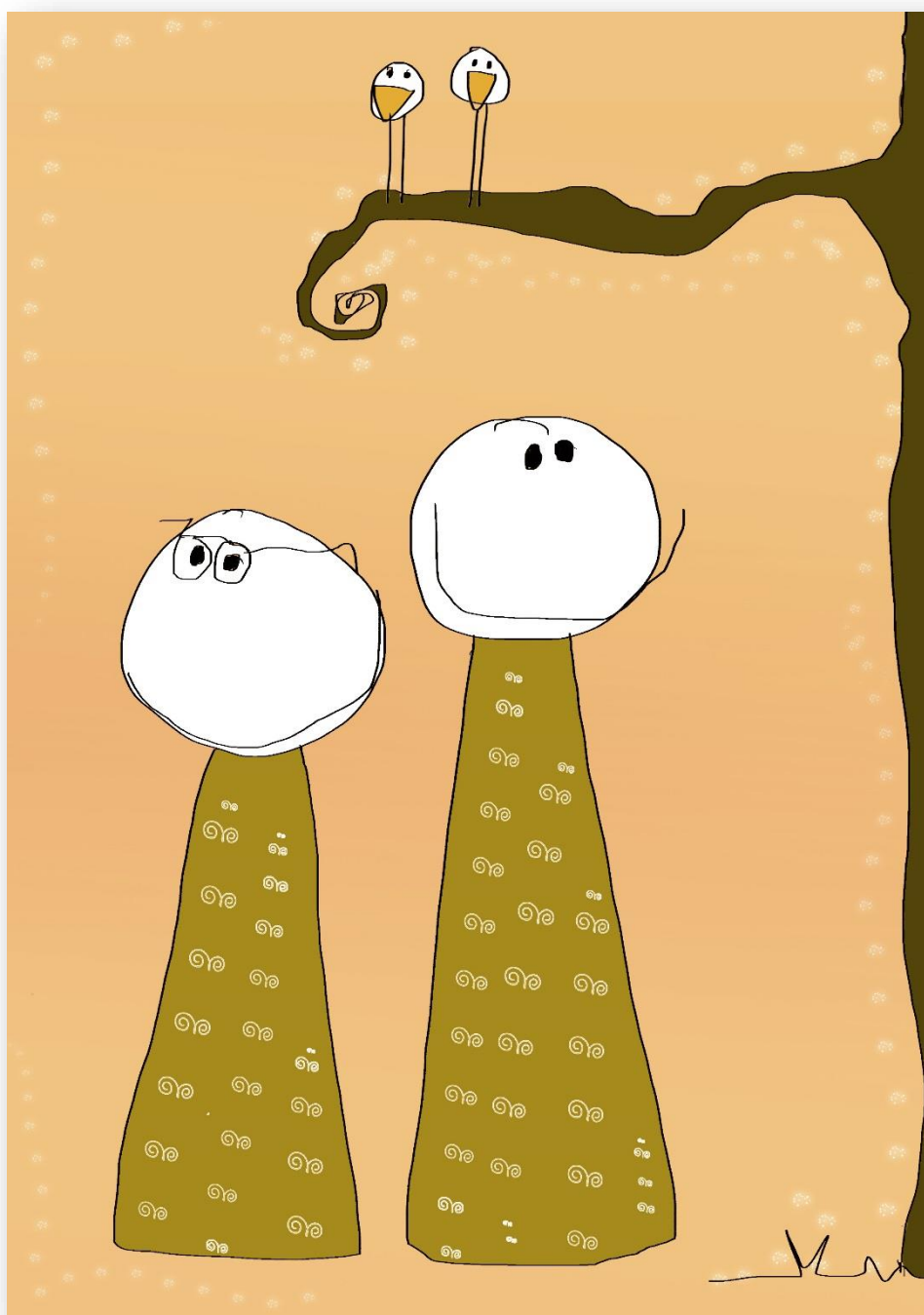


# Riksät

# Årsrapport 2015



Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling



# Årsrapport 2015

Riksät – nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling

[www.riksat.se](http://www.riksat.se)

## Registerhållare

**Sanna Aila Gustafsson (till hösten 2016)**

Universitetssjukvårdens forskningscentrum  
Universitetsjukhuset Örebro  
Box 1613, 701 16 Örebro  
[sanna.aila-gustafsson@regionorebrolan.se](mailto:sanna.aila-gustafsson@regionorebrolan.se)

**Andreas Birgegård (från hösten 2016)**

Kunskapscentrum för ätstörningar  
Norra Stationsgatan 69, plan 7  
113 64 Stockholm  
[andreas.birgegard@ki.se](mailto:andreas.birgegard@ki.se)

**Claes Norring**

Stockholms Centrum för Ätstörningar  
FoU-enheten  
Wollmar Yxkullsgatan 25  
118 50 Stockholm  
[claes.norring@ki.se](mailto:claes.norring@ki.se)

## Registerkoordinator

**Sara Norring**

Riksät  
Kunskapscentrum för ätstörningar  
Norra Stationsgatan 69, plan 7  
113 64 Stockholm  
[sara.norring@ki.se](mailto:sara.norring@ki.se)

## Övriga i referensgruppen

Andreas Birgegård  
Lena Enqvist  
Ida Lind  
Maja Molin  
Malin Sjöström  
Ulf Wallin  
Elisabet Wentz  
Karin Zetterlund

## Huvudförfattare av årsrapporten

**Sanna Aila Gustafsson**

**Andreas Birgegård**

**Claes Norring**

**Sara Norring**

## Utgivare

**Sanna Aila Gustafsson**

**Claes Norring**

## Illustrationer

**Jennie Svensson**

Art by Angel  
[jennie@artbyangel.se](mailto:jennie@artbyangel.se)

## Huvudman

Till hösten 2016:  
Region Örebro län  
Box 1613  
701 16 Örebro

Från hösten 2016:  
Stockholms läns sjukvårdsområde  
Box 17914  
118 95 Stockholm

Tryckår 2016

# Inledning

## Ätstörningar

Ätstörningar är vanliga och allvarliga hälsoproblem, som oftast drabbar yngre personer, men som inte är ovanliga även i högre ålder. Ätstörningarna indelas i tre huvudkategorier: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) och hetsättningsstörning (HS). Utöver dessa diagnoser finns ytterligare ätstörningar, under samlingsnamnet "andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom". I den nya utgåvan av DSM (DSM-5, 2013) har ätstörningar och andra födorelaterade syndrom samlats under samma diagnoskategori. Kvalitetsregistret Riksät innefattar dock bara information om patienter som uppfyller kriterier för en ätstörning som präglas av störda ätbeteenden eller andra olämpliga beteenden i syfte att kontrollera vikt eller kroppsform. Andra födorelaterade syndrom, som Pica eller idisslande, som numera tillhör samma diagnosgrupp innefattas, åtminstone i dagsläget, inte i registret. Diagnoser i Riksät registreras fortfarande enligt den före-gående DSM-IV, och indelas därför i denna årsrapport i tre huvudkategorier: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) och ätstörning utan närmare specifikation (UNS), där även HS inräknas. (En övergång till DSM-5 sker i samband med att det nya IT-stödet tas i bruk under våren 2017.)

AN präglas av självsvält, som leder till en påtaglig undervikt, och olika psykologiska symptom som en rädsla för att gå upp i vikt, störd kroppsuppfattning samt att självkänslan är påtagligt beroende av vikt och kroppsform. Vanligt förekommande är att patienter med AN har så pass låg vikt att basala kroppsliga funktioner, såsom menstruation, inte längre fungerar. BN präglas istället av hetsätning, där personen äter onormalt stora mängder mat under en begränsad period och samtidigt har en känsla av att ha förlorat kontrollen över sitt ätande. Det är också vanligt med olika beteenden för att försöka kompensera för effekterna (vare sig dessa är faktiska eller ej) av hetsätningen på vikten, såsom kräkningar, laxering, fasta eller överdrivet motionerande. Det föreligger också, precis som vid AN, en rädsla för viktuppgång och en självkänsla som är påtagligt beroende av vikt och kroppsform. Andra specificerade ätstörningar innebär att det föreligger en ätstörning, fast den inte uppfyller de kriterier som krävs för att kategoriseras som AN, BN eller HS. Det är viktigt att vara medveten om att detta inte innebär att patienten har en lättare problematik. Många gånger har patienter med denna diagnos väl så svåra problem och ett mycket påtagligt lidande.

Ätstörningar drabbar betydligt oftare kvinnor än män, men flera studier pekar på en ökning bland män, och för Ätstörning UNS finns uppskattningar om att en av tre drabbade är man. Man kan räkna med att 1-2 % av tonårsflickor och unga kvinnor vid en given tidpunkt är drabbade av AN eller BN. Hur många som samtidigt lider av angränsande tillstånd (Ätstörning UNS och lindrigare eller subkliniska varianter av ätstörning) är oklart, men en rimlig gissning är 3-5 gånger så många. Detta innebär att det i grova tal kan finnas runt 100 000 unga människor (13-30 år) i Sverige som lider av någon form av ätstörning. Förekomsten av ätstörningar hos kvinnor över 30 år är väsentligen lägre, men inte obefintlig. Då mörkertalen är höga (t.ex. på grund av ovilja/rädsla/skam för att söka vård) råder det stor osäkerhet om förekomsten av ätstörningar och exakt incidens och prevalens är därför mycket svåra att uppskatta.

Kostnaderna för ätstörningarna är stora, både i termer av personligt lidande och i hälsoekonomiska termer. Ungefär 50 % av patienter med AN anses kunna bli återställda från de somatiska följderna av ätstörningen (t.ex. undervikt och mensbortfall) efter fem år. I en studie där man följt upp patienter med BN var 67 % diagnosfria efter tolv år. Behandlingsframgång är alltså svår att uppnå, med komplett tillfrisknande i bara 50-70 % av fallen, och med alldeles för många patienter vars problematik motstår alla tillgängliga behandlingar. Ätstörningarna förstör alltså utvecklingsmässigt viktiga ungdomsår för många yngre kvinnor och män, och innebär stort lidande för många vuxna och äldre, och är dessutom en av de psykiatriska diagnoser som är förknippad med högst överdödlighet.

## Behandling av ätstörningar

Behandlingen av ätstörningar är mångfacetterad och omfattar såväl somatiska som psykiatriska insatser. Somatiska insatser handlar framför allt om att övervaka de kroppsliga konsekvenserna av svält, hetsätning och kompensationsbeteenden, vilka kan vara mycket allvarliga och kräva omfattande åtgärder. Psykiatriska insatser spänner över i stort sett hela det spektrum av insatser som är tillgängliga i psykiatri, men med ett fokus på psykoterapeutiska behandlingar. Dessa kan ske enskilt såväl som i familj eller grupp och baseras ofta på kognitiv beteendeterapeutiska principer, som är den psykoterapeutiska inriktning som har bäst vetenskapligt stöd. Även andra psykoterapeutiska inriktningar förekommer dock och har ett visst stöd (t.ex. familjbaserad behandling och interpersonell psykoterapi). För barn och ungdomar rekommenderas att behandlingen sker med deltagande av föräldrar, även om omfattningen på föräldrarnas deltagande kan variera beroende på ungdomens ålder, mognadsgrad, ungdomens diagnos och situationen i familjen. Under senare år har psykoterapeutiska insatser vid ätstörning i allt högre utsträckning också börjat erbjudas via Internet. Även pedagogiska insatser är vanliga vid t.ex. normalisering av ätbeteende och föreställningar om kropp och vikt. Medicinering med olika psykofarmaka (fr.a. antidepressiva) används givetvis också, men framför allt för att behandla olika samsjuklighetstillstånd. Antidepressiv medicinering har en viss dokumenterad effekt vid ätstörning med hetsätning (fr.a. BN), medan ingen medicinering hittills visat sig framgångsrik vid AN. Trots framsteg i studiet av ätstörningar under de senaste decennierna är kunskaperna fortfarande bristfälliga på flera viktiga områden. Kliniska riktlinjer och konsensusuttalanden för utredning och behandling av ätstörningar betonar vikten av att öka våra kunskaper om förlopp, utfall, prognos och behandling. Det finns även en ökande medvetenhet om att kontrollerade behandlingsstudier lämnar många frågor obesvarade. Den väsentligaste av dessa är kanske frågan om effektiviteten hos behandlingar under vardagliga och rutinmässiga kliniska förhållanden. Detta är en av de centrala frågor som kvalitetsregistret Riksät vill hjälpa till att besvara.

