

# Genomlysning av vårdområdet svårbehandlade ätstörningar som nationell högspecialiserad vård

Sakkunniggruppens underlag  
Remissversion

## Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för svårbehandlade ätstörningar vårdområdet och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många ställen vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén  
Avdelningschef

## Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

# Innehåll

Förord .....	2
Sakkunniggruppens uppdrag .....	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Förslag till definition av nationell högspecialiserad vård .....	7
Avgränsningar .....	8
Bakgrund .....	10
Framåtblick .....	15
Förslag till särskilda villkor .....	19
Konsekvenser av rekommendationen .....	22
Uppföljning och utvärdering .....	26
Referenser .....	28
Deltagare i sakkunniggrupp .....	29
Om nationell högspecialiserad vård .....	30

## Ordlista

AN	Anorexia Nervosa
ARFID	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång)
Beprovad erfarenhet	Där det råder konsensus bland experter och yrkesverksamma kring en viss åtgärd. Åtgärden ska vara provad, dokumenterad och genererad under en längre tidsperiod och av många.
BN	Bulimia Nervosa
EKG	Elektrokardiografi
FBT	Familjebaserad terapi
KBT	Kognitiv beteendeterapi
LVM	Lagen om vård av missbrukare
LPT	Lagen om psykiatrisk tvångsvård
MBT	Mentaliseringsbaserad terapi
NHV	Nationell högspecialiserad vård
Nationella vårdenheter	Nationell högspecialiserad vårdenhet

## Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet svårbehandlade ätstörningar att vård av patienter med svårbehandlad allvarlig ätstörning, enligt beskrivningen under rubriken Förslag till definition, ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Denna vård ska bedrivas vid fem nationella vårdenheter. Tre av dessa vårdenheter ska ansvara för både vuxna, barn och unga. Två av enheterna ska ansvara för enbart vuxna med detta tillstånd.

Detta bedöms vara vård av komplex och sällan förekommande art som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens. Vården är komplex eftersom det exempelvis ofta krävs ett samarbete över flera vårdnivåer och olika aktörer (öppenvård, specialistvård, kommun etc.). Vården är multidisciplinär då bland annat specialistkompetens inom både psykiatri och somatik krävs. Runt patienten krävs en hög personaltäthet med bland annat psykologer, läkare, terapeuter, dietister och specialiserade sjuksköterskor. Det krävs särskild utrustning och lokaler anpassade efter patientens behov. Exempelvis krävs enkelrum med god värme. Upprätthållande och utveckling av kunskap inom de nationella vårdenheterna krävs då personalen ska ha fördjupad kompetens inom en bred repertoar av behandlingsmetoder för att kunna individualisera behandlingen.

Behovet av fem enheter avser framförallt möjligheterna att erbjuda god vård samt att kunna möjliggöra en god tillgänglighet. Antalet vårdenheter motiveras av de relativt höga vårdvolymerna (ca 200 patienter/år, varav ca 80 barn) som ska fördelas på ca tio vårdplatser/enhet för vuxna samt ca fem vårdplatser/enhet för barn. För att de nationella vårdenheterna ska kunna erbjuda kvalitativ och patientsäker vård och samtidigt kunna upprätthålla adekvata jourlinjer bedömer sakkunniggruppen att antalet enheter och vårdplatser/enhet inte ska vara färre.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva. Sakkunniggruppen bedömer att den intensiva behandlingen samt den särskilda kompetensen hos personalen vid en nationell vårdenhet kan ge större möjligheter till patientens tillfrisknande och även ge ökade möjligheter till kunskapsöverföring till remitterande regioner.

Sakkunniggruppen bedömer att påverkan på akutsjukvården inom detta område är liten. Dock kan det innebära en något högre belastning på både somatisk akutmottagning samt konsultverksamheten från psykiatrisk akutmottagning vid de nationella vårdenheterna. De nationella vårdenheterna kommer att kunna hantera svårare fall (somatiskt instabila) i större utsträckning än idag.

Sakkunniggruppen bedömer inte att det blir någon undanträngning av omkringliggande områden vid de nationella enheterna.

# Förslag till definition av nationell högspecialiserad vård

Nationella vårdenheter ska ansvara för bedömning om fortsatt behandling, inklusive beslut om eventuell inläggning vid nationella vårdenheter, för nedanstående patientgrupper:

1. Patienter med allvarlig ätstörning med eller utan primär somatisk eller psykiatrisk samsjuklighet där flera, men max fyra, evidensbaserade\* behandlingsförsök med adekvat intensitet genomförts i hemregionen.
2. Patienter med akut medicinsk instabilitet, primärt orsakad av en ätstörning, som inte kan behandlas inom regional verksamhet.

Utöver de ovanstående ska nationella vårdenheter även följa upp alla patienter som behandlats vid en nationell vårdenhet ett år efter utskrivning från den nationella vårdenheten.

\*I enlighet med rådande kunskapsunderlag och beprövad erfarenhet [1]. Varav minst ett behandlingsförsök har varit inläggande eller dagvård i patientens hemregion.

## Antal enheter

Fem vårdenheter för vuxna, tre av dessa enheter ska även kunna omhänderta barn.

## Avgränsningar

I Socialstyrelsens arbete att tillsammans med sakkunniggrupper genomlysna vård som ska bedrivas som nationell högspecialiserad vård kan sakkunniggruppen också identifiera områden som primärt inte bör ingå i tillståndet. Nedan följer de områden som sakkunniggruppen för svårbehandlade ätstörningar har identifierat:

1. Patienter vårdade enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

Då missbruk/beroende är så pass stort att LVM är taget bör den vården prioriteras och genomföras på missbruksspecialiserad enhet. Därefter kan vård på nationella vårdenheter för ätstörningen ta vid.

2. Tvångsvårdade patienter med allmänfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen.

Detta kan innebära att patienten är isolerad på infektionsklinik varför denna vård bör prioriteras före vård på nationella vårdenheter.

3. Patienter vårdade enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).

De enheter som bedriver vård enligt LRV har högre säkerhetskrav på lokalen, vilket inte är nödvändigt på nationella vårdenheter.

