

Vårdrapporten 2026

drabbades och närståendes upplevelser av vård för ätstörning



Tema:

**Tvångsmässig träning &
regionala skillnader i vårdkvalitet**



FRISK&FRI
RIKSFÖRENINGEN MOT ÄTSTÖRNINGAR



Författare: Johanna Levallius
Distribution och nedladdning: friskfri.se
Grafisk produktion: Ågrenshuset AB

Rapporten är gjord av Johanna Levallius
på uppdrag av Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar

Citaten i rapporten kommer från anonyma deltagare i Frisk & Fri
enkätundersökningar på hemsidan och har vid behov bearbetats
för att personer inte ska kunna identifieras.

E-post: info@friskfri.se | **Web:** www.friskfri.se
Adress: Inedalsgatan 5, 112 32 Stockholm
Org.nr: 802012-8925

FÖRORD

Som generalsekreterare i Frisk & Fri är jag måhända partisk, men det är alltid lika intressant att ta del av vårdrapporten. Den ger en unik bild av hur drabbade och närstående upplever vården av ätstörningar i Sverige idag. Inifrånperspektivet från de som verkligen är berörda ger tyngd och genom att återkomma flera år i rad framträder såväl mönster som utvecklingsmöjligheter.

Årets upplaga är den fjärde i ordningen, och är liksom tidigare år sammanställd av psykologen och forskaren Johanna Levallius. Den bygger på data från två enkäter, en riktad till drabbade av ätstörning och en till närstående och ger en grundläggande kartläggning av vem som söker vård och var i landet man gör det. Och inte minst: hur väl man uppfattar att vården fungerar och vad man hade önskat vore annorlunda.

I år har två teman varit i särskilt fokus. Det första var att utröna huruvida det finns skillnader i vårdkvaliteten mellan olika regioner och det andra att kartlägga förekomsten av tvångsmässig träning bland personer drabbade av ätstörning. Två teman med stor relevans för möjligheten att bli frisk och fri. En majoritet av de drabbade uppgav att de tränar på ett tvångsmässigt vis, något som är länkat till sämre behandlingsutfall. Ändå saknas riktlinjer för hur tvångsmässig träning ska behandlas. Vad gäller regionala skillnader så var vissa regioner sämre än andra på att uppfylla vårdgarantin respektive upprätta en vårdplan.

Hur drabbade och närstående uppfattar vården och hur väl den fungerar varierar beroende på vilken vårdform det handlar om. Generellt är de som fått behandling inom den specialiserade ätstörningsvården mer nöjda än de som fått vård i allmänpsykiatri. Men uppseendeväckande är att sammantaget bara en av fem drabbade var nöjd med behandlingsresultatet. För närstående var den siffran en av fyra. Det är självfallet alldeles för låga siffror.

Både drabbade och närstående har tydliga åsikter om vad de skulle vilja se i form av förändring – och det är önskemål som vårdgivare, beslutsfattare och andra berörda bör ta i beaktande. Fyra år av kartläggning genom vårdrapporten visar att förbättringspotentialen är stor, och att det är hög tid att öka takten i arbetet.



Fredrika Sandell

Generalsekreterare Frisk & Fri

INNEHÅLL

| | |
|--|----|
| FÖRORD | 4 |
| SAMMANFATTNING | 5 |
| METOD | 7 |
| RESULTAT | 8 |
| Resultatdel för drabbade | 8 |
| Kvalitetsindikatorer i vården med regional jämförelse | 9 |
| Vårdens omfattning, innehåll och resultat | 12 |
| Delade erfarenheter av vården | 14 |
| Vad har varit hjälpsamt och vad hade du önskat? | 15 |
| Resultatdel för närstående | 16 |
| Regionala skillnader | 18 |
| Vårdens omfattning och innehåll | 20 |
| Närståendes erfarenheter av vården | 20 |
| Insatser till närstående: erhållna, önskade och hjälpsamma | 21 |
| DISKUSSION | 25 |
| REFERENSER | 28 |

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Denna rapport, den fjärde i ordningen, har undersökt drabbades och närståendes upplevelser av vård för ätstörning i Sverige 2024–2025. Årets fokus har varit att mäta förekomst av tvångsmässig träning hos drabbade samt att studera regionala skillnader i vårdkvalitet.

Metod: En enkätundersökning genomfördes av brukarorganisationen Frisk & Fri, riktad till både drabbade och närstående som nyligen varit i kontakt med vården. Skillnader i vårdgaranti, vårdplan och nöjdhet med behandling mellan regioner analyserades med χ^2 -test för oberoende mätning. Kvalitativa frågor analyserades och kvantifierades med metoden content analysis.

Resultat: De 190 drabbade som deltog var i huvudsak vuxna ($M = 31$ år) och kvinnor (95 %). Vanligaste ätstörningsdiagnos var anorexi (53 %), följt av ospecificerad ätstörning (15 %), atypisk anorexi (13 %) och bulimi (8 %). Tvångsmässig träning rapporterades av 65 %. Psykiatrisk samsjuklighet var frekvent (61 %) där depression och/eller ångestproblematik var vanligast följt av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Hälften hade varit sjuka i tio år eller mer.

Vanligaste vårdformen var specialiserad ätstörningsbehandling i öppenvård (43 %), där 64 % erbjöds samtal, oftast KBT/KBT-E. Drygt hälften hade fått behandling inom vårdgarantin och 40 % hade en vårdplan. Storstadsregionerna var bättre än övriga landet på att upprätta en vårdplan ($\chi^2(4) = 12.57, p = 0.01$). En av fem var nöjd med behandlingsresultatet. Viktigt för tillfrisknande var en vård av hög intensitet, strukturerad med tydliga rutiner och professionella som arbetade i team, där adekvat hänsyn till samsjuklighet och individuella behov togs. Värdet av samtal, gott bemötande och hög expertis i vården betonades genomgående.

Närstående som deltog var huvudsakligen föräldrar (90 %) till en drabbad 18 år eller yngre (61 %). Vårdgarantin uppfylldes för 73 % och 44 % hade en vårdplan, där Skåne var bäst på att uppfylla vårdgarantin ($\chi^2(3) = 21.72, p < 0.001$). Var fjärde närstående var nöjd med behandlingsresultatet senaste året. Bland närstående till barn hade 61 % fått eget stöd (närstående till vuxen 42 %). Knappt hälften hade sökt stöd av Frisk & Fri senaste året. Närstående önskade framför

allt en bättre fungerande vård för den drabbade, där efter eget stöd.

Bemötandet i vården och kunskapsnivån om ätstörningar var liksom tidigare år bäst hos den specialiserade öppenvården samt hos privatpraktiserande psykolog/terapeut, enligt både drabbade och närstående. Lägst kvalitet upplevdes i den allmänpsykiatriska heldygsvården för barn och vuxna, även om den för vuxna successivt har förbättrats de senaste fyra åren.

Slutsats: Minska väntetiderna och erbjud en vård av högre kvalitet avseende intensitet, expertis och bemötande samt adekvat individanpassning. Erbjud alla drabbade samtal, oavsett svårighetsgrad på ätstörningen. Bedöm, behandla och följ upp tvångsmässig träning. Erbjud närstående psykopedagogiska insatser, egna stödsamtal och närståendeträffar.

En ätstörning innebär att ha ett påtagligt och problematiskt förhållande till mat, kropp och vikt. Ätstörningen kräver mycket tid och ansträngning och har stor påverkan på livskvalitet, mående och självkänsla. Den påverkar både den fysiska och mentala hälsan negativt, och kan utvecklas till ett allvarligt, i vissa fall livshotande, psykiatriskt tillstånd. De vanligast förekommande diagnoserna är bulimia nervosa (bulimi), hetsättningsstörning, anorexia nervosa (anorexi), och ospecificerad ätstörning. Det finns även atypisk anorexi och undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID efter engelskans avoidant restrictive food intake disorder). Atypisk anorexi innebär signifikant viktnedgång samtidigt som vikten är över gränsen för anorexi. ARFID innebär restriktivt eller mycket selektivt ätande utan ambition att påverka vikten, men har ofta viktnedgång som bieffekt (American Psychiatric Association (APA), 2013). Gränsen mellan ätstörningsdiagnoserna är inte alltid lätt att dra i klinisk praktik. Drabbade kan vandra mellan diagnoser, vanligen från anorexi eller bulimi till ospecificerad ätstörning (Schaumberg et al., 2018).

Ätstörningar förekommer globalt, i alla åldrar och oavsett kön och etnicitet, men förefaller vanligast hos unga personer, framförallt hos kvinnor och HBTQI-personer (Galmiche et al., 2019; Silén & Kehski-Rahkonen, 2022). Vanligast i befolkningen är ospecificerad ätstörning, följt av hetsättningsstörning, bulimi och anorexi (Hudson et al., 2007). Bland de som söker vård i

Sverige är även där ospecificerad ätstörning vanligast, och följs sedan av anorexi, bulimi och hetsätning (Ohliss et al., 2022). Ännu saknas epidemiologiska studier som inkluderar ARFID och atypisk anorexi. Både svensk och internationell data talar för att antalet personer som söker vård för ätstörning har ökat under 2000-talet (Galmiche et al., 2019; Ohliss et al., 2022).

Socialstyrelsen har relativt nyligen arbetat fram nationella riktlinjer för bedömning och behandling av ätstörningar. Ett av målen med riktlinjerna är att insatserna vid ätstörning ska bli mer jämlika över landet (Socialstyrelsen, 2024). Parallellt med arbetet med de nationella riktlinjerna, har vårdorganisationen utvecklats. Svårbehandlade ätstörningar, där hemregionens kunskaper och insatser inte varit tillräckliga, har bedömts behöva särskilda insatser varför fem mottagningar i Sverige utsetts till enheter för nationell högspecialiserad vård (NHV), belägna i Skåne, Stockholm, Uppsala, Västernorrland och Västra Götalandsregionen. NHV ska erbjuda en samlad kompetens inom psykiatri, somatisk vård, psykologi och omvårdnad för de svåraste fallen (Socialstyrelsen, 2020). NHV ska även bidra till utvecklingen av den befintliga vården. Merparten av vården ska fortsatt ske i hemregionen, med stöd från de nationella enheterna. I årets rapport är ett tema att undersöka regionala skillnader i vården.

Denna rapport tar även tillvara de närståendes perspektiv. Närstående påverkas ofta på ett genomgripande vis när en individ drabbas av en ätstörning, särskilt om den drabbade är barn eller tonåring (Hibbs et al., 2015; Raenker et al., 2013). De närstående kan behöva utbildning, stöd och sjukskrivning, dels för att kunna ta hand om sig själva, dels för att kunna delta aktivt i vården, som man ofta själv förväntas bedriva på hemmaplan. Enligt de nationella riktlinjerna bör närstående i behov av stöd också erbjudas det, individuellt eller i grupp. Förra årets rapport visade att det kan skilja sig kraftigt vilket stöd de erbjuds av vården, om än något alls (Levallius, 2025). Många får i stället stöd av den ideella organisationen Frisk & Fri.

Rapportens andra tema är att undersöka förekomsten av tvångsmässig träning bland personer drabbade av ätstörning. Fysisk aktivitet är i allmänhet mycket positivt för hälsa och välbefinnande. Det finns dock undantag, ett sådant är när fysisk träning blir tvångsmässig, ibland som en del av en ätstörning. Tvångsmässig träning kännetecknas av en tvingande och rigid tendens att utöva fysisk

aktivitet, trots negativa konsekvenser på hälsan fysiskt, psykiskt och socialt. Utebliven träning leder ofta till starka känslor av skuld eller ångest (Cook, Hausenblas, & Freimuth, 2014). Inom ramen för ätstörningar räknas tvångsmässig träning som ett kompensatoriskt beteende bland andra; en metod att reglera vikt, form eller kalorier och/eller ett sätt att lindra negativa känslor.

Monell och kollegor (2018) har genomfört en studie baserad på kliniska data från Sverige på över 9000 ätstörningspatienter och fann att nära hälften, 48 %, rapporterade tvångsmässig träning i någon utsträckning. Bland svenska ungdomar med ätstörning var förekomsten 44 % hos flickor och 38 % hos pojkar och i genomsnitt tränade man tvångsmässigt 4 gånger/vecka (Levallius et al., 2017). I båda studierna framkom att tvångsmässig träning var ett transdiagnostiskt fenomen, alltså förekom oberoende av specifik ätstörningsdiagnos. Tvångsmässig träning har dessutom visat sig vara associerat med tyngre symtombörda, det vill säga med högre grad av andra ätstörningssymtom, såsom tvångsmässighet, perfektionism, ångestproblematik, depression, suicidalitet samt med mer behandling (Liao et al., 2024; Monell et al., 2018). De som fortsatte med tvångsmässig träning under behandling hade sämre prognos (Monell et al., 2018; Levallius et al., 2017).

Riktlinjer för att behandla tvångsmässig träning vid ätstörning saknas. Socialstyrelsens riktlinjer från 2024 nämner inte fenomenet alls, utan använder beskrivningen överdrivet tränande som ett av flera kompensatoriska beteenden (Socialstyrelsen, 2024). Med begreppet överdrivet tränande läggs fokus på mängden träning, snarare än drivkraften bakom, varför man ofta som åtgärd inför träningsförbud. Detta löser inte problemet utan får snarare patienten att må sämre och dra sig för att börja träna igen efter behandling. I stället behövs interventioner för att normalisera förhållandet till fysisk aktivitet, liksom till mat och kropp.

En relativt färsk översiktsstudie (Hallward et al., 2022) fann att flera av de behandlingar som utvecklats har god effekt, både på tvångsmässig träning och på ätstörningen som helhet. Författarna föreslår därför att det ska vara standard att inkludera interventioner riktade mot tvångsmässig träning i ätstörningsbehandling. En behandlingsmetod som prövats i Sverige som ett tillägg till ordinarie behandling är LEAP (compulsive exercise activity therapy). Utfallet av LEAP visar lovande preliminära resultat (Monell et al., 2021; Simon et al., 2024).

Årets vådrapport, den fjärde i ordningen, är en sammanställning av data från två enkäter: en riktad till drabbade av ätstörning och en riktad till närstående. Syftet var att kartlägga bakgrundsfaktorer kring vem som söker vård, var man får vård, olika kvalitetsindikatorer i vården samt upplevelse av den vård som erhållits. Rapporten har i år haft två teman. Det första var regionala skillnader i behandling. Var det skillnad i kvalitetsindikatorer mellan de tre storstadsregionerna och övriga landet? En särskild fråga har ställts kring tvångsmässig träning i årets rapport, då det var årets andra tema.

