Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Psykiatri och Samverkan
Tim Bomanson

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2025-12-19

HSN 2025-0692

Svar på skrivelse från Jesper Svensson (L), Charlotte Broberg (M) och Eva von Wowern (KD) angående konsekvenserna av beslutet om den förändrade ätstörningsvården

Ärendebeskrivning

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i juni 2023 (HSN 2023-0303) att all specialiserad ätstörningsvård inom Region Stockholm ska bedrivas av regionens egenregiverksamhet, Stockholm centrum för ätstörningar (SCÄ), och att ingen ny upphandling av privat driven specialiserad ätstörningsvård skulle genomföras när avtalet med Mandometerklinikerna löpte ut den 30 november 2024. Mot bakgrund av detta ställer Jesper Svensson (L), Charlotte Broberg (M) och Eva von Wowern (KD) i skrivelse till psykiatriutskottet frågor om arbetssätt, bemanning, uppföljning och nationellt högspecialiserad vård (NHV) vid SCÄ cirka ett år efter förändringen trätt i kraft.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Skrivelse från Jesper Svensson (L), Charlotte Broberg (M) och Eva von Wowern (KD) angående konsekvenserna av beslutet om den förändrade ätstörningsvården

Förslag till beslut

Psykiatriutskottet beslutar följande:

Skrivelsen från Jesper Svensson (L), Charlotte Broberg (M) Eva von Wowern (KD) angående konsekvenserna av beslutet om den förändrade ätstörningsvården anses besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade i juni 2023 (HSN 2023-0303) att all specialiserad ätstörningsvård inom Region Stockholm ska bedrivas av regionens egenregiverksamhet, Stockholm centrum för ätstörningar (SCÄ), och att ingen ny upphandling av privat driven specialiserad ätstörningsvård skulle genomföras när avtalet med Mandometerklinikerna löpte ut den 30 november 2024.

Enligt Jesper Svensson (L), Charlotte Broberg (M) och Eva von Wowern (KD) har, sedan övergången till egen regi, patienter och anhöriga vittnat om försämringar i vårdens kontinuitet och kvalitet. Enligt Liberalerna, Kristdemokraterna och Moderaterna har det bland annat handlat om kortare vårdtider, minskad tillgång till dagvård och ett ökat fokus på att frigöra platser snarare än att säkerställa tillfrisknande.

Mot bakgrund av ovan ställer man i skrivelse till psykiatriutskottet följande frågor:

1. Varför har dagvårdens upplägg förändrats från heldagsverksamhet med fyra måltider till förmiddags- eller eftermiddagspass med endast två måltider? Vilka bedömningar ligger till grund för denna förändring? Är det fler förändringar på gång?

2. Hur säkerställs uppföljning och fortsatt stöd efter utskrivning från SCÄ? Finns det rutiner för systematisk uppföljning av patienternas tillfrisknande över tid?

3. Har regionen utvärderat konsekvenserna av att samla vården i egen regi? Om ja, finns det resultat från mätningar, kvalitetsuppföljningar eller patientenkäter som kan ge svar på hur övertagandet i egenregi fallit ut?

4. Hur ser bemanning och personalsammansättning ut inom heldygnsvården? Förekommer det hyrläkare? I så fall, i vilken omfattning? Vilka åtgärder vidtas för att säkerställa kontinuitet och stabilitet i personalgrupperna? Hur ser det interna arbetet – med överföringen av patienter mellan öppenvård, dagvård och heldygnsvården ut?

5. Varför har intervalldagvården lagts ned, och finns det planer på att återinföra denna vårdform?

6. Hur stor andel av patienterna är inskrivna i dagvården i dag och hur såg motsvarande fördelning ut innan övertagandet i egen regi?

7. Hur tänker man att NHV – den högspecialiserade heldygnsvården ”ska användas”, det vill säga för vilka och varför?

Överväganden
Nedan följer en tematisk redogörelse av svaren på skrivelsens frågeställningar.

Dagvård och intervalldagvård
Förändringen inom dagvården som den beskrivs i frågan från Liberalerna, Kristdemokraterna och Moderaterna, det vill säga gällande att dagvårdens upplägg förändrats från heldagsverksamhet med fyra måltider till förmiddags- eller eftermiddagspass med endast två måltider, stämmer inte enligt SCÄ.