4. Patienter med svåra och långvariga ätstörningar (>10 års sjukdom) utan motivation att få behandling.

En mindre andel personer förblir sjuka i sin ätstörning trots upprepade behandlingsförsök. Tillståndet hos denna grupp definieras som svår och långvarig ätstörning. Som patienter får de i landet olika vårdinsatser, oftast med fokus på så god medicinsk stabilitet som möjligt och ett fortsatt arbete med förbättring av dessa patienters livskvalitet. Majoriteten av patienterna i denna grupp är i behov av mer långvarigt stöd i sin närmiljö än vad som är möjligt att erbjuda inom ramen för nationell högspecialiserad vård.

5. Patienter med akut hög suicidrisk.



Patienter med förhöjd risk för suicidalitet kan vara olämpliga att tas från sitt sammanhang i sin hemregion. Sakkunniggruppen bedömer att dessa grupper bäst behandlas i sin hemregion och inkluderas inte primärt i detta förslag.

# Bakgrund

## Medicinsk beskrivning och vårdkedjan

### **Diagnostik och beskrivning av området**

Ätstörningar består främst av tre huvuddiagnoser (anorexia nervosa [AN], bulimia nervosa [BN] och hetsättningsstörning), ett flertal andra diagnoser som mer eller mindre påminner om huvuddiagnoserna (partiella diagnoser, subtröskel- och atypiska varianter) samt undvikande/restriktivt ätande utan rädsla för viktuppgång (ARFID). Ätstörningar är generellt sett komplexa tillstånd med många negativa psykologiska, somatiska och sociala konsekvenser som har en tendens till att ha en kronisk bana. AN rankas bland de tio vanligaste orsakerna till funktionsnedsättning bland unga kvinnor. Mortalitetstalen vid framför allt AN är bland de högsta inom de psykiatriska diagnosgrupperna och dödsorsaken är oftast en följd av somatiska komplikationer utifrån svält/självrensning eller på grund av självmord. Samsjukligheten är hög och omfattas av såväl psykiatriska som somatiska tillstånd där etiologin ser olika ut, med negativa cirklar som förstärker varandra. Svält och andra former av extrem återhållsamhet i ätandet, eller kompensatoriska beteenden såsom självframkallad kräkning påverkar individens somatiska och psykologiska fungerande på sådant sätt att störningen vidmakthålls. T.ex. kan patienten bli mer rigid, orolig, osäker i sitt beslutsfattande och extremt upptagen av tankar på mat, ätande och sin kropp. Detta i kombination med att patienten lider av olika bristtillstånd och negativ påverkan på basala somatiska funktioner försvårar det dagliga fungerandet (skola, arbete, socialt liv). Detta kan i sin tur öka isoleringen och minskar utrymmet för möjlighet till adekvat påverkan från omgivningen (familj, vänner och även vårdapparaten). Patientgruppen blir också extra komplex av att det förekommer en viss så kallad ”smittorisk” mellan inläggande patienter, vilket innebär att patienten inspireras av varandra i vidmakthållande av sin sjukdom. Det förekommer också så kallade ”anorektiska karriärer” då den enskilde patienten kan ha som mål att bli behandlad vid högspecialiserade enheter och förvärrar därmed sitt sjukdomstillstånd för att nå detta mål.

### **Behandling**

För patienter med ätstörningar och komplex samsjuklighet finns i dagsläget inte några evidensbaserade behandlingar trots att man ägnar stora resurser åt deras omhändertagande och behandling. En subgrupp av dessa patienter kan bli somatiskt mycket instabila och i behov av högspecialiserad medicinsk kompetens, ofta i form av inläggningar (exempelvis telemetriövervakning, nutritionsrehabilitering, etc.) kombinerad med psykiatrisk/psykologisk kompetens. Behandlingsresultaten för patienter med komplex samsjuklighet är ofta mycket blygsamma och patienterna löper stor risk att på sikt hamna i gruppen ”svår och långvarig ätstörning”. I många fall, av framförallt AN, är

också den somatiska hälsan drastiskt påverkad av svält, vilket försvårar och komplicerar behandlingen. Detta gäller även för en mindre andel patienter med BN och hetsättningsstörning, där ett flertal behandlingar inklusive evidensbaserade behandlingar såsom kognitiv beteendeterapi (KBT) har testats utan adekvat framgång och där ofta den somatiska hälsan är avsevärt påverkad (t.ex. pga. hög frekvens av självframkallad kräkning).

En effektiv behandling kräver dels tidig upptäckt (framförallt gällande AN), dels multidisciplinär specialistkompetens. Multidisciplinär specialkompetens krävs hos personalen för att kunna hantera både somatisk medicinsk instabilitet och en bred repertoar av evidensbaserade psykiatriska behandlingarna för att kunna vara flexibla i sitt förhållningssätt mot den individuella patienten. Av de olika behandlingarna som erbjuds idag, saknar för närvarande ett flertal erkänd empirisk evidens. Dock har man genom internationell forskning sett att ungefär hälften av de insjuknade blir friska som ett resultat av evidensbaserad vård, och på längre sikt tillfrisknar en ännu större andel, även om tillfrisknandegraden är lägre vid AN (runt en fjärdedel blir kvar i sjukdomen efter tio år). Bäst behandlingsresultat har man sett när personalen runt patienten är specialiserad på just ätstörningar då det inom en ätstörningsenhet krävs ett gemensamt och stringent förhållningssätt med konsekvent kommunikation gentemot patienten för att uppnå goda behandlingsresultat. Negativa prognostiska faktorer är bland annat självrensning, psykiatrisk samsjuklighet (t.ex. affektiva sjukdomar, autismspektrumstörning och personlighetsstörning) samt missbruk. Vårdresultaten i Sverige är svåra att uttala sig om då uppföljningsdata rapporteras i så pass låg utsträckning till kvalitetsregistret, Riksät, att det omöjliggör adekvata analyser och robusta slutsatser.

### **Ätstörningsvården idag**

Den specialiserade ätstörningsvården är organiserad på olika sätt i landet. I många regioner blir ätstörningspatienter inlagda vid allmänpsykiatriska avdelningar där personalen behöver hantera många olika patientgrupper. Detta medför uppenbara strukturella och organisatoriska svårigheter att upptäcka problematiken i tid samt åstadkomma adekvat och kvalificerad ätstörningsvård.