## Riksät

Riksät är det äldsta av de psykiatriska kvalitetsregistren. Registreringen påbörjades redan 1999 och sker sedan 2003 online. Sedan 2005<sup>1</sup> nyregistreras respektive uppföljs mer än 1 000 patienter årligen. Riksät är ett behandlingsregister, vilket innebär att vi samlar information om patienter som behandlas för en ätstörning. Vår målsättning är alltså inte att samla information om alla patienter som har en ätstörningsdiagnos (ett så kallat diagnosregister). De enheter som registrerar patienter till Riksät är enheter som har i sitt uppdrag att behandla patientgruppen, och informationen i registret handlar till stor del om vilken vård och behandling patientgruppen får, samt hur det går för patienterna.

Syftena med Riksät är:

- Att dokumentera
  - kliniskt väsentlig information, för att kunna beskriva och subgruppera patienterna.
  - kliniskt viktiga nyckeltal, t.ex. vänte- och behandlingstider.
  - typ av behandlingsinsatser, för att bl.a. kunna fastställa efterlevnad av kliniska riktlinjer.
  - utfall av behandlingen, såväl behandlar- som patientskattat.
  - patienternas upplevelser av och tillfredsställelse med behandlingen.
- Att med hjälp av ovan beskrivna information bidra till att skapa ett för verksamheten relevant och användbart underlag för kvalitetssäkring, kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsstyrning.
- Att med hjälp av ovan beskrivna information longitudinellt följa den svenska ätstörningsvården med avseende på förändringar i t.ex. behandlingsincidens, case-mix, typ och omfattning av behandlingsinsatser, behandlingsutfall och -tillfredsställelse.

---

<sup>1</sup> 2005 togs kvalitetssäkringsverktyget Stepwise i bruk i Stockholm. Stepwise är ett onlinesystem, inklusive bedömningsstöd i form av semistrukturerade intervjuer och självskattningar, som byggdes med Riksät som "kärna". Stepwise var ursprungligen avsett för användning i Stockholm, i dagsläget rapporterar dock majoriteten av landets specialiserade ätstörningsenheter till Riksät via Stepwise.

# Riksät – vilka är vi?

Riksät drivs av två registerhållare och en registerkoordinator. Till sin hjälp har de en referensgrupp bestående av professionsföreträdare, forskare och representanter från brukarförening.

Registerhållare är Sanna Aila Gustafsson (till hösten 2016), Andreas Birgegård (från hösten 2016) och Claes Norring. Registerhållarens roll är att ansvara för drift och utveckling av registret. Sanna är socionom, legitimerad psykoterapeut och klinisk forskare och arbetar på ätstörningsenheten Eriksbergsgården och vid Universitetssjukvårdens forskningscentrum i Örebro. Sanna har varit registerhållare sedan 2009 och avslutar nu sitt uppdrag. Andreas är beteendevetare, docent och arbetar som enhetschef/forskningsledare för Kunskapscentrum för ätstörningar i Stockholm. Andreas har tidigare varit registerhållare mellan 2009 och 2013, och återkommer alltså nu. Claes är psykolog, adjungerad professor och arbetar som forskningsledare vid FoU-enheten, Stockholms Centrum för Ätstörningar. Claes var den som startade Riksät 1998. Han var sedan registerhållare fram till 2005, då han gjorde ett uppehåll för att syssla med annat. Han återkom dock som registerhållare sommaren 2013.

Sedan december 2013 arbetar Sara Norring som registerkoordinator för Riksät. Hon har många års erfarenhet av de psykiatriska kvalitetsregistren, då hon tidigare arbetat på KCP, Kompetenscentrum för psykiatriska och andra kvalitetsregister i Örebro, mellan 2007 och 2013. Sara har en fil. mag. i beteendevetenskap. Som registerkoordinator arbetar hon med många olika arbetsuppgifter, bland annat att ge tekniskt support och att hjälpa enheterna med datauttag och –bearbetning.

I Riksäts referensgrupp har under 2015 ingått:

- Andreas Birgegård, docent, enhetschef vid Kunskapscentrum för ätstörningar vid Centrum för psykiatrforskning i Stockholm
- Lena Enqvist, socionom, Personlighets- och ätstörningsmottagningen i Piteå
- Ida Lind, representant för och styrelseledamot i Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar
- Maja Molin, doktorand, leg psykiatrisjuksköterska, PPI-pedagog samt projektledare för Eira-mottagningen på Stockholms centrum för ätstörningar
- Malin Sjöström, representant för och kommunikationsansvarig i Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar
- Ulf Wallin, med. dr., överläkare, utvecklings- och forskningsledare, Kompetenscentrum för Ätstörningar SYD, Region Skåne, Lund
- Elisabet Wentz, docent, överläkare, föreståndare för Gillbergcentrum, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet
- Karin Zetterlund, leg arbetsterapeut, behandlare, Ätstörningsmottagningen, Nyköping

# Nuläget och framtiden

Riksät fortsätter att utvecklas till ett brett, användarvänligt och kliniskt användbart register, med hög täckningsgrad. För närvarande pågår flera projekt i syfte att öka användbarheten och täckningsgraden. Riksäts styrgrupp arbetar aktivt, och i nära samarbete med deltagande enheter, patient- och anhörigföreningen Frisk & Fri, andra register, och Kvalitetsregistercentrum Stockholm (QRC Stockholm).

Riksät är redan idag ett väletablerat register med hög anslutningsgrad och ett högt förtroende ute i verksamheterna, men vi har flera viktiga utvecklingsområden.

## Utveckling av Riksät

Under våren 2015 planerades Riksät flyttas till en ny teknisk plattform vid RC VGR ([registercentrum.se](http://registercentrum.se)) och en stor del av 2014 gick åt till att förbereda övergången. Det blev dock aldrig någon flytt till RC VGR av skäl som vi inte ska fördjupa oss i här. Istället började vi under hösten 2015, tillsammans med QRC Stockholm ([qrcstockholm.se](http://qrcstockholm.se)), att planera upphandlingen av ett nytt IT-stöd för Riksät. Våren 2016 ägnades åt att ta fram en detaljerad kravspecifikation och upphandlingen genomfördes sedan under sommar och tidig höst. I skrivande stund (18 oktober) är avtal tecknat och arbetet med att ta fram vårt nya IT-stöd påbörjat. Enligt tidsplanen ska en första skarp version vara klar i månadsskiftet mars-april 2017. Vi kommer då äntligen att få det moderna IT-stöd som vi längtat efter i snart ett årtionde.

Vi fortsätter vårt arbete med att utveckla våra kvalitetsindikatorer. Vi har i samband med framtagande av kravspecifikation för upphandlingen sett över såväl de nuvarande kvalitetsindikatorerna som frågeuppsättningen. En genomgång av frågeuppsättningen genomfördes även under hösten 2014, som en förberedelse för överflyttningen till RC VGR. Då satte vi samman ett antal fokusgrupper runt om i landet med användare och brukare, som diskuterade registret och hur man önskade att det utvecklas vidare. Vi för också fortlöpande dialoger med andra register och med vårt registercentrum kring utvecklingen av Riksät.

Ytterligare en viktig förändring, som dock inte kommer att märkas särskilt mycket utåt, är att Riksät under hösten 2016 bytt huvudman och CPUA (centralt personuppgiftsansvarig). Från starten 1998 har Region Örebro län (RÖL; tidigare Örebro läns landsting) varit Riksäts huvudman/CPUA. I samband med lokala förändringar i Örebro väcktes frågan om att överlämna huvudmannaskapet till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Då inget nationellt kvalitetsregister tidigare bytt huvudman/CPUA på detta sätt tog processen lång tid och många instanser var inblandade. I slutet av september 2016 beslutade dock SLSO:s styrelse att acceptera RÖL:s förfrågan och ta över ansvaret för Riksät. Därmed har Riksät fått en huvudman som också ansvarar för flera andra psykiatriska kvalitetsregister, vilket vi tror kan få positiva effekter.

## Utbildning

Riksäts webbaserade utbildning ([utbildning.atstorning.se/riksat](http://utbildning.atstorning.se/riksat)) har nu funnits tillgänglig i snart tre år. Riksät innehåller en semistrukturerad diagnostisk intervju, kliniska skattningar och frågeformulär. För att öka (klinisk) användbarhet och tillförlitlighet ger utbildningen kunskap om och träning i att utföra dessa bedömningar/skattningar. Även generell information om kvalitetsregistret och dess syfte, innehåll och användning, ingår i webbutbildningen. Hittills har ca 350 användare anmält sig och loggat in i utbildningen. Webbutbildningen kommer att uppdateras vartefter förändringar genomförs i Riksät.

## Samarbete

Under året har vi vidareutvecklat vårt samarbete med intresseföreningen Svenska Ätstörnings-sällskapet (SEDS, en sammanslutning för kliniker och forskare; tidigare SABS) som har två återkommande möten varje år. Bland föreningens medlemmar finns de flesta specialiserade ätstörningsenheter i landet representerade, och vår planering är att i ännu högre grad kunna samverka kring viktiga förbättringsområden inom svensk ätstörningsbehandling. SEDS är en viktig arena för att diskutera förbättrings- och utvecklingsområden som vi identifierar med hjälp av Riksät.

Vi har också ökat vårt samarbete med patient- och anhörigföreningen Frisk&Fri. Vi har två representanter från föreningen i vår styrgrupp. Under 2015 sökte och beviljades vi medel för ett projekt som syftar till att presentera regelbundet uppdaterade resultat från Riksät på Frisk&Fris hemsida, vilket också sker sedan april 2016

(<http://www.kvalitetsregister.se/>

[forbattravarden/godaexempel/exempel/kvalitetsregisterstatistikpatientforeningshemsida.2701.html](http://forbattravarden/godaexempel/exempel/kvalitetsregisterstatistikpatientforeningshemsida.2701.html)).

## Förbättringsprojekt

Tre medarbetare har deltagit i utbildningen "Coach the Coach" (eCTC) Utbildningen gavs 2013 av Dartmouth Institute i samarbete med QRC Stockholm och Karolinska institutet och då deltog två medarbetare. Under 2014 gavs utbildningen vid Högskolan i Jönköping, och ytterligare en medarbetare gick då utbildningen. Förbättringsarbeten har genomförts på två enheter, en ätstörningsspecialiserad, och en allmänpsykiatrisk enhet. Det ena arbetet har rönt en hel del uppmärksamhet (se [foubloggen.com/tag/riksat](http://foubloggen.com/tag/riksat)).

I flera landsting pågår förbättrings- och utvecklingsarbeten på en mera övergripande nivå, där man använder sig av kvalitetsregisterdata. Riksät deltar aktivt, genom diskussioner och dataleveranser, i ett sådant projekt – Värdebaserad vård i Västra Götalandsregionen. Tidigare har vi på liknande sätt deltagit i projektet Inte tur i Landstinget i Uppsala län.

## Statistik och forskning

Under 2014 och 2015 har Psykiatrikompassen tagits fram och utvecklats till en nationell tjänst ([psykiatrikompassen.se](http://psykiatrikompassen.se)). Psykiatrikompassen är en lättanvänd webbaserad tjänst för kvartalsvis uppdaterad visning av kvalitetsmått från de psykiatriska registren, inklusive möjligheten att göra nationella jämförelser mellan regioner och enheter. En av Riksäts registerhållare, Claes Norring, var projektledare för Psykiatrikompassen under denna utvecklingsfas. Riksät var således i högsta grad aktivt och inblandat i detta arbete. Riksät deltar också i Öppna jämförelser/Vården i siffror, bl.a. i ett utvecklingsarbete för att kunna presentera utfallsvariabler med högre upplösning. Data från registret presenteras också kontinuerligt på SEDS återkommande möten.

Under perioden 2010-2016 har hittills 25 vetenskapliga arbeten publicerats, som delvis är baserade på data från Riksät. Registerdata är viktiga komponenter i flera pågående avhandlingsprojekt, avseende t.ex. internetbaserad behandling, självbildens betydelse, ungdomars upplevelser av specialiserad ätstörningsbehandling, psykiatrisk samsjuklighet, behandling för långtidssjuka ätstörningspatienter, och betydelsen av ADHD-relaterad samsjuklighet. Den IPT-utbildning som genomförts i Riksäts regi är också kopplad till en behandlingsstudie om IPT. Riksät är också en viktig samarbetspartner i den multinationella ANGI-studien ([angi.se](http://angi.se)), som primärt undersöker genetiska faktorerers betydelse vid anorexia nervosa och där en mycket framgångsrik datainsamling nyligen avslutats.