METOD

Undersökningen baserades på data insamlad via digitala enkäter som kunde besvaras mellan 1 maj och 20 september 2025. Enkäterna utarbetades av Frisk & Fri i samarbete med rapportförfattaren, där en version riktades till drabbade och en till närstående. Det eftersträvades att frågorna i de två versionerna skulle vara så lika som möjligt för att möjliggöra jämförelser. Undersökningen annonserades i sociala medier/grupper, i primärvården, på vårdavdelningar, till Mansjouren, Obesitas Sverige, Ungdomsmottagningar, Storasyster och genom medlemsutskick till medlemmar i Frisk & Fri.

Svarande gav informerat samtycke innan de gick vidare till enkäten. Samtycket gällde att anonymiserad data får användas för att samla och sammanställa kunskap, samt sprida den via denna rapport med tillhörande föreläsningar och mediala arrangemang. De informerades att de när som helst fick avbryta sitt deltagande. Data anonymiserades så att inga individer gick att spåra. Där så bedömdes riktigt, för att säkerställa anonymitet, har vissa citat anonymiserats ytterligare. Till exempel har de vårdenheter som nämnts tagits bort.

Enkäterna bestod av en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen innehöll frågor om kön, ålder, diagnos, sjukdomslängd, samsjuklighet och region i Sverige där man bor respektive erhållit vård för ätstörning. I årets enkät tillkom tre frågor: Om de har tvångsmässig träning som symptom, om de fått stöd av Frisk & Fri senaste året samt om de besvarat enkäten tidigare (svarsalternativ: ja, nej, vet ej). De ombads vidare skatta fem olika kvalitetsindikatorer för vården: Vårdgarantin, vårdplan, nöjdhet, bemötande och

kunskapsnivå. Har du/din närstående fått vård inom vårdgarantins 90 dagar? Finns det en vårdplan? Är du nöjd med resultatet senaste året? Svarsalternativ för denna fråga: Ja, delvis, nej eller vet ej.

På en femgradig skala från instämmer inte alls (= 1) till instämmer i hög grad (= 5), ombads respondenter skatta kvaliteten på bemötande respektive kunskapsnivå om ätstörningar för olika vårdenheter som de har kommit i kontakt med det senaste året. Svarsalternativet internetbehandling byttes i år mot *webb-baserat självhjälpsprogram med eller utan stöd*, för att inte förväxlas med digitalt given vård. Skattningar som var att betrakta som inaktuella, enligt åldersbegränsningar för vissa vårdenheter (BUP, BUMM, elevhälsa, UMO) togs bort.

Respondenten ombads ange vilken vårdenhet som varit den huvudsakliga vårdgivaren det senaste året. Svarsalternativet nationell högspecialiserad vård (NHV) togs bort i år, då de formellt inte ska kunna vara huvudsaklig vårdgivare.

De fick ange vilken region de bodde respektive fått behandling i. Tema ett för årets enkät var att studera regionala skillnader i behandling. I detta syfte delades riket in i fyra regioner: Skåne, Stockholm, Västra Götaland och Övriga landet. För att stärka reliabiliteten inkluderades data från de senaste två åren.

I nästkommande del i enkäten ställdes sex frågor att besvara i fritext enligt följande:

Frågor till drabbade

1. Erfarenheter av vården under det senaste året som du vill berätta om.
2. Vilken typ av behandling har du fått senaste året? Svara gärna heltäckande och detaljerat.
3. Beskriv kortfattat behandlingens effekt.
4. Vad har varit hjälpsamt för dig?*
5. Vilka insatser hade du önskat erhålla?
6. Förslag på forskning som behövs inom ämnet ätstörningar?

* Ny formulering, ej bara behandling.

Frågor till närstående

1. Erfarenheter av vården under det senaste året som du vill berätta om.
2. Vilken typ av behandling har din närstående fått senaste året? Svara gärna heltäckande och detaljerat.
3. Vilka insatser har du själv erbjudits och erhållit av vården?
4. Vad har varit hjälpsamt för dig?
5. Vilka insatser hade du önskat erhålla?
6. Förslag på forskning som behövs inom ämnet ätstörningar?

Kvantitativa data sammanställdes till en deskriptiv analys och åskådliggjordes i figur, diagram eller tabellformat. För att analysera regionala skillnader i kvalitetsindikatorer användes χ^2 -test för oberoende mätning med signifikansnivå på 5 %. Den kvalitativa delen analyserades genom content analysis (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Det betyder att fritextsvaren under varje fråga först analyseras och sorteras in i meningsfulla enheter, sedan ordnas till koder, som i sin tur delas in i kategorier och som slutligen kan inordnas under övergripande teman. Beroende på materialets natur, var det ibland lämpligt med en nivå, i andra fall med två eller tre nivåer (dvs kategori, tema, övergripande tema). Exempel på tre nivåer av analys var frågan vad som var hjälpsamt, där nivå 1 var faktorer inom vård respektive utanför vården, följt av teman som organisationsfaktorer eller bemötande, följt av kategorier som dagvård, heldygnsvård, specialistkompetens. Fråga 6 analyserades inte i årets rapport.

Metoden content analysis håller sig nära de faktiska utsagorna, med låg grad av tolkning av underliggande betydelse. Denna analysmetod möjliggör även kvantifiering, det vill säga att kunna avgöra vilka teman och kategorier som är mer frekventa än andra. I resultaten har mer frekventa teman och kategorier företrädesvis fått utrymme och illustrerats med citat. I förekommande fall har stavfel korrigerats och tre punkter i citat betyder att citatet förkortats. Ambitionen var också att både unga och äldre, olika ätstörningsdiagnoser och olika vårdgivare skulle vara representerade.

RESULTAT

RESULTATDEL FÖR DRABBADE

Först presenteras resultaten för drabbade, därefter för närstående. Totalt deltog 190 drabbade i undersökningen. De lade i genomsnitt 21 minuter på att svara och 24 % hade svarat på enkäten tidigare år. Av de som angett kön kategoriserade sig 9 som män och 180 som kvinnor. Den genomsnittliga åldern på deltagarna var 31 år (åldersspann 13–73 år) där medelåldern var högre för de med bulimi eller hetsättningsstörning (39 år respektive 45 år) och 17 % var 19 år eller yngre. Det var klart vanligast att ange anorexi som diagnos, följt av ospecificerad ätstörning och atypisk anorexi, medan ARFID var mycket ovanligt, se tabell 1. Detta mönster liknar svarmönstret från tidigare år, andelen med anorexi var dock något lägre nu (53 % mot 62 % förra året).

I årets vårdenkät har en fråga också ställts om man har tvångsmässig träning som symptom och en majoritet, 65 %, svarade jakande på det, se diagram 1.

TABELL 1. FÖREKOMST AV OLIKA ÄTSTÖRNINGSDIAGNOSER, I FALLANDE ORDNING.

| Diagnos | Antal | Procent |
|--------------------------|-------|---------|
| Anorexi | 100 | 53 |
| Ospecificerad ätstörning | 29 | 15 |
| Atypisk anorexi | 25 | 13 |
| Bulimi | 16 | 8 |
| Hetsättningsstörning | 10 | 5 |
| Blandat/annat | 8 | 4 |
| ARFID | 2 | 1 |
| Totalt | 190 | 100 |

ARFID = undvikande/restriktiv ätstörning.

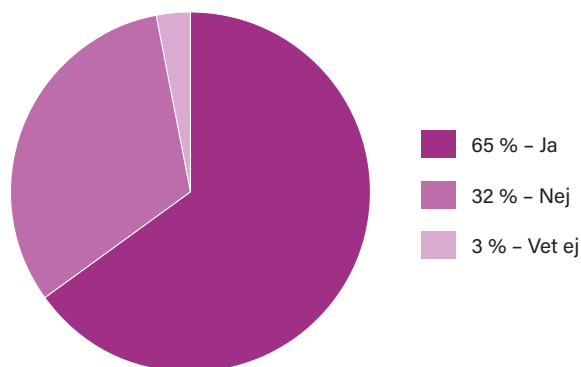


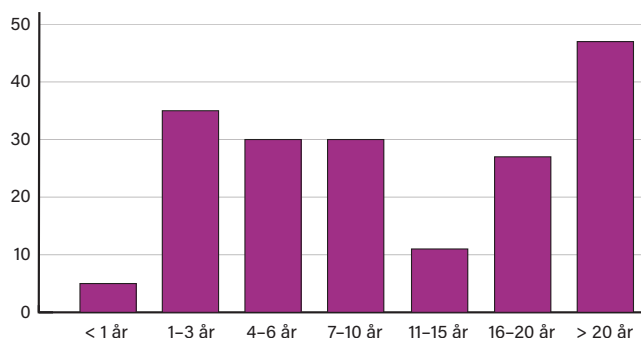
Diagram 1. Har du tvångsmässig träning som symptom?

Nästan hela landet var representerat i enkätsvaren, det var bara Gotland och Jämtland/Härjedalen som inte hade någon drabbad som svarat (se tabell 2). De tre storstadsregionerna hade ungefär samma andel av de svarande som tidigare år. Tolv personer uppgav att de under det senaste året fått vård i en annan region än den de bodde i. Den huvudsakliga anledningen (6 svarande) var att hemregionens behandling inte gav önskad effekt.

TABELL 2. RESPONDENTERS FÖRDELNING ÖVER SVERIGE, INDELAT I DRABBADE OCH NÄRSTÅENDE.

| Region | Drabbade | Närstående |
|---------------------|------------|------------|
| Blekinge | 5 | 1 |
| Dalarna | 7 | 6 |
| Gotland | - | 2 |
| Gävleborg | 8 | 2 |
| Halland | 6 | 6 |
| Jämtland/Härjedalen | - | 2 |
| Jönköping | 2 | 1 |
| Kalmar | 5 | 7 |
| Kronoberg | 4 | 5 |
| Norrboten | 2 | 1 |
| Skåne | 25 | 13 |
| Stockholm | 44 | 55 |
| Sörmland | 7 | 4 |
| Uppsala | 11 | 6 |
| Värmland | 11 | 5 |
| Västerbotten | 5 | 6 |
| Västernorrland | 3 | 4 |
| Västmanland | 1 | 5 |
| Västra Götaland | 31 | 19 |
| Örebro | 1 | 2 |
| Östergötland | 11 | 4 |
| Vill/kan ej svara | 1 | 1 |
| Totalt | 190 | 157 |

Hur länge upplevde de att de haft symtom på ätstörning? Här fanns sju svarsalternativ, från mindre än ett år till över 20 år. Cirka hälften av respondenterna uppgav att det gått över ett decennium sedan de fick sina första symtom (47 %), en fjärdedel att det passerat över två decennier. Svarsmönstret har sett nästan likadant ut alla fyra år.

Antal år från första symtom**Diagram 2.** Fördelning av svarande efter antal år från första symtom.

I nästa fråga ombads de uppgive förekomst av andra diagnoser utöver ätstörningen, vilket 73 % angav att de hade. Det var klart vanligast att ange en eller fler psykiatriska diagnoser. Totalt var det 61 % som uppgav psykiatrisk samsjuklighet, där depression och ångestsyndrom var de klart vanligaste diagnoserna, se tabell 3. I årets enkät var autism respektive ADHD vanligare än en traumadiagnos. Samtidigt uppgav flera att de väntade på eller genomgick utredning för eventuell neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF), vilket innebar att förekomsten av NPF-diagnoser möjligen var ännu högre.

En dryg femtedel (22 %) uppgav att de hade tre eller fler psykiatriska och/eller somatiska diagnoser förutom ätstörningen. Bland de somatiska diagnoserna var de vanligast förekommande hypotyreos, IBS, celiaki och hypertyreos. Notera att eventuell samsjuklighet kunde ha samband med ätstörningen eller kunde vara oberoende av ätstörningen.

TABELL 3. FREKVEN AV DE TIO VANLIGASTE DIAGNOSERNA.

| | |
|---------------------------|----|
| Depression | 56 |
| GAD/ångestsyndrom | 39 |
| Autismspektrum | 35 |
| ADHD (inklusive ADD) | 27 |
| PTSD/C-PTSD | 23 |
| Tvångssyndrom (OCD) | 19 |
| EIPS/personlighetssyndrom | 12 |
| Hypotyreos | 7 |
| Social fobi | 5 |
| IBS | 4 |

GAD = generaliserat ångestsyndrom, PTSD = posttraumatiskt stressyndrom, C-PTSD = komplex PTSD, EIPS = emotionellt instabil personlighetssyndrom, IBS = irriterad tarmsjukdom

Kvalitetsindikatorer i vården med regional jämförelse

Nästa del i enkäten berörde frågor om vården. De svarande ombads ange vilken vårdinstans och vårdform som de betraktade som sin huvudsakliga vårdkontakt senaste året. Fördelningen av vårdgivare listas i diagram 3. Den klart vanligaste vårdformen var som brukligt specialiserad ätstörningsenhet i öppenvård, 43 % angav det, och därefter kom allmänpsykiatrisk öppenvård (15 %). Privat vård hos psykolog eller terapeut var lika vanligt som primärvård (11 % vardera) och båda ökade från året innan. Under övriga vårdgivare återfanns UMO, webb-baserad självhjälp, BUP heldygnsvård och annat.