Ojämligheterna i vården syns även i brister på kompetens och resurser gällande bedömning och behandling av ätstörningar. Exempelvis så används felaktiga medicinska behandlingar och inte sällan uteblir adekvat psykologisk behandling. Inom den specialiserade vården för ätstörningar finns mycket stor variation gällande typ, duration och intensitet av behandling. Evidensbaserade öppenvårdsbehandlingar (t.ex. familjebaserad behandling eller KBT) består i regel av ca 20–40 sessioner fördelade över 5–12 månader. När dessa behandlingar inte ger effekt erbjuds dagvård eller heldygnsvård, beroende på tillgänglighet. Det är inte ovanligt att en patient får flera omgångar av i stort sett samma behandling, då motivationen till förändring varierar över tid. För vissa patienter krävs långa, och ibland akuta, transporter för att få adekvat vård.

I Sverige finns ca 60 enheter som behandlar patienter med ätstörningar. Av dessa är ett tjugotal enheter allmänpsykiatriska mottagningar för barn (BUP) eller vuxna och resten har specialiserade ätstörningsteam. Behandlingsinnehållet varierar mellan regioner och enheter och behandlarteamens storlek kan se olika ut. Vården kan innebära dagvård och heldygnsplatser. Ett 10-tal specialiserade behandlingshem, samtliga i privat regi, behandlar även de svårast sjuka patienterna dit de remitteras när de är så allvarligt sjuka i sin ätstörning att behandlingen i patientens hemregion inte är tillräcklig. Det finns ingen transparent data om utfallet av behandling vid behandlingshem.

Patientgruppen med svårbehandlade ätstörningar är mycket resurskrävande för regionerna. Patienterna riskerar att bli långvarigt inneliggande och på det sättet blockerar de både personalresurser och vårdplatser för mindre sjuka patienter som är i behov av kortare inneliggande insatser.

### Nationell högspecialiserad vård

Den samlade spjutspetskompetensen inom somatik, psykiatri, psykologi och omvårdnad kan inte organiseras inom alla 60 specialistmottagningar för ätstörningar. Patienterna som är målgruppen i detta förslag har fått de behandlingar som kan erbjudas inom ramen för specialistpsykiatri och inte blivit hjälpta i sin hemregion. Sakkunniggruppen bedömer att en koncentration av vården av dessa patienter kan bidra till ökad kunskapsutveckling och betydande framsteg av vårdresultaten inom denna målgrupp.

### Vårdvolymer

Sakkunniggruppen bedömer att gruppen svårast sjuka har ökat under de senaste åren. Även barn med svårbehandlade ätstörningar bedöms ha ökat. Sakkunniggruppen vill dock betona svårigheten med att uppskatta korrekta vårdvolymer då det i dagsläget inte finns något heltäckande kvalitetsregister för uppföljning och utvärdering (tabell 1).

Uppskattade vårdvolymer	Barn	Vuxna	Total
Södra sjukvårdsregionen	10	15	ca 25
Västra sjukvårdsregionen	10	20	ca 30
Sydöstra sjukvårdsregionen	10	12	ca 20
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	10	12	ca 20
Stockholms sjukvårdsregion	20	40	ca 60
Norra sjukvårdsregionen	17	14	ca 30
<b>Totalt</b>	<b>77</b>	<b>113</b>	<b>180 - 200</b>

Tabell 1. Uppskattade vårdvolymer inom definitionen.

### Forskning

Den forskning som bedrivs i Sverige är mångfacetterad, från multidisciplinära studier med fokus på genetik, fysiologi, psykologi och sociala faktorer som förklarar uppkomsten av ätstörningar, till studier om ätstörningars fenomenologi, prevention och behandling. Forskningen om ätstörningar är dock

mycket begränsad i jämförelse med andra psykiatriska störningar och i relation till deras förekomst och allvarliga konsekvenser. Det görs också extremt lite forskning om svåra och komplexa ätstörningar som förekommer hos den grupp som enligt detta förslag är kandidater för högspecialiserad vård.

Kvalitetsregistret (Riksät) för ätstörningsbehandling initierades 1999 och ca 60 enheter som behandlar patienter med ätstörningar är anslutna i varierande grad och under olika tidsperioder. Samtliga ätstörningsenheter inom BUP och vuxenpsykiatri är dock inte registrerade i kvalitetsregistret. Trots insatser för ökad användarvänlighet och användbarhet har Riksät inte uppfyllt kraven för att få fortsatt stöd från SKR. Sedan första januari 2020 saknar Riksät ekonomiskt stöd från SKR. Ett klinikervänligt system som möjliggör forskning på nationell nivå är en förutsättning för att planera, bedriva och utvärdera adekvat ätstörningsvård i Sverige.

En koncentration av vården kring de svårast sjuka, enligt detta förslag, skulle ge ökade möjligheter att följa dessa patienter och bedriva forskning. Sverige är ett litet land och forskningen om ätstörningar skulle gynnas av samordning och större samarbete mellan forskargrupper som har fokus på ökad förståelse för ätstörningar psykopatologi, förebyggande och behandling.

## Internationell utblick

Flera europeiska länder har nationella vårdprogram eller riktlinjer för ätstörningsvård. Man har också i flera länder på olika sätt nivåstrukturerat ätstörningsvården. Det är dock bara i ett fåtal länder som ätstörningsvården är föremål för uppdrag motsvarande nationell högspecialiserad vård.

I Danmark bedrivs ätstörningsvården på tre nivåer där den tredje nivån kan anses motsvara nationell högspecialiserad vård. I Danmark har man definierat vilka patienter med ätstörning som ska vårdas på högspecialiserad nivå utifrån ett relevant genomfört behandlingsförlopp på regional nivå utan tillräcklig behandlingseffekt. För vuxna uppskattar man att detta rör sig om ca 100–150 patienter/år. För barn och ungdomar är uppdraget patienter 4–11 år med ätstörning samt patienter över 12 år med ätstörning och ett eller flera kriterier enligt nedan, som uppskattas till ca 50 patienter/år:

- Den samlade bedömningen av patientens sjukdomsgrad talar för att patienten ska behandlas på nationell högspecialiserad nivå
- Tillståndet är diagnostiskt svårbedömt trots gedigen klinisk utredning på regional nivå
- Det har genomförts minst två behandlingsförlopp enligt gängse praxis på regional nivå utan tillräcklig behandlingseffekt
- Patienten har svår psykiatrisk samsjuklighet.