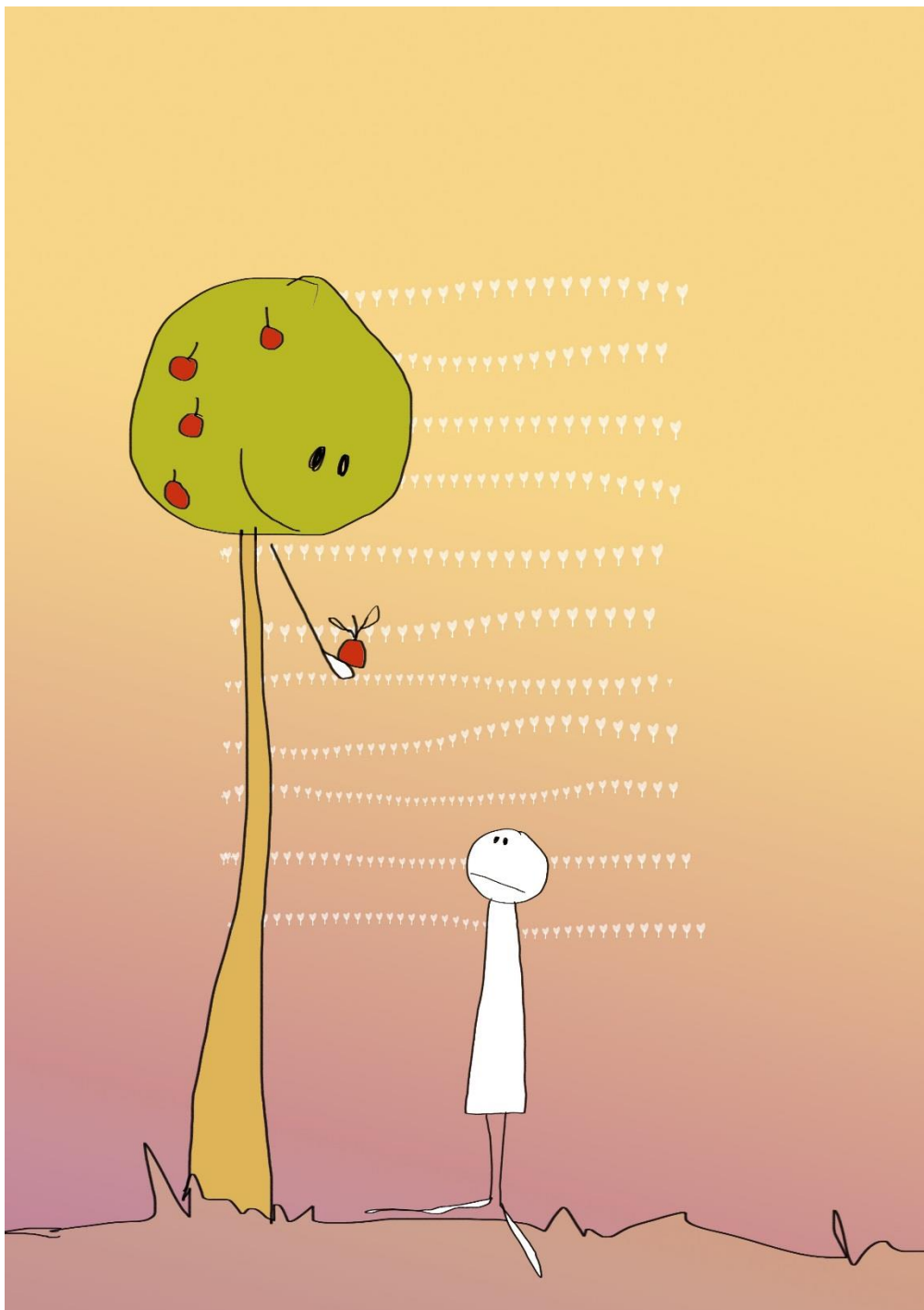
Data för validering av olika aspekter av Riksäts frågeuppsättning har samlats in och kommer att avrapporteras och framöver att användas för att förbättra tolkningsunderlaget för registrerade data. Sannolikt kommer en del av dessa valideringsdata även att användas i forskningsstudier.

## Publikationer 2010-2016 delvis baserade på data från Riksät

1. Birgegård, A., Björck, C., & Clinton, D. (2010). Quality assurance of specialised treatment of eating disorders using large-scale Internet-based collection systems: Methods, results and lessons learned from designing the Stepwise database. *European Eating Disorders Review*, 18, 251-259.
2. Welch, E., Birgegård, A., Parling, T., & Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 85-91.
3. Birgegård, A., Norring, C., & Clinton, D. (2012). DSM-IV vs. DSM-5: Implementation of proposed DSM-5 criteria in a large naturalistic database. *International Journal of Eating Disorders*, 45, 353-361.
4. Birgegård, A., Groß, G., de Man Lapidoth, J., & Norring, C. (2013). DSM-5: problems and suggestions. Letter to the Editor. *Journal of Eating Disorders*, 1:8.
5. Birgegård, A., Clinton, D., & Norring, C. (2013). Diagnostic issues of binge eating in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21(3), 175-183.
6. Högdahl, L., Birgegård, A., & Björck, C. (2013). How effective is bibliotherapy based self-help cognitive behavioural therapy with Internet support in clinical settings? Results from a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 18, 37-44.
7. Ekeröth, K., Clinton, D., Norring, C., & Birgegård, A. (2013). Clinical characteristics and distinctiveness of proposed DSM-5 eating disorder diagnoses: findings from a large naturalistic clinical database. *Journal of Eating Disorders*, 1:31.
8. Groß, G., Birgegård, A., & Zipfel, S. (2013). Die STEPWISE-Datenbank – Was können wir von einem Schwedischen Qualitätsregister für Essstörungen lernen? *Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie*, 64(7), 253-9.
9. Backholm, K., Isomaa, R., & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4:22482.
10. Birgegård, A., Norring, C., & Clinton, D. (2014). Binge eating in interview vs. self-report: Different diagnoses show different divergences. *European Eating Disorders Review*, 22, 170-5.
11. Ekeröth, K., & Birgegård, A. (2014). Evaluating reliable and clinically significant change in eating disorders: Comparisons to changes in DSM-IV diagnoses. *Psychiatry Research*, 216, 248-54.
12. Runfola, C. D., Thornton, L. M., Pisetsky, E. M., Bulik, C. M., & Birgegård, A. (2014). Self-image and suicide in a Swedish national eating disorders clinical register. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 439-49.
13. Forsén Mantilla, E., Bergsten, K., & Birgegård, A. (2014). Self-image and eating disorder symptoms in normal and clinical adolescents. *Eating Behaviors*, 15, 125-31.
14. Levallius, J., Clinton, D., Bäckström, M., & Norring, C. (2015). Who do you think you are? - Personality in eating disordered patients. *Journal of Eating Disorders*, 3(3).
15. Forsén Mantilla, E., & Birgegård, A. (2015). The enemy within: the association between self-image and eating disorder symptoms in healthy, non help-seeking and clinical young women. *Journal of Eating Disorders*, 3(30).
16. Isomaa R, Backholm C, Birgegård A (2015). Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Res.* 230, 506-510.
17. Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders; results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230(2), 294-299.
18. Javaras, K.N., Runfola, C.D., Thornton, L.M., Agerbo, E., Birgegård, A., Norring, C., Yao, S., Råstam, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Bulik, C.M. (2015). Sex- and Age-Specific Incidence of Healthcare-Register-Recorded Eating Disorders in the Complete Swedish 1979-2001 Birth Cohort. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1070-1081.
19. Högdahl, L., Levallius, J., Björck, C., Norring, C., & Birgegård, A. (2016). Personality predicts drop-out from internet-based self-help cognitive behavioural therapy for eating disorders – Results from a randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 5, 44-50.
20. Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L.M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B.K., Pawaskar, M., Larsson, H., & Bulik, C.M. (2016). Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16:163.
21. Watson, H., Jangmo, A., Munn-Chernoff, M.A., Thornton, L.M., Welch, E., Wiklund, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Norring, C., Herman, B.K., Larsson, H., & Bulik, C.M. (in press). A register-based case-control study of prescription medication utilization in binge-eating disorder. *Primary Care Companion for CNS Disorders*.



22. Levallius, J., Roberts, B., Clinton, D., & Norring, C. (in press). Take charge: Personality as predictor of recovery from eating disorder. *Psychiatry Research*.
23. Svedlund, N.E., Norring, C., Ginsberg, Y., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (in press). Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Adult Eating Disorder Patients. *BMC Psychiatry*.
24. Javaras, K.N., Rickert, M.E., Thornton, L.M., Peat, C.M., Baker, J.H., Birgegård, A., Norring, C., Landén, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., Bulik, C.M., & D'Onofrio, B.M. (in press). Paternal age at childbirth and eating disorders in offspring. *American Journal of Psychiatry*.
25. Forsén Mantilla, E., Norring, C., & Birgegård, A. (in press). Self-image and 12-month outcome in eating disorders: extending previous findings. *Journal of Eating Disorders*.



# Nyttan – olika perspektiv

Syftet med Riksät är bland annat att dokumentera kliniskt väsentlig information, för att kunna beskriva patientgruppen och bidra till att skapa ett för verksamheten relevant och användbart underlag för kvalitetssäkring, kliniskt förbättringsarbete och verksamhetsstyrning. Därigenom kan vi följa den svenska ätstörningsvården med avseende på förändringar i t.ex. behandlingsincidens, ”case mix”, typ och omfattning av behandlingsinsatser, behandlingsutfall och -tillfredsställelse.

Vår ambition är att såväl patienter som behandlare och enhetschefer ska uppleva att det känns meningsfullt och viktigt att registrera i Riksät. Detta tror vi är en förutsättning för att uppnå en ännu bättre täckningsgrad i registret.

Vårt intryck är att patienter upplever registreringen som hjälpsam och att den ger viktig information. Många patienter är intresserade när man går igenom deras skattningar, både vid nyregistrering och uppföljning, och det upplevs som positivt att återföringsrapporten visar jämförelser med initialvärden vid uppföljning, och att man ser sina värden i förhållande till referensvärden. En patient uttryckte det såhär:

”Det som är bra är att man går igenom bra frågor, som ringar in problemen bra. Man får en bra bild, både själv och behandlaren.” (Patient vid nyregistrering)

För behandlarnas del blir registreringen ett stöd i bedömningen. Ambitionen är att behandlarna inte ska se registreringen som en extra – tidskrävande – arbetsuppgift, utan att det blir en hjälpsam och integrerad del i bedömningen, och senare i uppföljningen av patienten. Vi har ofta förekommande dialoger med behandlarna och upplever att de ser en stor nytta med registreringen.

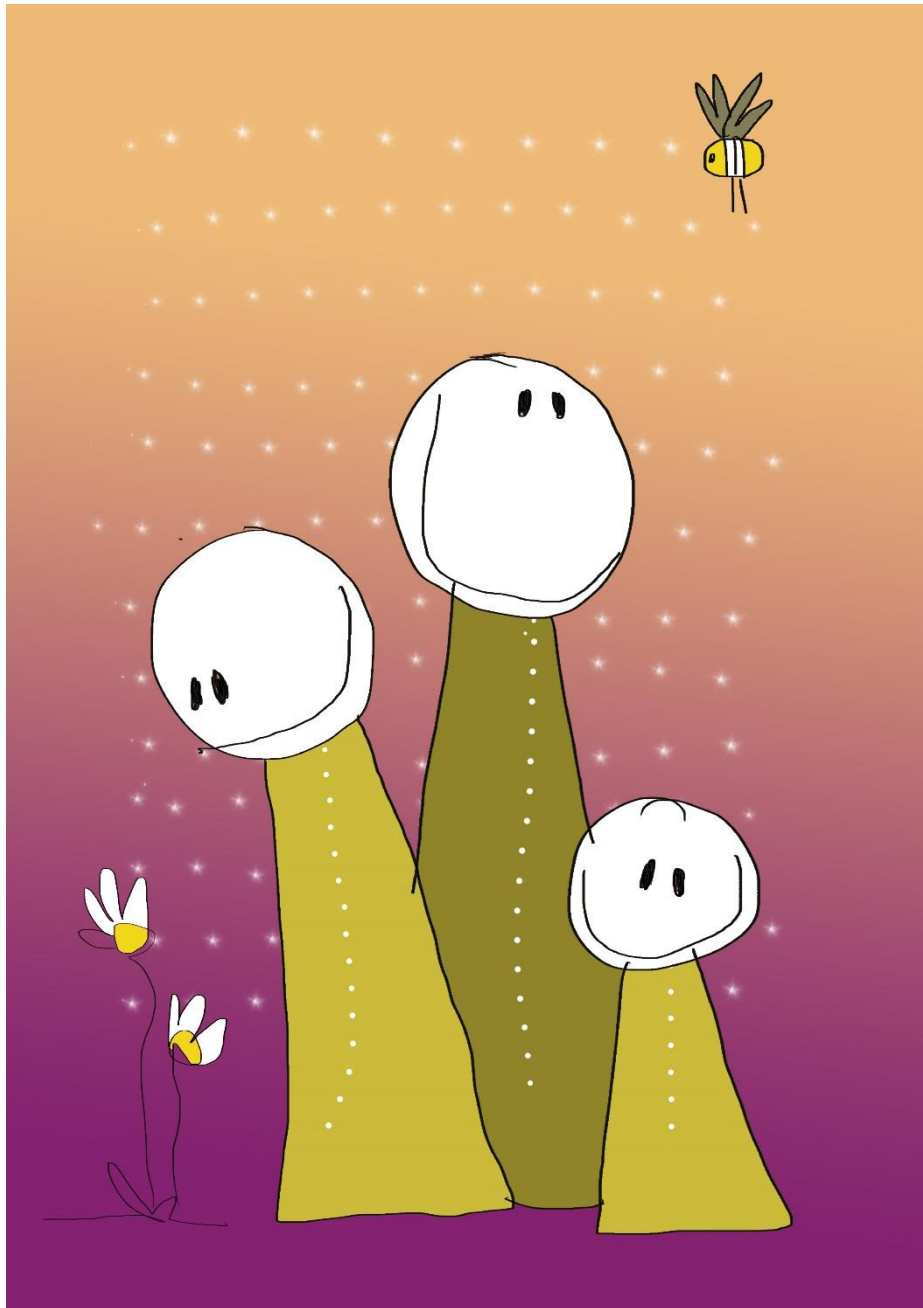
”I mitt behandlingsarbete är EDE-Q speciellt värdefullt då resultaten, som speglar patientens egen upplevelse av sin problematik, är ett värdefullt underlag för diskussion med patienten. Det är också bra att omfattningen av självdestruktivitet och självmordstankar efterfrågas så att bilden av patientens hjälpbehov utöver ätstörningen tydliggörs.” (Behandlare)

