonomi	• Oklara effekter **Önskvärd effekt:** kostnadseffektiva vårdinsatser	• Oklara effekter **Önskvärd effekt:** kostnadseffektiva vårdinsatser

16 Slutsatser

Utredningen uppvisar skillnader mellan de olika vårdgivarna avseende **remissionskriterier** och hur dessa tillämpas.

- Vågen och Mando har fastställda remissionskriterier, den senare med en högre grad av definierade mätvärden och även remissionskriterier för partiell remission.
- Barn- och ungdomspsykiatrin liksom vuxenpsykiatrin saknar fastställda remissionskriterier.
- Mando har särskilt fastställda remissionskriterier för slutenvård med genomgående preciserade mätvärden.

Vårdgivarna redovisar även olikheter i hur **vårdresultat** redovisas.

- Endast en av fyra vårdgivare kan redovisa öppenvårdsresultat enligt den tabellmall som utredningen använt; Tabell B ”Vårdresultat för patienter som behandlats 2011” (se Bilaga 2).
- Mando redovisar öppenvårdresultat enligt tabellmallen; 92 behandlade patienter varav 22 i remission, 31 i partiell remission eller signifikant förbättrat tillstånd, 22 i fortsatt behandling och 17 som avslutat sin behandling.
- Barn- och ungdomspsykiatrin redovisar i en särskild kommentar att fem, av de 21 patienter som påbörjat öppenvårdsbehandling under 2011 till mitten av juni 2012, gått i remission och att tolv var i behandling. Fastställda remissionskriterier saknas.
- Vågen och vuxenpsykiatrin har ej kunnat redovisa några öppenvårdresultat.
- Vuxenpsykiatrin har ej kunnat redovisa några slutenvårdsresultat.
- Barn- och ungdomspsykiatrin redovisar i en särskild kommentar att fyra av sex patienter gått i slutenvårdsremission. Fastställda remissionskriterier saknas.
- Mando redovisar slutenvårdsresultat enligt Tabell E ”Vårdresultat för patienter som behandlats inom heldygnsvård 2011); 15 behandlade patienter varav åtta i slutenvårdsremission, fyra i behandling och tre som avbrutit behandlingen.
- Endast Mando har kunnat redovisa den psykiatriska samsjukligheten enligt tabellmallen; Tabell D ”Psykiatrisk samsjuklighet vid behandlingsstart avseende patienter som behandlats inom heldygnsvård 2011”.

Avseende **ekonomi** uppvisar vårdgivarna stora skillnader i fråga om produktivitet och effektivitet.

- Ersättningen per behandlingsstart (produktivitet) inom öppenvård hos de aktuella vårdgivarna 2011 låg i intervallet 53.000 kr (Vågen) till 190.000 kr (BUP).
- Ersättning per patient i remission (effektivitet) inom öppenvård hos de aktuella vårdgivarna 2011 låg i intervallet 122.000 kr (Mando) till 802.000 kr (BUP). Eftersom Vågen och vuxenpsykiatrin inte kunnat redovisa några vårdresultat kan inte heller verksamheternas effektivitet utvärderas.
- Inom slutenvården är skillnaderna mindre. Ersättningarna per behandlad patient (produktivitet) inom slutenvård varierade 2011 mellan 360.000 kr (VUP) och 486.000 kr (BUP), en skillnad på 35 procent.

- Endast Mando och BUP kan jämföras avseende effektiviteten inom slutenvården 2011; ersättning per patient i remission varierar mellan 693.000 kr (Mando) och 729.000 kr (BUP), en skillnad på 5 procent, dock bör noteras att BUP saknar fastställda remissionskriterier. VUP har ej kunnat redovisa några slutenvårdsresultat.

Hos tre av fyra vårdgivare förekommer ingen **uppföljning av behandlingsresultat** efter avslutad behandling, endast en vårdgivare följer upp de patienter som gått i remission. Mando följer upp patienterna under fem år från det att patienten uppnått remission. Hur vårdgivare utan sådan uppföljning säkerställer att behandlingsinsatserna leder till **Effektiv vård** är oklart, liksom på vilka underlag dessa vårdgivare utvecklar sina behandlingsinsatser. Den psykiatriska vården kommer sannolikt att behöva utveckla sina rutiner för uppföljning av behandlingsresultat efter avslutad behandling motsvarande cancersjukvården. Detta illustreras när man på Internet söker efter *[vårdprogram "uppföljning efter avslutad behandling"]* vilket gav 615 träffar, medan *[vårdprogram psykiatri "uppföljning efter avslutad behandling"]* endast gav tre träffar.