Vidare kan behov av högspecialiserad diagnostik finnas trots grundlig klinisk utredning på hemklinik. Efter minst två behandlingsförsök på hemklinik med otillräcklig effekt och/eller somatisk samsjuklighet som skapar diagnostiska och behandlingsmässiga svårigheter motiveras remiss. Efter utredning och

diagnosticering kan dock patienten remitteras åter till hemklinik för behandling.

I Norge saknas nationell högspecialiserad vård vid ätstörning men det finns gemensamma riktlinjer för vad specialiserade enheter ska erbjuda för insatser.

I Finland ingår inte ätstörningar i de tillstånd som behandlas i motsvarande nationell högspecialiserad vård.

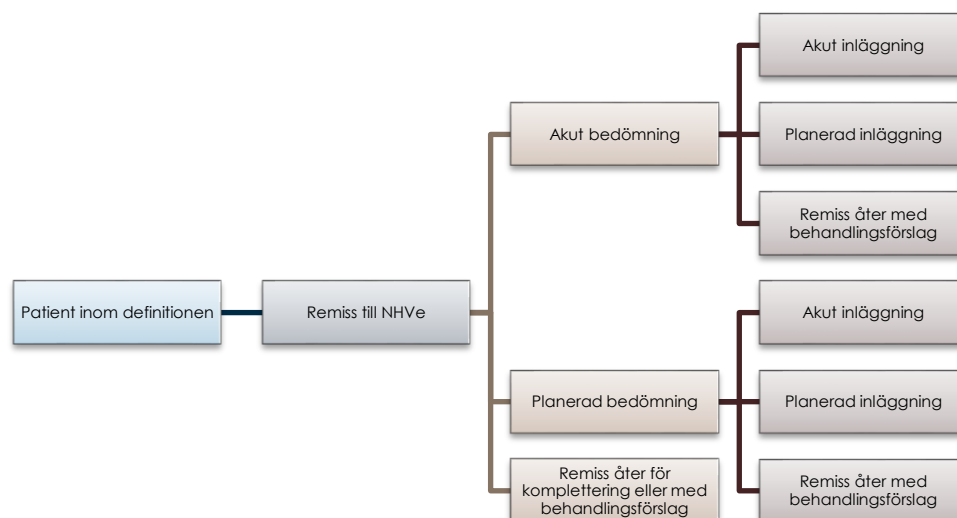
## Framåtblick

### Övergripande beskrivning av verksamheten på ett nationellt centrum

Patientgruppen som är aktuell för nationell högspecialiserad vård är den som inte har fått hjälp av mer intensiva former av behandling inom specialiserad vård i sin hemregion. Dessa patienter behöver hjälp vid specialistenheter med fördjupad kunskap om ätstörningar så väl som somatisk problematik inom patientgruppen. Nationell högspecialiserad vård kan vara en rimlig lösning för att tillgängliggöra och samordna den kapacitet och kompetens som kan hjälpa dessa svårast sjuka patienter, oavsett vilken del av landet de kommer ifrån. Nationella vårdenheter ska kunna omhänderta patienter med svårbehandlade ätstörningar med såväl psykiatriskt som somatiskt vårdbehov. Vid bedömning av det medicinska allvaret kan nedanstående värden vara vägledande, dock är det den samlade kliniska bilden som avgör:

- Allvarlig svält och viktnedgång (till exempel BMI <14 hos vuxna) samt snabb och uttalad viktnedgång hos barn i kombination med total matvägran/dryckesvägran.
- Puls <40, eller takykardi >120 eller pulsstegring i stående > 20 slag/min.
- Blodtryck <90/60 i liggande.
- Blodtrycksfall i stående >10 mmHg.
- Kroppstemperatur <35,5.
- Allvarliga elektrolytrubbningar.
- Förlängd QT-tid. (EKG)
- Tecken på uttorkning.
- Allvarliga ödem.
- Påverkat allmäntillstånd (svimning, muskelsvaghet, hjärtklappning, tryck över bröstet etcetera).
- Patienter som uppfyller ovanstående och som inte är samarbetsvilliga bör bedömas avseende vård enligt LPT.

De nationella vårdenheterna ska ta fram kriterier för vad en remiss ska innehålla. De ska även ange riktlinjer för vilken somatisk bedömning som ska genomföras innan en remiss skickas (figur 1).



Figur 1. Förslag på vårdflöde till nationella vårdenheter.

De aktuella patienterna är i behov av dagvård och/eller heldygnsvård med en högre behandlingsintensitet och individualiserad behandlingsplan. Nationella vårdenheter ska ta fram individuellt anpassade vårdplaner, tillsammans med patienten och den remitterande enheten, baserat på nationella riktlinjer och under vårdtiden tillämpa en systematisk och kontinuerlig klinisk utvärdering med hänsyn till både samsjuklighet och deras somatiska instabilitet.

För att det ska vara möjligt att ha utrymme att ta emot patienter som är i behov av vård vid nationella vårdenheter och med hänsyn till intensiteten av föreslagna interventioner föreslår sakkunniggruppen en behandlingstid på tolv veckor för vuxna och sex veckor för barn tillsammans med sina familjer. Behandlingstiden för barn är kortare delvis på grund av logistiska utmaningar för anhöriga att vara borta från sin normala kontext. Men anhörigas närvaro och engagemang i heldygnsvården av patienten möjliggör även att behandlingen snabbare kan initieras i patientens hemmaregion.

Vårdvolymen (ca 200 patienter/år), möjlighet till adekvat kunskapsutveckling om patientgruppen, långa vårdtider för varje enskild patient, samt behov av en geografisk spridning över landet föranleder rekommendationen att denna vård ska bedrivas vid fem vårdenheter varav tre också ska omhänderta barn. Sakkunniggruppen bedömer att en adekvat storlek på en nationell vårdenhet är ca 10 vårdplatser/enhet för vuxna, för att kunna tillgodose kvalitativ vård. För barn bedöms fem vårdplatser/enhet vara lämpligt.