För att registreringen ska bli en integrerad del i verksamheten är det också viktigt att chefer på olika nivåer ser en nytta med att patienterna registreras och följs upp. En enhetschef beskriver det såhär:

”Att vara med i Riksät hjälper oss att på ett strukturerat sätt samla in uppgifter som gör att vi kan beskriva vår patientgrupp. Vi kan också följa vilka insatser som ges och förändringar som sker över tid, både på individ- och enhetsnivå. De resultat som vi får fram kan förhoppningsvis hjälpa oss att vidareutveckla och förbättra behandlingen av ätstörningsproblematik.” (Enhetschef)

Utöver att vara till nytta för patienter och användare, som ju är de direkta användarna av Riksät, tycker vi också att det är viktigt att Riksät upplevs som relevant och nyttigt av beslutsfattare på olika nivåer och av intressegrupper. Vi har t.ex. ett nära samarbete med den nationella patientföreningen Frisk&Fri, som säger såhär om nyttan av Riksät:

”Genom detta samarbete får bägge organisationerna större kunskap om varandras verksamheter. Frisk&Fri väljer att samarbeta med Riksät då vi ser vikten av ett bra kvalitetsregister. Ju fler brukare som väljer att delta i registret, desto större möjlighet har vi att utveckla en bra och anpassad vård. Ju fler åsikter som sammanställs, desto större kunskap får vi om vården runt om i landet. Vi i Frisk&Fri kan genom vår kunskap om detta även påverka de brukare som vi kommer i kontakt med genom att informera om fördelarna att delta i registret. Tanken med samarbetet är också att få möjlighet att diskutera de frågeställningar Riksät tar upp och föra fram brukarnas synpunkter.” (Frisk&Fri)



# Registrering och täckning

Riksät är ett behandlingsregister, inte ett diagnosregister. Riksät är till för enheter som har i uppdrag att behandla patienter med ätstörning. Enheter som inte har i uttalat uppdrag att behandla patientgruppen bör inte vara med i registret, även om de förstås ibland kommer i kontakt med patienter som har en samsjuklighet med ätstörning. Dessvärre finns ibland ett tryck från vårdgivarna att enheter ska vara anslutna till registret trots att deras uppdrag egentligen inte omfattar behandling av ätstörningar.

Efter att onlineregistreringen introducerats 2003 uppnådde Riksät ganska snart en god täckning med avseende på andelen specialiserade ätstörningsenheter i landet som är anslutna till registret. Idag är, så vitt vi känner till, alla specialiserade enheter i landet anslutna till registret och nästan alla nya behandlingar (> 95 %) vid dessa specialiserade enheter registreras. Utöver de specialiserade enheterna finns det allmänpsykiatriska enheter som erbjuder specialiserad ätstörningsbedömning och -behandling. Det är dock svårt att bedöma hur många av de allmänpsykiatriska och barnpsykiatriska enheter som bör vara med i registret, och i vilken omfattning de registrerar de patienter som bör registreras. Vi bedömer att det finns ett relativt stort antal BUP-mottagningar och vuxenpsykiatriska mottagningar i landet som behandlar patienter med ätstörning, men som inte är anslutna till registret. Täckningsgrad för nyregistreringar är också knepig att beräkna, eftersom den bygger på antal registrerade patienter av de som "borde" ha registrerats på de anslutna enheterna. Vi har flera gånger försökt uppskatta detta, men det är svårt att få fram pålitliga siffror från enheterna. Täckningsgrad för uppföljningar är lättare att beräkna, då den helt enkelt baseras på hur många av enhetens nyregistrerade patienter som uppföljningsregistreras efter 12 månader (eller följs upp vid avslut tidigare än 12 månader). Målsättningen är att enheterna ska följa upp minst 70 % av sina nyregistrerade patienter. En hög täckningsgrad är generellt viktig för att upp-gifterna i registret ska vara tillförlitliga, men särskilt så för uppföljningsregistreringar. Enhetens täckningsgrad för uppföljningar är central när man tolkar resultaten, framförallt avseende utfall. Icke uppföljda patienter riskerar att i större grad vara de som avbrutit behandlingen och för vilka det inte finns tillförlitliga data. Ju sämre täckningsgrad, desto mer osäkra siffror. Ett exempel: En enhet har registrerat 100 patienter, varav 50 är uppföljda. De rapporterar att 60 % av patienterna är i remission vid 12-månadersuppföljningen. Osäkerheten i den siffran är då stor och den faktiska andelen patienter i remission kan variera mellan 30 % och 80 % beroende på hur det har gått för de icke uppföljda patienterna.

Antalet nyregistreringar har ökat ganska stadigt under tioårsperioden 2003-2013, från 314 till 2701 nyregistreringar per år (se figur 1). 2014 var första året som vi såg en minskning av antalet nyregistreringar. Vi tror att detta i huvudsak beror på problem och tveksamheter i samband med nedläggningen av ReQua/KCP, flytten till RC VGR och stora tekniska problem under det året. Antalet uppföljningar har hela tiden varit betydligt lägre än antalet nyregistreringar och skillnaden har tenderat att öka över tid.

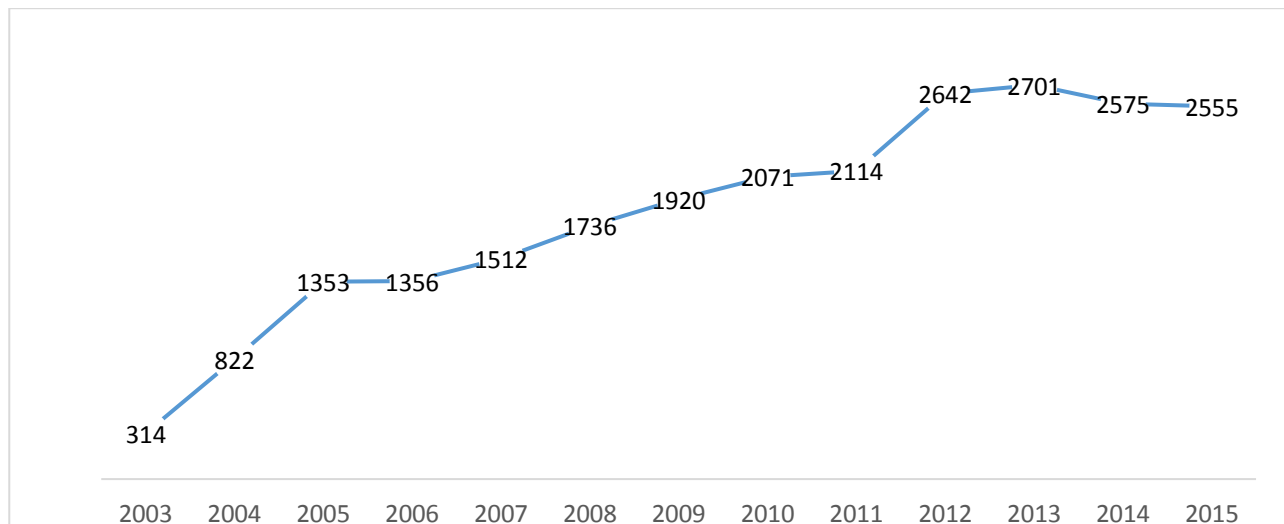
Data i denna rapport baseras huvudsakligen på behandlingar som nyregistrerades under perioden 2013-2015, samt 12-månadersuppföljningar och avslutsregistreringar under perioden 2014-2015. Under perioden 2013-2015 nyregistrerades 7831<sup>2</sup> behandlingar på 72 enheter. Antal nyregistreringar under 2014 och 2015 är beräknade enbart på patienter med ätstörningsdiagnos, eftersom ett diagnostikstöd som infördes under det 2013 bättre tillät registrering av när ätstörningsdiagnos *inte* förelåg (tidigare år kan en del sådana patienter vara inkluderade men då registrerade med någon variant av UNS-diagnos). Samtliga som initialt inte har haft någon ätstörningsdiagnos efter 2013 har uteslutits. Antal unika patienter under perioden är ca 7500, så drygt ca 330 av de registrerade behandlingarna rör patienter som har påbörjat mer än en behandlingsperiod. Oftast rör det sig om att en patient avslutat en behandling, haft ett uppehåll och därefter påbörjat en ny behandlingsperiod på samma, eller en annan, enhet. Men det förekommer också att en patient

---

<sup>2</sup> Denna siffra inkluderar 516 behandlingar som 2013 registrerades i den gamla versionen av Riksät. På grund av skillnader i frågeuppsättningen är dessa 516 behandlingar endast medräknade i registreringsstatistiken, men inte i övriga resultat.

har haft behandling under delvis samma period på två enheter (t.ex. en öppenvårds-enhet och ett behandlingshem) eller att patienten avslutas på en enhet och i anslutning till det påbörjas på en annan enhet (exempelvis överförs från en ungdomsenhet till en vuxenenhet). I samtliga dessa fall räknas varje behandlingsperiod som en registrerad behandling.

Figur 1. Antal nyregistreringar i Riksät under perioden 2003-2015.



Tabell 1 visar alla registrerande enheter, antal nyregistreringar och andel uppföljningar under perioden. Under 3-årsperioden hade 25 av enheterna registrerat färre än 20 patienter. 25 enheter har inte följt upp några patienter alls under perioden 2014-2015. Sett till hela perioden är det endast ett fåtal enheter som kommer upp till målnivån att ha följt upp 70 % av de nyregistrerade patienterna.

Tabell 1: Antal registrerade behandlingar enhetsvis under perioden 2013-2015, samt andel uppföljda 2014-2015.