Vårdgivarna uppvisar stora skillnader i registrering till RIKSÄT, Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling. Andelen nya patienter 2011 som **registrerats i RIKSÄT varierar från 0 procent (VUP) till 80 procent (Mando)**, motsvarande siffra för Barn- och ungdomspsykiatrin var 13 procent (= fyra av 30 patienter). Endast en av fyra vårdgivare har ett **certifierat kvalitetsledningssystem** (Mando), vilket innebär att tre av fyra vårdgivare har att styrka sitt kvalitetsarbete på annat sätt. Kopplat till att stora delar av ätstörningsvården i Södra Älvsborg saknar fastställda remissionskriterier, inte kan redovisa vårdresultat och saknar uppföljning av behandlingsresultat efter avslutad behandling, kan det komma att ifrågasättas om ätstörningsvården i Södra Älvsborg är att betrakta som **säker och kunskapsbaserad vård**.

En väsentlig del av nämndernas kostnader för ätstörningsvård utgörs av s.k. **valfrihetsvård**, vilken i huvudsak tillhandahålls i andra delar av landet. Detta innebär att många ungdomar och unga vuxna måste vistas på annan ort utanför regionen under relativt långa behandlingsperioder. Ett förhållande som också kan få enskilda patienter/föräldrar att avstå från behandlingsinsatser. Detta indikerar tydliga **brister i tillgängligheten till ätstörningsvården** i Södra Älvsborg. I den uppföljning av kvalitetsindikatorer som RIKSÄT redovisat (se kapitel 9.3) framgår att ätstörningsvården i Västra Götalandregionen **presterar sämre behandlingsresultat** än jämförande landsting. Detta skulle kunna peka på att ätstörningsvården i Södra Älvsborg har **bristande effektivitet** och att vårdgivarna inte heller erbjuder kvalitetssäkrade vårdinsatser. I ett befolkningsperspektiv bör frågan ställas om detta är att betrakta som **Vård på lika villkor**.

Avslutningsvis understryker utredningen vikten av **generella remissionskriterier och uppföljningsparametrar** för samtliga vårdgivare som behandlar patienter i Södra Älvsborg med ätstörningsdiagnos. I utredningen finns exempel på vårdgivare som har väl genomarbetade och preciserade bedömningsgrunder för både öppenvårds- och slutenvårdsremission. Den i utredningen tillämpade mallen för utvärdering av behandlingsresultat (se Bilaga 2) kan med fördel användas för årlig uppföljning av vårdgivarnas behandlingsresultat. Syftet med generella remissionskriterier och uppföljningsparametrar, i överenskommelser och avtal med vårdgivarna, är att dessa ska komma att **medverka till en effektiv, säker och kunskapsbaserad ätstörningsvård på lika villkor**.

Bilaga 1 Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV

Diagnostiska kriterier enl DSM-IV

ANOREXIA NERVOSA

A. Vägrar hålla kroppsvikten på eller över nedre normalgränsen för sin ålder och längd (t ex viktnedgång som leder till att kroppsvikten konstant är mindre än 85 % av den förväntade, ökar inte i vikt trots att kroppen fortfarande växer, vilket leder till att kroppsvikten är mindre än 85 % av den förväntade).

B. Personen har en intensiv rädsla för att gå upp i vikt eller bli tjock, trots att han eller hon är underviktig.

C. Störd kroppsupplevelse avseende vikt eller form, självkänslan överdrivet påverkad av kroppsvikt eller form, eller förnekar allvaret i den låga kroppsvikten.

D. Amenorré hos menstruerande kvinnor, d v s minst tre på varandra följande menstruationer uteblir. (En kvinnas menstruation anses ha upphört om hon endast menstruerar till följd av hormonbehandling, t ex med östrogen.)

Undertyper

Med enbart självsvält: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen inte regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

Med hetsätning/självrensning: under den aktuella episoden av anorexia nervosa har personen regelmässigt hetsätit eller ägnat sig åt självrensande åtgärder (dvs självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang).

BULIMIA NERVOSA

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
   (1) Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
   (2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

B. Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, t ex självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, lavemang, diuretika eller andra läkemedel, fasta eller överdriven motion.

C. Både hetsätandet och det olämpliga kompensatoriska beteendet förekommer i genomsnitt minst två gånger i veckan under tre månader.

D. Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform och vikt.

E. Störningen förekommer inte enbart under episoder av anorexia nervosa.

Undertyper

Med självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

Utan självrensning: under den aktuella episoden av bulimia nervosa har personen använt andra olämpliga kompensatoriska beteenden som fasta eller överdriven motion, men har inte regelmässigt ägnat sig åt självframkallade kräkningar eller missbruk av laxermedel, diuretika eller lavemang.