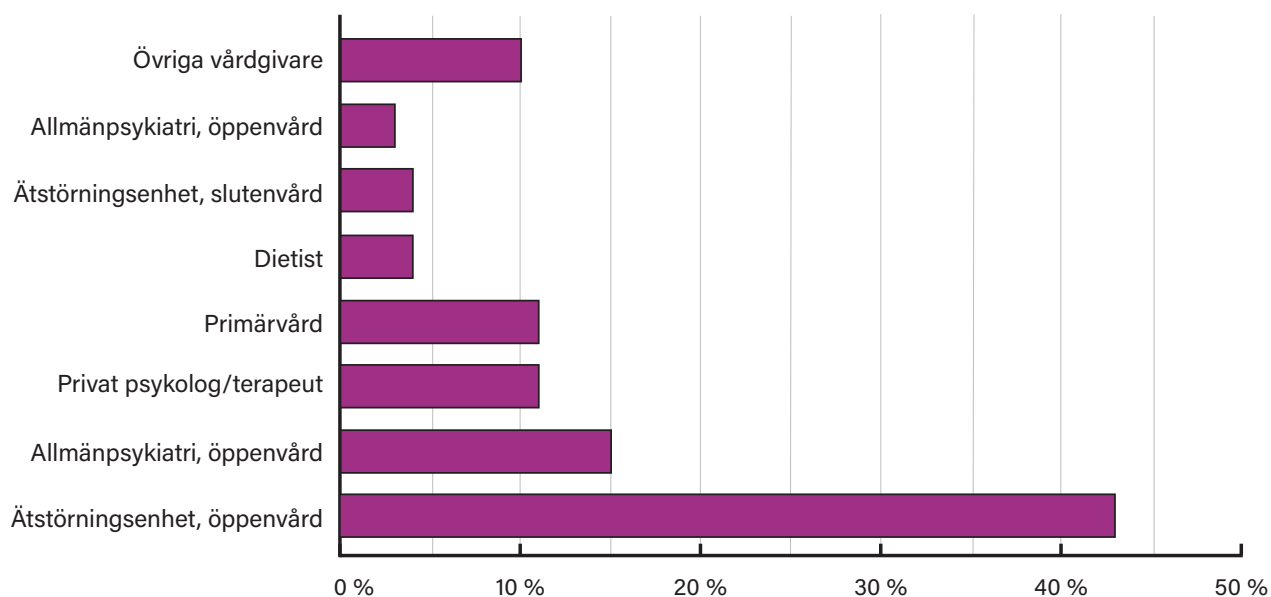
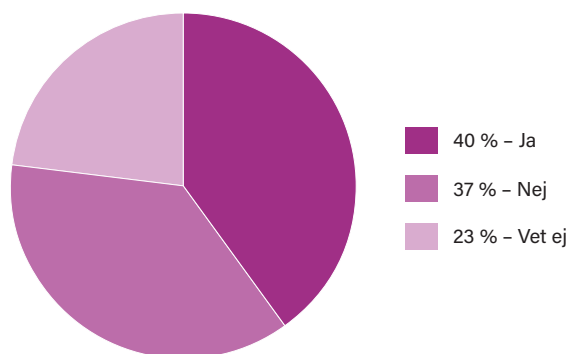


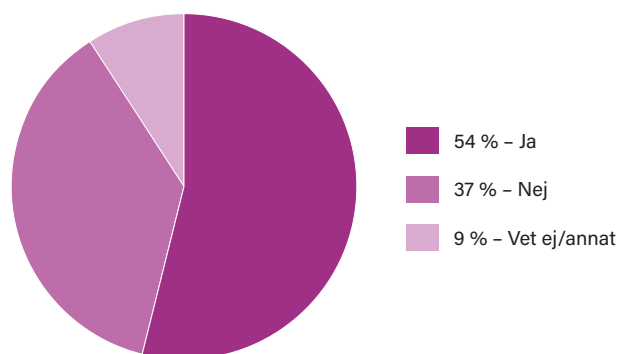
Diagram 3. Huvudsaklig vårdgivare senaste året.

Härnäst skattades tre kvalitetsindikatorer, nämligen om vårdgarantins 90 dagar till behandling uppfyllts, om en vårdplan upprättats och om de var nöjda med behandlingsresultatet senaste året (se diagram 4a-c). 54 % svarade jakande på frågan om vårdgarantins uppfyllelse, vilket var i linje med året innan. Mindre än hälften, 40 %, angav att det fanns en vårdplan. Året innan var den siffran 47 %. Angående behandlingsutfall var 57 % nöjda eller delvis nöjda med resultatet senaste året. Motsvarande siffra året innan var 54 %.

HAR DU EN VÅRDPLAN?



HAR VÅRDGARANTIN HÅLLITS?



ÄR DU NÖJD MED RESULTATET?

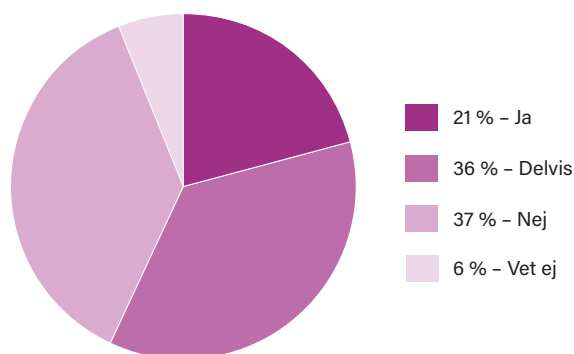


Diagram 4a-c. Tre kvalitetsindikatorer för vården:
Vårdgarantins uppfyllande, upprättande av vårdplan samt nöjdhet med behandlingsresultat senaste året.

Kvalitetsindikatorer efter region

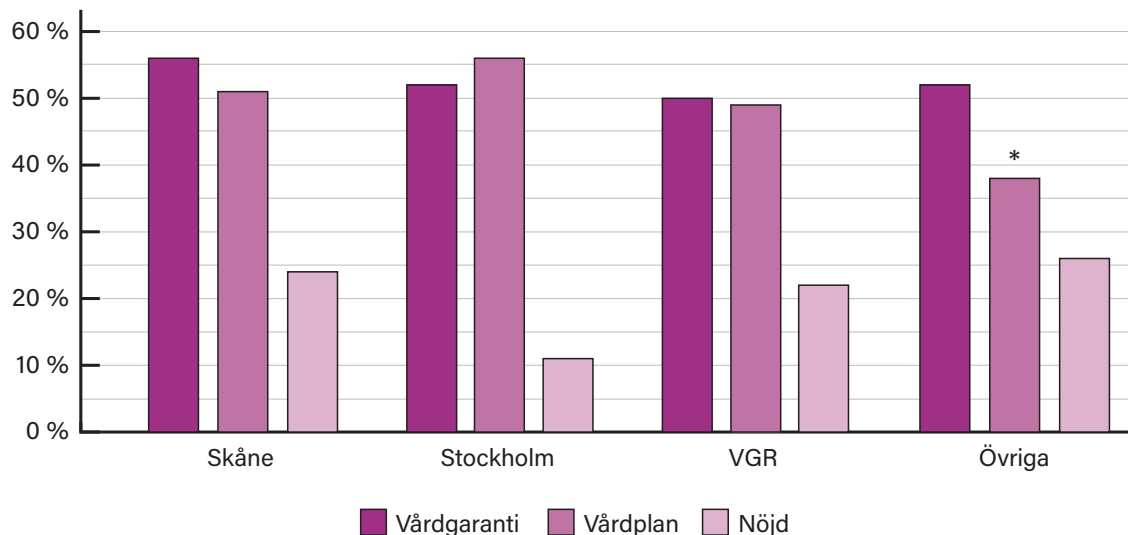


Diagram 5. Illustration per region för hur många som svarade "ja" avseende vårdgaranti, vårdplan och nöjdhet hos drabbade senaste två åren. * = signifikant skillnad.

Årets tema var att studera regionala skillnader i de tre kvalitetsindikatorerna ovan. Data från de två senaste undersökningarna användes ($N = 465$). Ingen hänsyn togs till om värden givits offentligt och/eller privat. Samtliga analyser genomfördes med hjälp av χ^2 -test (χ^2 -test) för oberoende variabler. Svartalernativet "Vet ej" exkluderades. Det var ingen statistiskt signifikant skillnad mellan regionerna avseende vårdgaranti, $\chi^2(4) = 7.88, p = 0.10$ eller nöjdhet $\chi^2(8) = 12.95, p = 0.11$. Däremot påvisades en signifikant skillnad avseende vårdplan ($\chi^2(4) = 12.57, p = 0.01$). Vid analys av svarsfördelningarna framgick att övriga landet utanför storsdagsregionerna hade en lägre andel personer som uppgett att de har en vårdplan, vilket huvudsakligen bidrar till den observerade skillnaden, se diagram 5.

TABELL 4. SKATTNING AV KVALITETEN PÅ BEMÖTANDE OCH KUNSKAPSNIVÅ, SAMMANSLAGNA TILL EN RANKING.

| Vårdenhet | Antal | Bemötande | Kunskapsnivå | Summa | Ranking 2026 (2025) |
|------------------|-------|-----------|--------------|-------|---------------------|
| ÄS öppenvård | 147 | 3,4 | 3,6 | 7,0 | 1 (1) |
| Privat | 79 | 3,5 | 3,3 | 6,8 | 2 (2) |
| Dietist | 97 | 2,9 | 3,1 | 6,0 | 3 (3) |
| Annan | 56 | 3,2 | 2,8 | 6,0 | 3 (5) |
| Elevhälsa | 20 | 3,2 | 2,8 | 6,0 | 3 (7) |
| UMO | 30 | 3,1 | 2,8 | 5,9 | 6 (9) |
| ÄS heldygnsvård | 70 | 2,9 | 3,0 | 5,9 | 6 (4) |
| NHV | 54 | 2,7 | 2,9 | 5,6 | 8 (9) |
| Internet | 57 | 2,7 | 2,9 | 5,6 | 8 (7) |
| VUX öppenvård | 99 | 2,9 | 2,7 | 5,6 | 8 (6) |
| Primärvård | 143 | 3,0 | 2,4 | 5,4 | 11 (11) |
| BUP öppenvård | 18 | 2,8 | 2,6 | 5,4 | 11 (12) |
| BUMM | 10 | 2,5 | 2,5 | 5,0 | 13 (12) |
| BUP heldygnsvård | 15 | 2,6 | 2,4 | 5,0 | 13 (15) |
| VUX heldygnsvård | 66 | 2,6 | 2,3 | 4,9 | 15 (14) |

BUP = barn- och ungdomspsykiatri, BUMM = barn och ungdomsmedicinsk mottagning, Internet = webb-baserat självhjälpsprogram med/utan stöd, NHV = Nationell högspecialiserad vård, Privat = privat psykolog/terapeut, UMO = ungdomsmottagning, VUX = allmänpsykiatri, ÄS = specialiserad ätstörningsvård.

Nästa två kvalitetsindikatorer gällde bemötande och kunskapsnivå kring ätstörningar inom vården. Hur upplevde drabbade kvaliteten på vården? Drabbade ombads skatta samtliga vårdenheter de hade erfarenhet av det senaste året utifrån bemötande och kunskapsnivå. De kunde skatta på en femgradig skala från ”inte alls” till ”i mycket hög grad”. De två skattningarna slogs sedan samman till en ranking, se tabell 4. Liksom samtliga tidigare år låg den specialiserade ätstörningsvården i öppenvårdsform samt privat psykolog/terapeut klart

högst, medan den allmänpsykiatriska heldygnsvården för både barn och vuxna fick lägst skattning. Det skedde ingen större förändring i ranking men ändå en förändring i totalpoäng, så att den totala skillnaden i kvalitet minskade (från 3,1 till 2,1 poängs skillnad). Barn- och vuxenpsykiatrisk heldygnsvård ökade från 4,3 poäng förra året till 5 respektive 4,9 poäng. Den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har förbättrat sin totalpoäng varje år under fyra år.

HÖGSTA VÅRDNIVÅ

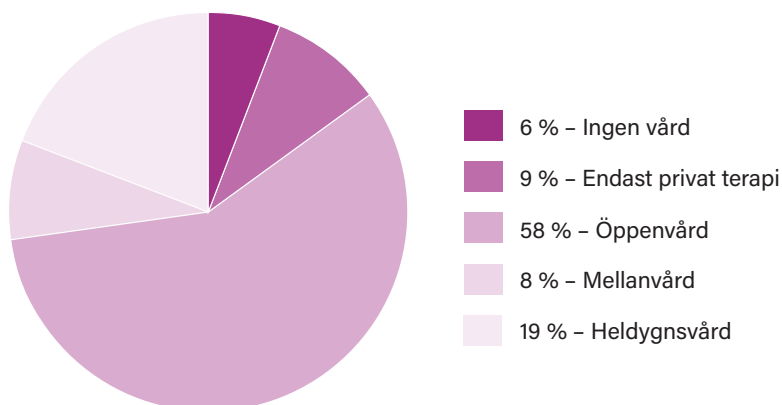


Diagram 6. Fördelning av svarande efter högsta vårdnivå senaste året.

Vårdens omfattning, innehåll och resultat

För andra året i rad ställdes frågan Vilken typ av behandling har du fått senaste året? I år med följdfrågan: svara gärna heltäckande och detaljerat. Analysen av svaren gjordes på två nivåer, dels vilken som var den högsta vårdnivån senaste året, dels beståndsdelarna i vården. I cirkeldiagram 6 kan man se att majoriteten, 58 %, fick insatser i öppenvårdsform, medan en femtedel (19 %) erhöll heldygnsvård. Åtta procent erhöll förstärkt öppenvård/dagvård under året, hälften så många som året innan. Vissa av dem som var uppknutna till den offentliga vården gick parallellt även i psykoterapi privat. Totalt angav 12 % att de betalade för privat terapi. En fjärdedel hade erhållit stöd av Frisk & Fri under året.

En närmare analys gjordes av svaren för den stora gruppen som erhållit öppenvård som högsta nivå. Totalt gav 100 personer svar som kunde analyseras på denna nivå och resultatet illustreras i diagram 7. 64 % angav att de fick någon form av samtal i öppenvården där KBT-E var den helt dominerande psykoterapiformen, följt av stödsamtal.