Enhet	Initialregistreringar				Uppföljningar	
	2013	2014	2015	13-15	2014	2015
A01: Stockholms centrum för ätstörningar	705	734	715	2154	74,9 %	68,8 %
A04: Capio Ätstörningscenter AB, Sthlm	162	175	178	515	82,7 %	64,6 %
B01: AB Mando, Stockholm	136	95	81	312	68,4 %	83,2 %
B03: Ätstörningsmottagningen, Sunderbyn	20	22	23	65	45,0 %	63,6 %
B05: Psykiatri, Piteå	19	7	7	33	15,8 %	28,6 %
B10: Psykiatri, Gällivare	1	1	0	2	0,0 %	0,0 %
C03: BUP ätstörningsenhet, Uppsala	39	26	64	129	0,0 %	50,0 %
C04: Ätstörningsenheten f. vuxna, Uppsala	52	36	49	137	0,0 %	0,0 %
D03: Ätstörningsmottagningen, Nyköping	31	31	23	85	48,4 %	58,0 %
D06: Psykiatriska kliniken, Eskilstuna	5	2	0	7	20,0 %	0,0 %
D08: BUP-kliniken, Eskilstuna	18	14	5	37	55,6 %	14,3 %
D14: Psykiatrisk mottagning, Eskilstuna	8	12	0	20	0,0 %	0,0 %
E06: Psyk och hab-enheten, NSV, Motala	6	5	5	16	0,0 %	0,0 %
E08: Vuxenpsyk. kliniken, Norrköping	13	18	7	38	76,9 %	55,6 %
E09: BUP-kliniken, Norrköping	9	9	11	29	44,4 %	11,1 %
E11: Ätstörningsenheten länsteam, Lkpg	3	0	0	3	0,0 %	0,0 %
E12: Ätstörningsteamet BUP, Linköping	72	59	67	198	65,3 %	83,0 %
E17: Ätstörningsteamet, Psyk. klin., Lkpg	6	10	20	36	100,0 %	60,0 %

	Initialregistreringar				Uppföljningar	
	2013	2014	2015	13-15	2014	2015
E22: Psykiatripartners Barn/ungd., Mjölby	2	0	1	3	0,0 %	0,0 %
E25: Psykiatripartners Barn/ungd., Motala	3	1	0	4	0,0 %	0,0 %
F01: Anorexienheten, Jönköping	17	2	13	32	41,2 %	100,0 %
F02: Psykiatriska kliniken, Jönköping	13	5	0	18	7,7 %	0,0 %
F04: Psyk. klin./Ätstörningsteam, Värnamo	4	1	2	7	0,0 %	0,0 %
F07*: Psyk. mott., Höglandssjukhuset, Eksjö	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
F08*: Psykiatriska mottagningen, Tranås	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
F10: Psykiatriska mottagningen, Vetlanda	4	2	0	6	0,0 %	0,0 %
G03: Vuxenpsyk., Kronoberg	7	14	6	27	71,4 %	42,9 %
H01: Anorexi-Bulimi Center, Kalmar	82	93	77	252	79,3 %	54,8 %
I02: Ätstörningsteamet, BUP Visby	5	4	5	14	0,0 %	25,0 %
I05: Psyk. kliniken öppenvårdsteamet, Visby	9	13	7	29	0,0 %	0,0 %
K08: Ätstörningsenheten, Karlskrona	25	23	23	71	64,0 %	69,6 %
K09: Psyk. mott., Sölvesborg/Olofström	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
L01: VO BUP, Kristianstad	0	7	21	28	0,0 %	0,0 %
M03: Enh. för Anorexi-Bulimi, BUP, Lund	30	34	26	90	26,6 %	14,7 %
M10: Ätstörningsmott. för vuxna, Lund	105	95	75	275	43,8 %	44,2 %
M12: VO VUP Malmö	26	31	10	67	3,8 %	29,0 %
M28: VO VUP Helsingborg	13	7	19	39	15,4 %	14,3 %
M37: VO VUP Kristianstad	0	4	21	25	0,0 %	100,0 %
M52#: Catio Ätstörningscenter AB, Malmö	39	40	36	117	74,4 %	17,5 %
M57: VO BUP Malmö-Trelleborg	0	25	5	30	0,0 %	0,0 %
N02: Ätstörningsenh., S. Halland, Halmstad	55	47	40	142	80,0 %	87,2 %
N05: Catio Ätstörningscenter AB, Varberg	40	45	35	120	60,0 %	11,1 %
N07: Ätstörningsenheten, N. Halland, Varberg	66	71	64	201	78,8 %	28,2 %
O01*: Öppenpsyk. mott., Kungälv	2	0	0	2	0,0 %	0,0 %
O03: Ätstörningsenheten Korallen, Uddevalla	52	29	35	116	52,0 %	72,4 %
O07: Anorexi- och bulimimott. vuxna, Gbg	43	35	49	127	65,1 %	88,6 %
O09: Anorexi-bulimi mott., Dr Silvias, Gbg	57	109	85	251	14,0 %	11,9 %
O27: SÅS VUP, ÖVM Mark, Skene	0	17	80	97	0,0 %	100,0 %
O46: Tina-mottagningen, Västra Frölunda	3	0	0	3	0,0 %	0,0 %
O66: AB Mando, Alingsås	15	13	15	43	80,0 %	100,0 %
O67: WeMind, Göteborg	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
O71: BUP Ätstörningsmottagning, Borås	0	0	2	2	0,0 %	0,0 %
O72: BUP Ätstörningsenhet, Uddevalla	0	4	9	13	0,0 %	25,0 %
P04#: Vågen, Borås	37	17	0	54	91,9 %	0,0 %
R01: S:ta Helenamott., Skövde	29	13	19	61	31,0 %	46,2 %
S02: Ätstörningsenheten, Karlstad	63	73	32	168	11,1 %	50,6 %
T01: Eriksbergsgården, Örebro	99	106	98	303	70,7 %	33,9 %
U02: Ätstörningsenheten, Västerås	78	73	63	214	35,9 %	19,2 %
W01: MHE-kliniken, Mora	24	17	31	72	54,2 %	100,0 %
W04: Ätstörningsenheten Tornet, Falun	26	10	17	53	65,4 %	40,0 %
W11: Dala ABC, Falun	49	12	44	105	0,0 %	0,0 %
W13: Psykiatrimott., Avesta	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %

	<i>Initialregistreringar</i>				<i>Uppföljningar</i>	
	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>13-15</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
X02: Länsenheten för ätstörningar, Gävle	85	83	82	250	65,8 %	8,4 %
Y05: Ätstörningsteamet, BUP, Sundsvall	16	13	15	44	25,0 %	15,4 %
Y06: Affektiva mott. Psyk. klin., Sundsvall	29	15	31	75	6,9 %	46,6 %
Y07: Psykiatriska mottagningen, Härnösand	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
Y08: ÖrnTÄT, Örnsköldsvik	9	6	3	18	11,1 %	16,7 %
Y10: Västerbergsl. Psyk. sektor, Ludvika	1	0	0	1	0,0 %	0,0 %
Y11: Vuxenpsykiatri, Sollefteå/Kramfors	3	2	1	6	0,0 %	0,0 %
Z02: Ätstörningsenheten, Östersund	19	26	21	66	63,2 %	50,0 %
Z05: BUP, Östersund	8	1	6	15	0,0 %	0,0 %
Å02: BUP länsklinik Västerbotten, Umeå	33	22	19	74	60,6 %	50,0 %
Å04: Freja anorexi- och bulimicentrum, Umeå	30	34	30	94	76,6 %	41,2 %
Å06: Ätstörningsverksamheten i Skellefteå	11	10	6	27	54,5 %	80,0 %
Å11: BUP, Lycksele	5	5	1	11	60,0 %	0,0 %
Å12: BUP länsklin. Västerbotten, Skellefteå	19	10	20	49	21,1 %	20,0 %
<i>Total</i>	<i>2701</i>	<i>2575</i>	<i>2555</i>	<i>7831</i>	<i>57,2 %</i>	<i>50,5 %</i>

\* Dessa enheter är inte längre anslutna till Riksät, men finns med eftersom de gjort registreringar under den aktuella perioden.

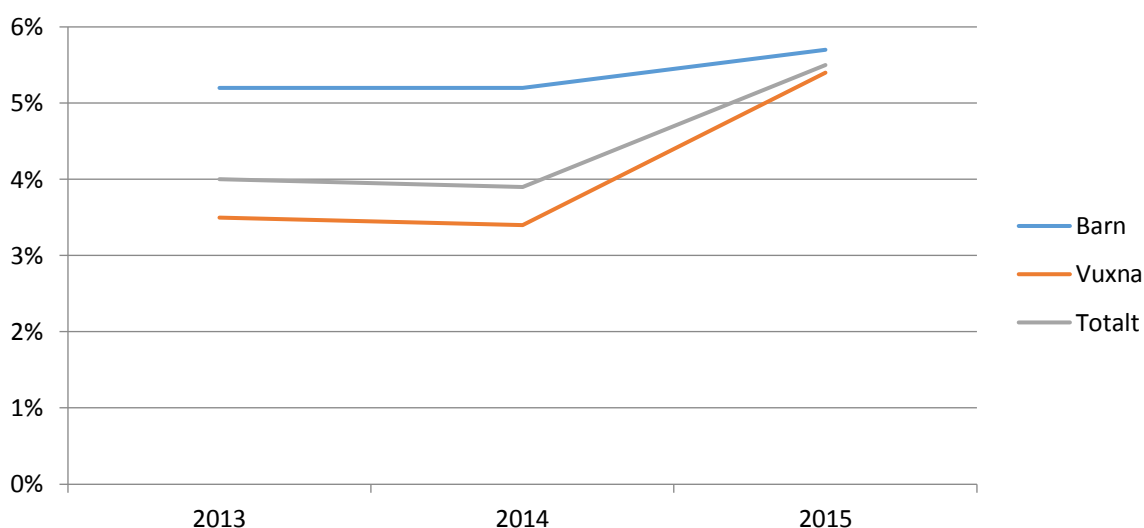
# Dessa enheter är nedlagda eller bortorganiserade, men finns med eftersom de gjort registreringar under den aktuella perioden.

# Diagnostiska och kliniska aspekter

Patientens ålder vid första besöket varierar mellan 10 och 70 år ( $m=23,3$ ,  $sd=9$ ). Genomsnittlig ålder vid tidpunkten för första besöket har legat relativt konstant ända sedan 2001. Andelen patienter under 18 år vid första besök under hela perioden 2013-2015 är 29 % (2347 behandlingar). Dessa räknas i rapporten som ungdomar och de övriga ( $n=5816$ , 71 %) som vuxna.

Av den totala gruppen var 5,5 % pojkar/män fördelat på 5,7 % bland ungdomar och 5,4 % bland vuxna patienter. Andelen pojkar är något lägre än vad man kan förvänta sig utifrån såväl nationella som internationella epidemiologiska studier. Det ser ut som om andelen män har ökat något bland vuxna, men ökningen är inte statistiskt signifikant. Figur 2 visar andelen pojkar/ män under perioden 2013-2015.

Figur 2: Andel pojkar/män årligen under perioden 2013-2015.



## Diagnosfördelning

Sett till hela perioden fick 27,9 % av patienterna en AN-diagnos, och 29,5 % en BN-diagnos. Den vanligast förekommande diagnosen var Ätstörning utan närmare specifikation (UNS), vilken ges till 37,4 % av samtliga patienter vid nyregistrering, medan Hetsättningsstörning endast ges till 5,1 % av patienterna.

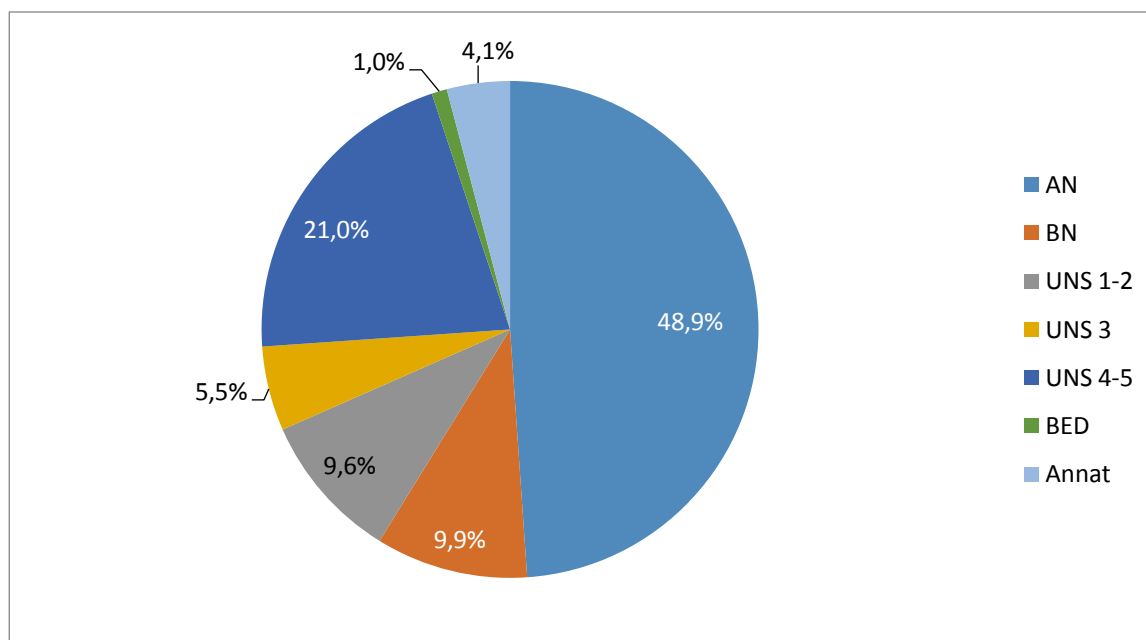
Andelen patienter med AN är högre bland ungdomar än bland vuxna patienter (se figur 2 och 3), medan det motsatta gäller för BN, där andelen ungdomar med denna diagnos är väsentligen lägre än bland vuxna patienter. Patienter som inte uppfyller kriterier för AN eller BN får alltså en UNS-diagnos, vilken i sin tur delas in i olika undergrupper. Patienter med en huvudsakligen anorektisk problembild, som inte uppfyller kriterier för AN får diagnoserna UNS typ 1 eller 2. Denna diagnos får nästan var tionde ungdom, medan endast 3,2 % av de vuxna patienterna får denna diagnos. Patienter med en huvudsakligen bulimisk problembild som inte uppfyller kriterier för BN får diagnosen UNS typ 3, denna diagnos fick 5,5 % av ungdomarna och 10,1 % av de vuxna patienterna. UNS typ 4 får patienter som regelbundet använder olämpligt kompensatoriskt beteende efter endast små mängder mat, medan UNS typ 5 innebär att man tuggar och spottar ut mat. Patienter som får dessa diagnoser är relativt lika fördelade mellan vuxna och ungdomar. Hetsättningsstörning (HS) innebär att man hetsäter utan efterföljande kompensatoriskt beteende. Denna diagnos är ovanlig bland ungdomarna (1,0 %), medan den är oftare förekommande bland vuxna patienter (6,5 %). Utöver dessa undergrupper till UNS så finns också möjligheten att ange att patienten har en problembild som inte överensstämmer