Före förändringen var fördelningen att cirka 75 - 80 procent av patienterna (vuxna, undantagsvis från 16 år) fick intervalldagvård, resterande patienter intensiv dagvård. Båda varianterna bestod av tre måltider, inte fyra. Patienterna var innan förändringen på plats på kliniken fem timmar om dagen, och nu fyra timmar om dagen. På intervalldagvården fanns inga måltider med måltidsstöd utan patienterna gick ut och åt på lunchrestaurang, utan behandlarstöd, och åt mellanmål självständigt. Nu får alla patienter måltidsstöd vid samtliga måltider.
De huvudsakliga skälen till förändringen:

- Erbjuda fler patienter dagvård – i synnerhet den mer omfattande formen av dagvård
- Alla patienter ska få möjlighet att äta sina måltider på plats med personal som stöd för att arbeta med matkontrollerande beteenden - som starkt vidmakthåller ätproblematiken och få arbeta med att utöka sin måltidsreportoar
- När patienten är redo: träna på att äta självständigt på enheten
- Patienterna ska få kontinuerlig vård, d.v.s. komma varje vecka utan avbrott (eftersom det har störst stöd i forskning)

Gällande frågan om varför intervalldagvården lagts ned så slogs två enheter – intervalldagvården och dagvården – ihop till en större enhet i april 2025. I samband med det utökades antalet behandlare med ett antal tjänster och utökningen har fortsatt under hösten. Den nya enheten heter Dagvård och intensiv öppenvård och patienter ska där ha möjlighet att inleda med

dagvård och sedan avsluta vårdkontakten med öppenvård med mål att man ska kunna bli färdigbehandlad på samma enhet med samma behandlare.

Anledningen till att det inte finns ett fast intervallvårdsupplägg på den nya enheten är att det tidigare var många patienter där det inte räckte med att komma vart tredje vecka för dagvård och som inte klarade av att äta alla måltiderna utan stöd. Det var tidigare kö till dagvården, där man fick komma alla dagar i veckan och där man hade måltidsstöd. Samtidigt fanns behov av mer intensiva insatser. Tanken nu är att alla patienter inleder med minst fyra veckor dagvård varje dag. Efter detta kan patienten tillsammans med sin behandlare och läkare lägga upp en plan då man, om det bedöms gynna tillfrisknandet, kan vara färre dagar per vecka på dagvården (till exempel för att ha möjlighet att arbeta eller gå i skolan). På detta sätt kan man i större utsträckning anpassa dagar på flera olika sätt så länge det inte motverkar tillfrisknande. Tanken är att man även ska kunna få olika intensitet i denna nya dagvård. Dagvårdens upplägg vid SCÄ utgår från Villa Garda/Riccardo Dalle Graves upplägg vilket är det mest beforskade på området.

I verksamheten följs bland annat patientinflöde, behandling och samsjuklighet tätt, verksamhetsuppföljning sker månadsvis.

Tabellen nedan redogör för hur stor andel av alla patienterna inom den specialiserade ätstörningsvården som vårdats inom dagvård 2024 och 2025.

År	Totalt antal pat	Antal pat i dagvård	Andel pat i dagvård
2024	4128	989	24%
2025 t o m okt	3391	432	13%

Skillnaden mellan åren kan, till huvudsak, förklaras med att Mando (som inkluderas 2024) hade en behandlingsmodell som generellt innebar att en högre andel av deras patienter vårdades i dagvård jämfört med SCÄ. Vid SCÄ vårdas en högre andel av patienterna inom andra typer av öppenvårdsinsatser.

Bemanning och personalsammansättning inom heldygnsvården vid SCÄ

Inom heldygnsvården finns fastanställd personal som arbetar på en fast rad på ett rullande sex-veckors-schema för att skapa kontinuitet. Vid sjukdom

eller annan frånvaro planeras bemanningen om och vid behov bokas timanställda in, det är ofta samma personer som känner till verksamheten väl. Det finns inte behov av hyr-sjuksköterskor i dagsläget. I dagsläget finns två hyrläkare, en ny överläkare börjar i januari 2026 och rekrytering av den sista överläkaren pågår.

För att behålla personal erbjuder SCÄ en lång introduktion, handledning, metodmöten, utbildning och man försöker skapa scheman för en hållbar arbetsmiljö. I dagsläget har SCÄ endast annonser ute för intermittent anställda sjuk- och undersköterskor.