Behandlingsinsatser i öppenvårdsform

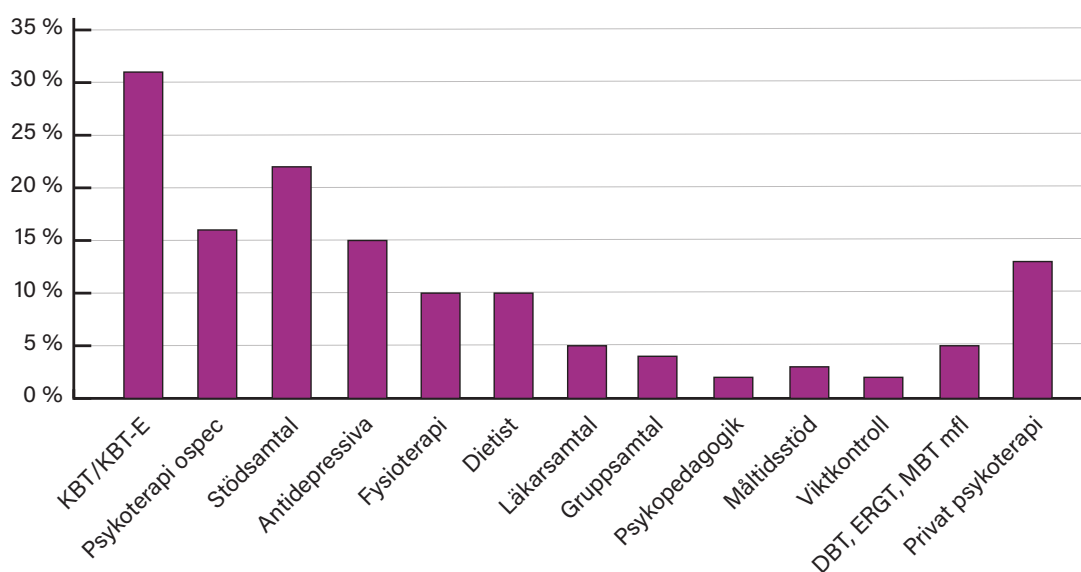


Diagram 7. Förekomst av olika behandlingsinsatser i öppenvårdsform.

När de ombads att kortfattat beskriva behandlingens effekt senaste året (150 svar totalt) beskrev 49 % positiva effekter på ätstörningen, 35 % beskrev inga eller negativa effekter på densamma och 13 % beskrev positiva effekter i andra avseenden, som minskad självskada, större acceptans eller större tilltro till sin egen förmåga. Exempel på inga/negativa effekter:

Ingen alls ännu, utöver kanske större medvetenhet om hur stort problemet faktiskt är.

Fått psykopedagogiska insatser i specialiserad öppenvård.

Ätstörningen har blivit värre psykiskt till följd av att vården enbart baserats på min vikt.

Fått stödsamtal i specialiserad öppenvård.

Jag kom igång med regelbundet ätande och slutade kompensera med rörelse. Mådde bättre, gick upp i vikt och kände mig positivare och mer hoppfull. Men efter ett antal veckor

efter utskrivning från heldygnsvården och dagvården, när jag åter endast får öppenvård, så hamnade jag i ett nytt återfall som jag är mitt i nu.

Fått KBT i allmänpsykiatrisk heldygnsvård och öppenvård.

Exempel på positiva effekter:

God, men det är bland det tuffaste jag har gjort & jag kom nog in i behandlingen ganska naiv.

Fått stödsamtal och matdagbok i allmänpsykiatrisk öppenvård.

Men kanske absolut bäst av allt: har minskat frekvensen av hetsätning från flera gånger i veckan till i stort sett inte alls. Fy fan vad skönt!! För drygt ett år sedan vågade jag mig även till badhuset för första gången på +10 år (mycket tack vare behandlingen) och nu har simning blivit ett av mina bästa intressen!

Fått KBT i specialiserad öppenvård.

KBT-E med effekt, men framför allt att psykologen vågar gräva i annat än ätstörningen också, dvs typ barndom...

Gått i privat terapi.

Delade erfarenheter av vården

Det kvalitativa avsnittet i enkäten inleddes med denna fråga, där de fritt fick berätta vad de själva fann relevant, innan mer specifika svar efterfrågades. 122 personer svarade. Majoriteten (75 %) av kommentarerna var huvudsakligen negativa, övriga 25 % huvudsakligen positiva. Svårigheten att få vård med långa väntetider, bollande mellan enheter eller att helt nekas vård på grund av tidigare behandlingsförsök var vanliga negativa kommentarer. När man väl får vård är det många som uppger att den är inadekvat i omfattning och längd, oavsett vårdnivå. Kunskapen och bemötandet haltade betänkligt, framför allt utanför specialistvården. Flera av dem med autismspektrumdiagnos uppgav att vården inte anpassades efter detta, vare sig i allmänpsykiatri, specialistpsykiatri eller på NHV.

Exempel på negativa erfarenheter:

Efter 90 dagar återopade jag vårdgarantin. Nu har det gått över 250 dagar och jag har inte hört ett ord. Inte ETT enda ord. Har bekostat min behandling själv, annars hade jag inte levt idag.

Drabbad med anorexi, depression, panikångest.

En del missförstånd och dåligt bemötande pga min autism. Har blivit bättre efter en tid i heldygnsvården då personal börjat förstå mer.

Drabbad med anorexi, autism, tvångssyndrom, GAD.

Tvångsinlagd på psyk 10 månader utan vidare hjälp mer än få maten serverad och ibland samtalsstöd.

Drabbad med atypisk anorexi, EIPS.

Överläkaren på heldygnsvården kollade mig i ögonen och sa att jag fick ta mitt liv om jag ville. Det var mitt val och mitt egna ansvar. Han ansåg att vården varken kunde eller hade skyldighet att hjälpa mig skydda mig från mig själv.

Drabbad med anorexi.

Har bara testat psykolog via Mindler. Det var väldigt fyrtkantigt och fungerade inte.

Drabbad med hetsättningsstörning.

...Efter avslutad dagvårdsbehandling är det egentligen ett krav att man ska ha en kontakt inom öppenvårdens

ätstörningsteam, men då min kontakt slutade fick jag aldrig någon ny...

Drabbad med anorexi, depression, autism, ADHD.

Vårdcentralen har varit jättebra men kan inte hjälpa mig vidare och BUP har inte tid för mig.

Drabbad med ospecificerad ätstörning.

Jag blev inlagd på tvångsvård i om fortsatt extrem under-vikt. Blev kvar där i drygt två månader...Deras kunskap kring ätstörningar och bemötandet jag fick var katastrof... Eftersom allmänpsykiatri ska kunna ta emot ätstörda patienter bör också alla få en grundläggande utbildning kan man tycka....

Drabbad med anorexi.

De drar inte kopplingen mellan mina trauman och ätstörningen. Ingen har kunskap om det känns det som.

Drabbad med anorexi, komplex PTSD, depression.

Exempel på positiva erfarenheter:

Går på en relativt nyöppnad psykiatrimottagning som är särskilt för vuxna med autism, det har varit så mycket bättre än alla specialist-anorexi-vårdenheter jag haft kontakt med.

Drabbad med anorexi, autism, depression.

Haft bra kontakt med öppenvården. Lätta att få tag på, svarar snabbt. Tycker jag fått det stöd jag har behövt.

Drabbad med bulimi, tvångssyndrom, depression.

Har fått bra hjälp som hjälpt mig framåt men jag är fortfarande inte frisk.

Drabbad med hetsättningsstörning, EIPS.

Jag har fått fint och bra stöd. När de märkte att endast samtal inte hjälpte något vidare för mig blev jag inskriven på dagvården där jag är nu. Även om jag inte var så positiv till det så såg dem att det var det bästa för mig. De är kunniga, proffsiga och snälla...

Drabbad med atypisk anorexi.

Vården är den som alltid har sett mig, som möjliggjort för mig att hålla huvudet över vattenytan genom att lita på mig men aldrig på sjukdomen...

Drabbad med anorexi.

Tycker vården varit över min förväntan, gått i behandling tidigare men denna gången är helt annorlunda, kanske är jag mer redo att släppa taget men också att behandlingen

på vuxen är så mycket bättre än den jag gick på som barn. Är jättenöjd och har även andra diagnoser och de har samarbetat bättre med andra vårdenheter denna gången och haft SIP möten osv. Känner mig sedd och förstådd och jag gör framsteg i behandling nu och är bättre än jag varit på 8 år.

Drabbad med anorexi, bipolär sjukdom, autism.

När de i öppenvården kände att de inte räckte till fick jag direkt plats på heldygnsvården som sen kombinerades med dagvård och fick ett bra bemötande och adekvat hjälp. Men saknade mer individanpassning och hjälp med det psykologiska. Kunskapsnivån hos skötarna på heldygnsvården va väldigt låg men fick många bra samtal med enhetschefen som hade mer kunskap.

Drabbad med atypisk anorexi, ptsd, autism, självskada.

Min erfarenhet av vården jag fått har varit ovärderlig. Att få möta en fantastisk kompetent terapeut som sett hela mig & trott på mig. Jag kan i ärlighetens namn säga att den här kontakten förändrat hela mitt liv där jag idag har en helt annan livskvalitet än jag haft på 10 år. Denna behandling har varit det viktigaste jag gjort.

Drabbad med anorexi.

Vad har varit hjälpsamt och vad hade du önskat?

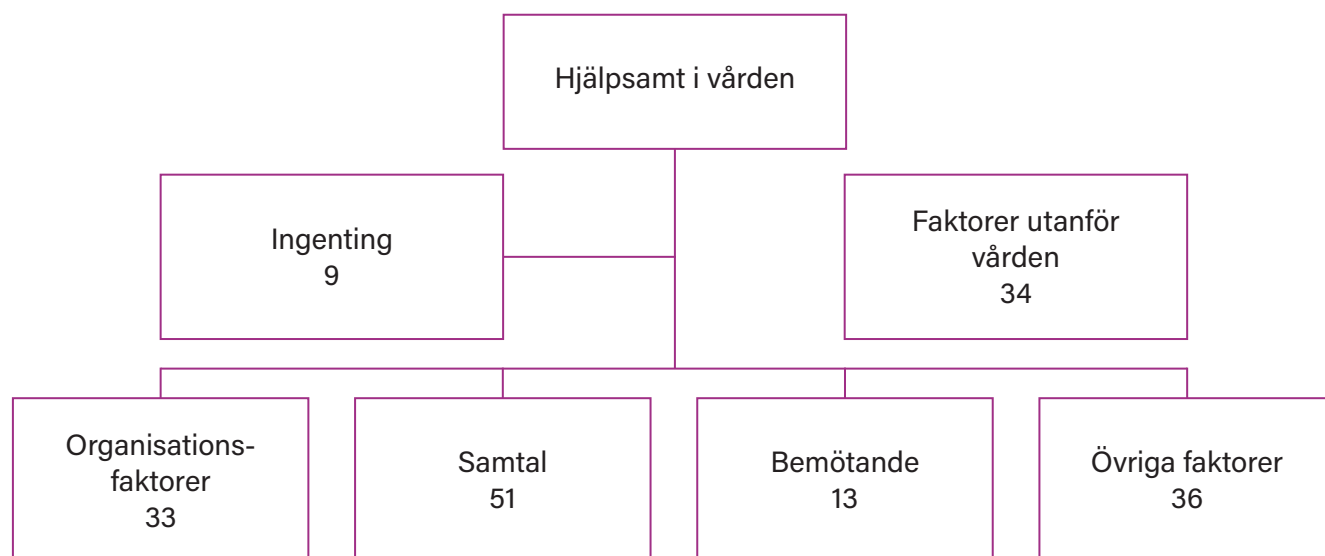
Tidigare år har frågan till drabbade om vad som varit hjälpsamt avsett enbart vården, i år ställdes frågan mer generellt. Av 146 svar inbegrep 87 % svar som var relaterade till den offentliga vården. Dessa kunde delas in i fyra huvudteman: Organisation, Samtal, Bemötande och Övrigt (se figur 2). Temat **Organisation**

handlade främst om värdet av att ha erhållit omfattande vård i form av heldygnsvård och/eller dagvård, att vården arbetat i team med flera professioner, att vården erbjöd struktur och rutiner och att behandlingen individanpassats till egna behov, samsjuklighet eller omständigheter.

Temat **Samtal** var det största temat och berörde faktorer som gjort skillnad. Återkommande var värdet av gott bemötande och att behandlaren hade expertis inom ätstörningar och därför ingav förtroende, både kunde ge stöd och utmana. Värdefullt var också att konkret arbeta fram struktur och rutiner i vardagen och med måltider. Möjligheten att gå på djupet i samtalen för att vinna större självinsikt återkom också som värdefullt, ofta kombinerat med möjlighet att gå tillräckligt länge i terapi för att förändring skulle förankras och få fäste.

Temat **Bemötande** handlade om vårdens förmåga att bygga förtroende, hur viktigt det varit att personalen de mött i vården varit trygg, stödjande, förstående, engagerad och att ha vågat ställa krav.

Under temat **Övrigt** sorterades ämnen som inte passade in i övriga tre teman; som att det var hjälpsamt att man faktiskt fått vård, konstruktiva läkarsamtal och/eller effektiv medicinsk behandling, att man fått träffa andra drabbade samt att vården kunde hantera samsjuklighet väl. 23 % av respondenterna uppgav faktorer utanför den offentligt finansierade vården som hjälpsamma, där privat psykoterapi var den klart största



Figur 2. Kategorisering av hjälpsamma faktorer.

kategorin men även arbete, familj, andra drabbade, stöd genom Frisk & Fri, självinsikt samt möjlighet till sjuk-skrivning nämndes som hjälpsamt.

Heldygnsvården på ätstörningsenheten där jag fick individanpassad behandling, blev bemött som person och inte som sjuk, blev hörd och bemött på ett värdigt sätt. Samt var delaktig i alla beslut som togs.

Allt stöd på ätstörningsenheten. Samtalsgruppen var mycket bra och hjälpsam. Min behandlare är väldigt erfaren och trygg.

Att min terapeut har varit så inkännande och försiktig med vad hon säger, men ändå utmanar mig där jag behöver för att vi ska komma framåt.

Att bli erkänd, hörd. Att få hjälp att begripliggöra. Att få sätta ord på. Att få nå ut mitt i stormen av känslor och att få svar.

Det som har varit mest hjälpsamt är utanför vården. Grupper för drabbade hos Frisk och Fri och deras stödsamtal och själavårdande samtal med präst inom svenska kyrkan.

Vilka insatser hade du önskat erhålla? 153 personer svarade på denna fråga. De vanligaste temana var:

- Högre kvalitet på behandlingen** (29 %). Det kunde handla om att få tillgång till specialiserad vård eller om högre kompetens inom den specialiserade vården. Drabbade önskade större kunskap och kompetens om ätstörningar samt inom samsjuklighet och tvångsmässig träning. De önskade också mer individanpassning.
- Mer psykologiskt stöd/psykoterapi** (15 %). Trots att de gick i behandling upplevde många bristfälligt psykologiskt stöd. Önskningsområden om mer djupgående psykoterapi, mer frekventa samtal och stöd för det psykiska måendet.
- Längre behandling** (8 %). Flera uttrycker att heldygnsvård, dagvård eller öppenvårdsbehandling avslutades för tidigt, det hade behövts längre behandling för stabilare resultat och för att förhindra återfall.