ÄTSTÖRNING UNS – typexempel

Typ 1. För kvinnor, alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att menstruationen är regelbunden.

Typ 2. Alla kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda förutom att personens vikt ligger inom ett normalintervall trots en betydande viktnedgång.

Typ 3. Alla kriterier för bulimia nervosa är uppfyllda förutom att hetsätandet och de olämpliga kompensatoriska beteendena förekommer mindre än två gånger i veckan eller under en kortare period än tre månader.

Typ 4. En normalviktig person som regelmässigt använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter att ha ätit endast små mängder mat (t ex självframkallad kräkning efter att ha ätit två småkakor).

Typ 5. En person som vid upprepade tillfällen tuggar och spottar ut, men inte sväljer ned, stora mängder mat.

Typ 6. Hetsätningsstörning (se kriterier till höger).

Annat Specificera.

HETSÄTNINGSSTÖRNING

A. Återkommande episoder av hetsätning. En sådan episod kännetecknas av (1) och (2):
   (1) Personen äter under en avgränsad tid (t ex inom två timmar) en väsentligt större mängd mat än vad de flesta personer skulle äta under motsvarande tid och omständigheter.
   (2) Personen tycker sig ha förlorat kontrollen över ätandet under episoden (t ex en känsla av att inte kunna sluta äta eller kontrollera vad eller hur mycket man äter).

B. Hetsätningsepisoderna är förknippade med minst tre av följande kännetecken:
   (1) Personen äter mycket snabbare än normalt.
   (2) Personen äter tills en obehaglig mättnadskänsla uppnåtts.
   (3) Personen äter stora mängder mat utan att känna fysisk hunger.
   (4) Personen äter ensam på grund av förlägenhet över de stora matmängderna.
   (5) Personen känner sig äcklad av sig själv, nedstämd eller mycket skuldtyngd efter att ha hetsätit.

C. Personen är tydligt plågad av hetsätandet.

D. Hetsätningen förekommer i genomsnitt minst två dagar i veckan under sex månader.

E. Hetsätningen är inte förknippad med regelmässig användning av olämpliga kompensatoriska beteenden (t ex självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, fasta eller överdriven motion) och förekommer inte enbart under förloppet av anorexia nervosa eller bulimia nervosa.

Ätstörning **UNS** (Utan Närmare Specifikation) = Ätstörning **EDNOS** (Eating Disorder Not Otherwise Specified).

Bilaga 2 Tabellmall för uppföljning av behandlingsresultat

Tabell A Diagnos och kön avseende patienter som startat behandling vid [Ange behandlingsenhet] 2011

Patienter n=[Ange värde]	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	[Ange värde]
Bulimia Nervosa (BN)	[Ange värde]
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	[Ange värde]
	Kön (%)
Kvinna	[Ange värde]
Man	[Ange värde]

Tabell B Vårdresultat för patienter som behandlats vid [Ange behandlingsenhet] 2011

Vårdstatus	Antal patienter n=[Ange värde]
I behandling	[Ange värde]
Signifikant förbättrad (och i behandling)	[Ange värde]
Partiell remission (och i behandling)	[Ange värde]
Partiell remission	[Ange värde]
Remission	[Ange värde]
Avslutat behandling	[Ange värde]

Tabell C Diagnos och kön avseende patienter som behandlats inom [Ange behandlingsenhet] heldygns-vård 2011

Patienter n=[Ange värde]	Diagnos (%)
Anorexia Nervosa (AN)	[Ange värde]
Bulimia Nervosa (BN)	[Ange värde]
Ospecificerad ätstörning (EDNOS)	[Ange värde]
	Kön (%)
Kvinna	[Ange värde]
Man	[Ange värde]

Tabell D Psykiatrisk samsjuklighet vid behandlingsstart avseende patienter som behandlats inom [Ange behandlingsenhet] heldygnsvård 2011

Psykiatrisk samsjuklighet	Median (spridning)	Mätmetod
Tvångstankar, tvångsbeteende	[Ange värde]	[Ange mätmetod]
Ångest	[Ange värde]	[Ange mätmetod]
Depression	[Ange värde]	[Ange mätmetod]

Tabell E Vårdresultat för patienter som behandlats inom [Ange behandlingsenhet] heldygnsvård 2011

Vårdstatus	Antal patienter n=[Ange värde]
Slutenvårdsremission	[Ange värde]
Avbrutit	[Ange värde]
Återkommit	[Ange värde]
I behandling	[Ange värde]