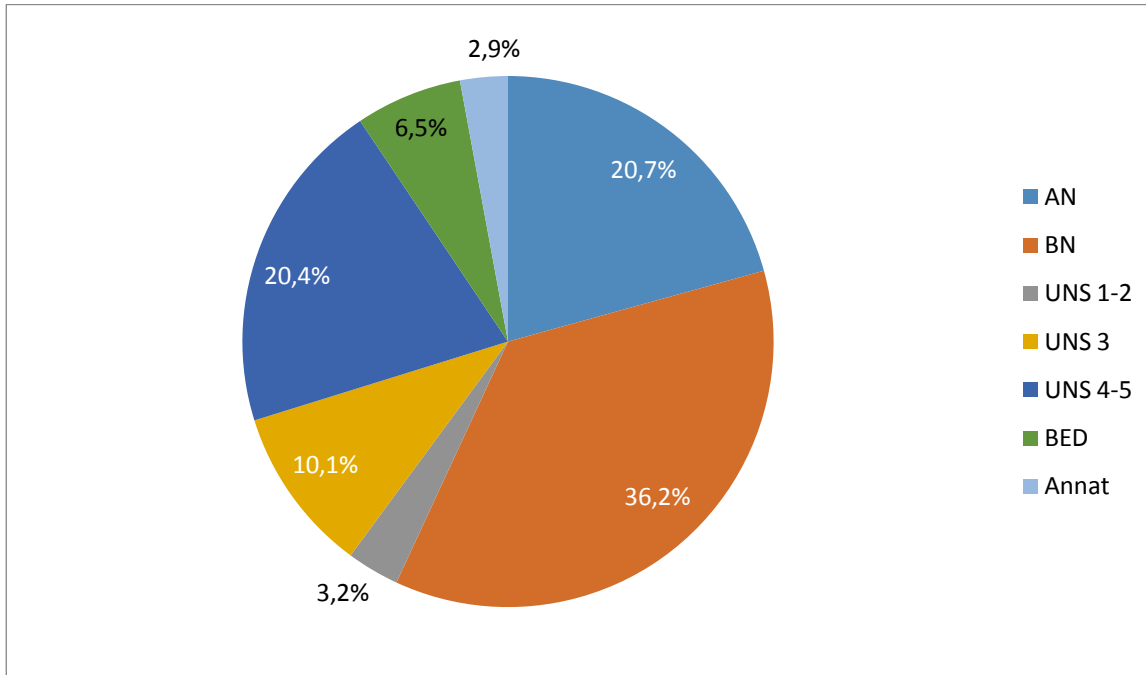
med någon av dessa undergrupper. Det kan exempelvis röra sig om patienter som växlar mellan en anorektisk och bulimisk problematik eller patienter (fr.a. barn/ungdomar) med diagnosen Uppfödningssvårigheter hos spädbarn eller småbarn (som i DSM-5 placerats tillsammans med ätstörningarna under beteckningen Undvikande/restriktiv störning i födointag). Dessa patienter återfinns i diagnosgruppen Annat. I figur 3 och 4 visas diagnosfördelningen under perioden 2013-2015 för ungdomar respektive vuxna patienter och i figur 5 och 6 visas diagnosfördelningen över perioden 2013-2015, uppdelat på ungdomar/vuxna.

Sett över tid är diagnosfördelningen relativt stabil. En trend, som anades även i förra årets rapport, är dock att andelen unga patienter med en UNS- eller BED-diagnos verkar minska, medan fr.a. andelen med diagnosen AN ökar. Bland UNS-grupperna ter det sig som om andelen patienter med UNS typ 1-2 minskar bland både unga och vuxna. Orsakerna till minskningen är oklara, men en möjlighet är att medvetenheten om den förändrade diagnostiken i DSM-5 bidragit, även om de diagnostikstödande metoderna i Stepwise/Riksät inte förändrats i detta avseende under perioden. Även om de flesta landsting ännu inte hade infört DSM-5 "officiellt" under perioden så kan förändringarna i diagnossystemet antas ha spridit sig. DSM-5 skulle resultera i en förflyttning av patienter från UNS typ 1 till AN, och möjligen även från UNS typ 2, samt att skiljelinjen mellan DSM-5-kategorierna Atypisk anorexia nervosa (motsv. UNS typ 2) och Självrensning (motsv. UNS typ 4) blivit mindre tydlig. Både AN och UNS typ 4 ökar 2015 jämfört med 2014, samtidigt som minskningen i UNS typ 1-2 sker. Tydligare slutsatser kräver fortsatt analys av den här frågan. Nästa årsrapport blir den sista med diagnoser enligt DSM-IV. Vi avser då att titta tillbaka på en längre tidsperiod, för att se om det finns några tydliga trender.

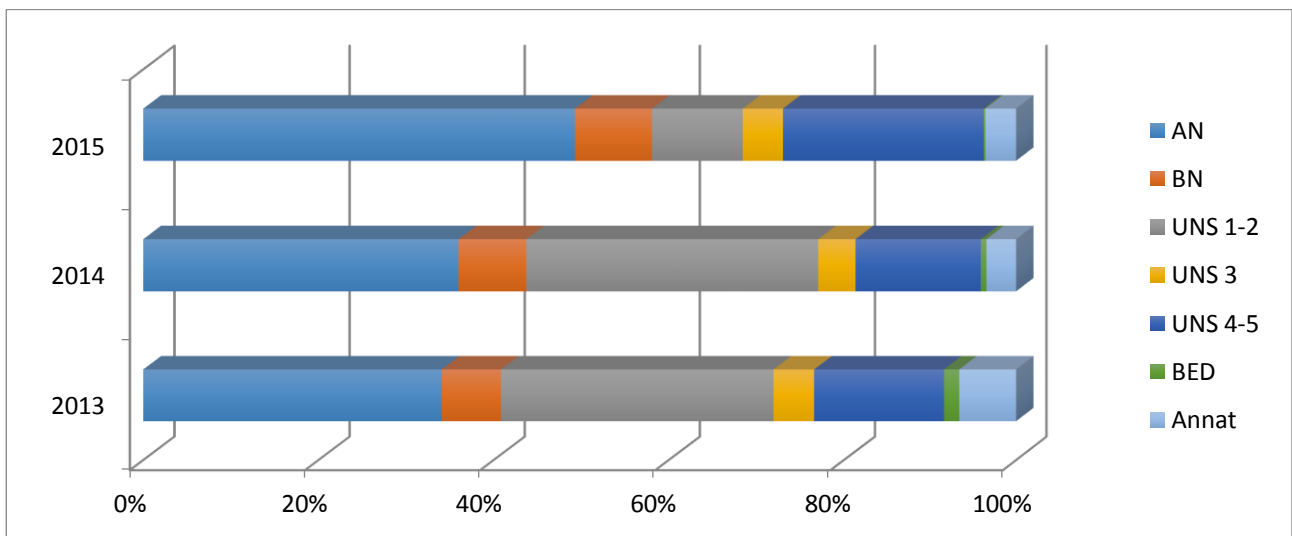
Figur 3: Diagnosfördelning (%) 2013-2015 för barn/ungdomar



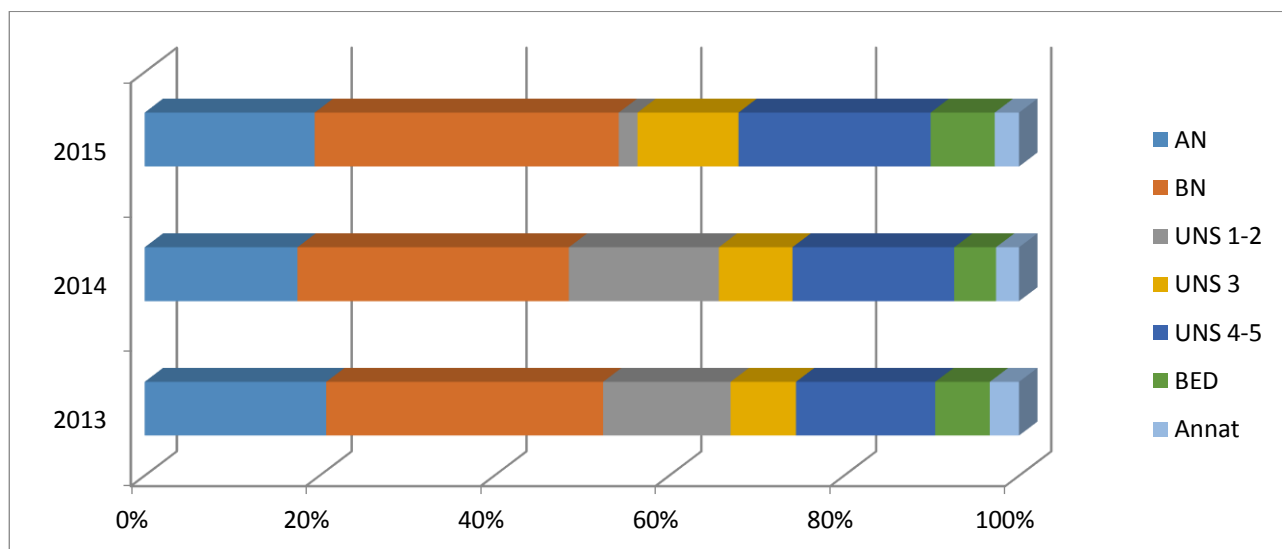
Figur 4: Diagnosfördelning (%) 2013-2015 för vuxna patienter



Figur 5: Diagnosfördelning årligen under perioden 2013-2015 för unga patienter.



Figur 6: Diagnosfördelning årligen under perioden 2013-2015 för vuxna patienter.



Vid nyregistrering uppgav mer än var tredje patient (37,5 %) att de hade haft ett självskadebeteende någonsin, och av dem hade fler än hälften (52,3 %) ägnat sig åt självskadebeteende under det senaste året. Under tiden sedan nyregistrering uppger sig 18,7 % ha självskadat vid minst ett tillfälle. Tidigare självskadebeteende var predicerande för självskadebeteende under behandlingstiden. Bland de som tidigare självskadat hade mer än var tredje (35,2 %) självskadat under året efter nyregistreringen, medan andelen bland de som tidigare aldrig uppgav sig ha självskadat var 8,8 %.

Vid nyregistrering uppgav nästan en tredjedel (31,3 %) att de under den senaste tremånadersperioden haft suicidtankar. Mer än var tionde patient (13,1 %) rapporterade att de någon gång gjort ett suicidförsök, och 3,2 % att de gjort det under det senaste året innan nyregistrering. Vid uppföljning hade 2,4 % av de uppföljda patienterna gjort ett suicidförsök under året sedan nyregistreringen. Tidigare suicidförsök var en starkt predicerande faktor för nya suicidförsök. Av dem som vid nyregistrering angav att de någonsin gjort ett suicidförsök hade 10,1 % gjort minst ett sådant under året efter nyregistrering. Bland patienter utan en tidigare anamnes av suicidförsök var andelen betydligt lägre (1,4 %).