Mindre vanliga teman var en önskan om kortare väntetider samt att man var nöjd med den behandling man erhållit.

RESULTATDEL FÖR NÄRSTÅENDE

157 närstående deltog i undersökningen och landets samtliga regioner var representerade (se tabell 2). De lade i genomsnitt 34 minuter på att svara. Nästan alla deltagare var kvinnor samt förälder till drabbad (89 % respektive 91 %). Utöver förälder kunde närstående vara partner, kollega, syskon, släkting eller barn till drabbad. Medelåldern på den drabbade var 19 år (åldersspann 11–43 år), där 61 % var 18 år eller yngre. 7 av de drabbade var pojkar/män. Det vanligaste var att den drabbade var 16 år och hade varit sjuk i 1–3 år (21 personer). Enligt närståendes uppskattning hade de drabbade oftast varit sjuka i upp till tre år (se diagram 8). Mönstret har sett likadant ut alla fyra år. 80 % av de närstående angav att de inte svarat på enkäten tidigare år.

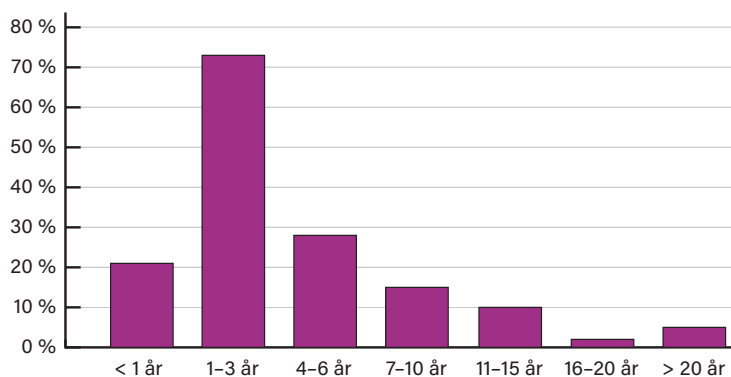


Diagram 8. Uppskattad sjukdomstid i ätstörning enligt närstående.

Majoriteten av de närstående angav den specialiserade öppenvården för ätstörningar som primär vårdkontakt (46 %). BUP öppenvård och specialiserad heldygnsvård för ätstörningar var näst vanligast som primär kontakt (13 % vardera). Liknande fördelning har observerats även tidigare år. Ett nytt resultat var att privat psykolog eller terapeut relativt ofta angavs som huvudsaklig kontakt (8 %). Under övriga vårdgivare sorterades de svar som angav ungdomsmottagning, allmänpsykiatrisk öppenvård, dietist eller annan vårdgivare (1–2 svarande vardera).

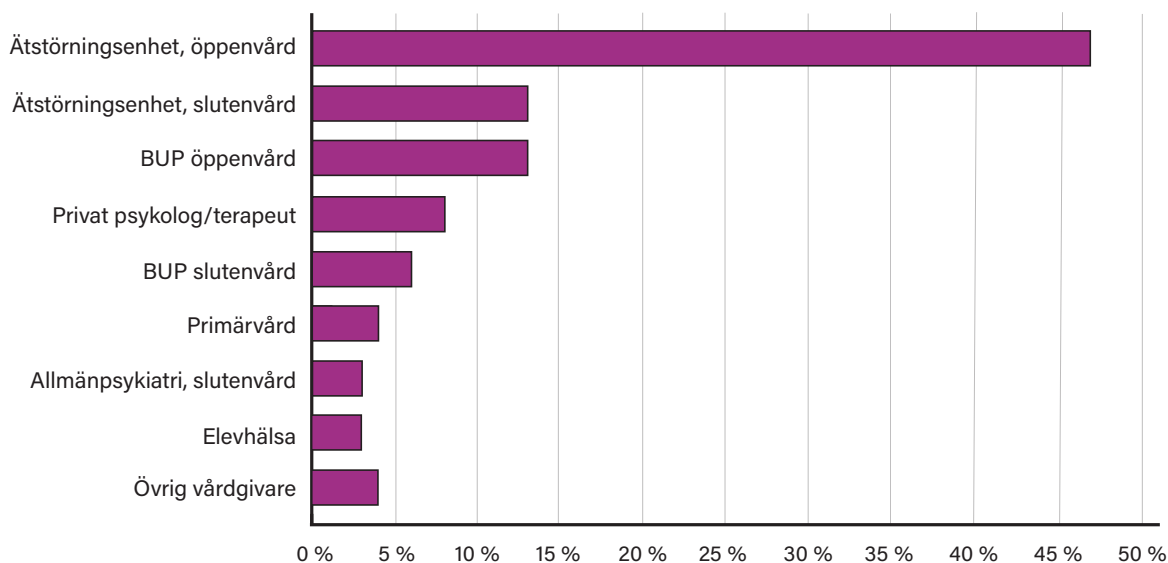


Diagram 9. Närståendes huvudsakliga vårdkontakt det senaste året (i procent).

För frågor om vårdgarantin samt vårdplan inkluderades bara svar från föräldrar till drabbade till och med 19 år (101 svarande), då de kunde förväntas ha god kunskap om detta. 73 % angav att den drabbade fått vård inom vårdgarantin. Två personer angav att det skedde med akut inläggning. Majoriteten svarade ”nej” eller ”vet ej” på frågan om det upprättats en vårdplan.

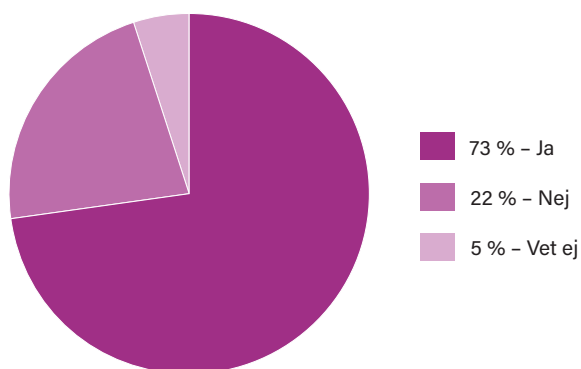


Diagram 10. Vårdgarantin. Har den drabbade påbörjat behandling inom vårdgarantins 90 dagar?

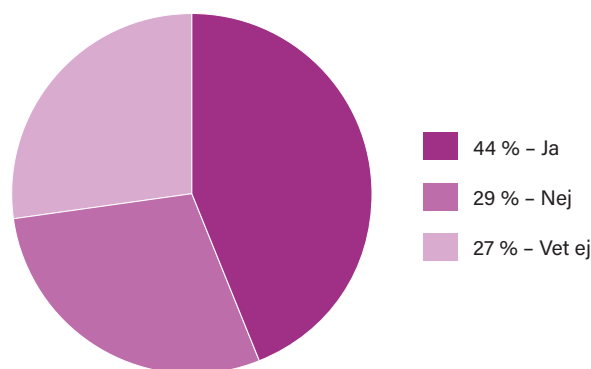


Diagram 11. Har en vårdplan upprättats?

Vår dotter skrevs in på ätstörningsenheten inom 90 dagar, därmed anser man att vårdgarantin är uppfylld. Efter det har hon stått i kö till specialiserad vård. Vi som föräldrar har fått råd om vad vi ska göra om hon blir i behov av akutvård. Så svaret på frågan blir kanske vilken vård?...

Oklar planering eller ojämn. Det som sägs följs ej upp, man säger en sak och sedan blir det något annat. Man känner sig förvirrad och otrygg. Avsaknad av en plan. Önskar kanske ett program som genomförs med vissa samtalsämnen/”steg” oavsett vad barnet säger (när barnet anser sig vara frisk när detta inte stämmer). Man känner sig inte förstådd som förälder.

Regionala skillnader

Samma jämförelse kring vårdgaranti, vårdplan och nöjdhet gjordes även för närstående. Data från de senaste två åren användes ($N = 417$) och svar "vet ej" togs bort. För att undersöka om det fanns skillnader mellan regionerna genomfördes χ^2 -test för oberoende. Resultaten presenteras i diagram 12. Det fanns en signifikant skillnad i vårdgaranti $\chi^2(3) = 21.72$, $p < 0.001$, där Skåne hade bäst uppfyllelse och Stockholm sämst. För vårdplan och nöjdhet var det inga signifikanta skillnader mellan regioner ($p = 0.86$ respektive $p = 0.19$).

Kvalitetsindikatorer efter region, av närstående

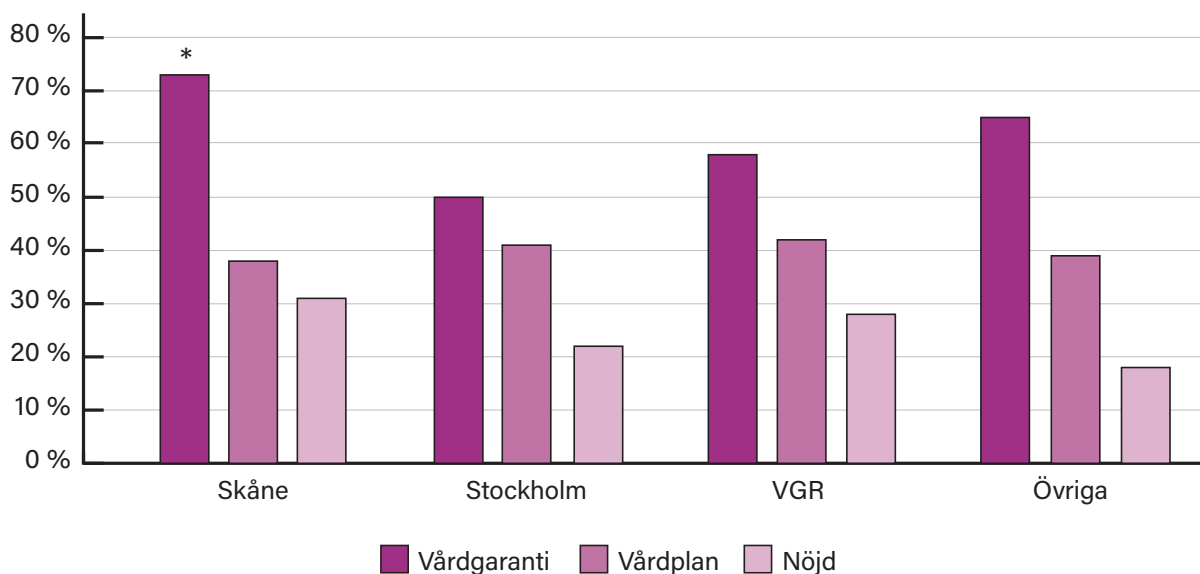


Diagram 12. Illustration per region för hur många närstående som svarade "ja" avseende vårdgaranti, vårdplan och nöjdhet senaste två åren. * = signifikant skillnad.

De närstående ombads sedan skatta de olika vård-enheterna utifrån kvaliteten i bemötandet och kunskapsnivån om ätstörningar. Likt både tidigare år och drabbades skattningar kom privat psykolog/terapeut samt den specialiserade ätstörningsvården i topp. Totalpoängen för privat psykolog/terapeut har dock försämrats under de fyra åren mätningarna gjorts, från 8,1 till 6,5 poäng. Den specialiserade heldygnsvården har också försämrats från 7,2 till 6,2 poäng. Däremot har den psykiatriska heldygnsvården för vuxna gått mot strömmen och förbättrat sin totalpoäng från 4,3

till 5,4. Även om vårdgivare bytt plats i ranking på listan är det relativt små skillnader i totalpoäng. Svarsalternativet webb-baserat självhjälpssystem hade fallit bort som svarsalternativ för kunskapsnivå, varför det alternativet inte är med i rankingen.

TABELL 5. NÄRSTÄENDES SKATTNING AV KUNSKAPSNIVÅ OCH BEMÖTANDE FÖR OLIKA VÅRDENHETER SENASTE ÅRET.

| Vårdenhet | Antal | Bemötande | Kunskapsnivå | Summa | Ranking 2026 (2025) |
|------------------|-------|-----------|--------------|-------|---------------------|
| Privat | 52 | 3,3 | 3,2 | 6,5 | 1 (1) |
| ÄS öppenvård | 124 | 3,1 | 3,2 | 6,3 | 2 (2) |
| ÄS heldygnsvård | 74 | 3,0 | 3,2 | 6,2 | 3 (4) |
| BUP heldygnsvård | 63 | 3,0 | 2,8 | 5,9 | 4 (6) |
| Elevhälsa | 97 | 3,1 | 2,7 | 5,8 | 5 (7) |
| BUP öppenvård | 87 | 3,0 | 2,8 | 5,8 | 5 (8) |
| Annan | 40 | 2,9 | 2,9 | 5,8 | 5 (9) |
| NHV | 50 | 2,8 | 2,9 | 5,7 | 8 (10) |
| Dietist | 69 | 2,8 | 2,8 | 5,6 | 9 (3) |
| BUMM | 59 | 3,0 | 2,5 | 5,6 | 9 (5) |
| VUX heldygnsvård | 53 | 2,8 | 2,6 | 5,4 | 11 (15) |
| UMO | 55 | 2,8 | 2,6 | 5,4 | 11 (12) |
| VUX öppenvård | 56 | 2,8 | 2,5 | 5,3 | 13 (14) |
| Primärvård | 93 | 2,8 | 2,3 | 5,1 | 14 (11) |
| Internet | 49 | 2,7 | - | - | - (13) |

BUMM = barn och ungdomsmedicinsk mottagning, BUP = barn- och ungdomspsykiatri, Internet = webb-baserat självhjälpssystem med/utan stöd, NHV = Nationell högspecialiserad vård, Privat = privat psykolog/terapeut, UMO = ungdomsmottagning, VUX = allmänpsykiatri. ÄS = specialiserad ätstörningsvård

Närstående ombads bedöma huruvida de var nöjda med resultatet av vården under året. 24 % var nöjda, 35 % delvis nöjda och 39 % inte nöjda. Det var en större andel missnöjda hos närstående till en drabbad vuxen, än till barn/ungdom (se diagram 13).