Utöver detta finns en grupp paramedicinare i heldygnsvården (vilket är ovanligt inom psykiatrisk heldygnsvård), bestående av tre psykologer, tre kuratorer och en dietist. Rekrytering av fysioterapeut pågår.

Det finns en anställd bemanningsassistent, underställd sektionschef, vars arbetsuppgift är att säkerställa tillräcklig bemanning på de tre heldygnsvårdsavdelningarna. Bemanningen sker utifrån budget med fasta tjänster. Sjuksköterskor och undersköterskor arbetar som omvårdnadspersonal.

SCÄ har även anställda köksbiträden på respektive avdelning.

För att skapa en god patientsäkerhet och arbetsmiljö skiljer sig bemanningen under dygnet för att anpassas till verksamhetens belastning.

I dagsläget är det 47 fastanställda sjuksköterskor i heldygnsvårdssektionen, sju av dessa är specialistutbildade inom psykiatri.

I yrkesgruppen undersköterskor/skötare är det i dagsläget 58 fastanställda.

Intern struktur för överföring av patienter mellan vårdnivåer
På SCÄ strävar man efter att erbjuda en sammanhållen och stabil vårdprocess, där patienten i möjligaste mån kan fullfölja hela sin behandling inom samma vårdnivå. Man är medveten om att byten mellan vårdformer kan upplevas som påfrestande och ibland skapa otrygghet, och målet är därför att minimera sådana övergångar. Samtidigt är en flexibel användning av vårdens olika nivåer ibland nödvändig för att säkerställa patientsäkerhet och möjlighet till fortsatt behandling.

När en patient bedöms vara i behov av en mer intensiv insats initieras en strukturerad överföringsprocess. Detta sker genom formell remiss till

mottagande enhet, kompletterat med regelbundna samverkansmöten där behandlande team möts och gemensamt planerar vårdnivåbyte, ansvarsfördelning och uppföljning. SCÄ:s bedömningsenhet har ett särskilt ansvar för att ha överblick över både interna och externa patienter där heldygnsvård rekommenderas, och bistår i prioritering och koordinering inför inläggning. Där arbetar även vårdkoordinatorer som kopplas in vid till exempel komplexa ärenden som kräver mycket samverkan med externa aktörer.

SCÄ:s rutiner skiljer sig något mellan vuxen- och barnsektionen, anpassat efter olika behandlingsmodeller och patientgrupper:

1. Vuxensektionen

Öppenvård → Dagvård / Intensiv öppenvård
När en patient i öppenvården bedöms vara i behov av dagvård eller intensiv öppenvård initieras remiss, och patienten får tidig kontakt med personal från den mottagande enheten redan innan behandlingsstart. Syftet är att skapa kontinuitet och förutsebarhet, samt ge patienten möjlighet att successivt förbereda sig inför behandlingen.
Målet är att patienter som genomgår dagvård ska kunna avsluta sin behandling inom ramen för dagvården, vilket minskar behovet av ytterligare vårdnivåbyten. Man är dock medvetna om att detta inte alltid är möjligt, och man arbetar vid SCÄ kontinuerligt för att förbättra förutsättningarna för stabila vårdflöden.

Öppenvård / Dagvård → Heldygnsvård
När heldygnsvård bedöms nödvändig handlar det ofta om somatiska risker eller behov av omfattande stöd som inte kan tillgodoses i öppenvård eller dagvård. Under perioden mellan remissbeslut och eventuell inläggning följs patienten fortsatt av den enhet där hen vårdas. Kontinuitet, särskilt i form av läkarbedömningar, är central för att kunna upptäcka små men betydelsefulla förändringar i patientens tillstånd.
För patienter som ska skrivas ut från heldygnsvård hålls strukturerade samverkansmöten med deltagare från både heldygnsvården och mottagande enhet. Fokus ligger på att säkerställa en trygg övergång och att rätt vårdnivå finns på plats utan glapp i insatserna. SCÄ arbetar samtidigt med att förebygga situationer där patienter riskerar att ”trilla mellan stolarna”.

2. Barn- och ungdomssektionen

Behandlingsmodellen för patienter under 18 år skiljer sig från manualen för vuxna, framför allt genom att familjebaserade insatser utgör grundstrukturen. De flesta patienter påbörjar därför behandling i öppenvård, som i barnsektionen innebär en hög intensitet av stöd och uppföljning.