Vid nationella vårdenheter ska kompetens och resurser finnas för bedömning, utredning och behandling av svår ätstörning och eventuell samsjuklighet (t.ex. depression, ångestsyndrom, självskadebeteende, utagerande beteende, tvång, autism, missbruk, diabetes). Nationella vårdenheter ska ha en hög personaltäthet och arbeta i multidisciplinära team med särskild kunskap kring svårbehandlade ätstörningar. I det multidisciplinära teamet bör följande yrkesgrupper ingå; läkare med medicinsk (somatisk) och psykiatrisk kompetens, psykolog, psykoterapeut exempelvis inom KBT, familjeterapi och indi-



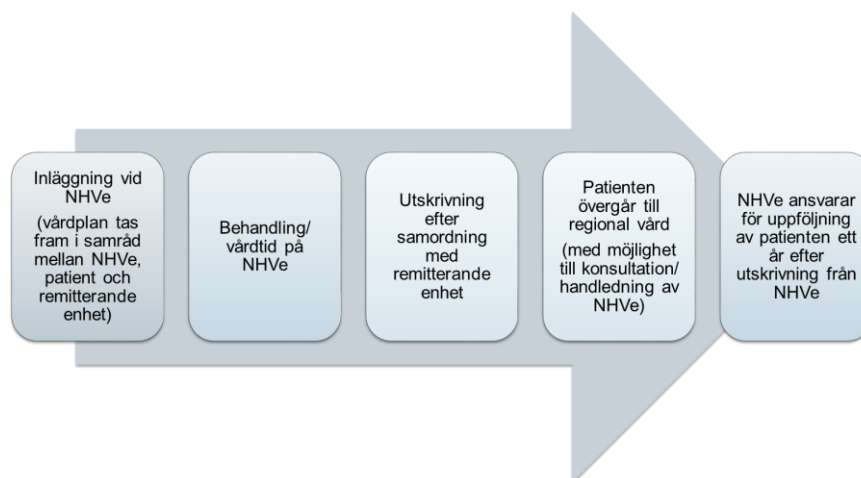
vidualterapi, specialistsjuksköterska inom psykiatri, omvårdnadspersonal, dietist och socionom med fördjupad utbildning och erfarenhet inom ätstörningsområdet.

Personalen vid de nationella vårdenheterna ska ha erfarenhet och fördjupad kunskap inom olika typer behandlingsinterventioner som kan anpassas efter patientens behov. Personalen vid en nationell vårdenhet ska regelbundet uppdatera sina kunskaper enligt internationell forskning och konsensus. Nationella vårdenheter ska erbjuda fortbildning till kollegor runt om i landet genom exempelvis sin forskning, utbildningsdagar och föreläsningar etc. Nationella vårdenheter ska regelbundet utföra egna utvärderingar och verka för utveckling av kvaliteten på vårdplaner tillsammans med patienten och patientens vårdgivare i dess hemregion.

Nationella vårdenheter ska erbjuda dygnet-runt-vård samt separata avdelningar för barn och vuxna. Det är motiverat med dygnet-runt vård för svårbehandlade ätstörningar men sakkunniggruppen bedömer att det då krävs ett samarbete med annan psykiatrisk verksamhet för att jourverksamheten ska fungera. Det är även motiverat att ha olika avdelningar för barn och vuxna. Detta kan dock vara resurskrävande, därav förslaget på samarbete ovan. Att ha dessa avdelningar på samma nationella vårdenheter underlättar även kunskapsutbytet och överföring mellan avdelningar då patienten fyllt 18 år under vårdtiden. Man kan också med fördel tänka ett en ungdom mellan 16–18 år är inläggande på vuxenavdelning när en sådan lösning bedöms ge bättre resultat.

Nationella vårdenheter ska utöver kompetens och kapacitet för somatisk behandling (exempelvis sondmatning, täta kontroller av fysisk status, EKG-registrering osv.) ha adekvata och relevanta psykiatriska utrednings- och behandlingsmetoder som utförs med särskild intensitet med fokus på de vidmakthållande variablerna som är specifika för den enskilda patienten. Interventionerna vid nationella vårdenheter ska utgå från patientens och vårdens perspektiv samt vetenskap och beprövad erfarenhet, exempelvis måltidsstöd, kognitiv beteendeterapi (KBT), familjeterapi (FBT), och multifamiljeterapi (MFT).

Efter vårdtiden på nationella vårdenheter rekommenderar sakkunniggruppen att dessa ska kunna erbjuda boostersessioner för att stödja patienten efter sin vårdtid och i sitt tillfrisknande. Konsultation från nationella vårdenheter ska kunna erbjudas under en övergångsperiod upp till ett år efter utskrivning (figur 2).



Figur 2. Förslag på vårdprocess från inläggning till utskrivning från nationella vårdenheter.

Nationella vårdenheter ska ha kapacitet och förmåga att tillgängliggöra och tillgodose patientens informationsbehov på ett adekvat sätt. Nationella vårdenheter ska i möjligaste mån involvera vårdgivare i hemregionen. Den remitterande enheten bör därför erbjudas möjlighet att vara delaktig i vårdprocessen även när patienten är inlagd vid nationella vårdenheter. Det ska finnas en adekvat planering tillsammans med vårdgivare och andra aktörer t.ex. hemkommunen, för fortsatt behandling i patientens hemregion efter utskrivning från en nationell vårdenhet.

De nationella vårdenheterna ska ta fram ett vårdprogram baserat på nationella riktlinjer men också på forskning och beprövad erfarenhet.

Nationella vårdenheter för ätstörningar ska kunna ta hand om patienter som behandlas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Enheterna kan också med fördel placeras i närheten av nationella vårdenheter för självska-debeteende för en lättare samverkan.

Genom att regelbundet samverka med relevanta brukarorganisationer kan nationella vårdenheter bidra till kunskapsöverföring och kunskapsutbyte utifrån ett brukar- och patientperspektiv.