Dessa siffror belyser att självskadebeteenden, suicidtankar och även suicidförsök är relativt vanliga bland patienter med ätstörning. Det tycks vara extra viktigt att vara uppmärksam på patienter med en tidigare sådan problematik.

## Vårdkonsumtion

Öppenvård stod för den absolut största delen av alla behandlingsinsatser som patienterna fått. Två tredjedelar av patienterna (66,7 %) hade uteslutande vårdats i öppenvård. Något mer än var femte patient (21,5 %) hade vårdats i dagsjukvård eller en kombination av öppenvård/dagsjukvård, och 11,8 % av patienterna hade behandlats helt eller delvis inom slutenvård. Slutenvård var vanligare bland patienter som var under 18 år vid nyregistrering (16,4 % jämfört med 9,9 % bland vuxna patienter), medan det omvända gällde för Dagsjukvård (18,3 % bland ungdomar jämfört med 22,9 % bland vuxna). Andel patienter som behandlats i dagsjukvård varierade också väldigt mycket över landet. I tre regioner hade ingen patient vårdats inom dagsjukvård, medan exempelvis i Kalmar hade 47 patienter (40,9 %) vårdats inom dagsjukvård.

När vi tittade närmare på vilka öppenvårdsinsatser patienterna hade fått (tabell 2) så var somatiska kontroller och stödjande samtal de vanligast förekommande insatserna. Ändå är det anmärkningsvärt att nästan var tredje öppenvårdspatient inte hade kontrollerats somatiskt någon gång under behandlingstiden.

Funktionsbedömning/färdighetsträning var den ovanligaste behandlingsinsatsen som endast ett fåtal patienter hade fått. Systematisk psykologisk behandling hade ungefär fyra av tio patienter fått, fler bland vuxna än bland barn. Detta kan tyckas intressant att notera utifrån att nästan all forskning på behandlingsutfall utgår från denna typ av behandling, och det ofta förs en debatt i forskningssammanhang om vilken terapimetod som är den bästa. Det står i skarp kontrast till den kliniska verkligheten där mindre än hälften av patienterna över huvud taget har fått någon systematisk psykologisk behandling, oavsett inriktning.

Tabell 2: Antal (andel) öppenvårdspatienter som fått olika behandlingsinsatser, uppdelat på barn och vuxna.

	Barn N=728	Vuxna N=1724	Totalt ÖV-patienter N=2452
Stödjande samtal	579 (79,5)	1121 (65,0)	1700 (69,3)
Somatisk kontroll	628 (86,3)	1072 (62,2)	1700 (69,3)
Systematisk psykologisk behandling	262 (36,0)	716 (41,5)	978 (39,9)
Kostrådgivning	416 (57,1)	697 (40,4)	1113 (45,4)
Patientutbildning	182 (25,0)	559 (32,4)	741 (30,2)
Måltidsträning	281 (38,6)	460 (26,7)	741 (30,2)
Sjukgymnastisk behandling	157 (21,6)	392 (22,7)	549 (22,4)
Funktionsbedömning/färdighetsträning	4 (0,5)	27 (1,6)	31 (1,3)

Bland de patienter som fått någon systematisk psykologisk behandling var KBT den vanligaste terapiformen, bland både barn och vuxna, och oavsett patientens symtombild (tabell 3). Att KBT var en vanligare behandling än systemisk psykoterapi för ungdomar var oväntat, eftersom familjebaserad behandling är rekommenderad behandling för ungdomar. Att det var den vanligaste psykoterapiformen bland vuxna patienter var däremot väntat, då KBT är rekommenderad förstavals-behandling för flera diagnosgrupper, och då det på senare år har kommit flera ätstörningstransdiagnostiska KBT-manualer som har fått stor spridning. De patienter som uppgavs ha fått en "annan" inriktning var det vanligaste att man specificerade behandlingen som "integrativ".

Tabell 3: Antal (andel) av patienter som fått systematisk psykologisk behandling som fått olika inriktningar, uppdelat på barn och vuxna. (Eftersom samma patient kan ha fått flera olika inriktningar kan summan överstiga 100 %.)

	Barn	Vuxna	Samtliga
Kognitiv beteendeterapi (KBT)	134 (51,1)	521 (72,8)	655 (67,0)
Psykodynamisk psykoterapi (PDT)	56 (21,4)	160 (22,3)	216 (22,1)
Systemisk psykoterapi	98 (37,4)	34 (4,7)	132 (13,5)
Interpersonell psykoterapi (IPT)	6 (2,3)	46 (6,4)	52 (5,3)
Dialektisk beteendeterapi (DBT)	4 (1,5)	5 (0,7)	9 (0,9)
Annan inriktning	11 (4,2)	40 (5,6)	51 (5,2)

Om vi istället tittar på hur många patienter som fått olika inriktningar av systematisk psykologisk behandling uppdelat på symtombild, och delar in patienterna i restriktiva, hetsätande och övriga (tabell 4) så blir det tydligt att KBT och PDT är ungefär lika vanligt vid samtliga symtombilder, medan IPT är vanligast vid en problematik som präglas av hetsätningar och systemisk behandling är vanligast vid en restriktiv problematik. Om vi sätter resultaten i relation till den evidens som finns, som pekar på att patienter med en symtombild som präglas av hetsätningar i första hand bör erbjudas KBT eller IPT så är det alltså knappt en tredjedel (31,7%) av patienterna som behandlats i enlighet med dessa riktlinjer. Men har det då någon betydelse för behandlingsutfallet? För att undersöka det jämförde vi andel patienter i gruppen "hetsätande patienter" som blev diagnosfria bland dem som behandlades med KBT eller IPT jämfört med annan öppenvård. Bland de patienter som erhållit antingen IPT eller KBT var 62,6% diagnosfria vid uppföljning, medan motsvarande siffra bland patienter som inte erbjudits behandling i enlighet med gällande riktlinjer var 56,8%. Grupperna hade jämförbar symtomnivå vid nyregistrering. Skillnaden var dock inte signifikant, och vi har heller inte kontrollerat för andra faktorer som kan påverka resultatet, som t.ex. behandlingstid eller antal sessioner, så resultaten ska tolkas med försiktighet.

Tabell 4: Antal (andel) av patienter som fått systematisk psykologisk behandling och av samtliga ÖV-patienter som fått olika inriktningar, uppdelat på patienter med restriktiv, hetsätande och övrig symtombild. (Eftersom samma patient kan ha fått flera olika inriktningar kan summan överstiga 100 %.)

	Av patienter som erhållit systematisk psykologisk behandling			Andel av samtliga ÖV-patienter		
	Restriktiva patienter* n=400	Hetsätande patienter** n=326	Övriga n=206	Restriktiva patienter* n=969	Hetsätande patienter** n=815	Övriga n=537
KBT	255 (63,8)	229 (70,2)	144 (69,9)	26,3	28,1	26,8
PDT	80 (20,0)	74 (22,7)	51 (24,8)	8,2	9,1	9,5
Systemisk	79 (19,8)	18 (5,5)	27 (13,1)	8,1	2,2	5,0
IPT	14 (3,5)	29 (8,9)	7 (3,4)	1,4	3,6	1,3
DBT	3 (0,8)	3 (0,9)	2 (1,0)	< 0,1	<0,1	<0,1
Annan	32 (8,0)	5 (1,5)	8 (3,9)	3,3	<0,1	1,5

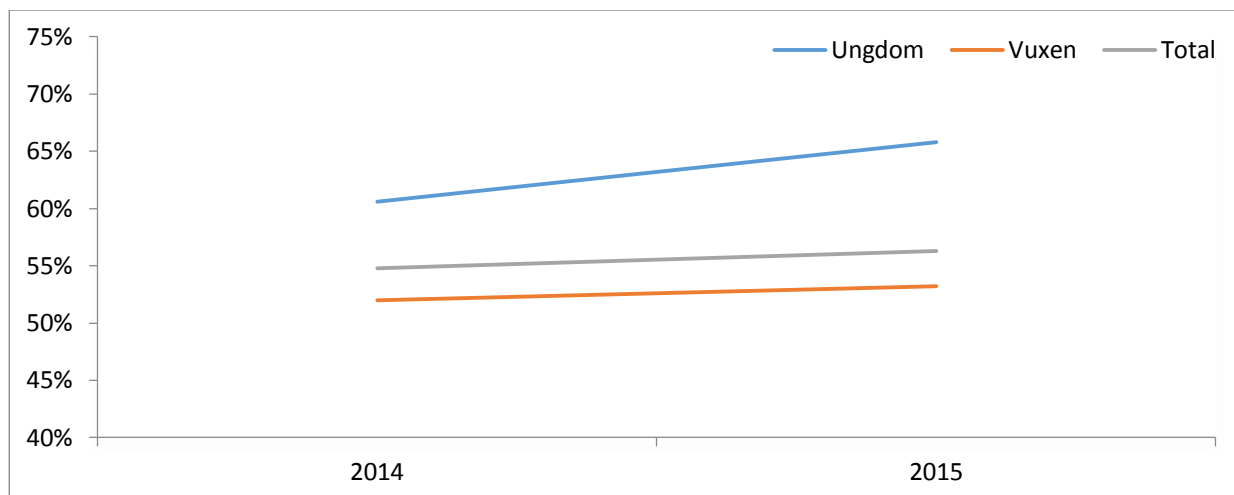
\*till de restriktiva patienterna räknar vi patienter med diagnoserna AN, uns typ 1 och uns typ 2.

\*\*till de hetsätande patienterna räknar vi patienter med diagnoserna BN, uns typ 3 och hetsättningsstörning.

## Behandlingsutfall

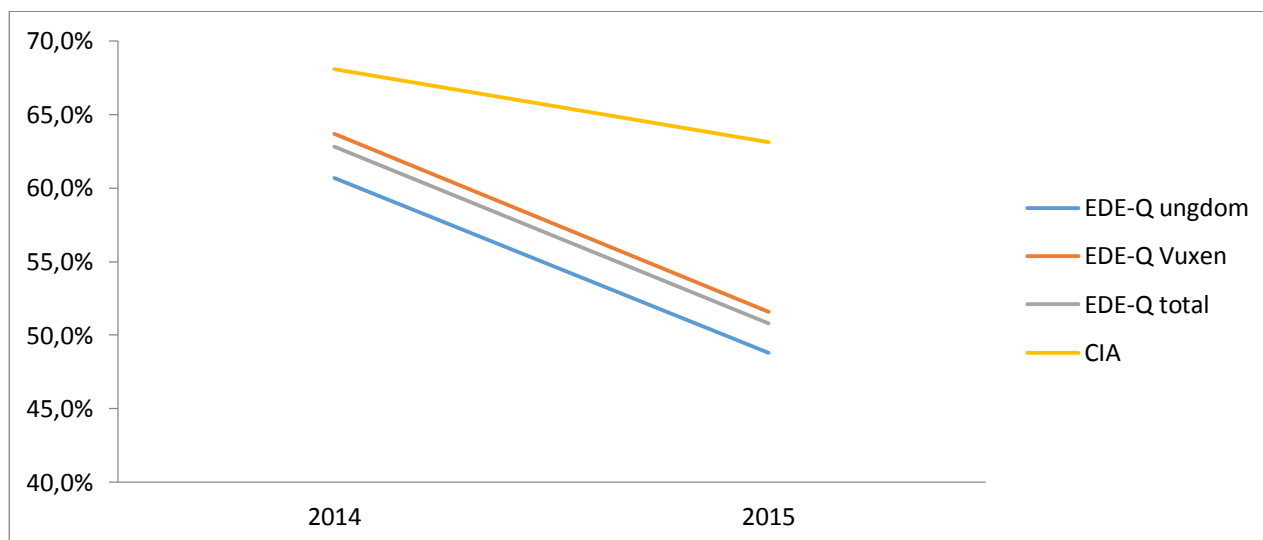
Andel patienter i remission vid ettårsuppföljning har ökat årligen under den senaste 5-årsperioden, från 35 % år 2010, till 56 % år 2015. Detta är naturligtvis glädjande. Sannolikt beror ökningen inte endast på förbättrad behandling, utan också på att enheterna har förbättrat sin diagnostik. Sett över de senaste två åren har andelen unga patienter i remission ökat signifikant (fig. 7).

Figur 7: Andel patienter i remission vid 12-månadersuppföljning eller avslutsregistrering uppdelat på barn/ungdomar och vuxna under 2014-2015.



