Psykiatriutskottets ordförande
Sandra Ivanovic Rubin (MP)

INTERPELLATIONSSVAR
2025-10-09

RS 2025-0923

Svar på interpellation 2025:72 av Charlotte Broberg (M) om vittnesmål om bristande ätstörningsvård

Charlotte Broberg har i sin interpellation ställt följande frågor, som har överlämnats till mig från Hälso- och sjukvårdsregionrådet Talla Alkurdi:

1. Tycker du det är rimligt att skriva ut patienter från ätstörningsvården som fortfarande är svårt sjuka och att den sjuka patienten därmed står helt utan vård?

2. Är det rimligt att skriva ut patienter från ätstörningsvården för att de inte gått upp tillräckligt i vikt eller för att de efter sondmatning uppnått en viss vikt/BMI?

3. Anser du att det är rimligt att patienter som fortfarande är sjuka skrivs ut då många andra patienter behöver hjälp?

4. Vad är ditt råd till den unga tjejen som blivit utskriven – hur ska hon få vård i region Stockholm och kunna bli frisk från sin ätstörning?

Som svar vill jag anföra följande:

Mittenkoalitionen har lett utbyggnaden av ätstörningsvården i regionen, och har säkerställt att vård nu kan erbjudas på samtliga vårdnivåer, från att tidigare enbart ha funnits på en enda. Region Stockholm erbjuder sedan ett par år nationell högspecialiserad vård, den specialiserade ätstörningsvården har samlats till Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ), och även inom den allmänna specialistpsykiatrin ingår numera ätstörningsvård i uppdraget. En viktig anledning till detta är att över 70 procent av patienterna med ätstörning lider av samsjuklighet med även andra psykiatriska diagnoser, exempelvis ångest, depression, en neuropsykiatrisk problematik och/eller posttraumatiskt stressyndrom. Dessa patienter har tidigare bollats runt mellan olika vårdgivare, och ofta nekats vård med hänvisning till att något annat måste behandlas först, och på så sätt bollats runt. Nu sätter vi patienten i centrum. För att säkerställa tidig upptäckt och behandling innan ätstörningsproblematiken hunnit bli allvarlig har vårdcentralerna fått ett uppdrag att diagnosticera och remittera, och Region Stockholm delar även ut föreningsbidrag till civilsamhället där fem organisationer arbetar med att informera bland annat idrottsföreningar om förhållningssätt, tidig upptäckt och förebyggande arbete.

Enligt SCÄ har man där tillräcklig kapacitet för att vårda de patienter som söker, och ingen patient som bedöms vara i behov av behandling och som är redo att ta emot den avvisas på grund av att man vid SCÄ behöver prioritera andra patienter.

Sedan vården samlades vid SCÄ har också kötiderna för ätstörningsvård kortats betydligt. Första halvåret hade 100 procent av patienterna i regionens statistik fått behandling inom ramen för vårdgarantin – jämfört med 33 procent första halvåret 2022. SCÄ är också, som tidigare nämnt, den vårdinstans som bedriver den nationella högspecialiserade ätstörningsvården. De besitter en unik kompetens i att kunna bedöma vilken vård som patienten behöver för att tillfriskna.

SCÄ har flera olika vårdformer med olika syften. Heldygnsvårdens uppdrag är att hjälpa patienterna till en stabil medicinsk nivå så att de sedan kan arbeta vidare i olika vårdformer i öppenvården. Det finns ingen forskning som tyder på att långa heldygnsvårdsperioder skulle vara fördelaktigt för en god prognos, snarare tvärtom – behandlingen bör ske i dagvård eller öppenvård när det är medicinskt möjligt.

Tvångsvård – att vårda patienten mot sin vilja – sker endast när tvångsvårdsrekvisiten är uppfyllda. När tillståndet ej längre är livshotande övergår vården från LPT till HSL. Patienter som vårdas frivilligt kan således välja själva att ej längre vårdas i heldygnsvård. Tvångsåtgärder, så som sondning mot patientens vilja, förekommer enbart när patienter vårdas enligt LPT.

Anorexia Nervosa, samt andra tillstånd med långt gången matvägran, kan utgöra en allvarlig psykisk störning och innebär vid grav svält ett livshotande tillstånd. Sådant tillstånd kan utgöra skäl att tvångsvårda enligt LPT om patienten motsätter sig vård, eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke. Samtidigt vet vi att tvångsvård ska undvikas så långt det är möjligt. På SCÄ ser man en minskning av andelen tvångsåtgärder per vårddygn, från 4,03% 2023 till 1,42% 2024. Hittills under 2025 är andelen 1,18% per vårddygn. Till detta kan tilläggas att cirka 5% av patienterna vårdas i heldygnsvård. Andelen patienter som får tvångsåtgärder (oftast sondning) är alltså väldig liten och därtill minskande.

I öppenvården har man bland annat dagvård då patienterna vid sidan av sin psykologiska behandling individuellt deltar i gruppbehandling och får träna på att äta i grupp. Man kan även komma för sin psykologiska behandling i enbart öppenvård och träffar då sin behandlare en till två gånger i veckan. SCÄ bedriver vård i enlighet med de nationella riktlinjerna gällande ätstörningar som är publicerade av Socialstyrelsen, som till sin hjälp har SBU för att granska forskningen. Den metod som lyfts fram när det gäller behandling för vuxna patienter är KBT-E. Metoden bygger på att man

behöver bryta sin svält och börja återhämta i vikt om man har en undervikt. Patienten behöver ersätta sina ätstörda beteenden, som till exempel att svälta, med hälsosamma beteenden. Rädslan för att gå upp i vikt är kraftfull och man behöver som personal i ätstörningsvården vara trygg i att det är en nödvändighet att utmana denna viktfobi. Patienten erbjuds stöd i att detta är svårt och metoden arbetar med de faktorer som gjort att man hamnat i en ätstörning samt vidmakthåller den.

För att en ätstörningsbehandling ska vara effektiv är det viktigt att patienten är beredd att arbeta aktivt i den – patienten behöver börja äta och viktåterhämta (vid anorexi, som inte är den vanligaste ätstörningen – bulimi och hetsätningsstörning utgör en större del av patienterna), likt en diabetiker som behöver ta sitt insulin och göra livsstilsförändringar. Därmed anser jag interpellationen besvarad.

Stockholm den 9 oktober 2025

Sandra Ivanovic Rubin