Vid behov av högre vårdnivå sker planeringen genom tät samverkan mellan enheterna.

Inför utskrivning från heldygnsvård hålls strukturerade vårdplaneringsmöten på samma sätt som i vuxensektionen där nästa steg i vården planeras tillsammans med mottagande enhet. På så sätt strävar man efter att säkerställa kontinuitet och för att minska risken för vårdövergångar som blir oklara eller otydliga.

Uppföljning
Förvaltningen följer löpande upp SCÄ:s utförande av uppdraget. Uppföljningen inkluderar medicinsk kvalitet, patientsäkerhetsaspekter, leverantörens uppfyllande av uppställda krav på väntetider, leverantörens uppfyllande av andra krav i överenskommelsen.

Uppföljningen syftar även till att utgöra underlag för utveckling och förbättring av kvaliteten. För att underlätta uppföljningen av kvalitet inom den psykiatriska specialistvården i Stockholm har förvaltningen utvecklat ett verktyg för att följa resultat på kvalitetsindikatorer. Verktyget omfattar både generella och diagnosspecifika indikatorer vars resultat kan jämföras över tid och mellan vårdgivare. En majoritet av indikatorerna speglar nationellt framtagna indikatorer från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, nationella vård- och insatsprogram/vårdförlopp och nationella kvalitetsregister.

Utöver det förs kontinuerlig dialog med verksamheten och förvaltningen träffar även ledningen för SLSO-psykiatri en gång i månaden runt uppföljnings- och utvecklingsfrågor.

Förvaltningen har inte genom sin uppföljning fått några indikationer på att övergången till egen regi inte skulle ha fungerat enligt plan.

NHV
NHV bör övervägas för patienter med svårbehandlad och komplex ätstörning där flera riktade behandlingsförsök har gjorts utan tillräcklig

effekt, varav minst ett i heldygnsvård eller dagvård. Patient aktuell för NHV bör även ha samsjuklighet eller andra förutsättningar i patientens liv som hindrar behandlingen från att ge effekt, och där ett tvärprofessionellt team och intensivare insatser med ett helhetsperspektiv och med en längre kontinuitet (upp till 1-2 år) bedöms behövas för att uppnå en förbättring både kort- och långsiktigt.

Det är svårt att på regional nivå att skapa team som har de resurser och möjligheter som NHV-teamen har, inte minst att faktiskt arbeta under 1-2 år med en patient, om man tänker cirka 3 månader i bedömning och förberedelser, 12-18 veckor inneliggande, uppföljning upp till 12 månader efter avslut på det sätt som bedöms behövas i samråd med inremitterande klinik.

Regionala patienter och NHV-patienter befinner sig på samma avdelning men insatserna skiljer åt på flera sätt:

- NHV föregås av en detaljerad kartläggning och förberedelser för att skapa sig en uppfattning om patientens behov och önskemål samt hur det kan påverka behandlingsupplägget. Vid behov utförs utredning och tidigare behandlingserfarenheter och -svårigheter undersöks. Utslussning samt efterföljande vård planeras i bästa fall redan under denna fas. Detta detaljerat och utifrån patientens behov där specialupplägg ofta är nödvändiga.
- NHV omfattar oftast åtminstone 12 veckor inneliggande vård, men kan förlängas om detta bedöms vara nödvändigt. Specialupplägg kan utformas där heldygnsvård kan, men inte nödvändigtvis, utgöra en del av behandlingen. Även i dessa fall är insatsen tvärprofessionellt och intensiv.
- NHV utgår från att insatsen behöver anpassas utifrån tidigare behandlingserfarenheter och -svårigheter samt samsjuklighet snarare än att genomföra mer av samma behandlingsmetod som patienten redan har deltagit i.
- Fokus för NHV är att utgå ifrån en helhetsbild där även hembesök och intensiv samverkan med andra vårdaktörer, anhöriga och kommunala insatser kan vara en del. I vissa fall kan det finnas behov av ytterligare utredningar för att kommunala insatser och till exempel skola ska kunna planeras på ett adekvat sätt.

- NHV ger förutsättningar för att jobba parallellt med olika mål, exempelvis ätstörning och PTSD, eller ätstörning och självskada.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Christoffer Bernsköld
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2025-12-19