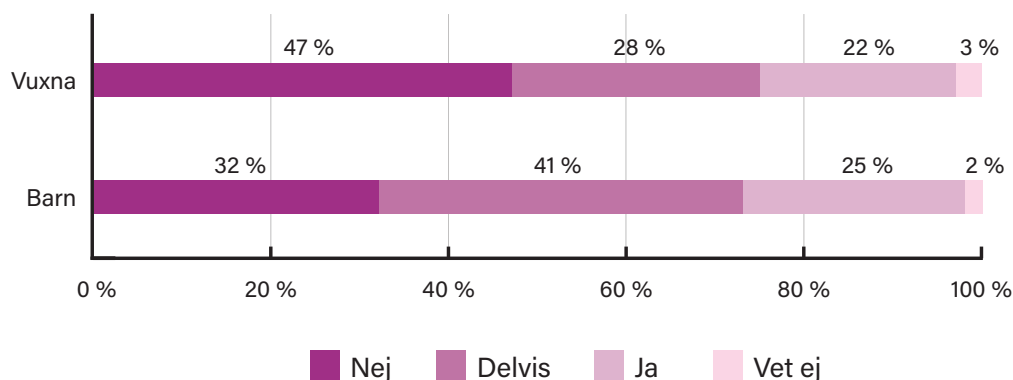


Diagram 13. Närståendes svar om de är nöjda med resultatet av vården under året, uppdelat på drabbade över respektive under 19 år.

Vårdens omfattning och innehåll

Frågan till närstående om behandlingens innehåll var mer svåranalyserad än samma fråga till drabbade. Närstående hade av förklarliga skäl mindre insyn, särskilt om den drabbade var vuxen. Vården till barn/ungdom tenderade också att vara mindre sammanhållen och strukturerad än den till vuxna med ätstörning. Endast svar från föräldrar till drabbad till och med 20 år inkluderades därför (den drabbade kunde antas bo hemma, 112 svar). Nästan var tredje drabbad hade heldygnsvårdats senaste året. Det var ovanligt att erbjudas dagvård som högsta vårdnivå (se diagram 14), däremot var det vanligt att de som heldygnsvårdats övergick till dagvård innan öppenvård.

HÖGSTA VÅRDNIVÅ SENASTE ÅRET

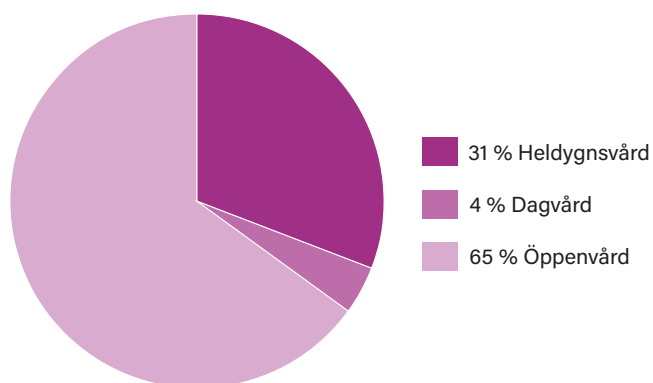


Diagram 14. Högsta vårdnivå för barn/ungdomar senaste året.

Av svaren kunde 71 % analyseras mer detaljerat. Den vanligaste insatsen i vården som nämndes var samtal (46 %), utan närmare specifikation om typ, omfattning eller vilka som inkluderades. Det näst vanligaste svaret var familjebaserad terapi (FBT) (24 %). Vid närmare granskning var svaret FBT ett paraplybegrepp som sade lite om kvalitet och innehåll i behandlingen. Det kunde enligt närstående innebära alltifrån omfattande och strukturerad manualbaserad behandling inkluderande stöd till närstående, till ett minimum av vårdinsatser. På tredje plats kommer dagvård/förstärkt öppenvård (13 %). Tio procent nämnde att de sökt privat terapi som komplement eller enda behandling.

När det gäller barn med anorexia är det familjebaserad behandling som rekommenderas. Jag anser att man då också behöver rusta föräldrarna mycket mer. Vi förväntas bedriva högspecialiserad psykiatrisk vård i hemmet, men ingen kan säga riktigt hur.

Känns som det enbart är en kamp om vågen och BMI. Ingen KBT eller annat, ingen fungerande dietistkontakt.

Närståendes erfarenheter av vården

I den första öppna frågan ombads de närstående att fritt dela erfarenheter av vården under det senaste året. Generellt gavs här omfattande svar. Många vittnade om att det tagit lång tid att alls få vård för den drabbade, att man bollats mellan olika instanser och att det varit en kamp att få gehör och erhålla vård. Vanligt var långa väntetider, då den drabbade kunde försämrats i sin sjukdom. Ibland så pass allvarligt att det slutade med akut inläggning för livshotande svälttillstånd. Några hade på grund av väntetiden sökt privat vård, fått tid omgående och sedan valt bort den offentliga vården. Man uttrycker att det varit kostsamt men värt det.

Det tog 10 månader att få rätt hjälp.... När vi väl kom till BUP möttes vi av en förvånad läkare som undrade hur barnavdelningen kunde skicka hem oss i det skick sonen var. "Ditt hjärta kan stanna" är ord som etsat sig fast. Äntligen fick vi hjälp. Medicin, sjukskrivning och tydliga riktlinjer. När vi väl kom till BUP har vården varit fantastisk och trygg.

Vår dotter insjuknade akut för fyra år sedan. Vi fick fin hjälp initialt men inte förrän det var akut fara för hennes liv hon blev tvångsinlagd, trots att vi sökte så fort vi insåg att hon var sjuk. Vi fick fin vård men för lite vård och för kort vård...

Väldigt mycket tjafs och övertalning för att kunna ens få vård. När vi väl blev inlagda är det mer förvaring än 'vård'. Det mesta läggs på föräldrarna. Saknar stöttning av expertis.

I andra fall var scenariot att man sökt vård men inte fått gehör för hur allvarlig problematiken varit och därför nekats vård, eller fått nöja sig med lättvindiga råd. Många beskriver också hur de valsat runt i vården, eftersom den drabbade inte har passat in i vårdens kriterier på grund av "fel" vikt, samsjuklighet eller för att man hunnit fylla 18. Det förekom också erfarenheter av att det gått fort och smidigt att få vård. Flera upplevde att när de väl fått vård hade det både varit en lättnad och inneburit bra och hjälpsam vård.

Min person har fått frivillig inläggning och kontakt med dietist samt nära kontakt med psykolog som har varit mycket viktig och uppskattad av min närstående.

” Kvalitet beror mer på
behandlaren som person
än kunskap inom teamet.

... Min dotter är ung vuxen, fyller 23 år i år. Därav har jag egentligen inte haft jättemycket kontakt med vården. Men de gånger jag har varit med så har jag bemötts mycket väl som förälder. Jag blev lyssnad på på ett respektfullt sätt. Även min dotter bemötte dom väldigt respektfullt. Man utgick ifrån en tydlig struktur med 40 träffar och vedertaget upplägg. Men utifrån det så anpassade man det efter min dotters ”rytm”: vad hon var mottaglig för och var hon befann sig i sin sjukdom. Vilket har lett till att hon idag är friskskriven efter att ha inlett tre tidigare behandlingar (heldygnsvård och privatpsykiolog) som hon själv avslutade innan friskskrivning.

På BUP har vi fått ett väldigt fint bemötande, även på öppenvården på ätstörningsenheten har det fungerat bra.

Gick snabbt till bedömning på ätstörningsklinik efter remiss från vårdcentral.

Vad gäller innehållet i vården har den främst fokuserat på viktåterhämtning och matintag, medan det psykiska måendet inte har fått adekvat uppmärksamhet. Det beskrivs också att kvaliteten varit personberoende; det har varit enskilda personers bemötande som gjort att det fungerat. Flera beskriver allvarliga tillkortakommanden; det saknats kompetens, struktur, plan och helhetssyn, samt att man ges felaktig eller dubbeltydig information. Vården upplevs sällan individanpassad eller flexibel. Flera respondenter vittnar om ett respektlöst bemötande.

Bup öppenvårds kvalitet beror mer på behandlaren som person än kunskap inom teamet.

... Vården ser bara den drabbade som en siffra på en våg och ett BMI. Lyssnar dåligt till vad den drabbade vet fungerar som behandling och bemötande!

... På ätstörningsenhetens öppenvård har vi en barnmorska som behandlare. Ger noll! Hon har inte tagit ett blodtryck el längd på 2 månader (fas 1 i behandlingen). Vi fick inte träffa en läkare på 2 månader. Behandlaren kan inte

” Ett barn på 10 år i svält
som får så här dålig hjälp!

presentera en vårdplan, trots att vi frågat två gånger. Så mycket har varit fullständig katastrof!!! Ett barn på 10 år i svält som får så här dålig hjälp!

Många närstående beskriver att det saknats stöd riktat till dem själva, samt att informationen och vägledningen kring hur de kan hjälpa den drabbade har varit otillräcklig. Bland närstående till personer under 18 år upplevs att ett stort ansvar för behandlingen läggs på föräldrarna hemmavid, utan att man förses med tillräckligt stöd, kunskap och resurser. Närstående till vuxna personer uppger att de ofta saknar insyn i vården och upplever sig stå ensamma i att försöka stödja den drabbade. Flera beskriver även svårigheter att få den drabbade att erhålla rätt vård när personen själv saknar ork eller förmåga att söka hjälp.

... Jag upplever att jag ensam fått driva den familjebaserade terapin. Jag har läst allt jag kommit åt. Gått på föreläsningar och tagit lån för att köpa hjälp av specialiserad terapeut...

Insatser till närstående: erhållna, önskade och hjälpsamma

De närstående tillfrågades om de hade fått någon insats från vården för egen del. Först återges analysen av stöd till föräldrar, sedan till övriga närstående. Av de svarande var 81 närstående till barn/ungdom och 45 närstående till en vuxen. Hos närstående till barn/ungdom hade 61 % fått någon form av insats. Motsvarande siffra för närstående till en vuxen var 42 %. Nära hälften av alla föräldrar, 46 %, hade sökt stöd av Frisk & Fri, exempelvis via Närståendelinjen, informationsträffar eller närståendegrupper. Närstående vittnade om att insatser till dem själva ofta helt saknades eller upplevdes otillräckliga, trots att många uttryckt behov av stöd, både för sitt eget mående och för att orka vara delaktiga i den drabbades behandling. Många uttryckte att man var väldigt vilsen och inte visste hur man skulle klara av att stötta den drabbade samtidigt som ett stort ansvar för vården lades på den närstående.

Samtal ca en halvtimme per vecka. Guld värt!

Föräldrträffar med andra närstående i samma situation. Väldigt givande och skönt att få prata med andra som förstår vad man går igenom och som själv går igenom liknande. Vi lär oss om sjukdomen ihop med vår dotter när vi träffar psykologen.

Jag har fått egna kuratorstider och ska även få delta i närstående-grupp nu under hösten...

Den vanligaste insatsen som erbjudits var samtal, men dessa varierade stort i omfattning och innehåll. Ofta handlade det om samtal med kurator eller behandlare, ibland med den drabbade närvarande och ibland enskilt. Vissa beskrev att de endast haft ett samtal, andra att de haft flera. En del hade även haft kontakt

med psykolog kopplad till enheten eller sökt psykologstöd via vårdcentralen. Bland de som var närstående till barn förekom även stöd i form av sjukskrivning, medicinering eller VAB-intyg, vilket i vissa fall var den enda insats de fått.

Även familjesamtalen varierade i form och omfattning – från enstaka samtal med kurator till mer regelrätt familjeterapi. Detsamma gällde dem som fått möjlighet att träffa andra anhöriga. Pedagogiska insatser kunde bestå av informationsträffar, föräldrakurser eller webbkurser. Några få (9 föräldrar) nämnde mer än en insats. Det kunde handla om att man fått både kuratorsamtal och deltagit i en anhöriggrupp, eller gått en webbkurs samt haft familjesamtal.

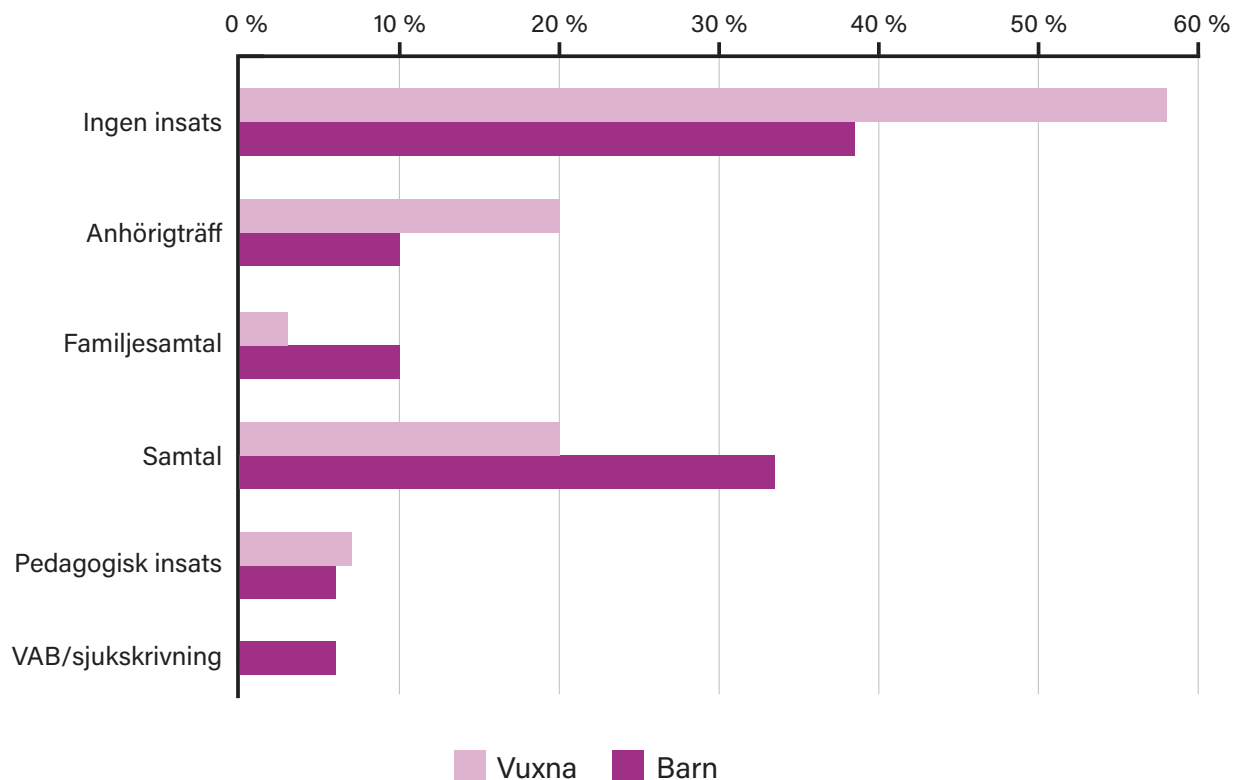


Diagram 15. Insatser som givits till föräldrar uppdelat efter ålder på den drabbade.