## Förslag till särskilda villkor

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. Generella villkor regleras i [föreskriften](#) för nationell högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

<b>Kompetens och resurser</b>	
Kritisk medicinsk kompetens (läkare)	<p>Behandlingsteam med särskild kompetens, erfarenhet och handledningskompetens att arbeta med ätstörningar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialistläkare inom vuxenpsykiatri med erfarenhet och kompetens inom adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder</li> <li>• Specialistläkare inom internmedicin eller annan internmedicinsk specialitet</li> </ul> <p>För enheter med ansvar för barn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialistläkare inom barnpsykiatri med erfarenhet och kompetens om adekvata och evidensbaserade behandlingsmetoder</li> <li>• Specialistläkare inom pediatrik med internmedicinsk inriktning</li> </ul> <p>Inom teamen på samtliga enheter måste det finnas läkarkompetens inom annan samsjuklighet såsom självskadebeteende, neuropsykiatriska tillstånd och personlighetsyndrom.</p>
Andra typer av kompetens (t.ex. specialkompetent sjuksköterska, kurator, psykolog, fysioterapeut)	<p>Behandlingsteam med särskild kompetens och erfarenhet att arbeta med ätstörningar och annan psykiatrisk samsjuklighet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leg. psykolog</li> <li>• Leg. psykoterapeut</li> <li>• Leg. Specialistsjuksköterska med psykiatriinriktning</li> <li>• Socionom/kurator</li> <li>• Dietist</li> <li>• Mentalskötare</li> </ul>
Kritiska medicinska resurser (utrustning, lokaler etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkelrum med bra värme</li> <li>• Sängar som har decubitusmadrasser för att undvika liggsår och smärtor i kroppen</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möjlighet att vårda patienter med behov av ventrikelsond</li> <li>• God digital datauppkoppling mellan Nationella vårdenheter och hemklinik för säker uppföljning och överrapportering</li> <li>• Kapacitet och resurser för akuta bedömningar och konsultation</li> <li>• Beredskap för LPT-vård</li> </ul> <p>För enheter som ansvarar för barn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Egna avdelningar för barn respektive vuxna</li> </ul>
Andra områden (ffa medicinska) som är en förutsättning för att den utredda vården ska kunna bedrivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Annan psykiatrisk verksamhet</li> <li>• Somatisk vård med pediatrika och invärtesmedicinska enheter med möjlighet till telemetriövervakning (EKG)</li> <li>• IVA</li> <li>• Psykologisk behandling</li> </ul> <p>För enheter med ansvar för barn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skolverksamhet för skolpliktiga barn (skollagen)</li> </ul>
Kritiska diagnostiska metoder	
Behandling som behöver finnas men som inte är definierat som NATIONELL HÖGSPECIALISERAD VÅRD (t.ex. medicinsk, kirurgisk, interventionell radiologi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandling ska ske enligt nationella vårdprogram/riktlinjer och andra nationella kunskapsstöd.</li> <li>• Interventionerna vid Nationella vårdenheter ska utgå från patientens och vårdens perspektiv, vetenskap och beprövad erfarenhet. Exempelvis måltidsstöd, kognitiv beteendeterapi (KBT), familjeterapi (FBT), och multifamiljeterapi (MFT).</li> </ul>
Rehabilitering (särskilt anpassad till behovet)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationella vårdenheter ska erbjuda en meningsfull och varierad daglig verksamhet och en lämplig sysselsättning för vårdtagaren under vårdtiden.</li> <li>• Nationella vårdenheter ska kunna erbjuda daglig rekreation utanför vårdenheten under tiden patienten är inlagd.</li> </ul>
Övrigt (krav på Nationella vårdenheter att utveckla t.ex. vårdplaner etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nationella vårdenheter ska arbeta för utveckling av tillgängliga och nya vårdåtgärder.</li> <li>• Nationella vårdenheter ska ha adekvata forskningsresurser</li> <li>• Nationella vårdenheter ska ta fram individanpassade interventioner och vårdplaner i samråd med patienten och relevanta aktörer vid patientens hemregion. Muntligen och skriftligen framställda.</li> <li>• Nationella vårdenheter ska överrapportera till remitterande enheten genom videokonferens och skriftlig epikris samt följa upp patientrapporterade mått.</li> <li>• Nationella vårdenheter ska ha resurser och kapacitet att erbjuda konsultverksamhet under en övergångsperiod upp till ett år efter utskrivning.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nationella vårdenheter ska ha kapacitet och resurser för att erbjuda inplanerade boostersessioner för patienter och närstående som har varit ineliggande vid nationella vårdenheter, under en övergångsperiod upp till ett år efter utskrivning.</li><li>• Nationella vårdenheter ska ha ett tydligt närståendeperspektiv med möjlighet till hög delaktighet i vården.</li><li>• I nära anslutning till nationella vårdenheter ska det finnas patienthotell eller motsvarande att tillgå.</li><li>• Nationella vårdenheter förväntas ansvara för utbildning och kompetensöverföring till kliniker och bistå till andras och egen forskning.</li><li>• Nationella vårdenheter ska ha ett organiserat samarbete med relevant brukarorganisation.</li><li>• Nationella vårdenheter ska gemensamt ta fram informationsmaterial till patient och närstående.</li><li>• Nationella vårdenheter jourlinje – dygnet runt-bemanning som kan samordnas med andra psykiatriska verksamheter. På kontorstid ska nationella vårdenheter ha egen beredskap för akutverksamhet</li><li>• Möjlighet att ta emot patienter som behandlas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård</li></ul> <p>För enheter som ansvarar för barn:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• För barn och unga ska det finnas övernattningsmöjligheter för familjen på avdelningen där patienten är ineliggande.</li><li>• Möjlighet att ta emot patienter som behandlas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård</li></ul>
--	---

## Konsekvenser av rekommendationen

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från ett av landstingen utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Sakkunniggruppens konsekvensanalys	
<p>Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)</p> <p>Överväger möjligheten och tillgången till Nationella vårdenheter nackdelen med ökat avstånd/resor?</p>	<p>Fördelar med att koncentrera vård vid svårbehandlade ätstörningar är bl.a. att mindre enheter som inte har kompetens eller möjlighet att erbjuda kvalificerad och adekvat vård kan remittera till Nationella vårdenheter.</p> <p>Nationella vårdenheter ökar förutsättningarna för individanpassad vård genom att personalen är särskilt kompetent inom en mängd olika behandlingsinterventioner</p> <p>Ett långsiktigt tillfrisknande kan potentiellt åstadkommas genom erhållande av en rekommenderad behandlingsplan/vårdplan samt uppföljning som sträcker sig ett år efter utskrivning</p> <p>Samarbete mellan remitterande enheten och nationella vårdenheter kan bidra till kunskapsöverföring.</p> <p>Vistelse och vård på nationella vårdenheter under en längre period kan försvåra kontinuitet i kontakt med anhöriga, vänner, arbete/skola och vårdansvariga i hemregionen.</p> <p>Avståndet mellan hemregion och de nationella vårdenheterna kan minska närståendes möjlighet till delaktighet i vården.</p> <p>Risk finns att befintliga resurser går till ett fåtal patienter.</p> <p>Det kan möjligen skapas en kultur på nationella vårdenheter som är "smittsam", dvs</p>

	<p>om de enda andra (förutom behandlingspersonal) som en patient träffar är andra patienter med samma svåra sjukdomsbild kan tillgången friska beteenden och tankar bli mycket begränsade. Denna risk finns dock redan idag på existerande ätstörningsenheter.</p> <p>Vissa patienter kommer att ha geografiskt mycket närmare mellan hem och nationella vårdenheter med större möjlighet att enkelt slussas tillbaks till "vanlig vård" och hemmet än andra. En geografisk spridning på föreslagna fem enheter blir därför viktigt ur ett jämlikhetsperspektiv.</p>
<p>Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring</p> <p>Vad händer med de enheter som ev. blir av med viss vård? Finns det några negativa konsekvenser för de enheter som kommer att bedriva nationell vård?</p>	<p>I sjukvårdsregionen kan det finnas en risk att man tappat kompetens att bedriva vård för denna patientgrupp. En geografisk spridning på föreslagna fem enheter blir därför viktigt ur ett jämlikhetsperspektiv.</p> <p>Kunskapsstapp kan kompenseras med att nationella vårdenheter utför bedömning och överför kunskap till regionerna utan NHV-tillstånd.</p>
<p>Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?</p>	<p>En koncentration av de mest komplexa och svårast sjuka ger ökade förutsättningar för forskning med ökat patientunderlag.</p> <p>Samarbete mellan forskarutbildning på Universitetssjukhus och nationella vårdenheter borde öka den vetenskapliga kompetensen. Nationella vårdenheter kan inspirera till utökad forskning och kvalitetsarbete i Regionerna.</p>
<p>Påverkan på närliggande områden</p> <p>Är det något som trängs undan om detta område blir Nationella vårdenheter?</p>	<p>Ökad belastning inom somatisk vård där man bedriver nationell högspecialiserad vård.</p> <p>Det bör inte uppstå undanträngning på Nationella vårdenheter då heldygnsplatser redan existerar. Heldygnsplatserna på Nationella vårdenheter kompletteras till redan befintliga vårdplatser.</p> <p>På icke-nationella vårdenheter frigörs heldygnsvård för övriga patienter.</p>
<p>Eventuella konsekvenser för akutsjukvård för detta område i stort.</p> <p>Blir en ökad volym en ökad belastning för akutsjukvården på Nationella vårdenheter?</p> <p>Beskriv också konsekvenserna för akutverksamheterna om denna vård försvinner från sjukhusen.</p>	<p>Det kan innebära att fler patienter vid nationella vårdenheter kommer att behöva hjälp av den somatiska akutmottagningens resurser med konsekvens ökade köer på akuten. Men nationella vårdenheter kommer att kunna hantera svårare fall (somatiskt instabila) i större utsträckning än vad som görs inom specialiserad vård idag. Viss andel kommer dock att behöva skickas akut via akuten och eller IVA.</p> <p>Eventuellt ökat behov vid nationella vårdenheter av konsultativ jourverksamhet från psykiatrisk akutmottagning.</p>

	Eventuellt mindre belastning på icke-nationella vårdenheter.
<p>Påverkan på vårdkedjan</p> <p>Kommer den vårdkedja som finns idag att påverkas? T.ex. att länsjukhuset hoppar över regionsjukhuset när en diagnos ska konfirmeras och remitterar direkt till Nationella vårdenheter?</p>	<p>Det är egentligen ingen skillnad från hur det ser ut idag. Patienterna måste hanteras i sina hemregioner.</p> <p>Hemsjukhuset kommer exempelvis att behöva behålla vissa patienter till dess att patienten är tillräckligt medicinskt stabil för att bedömas klara av transport till nationella vårdenheter.</p>
<p>Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)</p> <p>Påverkan på planering, ledning och kontroll av verksamheten på ett sätt som leder till att kraven på god vård i HSL upprätthålls. Inkludera även ett resonemang som gäller påverkan för remittenten.</p> <p>Behöver vårdgivaren investera i något som inte finns idag? Medför det ökade kostnader att ansvara för Nationella vårdenheter? Observera att samverkan mellan tillståndsinnehavare och remittenter regleras i föreskrifterna.</p>	<p>Nationella vårdenheter innebär en permanent dyrare vård med högre personaltätthet, högre kompetens och därmed dyrare vårdplatser (ca 14 000 kr/dygn i jämförelse med allmänpsykiatrisk dygnsvård ca 9 000 kr/dygn för vuxna och ca 13 000 kr/dygn för barn på BUP). Detta orsakar resurspåverkan på remitterande enheter.</p> <p>De remitterande enheterna kommer sannolikt att uppleva ekonomiska svårigheter och konsekvenser för den större patientgruppen som ligger utanför definitionen.</p> <p>I vissa regioner har man inte samma förutsättningar eller resurser att ge adekvat vård, vilket kan leda till längre vårdtider. Med en intensiv vårdinsats vid nationella vårdenheter kan eventuellt vårdtiden för denna grupp bli kortare. Med adekvat hjälp under ineliggande tid och en fortsatt vårdplanering efter utskrivning kan det förhoppningsvis hjälpa patienten att undvika att hamna i samma svårbehandlade läge igen. Kan man hjälpa denna patientgrupp kan man på lång sikt tjäna på detta utifrån ett samhällsekonomiskt perspektiv.</p> <p>Nationella vårdenheter kan få initiala investeringskostnader (exempelvis nya lokaler, enkelrum, decutussängar, medicinsk apparatur, ett initialt ökat patientunderlag samt nyanställning och utbildning av personal).</p> <p>Svårighet att säkra kompetensförsörjning av sjuksköterskor, psykologer och psykiatriker specialiserade inom området. Troligen kommer nationella vårdenheter varken ha lättare eller svårare att klara kompetensförsörjning av personal än övriga vårdenheter. Generellt har man idag svårt att rekrytera läkare till specialiserade enheter. Kanske kommer det vara lika svårt att rekrytera personal som på övriga vårdenheter men nationella vårdenheter kan eventuellt erbjuda fler utvecklingsmöjligheter som gör att personal vill stanna.</p> <p>Det kan möjligtvis dröja ett par år innan en förutsägbarhet kring vårdvolymerna infinner sig. Inflöde av remisser till nationella vårdenheter kommer öka för att förhopp-</p>