Alldeles för lite. Har varit med på samtal, men inga verktyg kring vad jag ska göra när panik över att behöva äta leder till våldsamma panikattacker.

Vi är med på familjesamtalen men vi föräldrar eller syskon har inte erbjudits något stöd. Vi uppmanas att läsa på information via Frisk och fri och behöver man stöttning får vi själva söka hjälp via primärvården.

...Egentligen ingen insats, men både på BUP och på öppenvården har jag haft möjlighet att prata med behandlare utan barnet, dock bara en stund i slutet av besöket.

Vi föräldrar har inte erbjudits någon hjälp eller något stöd alls. Inte någon gång under vårdtiden som nu är uppe i tre år.

Kaffe! När man kommer in efter ett självmordsförsök erbjuder de kaffe. Hade gärna sett att de frågat hur jag mår i stället. Under 6 mån inom heldygnsvård fick vi 2 (!) samtal med kurator...

Jag gick en kurs för föräldrar via habiliteringen, Navigator Act, som har hjälpt mig väldigt mycket. Jag hade nog kraschat själv utan den.

Inga. Min dotter är myndig, vet inte om det beror på det.

På frågan vilka insatser de hade önskat få framkom ett tydligt mönster: man önskade både stöd för egen del och insatser riktade till den drabbade. Detta gällde oavsett om man var närstående till ett barn eller till

en vuxen. Även andra närstående än föräldrar uttryckte önskemål om stöd för egen del.

Högst på önskelistan låg en bättre fungerande vård för den drabbade, se diagram 16. De önskade att den drabbade skulle få adekvat hjälp inom rimligare tid. Flera betonade att om den drabbade hade fått rätt stöd i tid, hade deras egen situation blivit lättare att hantera. Det önskades vidare mer sammanhållen vård med en vårdplan och en helhetssyn, där ansvaret låg på vården (snarare än på föräldrarna). Slutligen önskades bättre kommunikation och tillräcklig kompetens hos personalen.

Vårdplan för behandling med tydliga datum, kallelse till regelbundna vägningar av mitt barn i väntan på behandling.

Hjälp till den drabbade, till oss föräldrar och syskon.

Högst på önskelistan av insatser riktade direkt till den närstående låg enskilda samtal (41 %), med till exempel psykolog eller den drabbades behandlare. Pedagogiska insatser (23 %) i form av utbildning, information eller praktiska råd var också ett vanligt önskemål, då många upplevde att det var oerhört svårt att genomföra eller bidra till behandling utan tillräcklig kunskap. Flera uttryckte också önskemål om familjesamtal (7 %) eller familjeterapi samt samtal som föräldrar eller par. Många efterfrågade även möjlighet att möta andra anhöriga, exempelvis i anhörigrupp (10 %) ledd av professionella inom specialiserad ätstörningsvård.

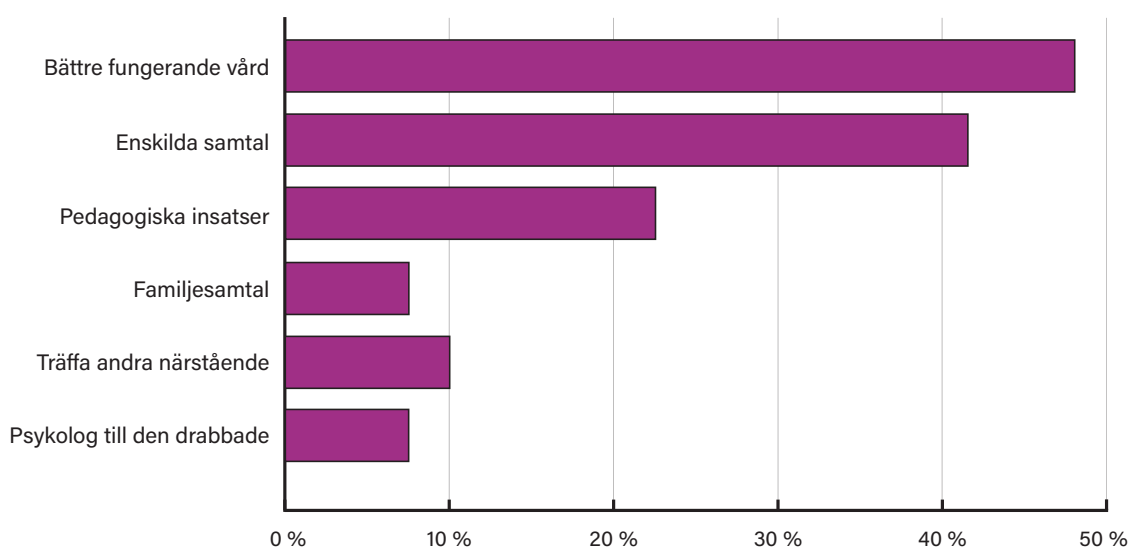


Diagram 16. Önskade insatser av vården enligt närstående.

” Jag hade önskat att jag som närstående fick erbjudande att prata med någon som har kunskap om det här. Regelbundet.

Jag hade egentligen bara önskat att jag som anhörig fick involveras mer i vården. Att jag fick vara med på möten och i planeringen, och att jag kanske fick erbjudas egna samtal kring min systers vård som en del av hennes vård, inte som någon separat insats jag själv behöver ansöka om...

Jag hade önskat att jag som närstående fick erbjudande att prata med någon som har kunskap om det här. Regelbundet. Skulle även kännas skönt att träffa andra föräldrar som går igenom samma. Jag har även sökt mentor från frisk och fri men fick ingen.

Mer information och stöd till bara oss närstående själva, så att vi kan fråga frågor och prata om saker vi inte vill göra när den drabbade är med.

Remiss till samtalsstöd för oss föräldrar. Man går sönder av oro när ens barn är sjukt och eftersom det pågår så länge påverkar detta hela ens familj och ens parrelation. Vi har själva sökt familjerådgivning för att laga och hitta energi trots barnets sjukdom.

På frågan ”Vad har varit hjälpsamt för dig?” framkom att drygt en fjärdedel (27 %) upplevde vården till den drabbade som mest betydelsefull. Att den drabbade fått hjälp, att vården tagit hänsyn till helheten och att insatserna anpassats efter individens behov. Samtal man själv haft med behandlare var hjälpsamt (14 %) liksom utbyte med andra närstående (10 %). Sjukskrivning för egen del var viktigt för några (5 %). Ett flertal räknade upp faktorer utanför vården, som stöd via Frisk & Fri (14 %), samtal med familj och vänner (8 %) eller information om ätstörning man själv sökt upp (7 %). En påtaglig andel (15 %) upplevde att inget varit till hjälp.

Att det går att snabbt få kontakt med sjukvården. Att få regelbundet planerade möten. Kunskap om sjukdomen och hur vi som föräldrar kan hjälpa.

Att få ha en egen kontakt som är specialist på ÄS.

” Jag är med i en stödgrupp via Frisk & Fri och det är min räddning, de är de enda jag kan prata med som förstår och stöttar.

Samtal med kurator och praktiska tips i att hantera dotterns ångest och tips kring att hantera olika läsningar som kan uppstå...

I nuläget nöjd: Jag har fått tillfälle till telefonkontakt med behandlaren några gånger för att prata taktik, ”prata av mig” och få allmän stöttning. Detta är helt nytt!

Jag är med i en stödgrupp via Frisk & Fri och det är min räddning, de är de enda jag kan prata med som förstår och stöttar.

Få prata med någon som själv haft en anhörig som varit sjuk och som har kunnat förstå mina känslor...

Att sonen och vi tillsammans får prata med en oberoende person. Att vi får höra att han inte är bortskämd t ex som vi kan få höra av släktingar (av okunskap), utan att det är en diagnos. Att vi inte är ensamma med det här. Vi får VAB-intyg vilket hjälpt oss mycket.

Att läsa och sätta mig in genom böcker och poddar och föräldragrupper.

Samtal med vänner och nätverk utanför vården. Jag upplever en enorm belastning och stress att ha ett svårt sjukt barn och samtidigt behöva hantera och förhålla mig till vårdens brister.

För de närstående som inte var föräldrar (17 svarande) uppgav tre personer att de fått någon form av stöd av vården, till exempel kuratorskontakt. Vad de önskade var främst bättre vård till den drabbade men även mer information, stöd, delaktighet och bättre bemötande för egen del.

DISKUSSION

Denna rapport har undersökt drabbades och närståendes upplevelse av vård för ätstörning i Sverige 2024–2025. De flesta drabbade som deltog var vuxna ($M = 31$ år) och vanligaste diagnos var anorexi (53 %), följt av ospecificerad ätstörning (15 %). Tvångsmässig träning rapporterades av 65 %, medan psykiatrisk samsjuklighet rapporterades av 61 %. Depression och/eller ångestproblematik var vanligast följt av en autismspektrumdiagnos. Hälften hade varit sjuka i tio år eller mer. Nästan alla fick behandling i hemregionen och den vanligaste vårdformen var specialiserad ätstörningsbehandling i öppenvård (43 %), där KBT/KBT-E var den vanligaste behandlingsmetoden. Drygt hälften hade fått behandling inom vårdgarantin och 40 % hade en vårdplan. En av fem var nöjd med behandlingsresultatet. Viktigt för tillfrisknande var enligt drabbade en vård av tillräckligt hög intensitet, strukturerad med tydliga rutiner och professionella som arbetade i team, där adekvat hänsyn till samsjuklighet och individuella behov togs. Värdet av samtal, gott bemötande och hög expertis i vården betonades genomgående.

De flesta närstående som deltog var mödrar till en drabbad under 18 år. Vårdgarantin uppfylldes för 73 % och 44 % hade en vårdplan. Var fjärde närstående var nöjd med behandlingsresultatet. Bland närstående till barn/ungdom hade 61 % fått eget stöd, närstående till vuxen 42 %. Vad de främst önskade var bättre fungerande vård för den drabbades del, därefter samtal för egen del. Bemötandet i vården och kunskapsnivån om ätstörningar var enligt både drabbade och närstående bäst hos den specialiserade öppenvården för ätstörning samt hos privatpraktiserande psykolog/terapeut.

Tema regionala skillnader. Årets ena tema var regionala skillnader, där det fanns signifikanta skillnader både i vårdgaranti och vårdplan. De tre storstadsregionerna var enligt drabbade bättre på att upprätta en vårdplan än övriga regioner medan Skåne enligt närstående var bäst på att följa vårdgarantin. Både BUP öppenvård samt den specialiserade öppenvården i Skåne var bra på att uppfylla vårdgarantin. Det var dock ingen signifikant skillnad i nöjdhet mellan regioner. En annan faktor verkade här desto viktigare: Drabbade som fått specialiserad ätstörningsvård i öppenvårdsform (ej inräknat NHV) var klart mer nöjda än de som fått vård i allmänpsykiatri (28 % respektive 13 % nöjda). Detta speglades också väl av skillnaderna i kvaliteten på bemötande och

expertkunskap dem emellan. Den vuxenpsykiatriska heldygnsvården har successivt fått högre poäng genom åren samt färre rapporter om vårdskada (det senare ej redovisat i resultatet). Här verkar ett förbättringsarbete ha gjorts som gett resultat och som förhoppningsvis fortsätter åt rätt håll. Skillnader i kvalitetsindikatorerna visar att det finns gott om förbättringspotential hos både regioner och olika vårdgivare.

Tema tvångsmässig träning. Två tredjedelar angav att de tränar tvångsmässigt i någon utsträckning. Forskning har funnit att tvångsmässig träning förekommer oavsett ätstörningsdiagnos och ofta försummas i kliniska skattningsinstrument och behandling, trots ett samband med sämre utfall och högre risk för återfall (Monell et al., 2018). De nationella riktlinjerna tar inte tvångsmässig träning i beaktande, vilket skulle vara välbehövligt vid framtida revidering (Socialstyrelsen, 2024). Däremot har SBU nyligen undersökt kunskapsläget avseende ortorexia nervosa (SBU, 2026), en problematik som i Sverige länge betraktats som liktydigt med en ätstörning präglad av tvångsmässig träning. SBU konstaterar att tvångsmässig träning, (eller överdriven träning och träningsberoende) inte är inkluderat i begreppet. Det saknas också enhetliga kriterier för utredning av ortorexia nervosa, som inte heller erhållit status som en psykiatrisk diagnos. Vissa av de beteenden som ingår överlappar dessutom i hög grad med tvångssyndrom och anorexia nervosa.

Relationen mellan tvångsmässig träning och ätstörningar kan förstås som ömsesidigt förstärkande: störda ätmönster kan driva individer till ökad träningsfrekvens, samtidigt som träningen (och dess belöningar, till exempel minskad vikt, ångest eller ökad känsla av kontroll) kan stärka ätstörningsbeteenden (Alcaraz-Ibáñez et al., 2020). Ett viktigt nästa steg vore att vid bedömning alltid fråga patienten om rörelse- och träningsvanor samt bedöma dess tvångsmässighet. Sedan inkludera åtgärder i vårdplanen och utvärdera resultatet.

Vid behandling av tvångsmässig träning finns två tänkbara spår. Det ena spåret är att rikta specifika interventioner mot fenomenet, som en metod som utprovas i Sverige just nu gör (LEAP; Monell et al., 2021). Det andra spåret är att anamma en bredare ansats, då både ätstörning och tvångsmässig träning är associerat med

svårigheter med emotionsreglering (Monell, Clinton & Birgegård, 2018). Svårigheter med emotionsreglering är i sin tur associerat med både tvångsmässiga och impulsiva beteenden; båda vanligt förekommande bland patienter med ätstörning. Till exempel är restriktivt ätande, hetsätning, kräkning och även drog/alkoholmissbruk associerat med både tvångsmässighet och impulsivitet (Forsén Mantilla et al., 2022). Behandlingar med fokus på bättre förmåga till emotionsreglering skulle alltså kunna medföra effekter mot flera olika problemområden samtidigt, som dessutom hos den enskilde patienten ofta överlappar (Levallius et al., 2022).

Hjälpsamt och önskvärt: Tre faktorer var enligt drabbade viktiga för god vård: Vårdens organisation, samtalens kvalitet och gott bemötande. Värden av intensiva behandlingsinsatser (som heldygnsvård och dagvård) lyftes fram (oftast av dem med anorexi) liksom en önskan att öppenvårdens terapismöten skedde mer frekvent (varje vecka) och under längre tid. Teamarbete önskades, samt en tydlig struktur och rutiner för behandling, och individanpassning vid behov. I temat *samtal* lyftes vikten av expertis inom ätstörningar, att både ge stöd och utmana, ge konkret stöd med struktur och rutiner, liksom att gå på djupet för ökad självinsikt. Viktigt var tid, för att förändringen skulle bli varaktig. Temat *bemötande* lyfte vikten av att vårdpersonal varit trygga, stödande, förstående, engagerade och vågat ställa krav. Patienters bild av vad som utgör god vård överensstämde otroligt väl med vad experter inom fältet i Norden anser (Ejdemyr et al., 2025).

Högst på önskelistan hos både drabbade och närstående var högre kvalitet på den vård som gavs. Det kunde handla om att få tillgång till specialiserad vård eller om högre kompetens inom den specialiserade vården. De önskade större kunskap och kompetens om ätstörningar, om samsjuklighet och om tvångsmässig träning. De önskade också mer individanpassning. De nationella riktlinjerna stipulerar också att det behövs fler med specialistkompetens, större grad av individanpassning, samt parallell behandling för samsjuklighet (Socialstyrelsen, 2024). Hälften av deltagarna i undersökningen hade varit sjuka i mer än tio år. Riktlinjerna rekommenderar att de med långvariga ätstörningar, som inte svarat på tidigare behandling, ska få ökat stöd samt erbjudas alternativ behandling. I praktiken verkar vården tendera att dra motsatt slutsats, patienten får minskat fokus eller anses ”färdigbehandlad”.

Nummer två på önskelistan för både drabbade och närstående var samtal. 64 % av drabbade i öppenvården och 61 % av föräldrar till barn/ungdom fick samtal i någon form. Båda siffrorna borde rimligen vara närmare 100 %. Missnöjet med vården avseende väntetid, innehåll och kvalitet bidrog troligen till att var åttonde drabbad och var tionde närstående betalade för privat psykoterapi. En fjärdedel av drabbade och hälften av de närstående hade också fått stöd av Frisk & Fri, siffror som troligen är något förhöjda, då enkäten skickats till medlemmar i Frisk & Fri. Man kan ändå ställa sig frågan om det är rimligt att privat vård och volontärorganisationer ger så omfattande stöd, när ätstörning är en psykiatrisk diagnos som den offentliga vården har i uppdrag att behandla.

Närstående: Förra rapporten konstaterade att föräldrar till drabbade många gånger står för huvuddelen av behandlingen utan erforderlig utbildning och stöd, samtidigt som de upplever hög psykisk belastning för egen del (Levallius, 2025). Oavsett typ och omfattning av det stöd vården erbjöd upplevde majoriteten insatsen som otillräcklig både för den drabbade och den närstående. Eget stöd fick de ofta söka utanför vården. Med tanke på belastningen för närstående vid svårare ätstörningar och att 50 % av alla vårddygn på BUP gäller behandling för ätstörning (Socialstyrelsen, 2025) är det i högsta grad motiverat att vården ger stöd och utbildning till närstående. De nationella riktlinjerna behöver revideras framöver från ”*överbäg att ge råd och stöd*” (Socialstyrelsen 2024, s. 34) till *erbjud* utbildning, råd och stöd till närstående.

För barn och ungdomar med ätstörning rekommenderar de nationella riktlinjerna familjebaserad terapi (FBT) som förstahandsval (Lock & Le Grange, 2013; Socialstyrelsen, 2024). Det är en manualbaserad behandling med tydlig struktur och process där hela familjen engageras. Enligt manualen får föräldrarna ett mycket aktivt och strukturerat stöd, eftersom de ses som den viktigaste resursen i barnets tillfrisknande. Stödet ska vara både praktiskt, emotionellt och psykoedukativt. FBT består av tre faser. Fas 1 innebär viktstabilisering/återhämtning samt normalisering av ätande där föräldrar har ansvar för måltiderna. I fas 2 tar ungdomen gradvis tillbaka ansvaret för normalt ätande. I fas 3 är psykologiska och sociala faktorer i fokus: Att förbättra relationer, stötta identitetsutveckling och öka den psykiska hälsan. Denna behandling för barn och ungdomar har bäst evidens i nuläget.

Endast 25 % av de som erhållit FBT var nöjda med resultatet. Vidare önskade hälften av de närstående som fått FBT stödsamtal för egen del. Flera uttryckte även behov av psykoedukation tidigt i processen och konkreta råd i hur de kan stötta sitt barn. Denna diskrepans mellan manualens helhetstänk och närståendes rapporter tolkades som att metoden inte tillämpades till fullo. Samtliga regioner där FBT omnämns kontaktades därför av Frisk & Fri inför rapportens slutförande. Regionerna svarade unisont att de implementerat ovanstående behandlingsmodell enligt manual.

NPF: Bland svarande var det hög förekomst av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Förekomsten av ADHD (inklusive undergruppen ADD) var 18 % och autismspektrumdiagnos 12 %, vilket är högre än tidigare år och betydligt högre än i normalbefolkningen (Inal-Kaleli et al., 2025; Socialstyrelsen 2024b). Flera av de med autism uttryckte också att vården inte tillräckligt anpassats till deras behov och förmågor, vilket kan förklara att gruppen visar sämre utfall (Boltri & Sapuppo, 2021). I framtida rapporter, när dataunderlaget är tillräckligt stort, kommer det undersökas om patientfaktorer som samsjuklighet förklarar varians i kvalitetsindikatorerna för vården.

Felkällor och begränsningar: Hur representativt var underlaget för denna rapport? Jämfört med kvalitetsregistret Riksät under motsvarande tidsperiod (cirka 3000 patienter) hade denna undersökning en större andel som heldygnsvårdats (19 % och 31 % mot cirka 10 %) och som hade anorexi (53 % mot drygt 30 %). Ingen definition av tvångsmässig träning gavs i årets enkät till drabbade, dess omfattning skattades inte heller, svaren får därför tolkas med försiktighet. Respondenter ombads att svara i förhållande till vården senaste året. Det förekom dock att man skattade längre bak i tiden än så. När det varit möjligt, har inaktuella skattningar rensats bort (gällde BUMM, BUP, Elevhälsa och UMO). Fler än vad som är rimligt har också skattat webb-baserad behandling, möjligen har det förväxlats med behandling digitalt, vilket blivit vanligare efter pandemin. För de som varit inskrivna i psykiatri i många år var det svårt att svara på om vårdgarantin uppfyllts. I resultaten har jämförelser gjorts som inte signifikantstestats, de är därför inte statistiskt bekräftade och bör tolkas med försiktighet.

Slutsatser: Denna vårdrapport har funnit skillnader i vårdens kvalitet mellan regioner i Sverige, det finns alltså förbättringspotential. Regionerna bör arbeta för att uppfylla vårdgarantin för alla samt upprätta en vårdplan till alla i behandling för ätstörning. Erbjud också samtliga patienter samtal i någon form, oavsett vårdnivå. Bedöm och behandla även tvångsmässig träning vid ätstörning. Erbjud närstående som önskar det stödsamtal, psykoedukation och möjligheter att träffa andra i liknande situation.

REFERENSER

Alcaraz-Ibáñez, M. , Paterna, A. , Sicilia, Á. , & Griffiths, M. D. (2020). Morbid exercise behaviour and eating disorders: A meta-analysis. *Journal of behavioral addictions*, 9(2), 206–224. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00027>

American Psychiatric Association. (2013). Feeding and eating disorders. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th ed.).

Boltri, M. , & Sapuppo, W. (2021). Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. *Psychiatry Res.* Dec;306:114271. doi: 10.1016/j.psychres.2021.114271.

Cook, B. J. , Hausenblas, H. A. , & Freimuth, M. (2014). Exercise addiction and compulsive exercising: Relationship to eating disorders, substance use disorders, and addictive disorders. In Brewerton T. & Baker Dennis A. (Eds.), *Eating disorders, addictions and substance use disorders: Research, clinical and treatment perspectives* (pp. 127–144). Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 10.1007/978-3-642-45378-6.

Forsén Mantilla, E. , Clinton, D. , Monell, E. , Levallius, J. , & Birgegård, A. (2022). Impulsivity and compulsivity as parallel mediators of emotion dysregulation in eating-related addictive-like behaviors, alcohol use, and compulsive exercise. *Brain and Behavior*, 12(1), e2458. <https://doi.org/10.1002/brb3.2458>

Ejdemyr, I. , Isomaa, R. , Gulliksen, K.S. Reas, D.L. , & Levallius, J. (2025). Experts' wisdom: challenges, rewards, key clinician characteristics, and advice in eating disorder treatment. *J Eating Disorders* 13, 239 (2025). <https://doi.org/10.1186/s40337-025-01438-0>

Erlingsson, C. & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>

Hallward, L. , Di Marino, A. , & Duncan, L. R. (2022). A systematic review of treatment approaches for compulsive exercise among individuals with eating disorders. *Eating Disorders*, 30(4), 411–436. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1895509>

Hibbs, R. , Rhind, C. , Leppanen, J. & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis: Interventions for Caregivers of Someone with an ED. *The International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>

Inal-Kaleli, I. , Dogan, N. , Kose, S. , & Bora, E. (2025). Investigating the Presence of Autistic Traits and Prevalence of Autism Spectrum Disorder Symptoms in Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Eating Disorders*, 58(1), 66–90. <https://doi.org/10.1002/eat.24307>

Levallius, J. , Collin, C. , & Birgegård, A. (2017). Now you see it, Now you don't: compulsive exercise in adolescents with an eating disorder. *Journal of Eating Disorders*, 5, 9. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0129-8>

Levallius, J. , Monell, E. , Birgegård, A. , Clinton, D. , & Forsén Mantilla, E. (2022). Binge Eating and Addictive-Like Behaviours in Males and Females. *Psychological Reports*, 125(1), 148–166. <https://doi.org/10.1177/0033294120971750>

Levallius, J. (2025). Vårdrapporten 2025: Drabbade och närståendes upplevelse av vård för ätstörning. Tema: Behandling & närstående. Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar. <https://www.friskfri.se/opinion/vardrapporten/>

Lock, J. & Le Grange, D. (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa: A Family-Based Approach (2nd ed.)*. Guilford Press.

Monell, E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). Emotion dysregulation and eating disorders—Associations with diagnostic presentation and key symptoms. *The International journal of eating disorders*, 51(8), 921–930. <https://doi.org/10.1002/eat.22925>

Monell, E., Levallius, J., Mantilla, E. F., & Birgegård, A. (2018). Running on empty – A nationwide large-scale examination of compulsive exercise in eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 6(11), 1–10. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40337-018-0197-z>

Monell, E., Meyer, C., Szwajda, A., & Forsén Mantilla, E. (2021). Taking the LEAP: study protocol for a randomized, multicentre, naturalistic, efficacy trial of the compulsive Exercise Activity therapy (LEAP) – a cognitive behavioral program specifically targeting compulsive exercise in patients with eating disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03356-2>

Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., Bamford, B., Boughton, N., Connan, F., Goss, K., Lazlo, B., Morgan, J., Moore, K., Robertson, D., Schreiber-Kounine, C., Sharma, S., Whitehead, L., Beecham, J., Schmidt, U. & Treasure, J. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *The International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 346–354. <https://doi.org/10.1002/eat.22068>

SBU (2026). Kunskapsläget avseende ortorexia nervosa. Rapport 410/2026.

<https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/kunskapslaget-avseende-ortorexia-nervosa/>

Schaumberg, K., Jangmo, A., Thornton, L. M., Birgegård, A., Almqvist, C., Norring, C., Larsson, H., & Bulik, C. M. (2019). Patterns of diagnostic transition in eating disorders: a longitudinal population study in Sweden. *Psychological Medicine*, 49(5), 819–827. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001472>

Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>

Simón, E. T., Monell, E., Lindstedt, K., Wiberg, A. C., & Mantilla, E. F. (2024). "To exercise sustainably" – Patients' experiences of compulsive exercise in eating disorders and the Compulsive Exercise Activity Therapy (LEAP) as a treatment: a qualitative interview study. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 151. <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01115-8>

Socialstyrelsen, (2020). Beslut om nationell högspecialiserad vård – viss vård vid svårbehandlade ätstörningar. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationell-hogspecialiserad-varld/oversikt/svarbehandlade-atstorningar/>

Socialstyrelsen, (2024). Nationella riktlinjer 2024 – Vård och stöd vid ätstörningar – Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Artikelnummer: 2024-12-9352 | Publicerad: 2024-12-04

Socialstyrelsen, (2024b). Autism – Förekomst och samsjuklighet. Artikelnummer: 2024-11-9353 | Publicerad: 2024-12-02

Socialstyrelsen, (2025). Psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård: diagnosvariation i olika åldersgrupper och förändringar i övergång mellan BUP och VUP. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/4879083c7221458b84fbbc4602b61490/2025-4-9500.pdf>



FINANSIERING

Denna rapport har finansierats med medel från Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten.

Om rapportförfattaren. Johanna Levallius är leg psykolog och medicine doktor. Hon har arbetat med ätstörningar i 15 år och behandlat över 200 patienter; först på Stockholms centrum för ätstörningar, sedan i privat regi. Hon disputerade 2018 med en avhandling med titeln: Personlighet och ätstörning, vid Karolinska Institutet. Hon forskar nu vid Umeå Universitet och har publicerat ett flertal vetenskapliga publikationer, två manualer för stöd till drabbade och närstående, samt ett kapitel i antologin *Att förstå och bemöta ätstörningar* (Clinton & Isomaa, 2022). Hon leder volontärer och anställda i Frisk & Fri.



Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar

Inedalsgatan 5, 112 32 Stockholm

info@friskfri.se | www.friskfri.se

Org.nr: 802012-8925 | Pg 90 00 87-8 | Bg 900 - 0878