	ningsvis plana ut till de, enligt sakkunniggruppen, förväntade vårdvolymerna (50 patienter/nationella vårdenheter). För remitterande enheter kan det också ge en viss förutsägbarhet om man vet ungefär hur många patienter som kommer att remitteras. Dock kan slumpen avgöra eftersom det handlar om så små volymer.
Eventuella konsekvenser för sjuktransporter Är patienterna i behov av särskilda sjuktransporter? Akuta eller planerade?	Transportbehovet kommer att öka till nationella vårdenheter, men marginellt om det finns en geografisk spridning på de nationella vårdenheterna. Patientgrupp 2 (akuta) kommer att vara i behov av ambulansflyg/bil.  Troligen kommer sjuktransport med ambulans behövas (om patienten går med på transport frivilligt). Om patient motsätter sig vård ex. vid tvångsvård kan annan transport bli aktuell.  Resurser från remitterande kan behöva vara medföljande för transport av patient till nationella vårdenheter.
Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsvisioner  Finns det anledning att tro att vårdvolymerna kommer att förändras över åren med tanke på medicinsk utveckling på området. Paradigmskifte på gång? Kan en tidsaspekt läggas in? Om man har skäl att tro att det inom snar framtid kommer att behövas fler centra än dagens rekommenderade antal.	Troligen kommer vårdvolymen vara tämligen konstant kommande åren.
<b>Övriga kommentarer:</b>	

## Uppföljning och utvärdering

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller) samt för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen. Årsrapporterna ska utgå från verksamhetens egenkontroll. Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram de uppföljningsmått som de anser relevanta för den vård som föreslås ska koncentreras (definitionen). Uppföljningsmått ska utgå från nedanstående mall. Uppföljningsmått kan komma att justeras av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Uppföljningsmått	Beskrivning
Bakgrundsmått	Antal patienter* som remitteras för bedömning av nationella vårdenheter
Bakgrundsmått	Andel patienter som efter bedömning blev aktuella för behandling vid nationell högspecialiserad vårdenhet.
Bakgrundsmått	Antal patienter som behandlades vid nationell högspecialiserad vårdenhet.
Bakgrundsmått	Vårdtid på nationella vårdenheter Datum för utskrivning minus datum för inskrivning
Tillgänglighetsmått	Tid från remiss till bedömning Vårdgaranti
Tillgänglighetsmått	Tid från bedömning till behandlingsstart Vårdgaranti
Tillgänglighetsmått	Andel patienter som läggs in på nationell högspecialiserad vårdenhet inom x dygn efter bedömning
Tillgänglighetsmått	Andel patienter med somatiskt hotfullt (akut) tillstånd som behandlats inom 7 dygn efter remiss.
Medicinska resultat	Antal patienter som har uppnått ett uppsatt mål  (Förändring i BMI, för de som skrivs in med signifikant undervikt, vid behandlingsavslut). Procentuell förändring från behandlingsstart.  Mål för nationella vårdenheter bestäms gemensamt av tillståndsinnehavare. Målen

	ska sättas i relation till bl.a. vårdtid på Nationella vårdenheter.
Medicinska resultat	Förändring i ätstörningens kärnpsykopatologi (mäts t.ex. via EDE). Behandlingsavslut (utskrivning) Ett år efter utskrivning
Medicinska resultat	Andel patienter som vid behandlingsavslut är: a) i partiell remission vid utskrivning b) oförändrade eller försämrade ett år efter utskrivning, c) diagnosfria (ätstörning) ett år efter utskrivning,
Medicinska resultat	Andel återremitteringar inom x antal veckor efter behandling (t.ex. uttalad vikt-nedgång)
* Patienterna ska alltid följas upp demografiskt (kön, ålder, remitterande region, ätstörningsdiagnos, sjukdomsduration, samsjuklighetsdiagnos(er))	

## Referenser

1. Wallin, U., af Sandeberg, A. M., Nilsson, K., & Linne, Y. (2015). Ätstörningar - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk Psykiatri*, 16. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia fortbildning. ISBN 978-91-8809-927-3

## Deltagare i sakkunniggrupp

Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion: Ata Ghaderi, psykolog, psykoterapeut

Sydöstra sjukvårdsregionen: Suzanne Petersson, psykolog, psykoterapeut

Norra sjukvårdsregionen: Eva Lind, avancerad klinisk specialistsjuksköterska

Södra sjukvårdsregionen: Ulf Wallin, specialist inom barn- och ungdomspsykiatri

Västra sjukvårdsregionen: Nicole Stein, specialist inom vuxenpsykiatri

Uppsala-Örebros sjukvårdsregion: Veronica Höglund Wemmenlöv, specialistsjuksköterska psykiatri

Patientföreträdare: Helena Forsman, Frisk & Fri -Riksföreningen mot ätstörningar.

## Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

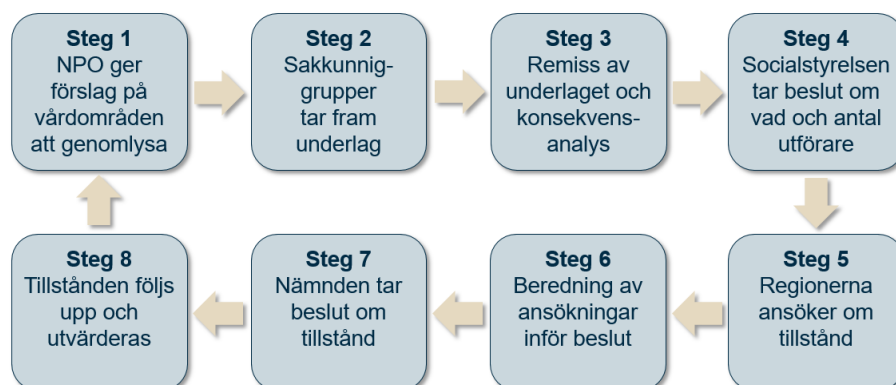
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet vårdenheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.