Patienterna fyller vid registreringen i två självskattningsformulär som mäter åtstörningssymtom (EDE-Q, fylls i från 10 års ålder) och grad av nedsättning i psykosocial funktionsförmåga till följd av åtstörningen (CIA, fylls i från 18 års ålder). Andelen patienter som uppnått en kliniskt relevant förbättring (beräknat enligt principerna för clinical significance/reliable change index<sup>3</sup>) mätt med EDE-Q och CIA visade en minskning 2015. Figur 8 visar andel patienter med en kliniskt relevant förbättring på EDE-Q (uppdelat på ungdomar/vuxna) respektive CIA vid 12-månadersuppföljning.

Figur 8: Andel med kliniskt relevant förbättring på EDE-Q och CIA



<sup>3</sup> Se Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82, 50–59.

Patienters övergripande funktionsnivå har skattats med hjälp av GAF (Global Assessment of Functioning), som är en del av DSM-IV (axel V). I GAF skattar bedömaren patientens psykiatriska symtom och sociala funktionsnivå på ett kontinuum från 0 till 100. Värden under 50 poäng bedöms som allvarliga symtom, värden mellan 50 och 60 poäng som måttliga symtom och värden omkring 70 som lindriga symtom. Här mäter vi andel patienter som har förbättrats minst 10 poäng på GAF. Jämfört med 2014 är det i år en lägre andel patienter som uppnådde en kliniskt relevant förbättring, 63 % jämfört med 66,1 %.

Variationen mellan enheter är dock stor. Uppdelat på enheter med minst 10 barn- respektive vuxenuppföljningar under 2015 varierar andelen ungdomar i remission mellan 36-85 %. Andelen vuxna varierar ännu mer; mellan 11-90 % (se tabell 5 och 6). Osäkerheten i siffrorna är dock betydande och vi har därför valt att även presentera ett konfidensintervall (KI). Det innebär enkelt förklarat att ju färre registrerade patienter en enhet har, desto mera påverkar varje enskild patients resultat och desto större är osäkerheten i enhetens resultat. KI talar då om mellan vilka värden det "sanna" resultatet med 95 % sannolikhet ligger.

Tabell 5: Antal (andel) unga patienter (< 18 år) i remission, samt med en kliniskt relevant förbättring avseende EDE-Q och GAF vid ettårsuppföljning 2015 (KI = konfidensintervall)

Enhet <sup>1</sup>	I remission		Förbättrade i EDE-Q		Förbättrade i GAF	
	Antal (andel)	KI <sup>2</sup>	Antal (andel)	KI	Antal (andel)	KI
A01	51 (67 %)	53-78	31 (49 %)	33-66	28 (74 %)	66-86
A04	4 (36 %)	9-77	5 (50 %)	17-83	8 (80 %)	45-95
B01	10 (83 %)	52-96	7 (70 %)	35-91	24 (100 %)	86-100
C03	11 (85 %)	55-96	6 (46 %)	16-79	10 (91 %)	61-98
E12	10 (71 %)	41-90	5 (42 %)	13-78	14 (82 %)	56-94
H01					8 (67 %)	34-89
N02			3 (33 %)	6-79	11 (61 %)	33-83
T01					6 (60 %)	25-87
Å02					6 (60 %)	25-87
Övriga	35 (60 %)	44-75	19 (51 %)	31-72	45 (87 %)	74-94
<b>Totalt</b>	<b>121 (66 %)</b>	<b>57-74</b>	<b>78 (49 %)</b>	<b>38-60</b>	<b>160 (79 %)</b>	<b>72-85</b>

<sup>1</sup> Endast enheter med minst 10 uppföljda patienter på det aktuella utfallsmåttet har tagits med i tabellen.

<sup>2</sup> Antalet registrerade patienter på en del enheter är egentligen väl litet för att beräkna KI. Vi har dock valt att behålla KI för samtliga enheter av pedagogiska skäl.

Tabell 6: Antal (andel) vuxna patienter ( $\geq 18$  år) i remission, samt med en kliniskt relevant förbättring avseende EDE-Q, CIA och GAF vid ettårsuppföljning 2015 (KI = konfidensintervall)

Enhet <sup>1</sup>	I remission		Förbättrade i EDE-Q		Förbättrade i CIA		Förbättrade i GAF	
	Antal (andel)	KI <sup>2</sup>	Antal (andel)	KI	Antal (andel)	KI	Antal (andel)	KI
A01	131 (62 %)	53-69	102 (55 %)	45-64	68 (72 %)	60-81	42 (29 %)	17-44
A04	29 (46 %)	29-64	32 (56 %)	39-72	31 (67 %)	50-81	38 (70 %)	55-82
B01	22 (65 %)	44-81	20 (61 %)	39-79	24 (86 %)	67-95	32 (78 %)	61-89
E12	10 (66 %)	37-87	4 (28 %)	6-72	5 (42 %)	13-78	18 (78 %)	55-91
H01	4 (26 %)	5-71	4 (28 %)	6-72	6 (46 %)	16-79	24 (65 %)	45-81
M10	15 (58 %)	34-78	12 (50 %)	25-75	13 (65 %)	39-85	20 (65 %)	43-82
M52	3 (30 %)	5-77						
N02	6 (60 %)	25-87	5 (62 %)	25-89	6 (46 %)	16-79	6 (46 %)	16-79
O03	10 (50 %)	24-76					11 (58 %)	31-81
O07	3 (11 %)	1-65					3 (25 %)	4-74
O09							7 (70 %)	35-91
O27	7 (46 %)	18-78						
S02							9 (64 %)	33-87
T01							14 (67 %)	41-85
W01	5 (50 %)	17-83					7 (54 %)	23-82
Z02	9 (90 %)	58-98					10 (83 %)	52-96
Å04	7 (58 %)	26-85	5 (45 %)	15-80	7 (64 %)	30-88	10 (83 %)	52-96
Övriga	41 (46 %)	32-61	36 (47 %)	32-63	52 (79 %)	66-88	77 (78 %)	67-86
<b>Totalt</b>	<b>302 (53 %)</b>	<b>48-59</b>	<b>222 (52 %)</b>	<b>45-58</b>	<b>212 (70 %)</b>	<b>63-76</b>	<b>328 (57 %)</b>	<b>52-62</b>

<sup>1</sup> Endast enheter med minst 10 uppföljda patienter på det aktuella utfallsmåttet har tagits med i tabellen.

<sup>2</sup> Antalet registrerade patienter på en del enheter är egentligen väl litet för att beräkna KI. Vi har dock valt att behålla KI för samtliga enheter av pedagogiska skäl.

Det kan finnas flera förklaringar till variationen som inte handlar om effektivitet i själva behandlingen. Exempelvis kan det skilja mellan hur länge de olika enheterna har kontakt med patienten. En del patienter med goda behandlingsresultat kan avsluta sin behandling även om de inte är helt diagnosfria. Det finns generellt sett också stora olikheter när det gäller själva bedömningen av när en patient inte längre har en ätstörningsdiagnos vilket påverkar möjligheten till jämförelser, inte bara mellan deltagande enheter i Riksät utan generellt inom forskning kring utfall och behandling. Exempelvis finns det ingen undre gräns för när någon har en ätstörning (UNS) och det råder oenighet om hur länge en patient bör ha varit symptomfri, dvs. om man bör avvakta och se att tillfrisknandet är stabilt. En annan fråga handlar om huruvida det räcker med att vikt och ätande stabiliserats eller om även alla kognitiva symptom skall ha försvunnit. Därför är det viktigt att inte bara titta på de behandlarskattade måtten (remission och GAF) utan väga samman detta med de patientrapporterade måtten (EDE-Q och CIA).

Skillnader i behandlingsutfallet kan också bero på enheternas uppdrag och case-mix. En slutenvårdsenhet kan t.ex. ha ett uppdrag att behandla patienter under en del av patientens behandling, vilket kan ge en lägre andel patienter i remission eftersom patienterna då ofta avslutar vården på den aktuella enheten och överförs till "hemlandstinget" innan patienten är i remission.

## Behandlingstillfredsställelse

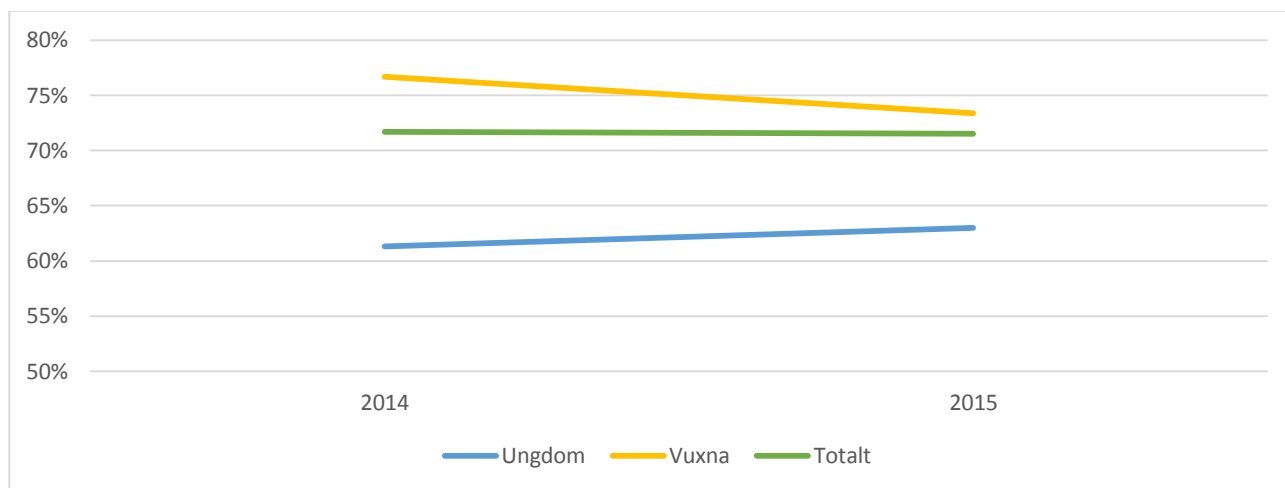
Behandlingstillfredsställelse mäts med TSS (Treatment Satisfaction Scale) som är ett självskattningsformulär med sex frågor, fem frågor som handlar om patientens upplevelse av sin behandling, och en som handlar om patientens upplevelse av behandlingsenheten som sådan. Under perioden 2014-2015 har sammanlagt 370 barn/ungdomar och 1050 vuxna patienter besvarat formuläret vid ettårsuppföljning. Generellt är vuxna mer nöjda med behandlingen (se figur 9) än barn och ungdomar. Detta stämmer överens med tidigare forskning som visat att barn och ungdomar är mindre nöjda med delaktighet och inflytande i sin behandling. Sett över tvåårsperioden ser vi en liten (icke signifikant) ökning av



behandlingstillfredsställelsen.

Patienterna är överlag nöjda med sin behandling. Allra mest nöjda är patienterna med bemötandet, där 92,4 % av ungdomarna och 96,8 % av de vuxna upplever att de i hög eller ganska hög grad blivit väl bemötta under tvåårsperioden. Lägst är siffrorna för frågan om man tycker att behandlingen upplägg och innehåll passade, här svarar 79,2 % av de unga patienterna, och 83,9 % av de vuxna patienterna att det i hög eller ganska hög grad passade. I årets rapport har vi valt att lägga ihop de fem behandlingsaspekterna (bemötande, behandlingens upplägg, att bli lyssnad på, förtroende för behandlaren och målöverensstämmelse) och redovisa andelen patienter som svarat att de i hög eller ganska hög grad upplevde att samtliga dessa fem aspekter var tillgodosedda.

Figur 9: Andel patienter som i hög eller ganska hög grad var nöjda med samtliga fem behandlingsaspekter.



I tabell 7 redovisas resultaten för de enheter som hade minst tio svarande barn/ungdomar respektive vuxna patienter under 2015.

Tabell 7: Antal (andel) patienter som i hög eller ganska hög grad var nöjda med samtliga fem behandlingsaspekter vid enheter som hade minst 10 svar (KI = konfidensintervall)

Enhet	Ungdomar		Vuxna patienter	
	N (%)	KI <sup>1</sup>	N (%)	KI <sup>1</sup>
A01	31 (52 %)	35-68	127 (64 %)	55-72
A04	4 (66 %)	25-92	25 (69 %)	50-84
B01	8 (80 %)	45-95	31 (86 %)	70-94
C03	10 (77 %)	46-93		
D03			7 (87 %)	50-98
E12	6 (55 %)	22-84	14 (87 %)	62-97
H01	3 (60 %)	17-92	12 (100 %)	76-100
K08	2 (100 %)	34-100	9 (90 %)	58-98
M10			22 (85 %)	65-94
N02	5 (71 %)	31-93	7 (70 %)	35-91
O09	2 (100 %)	34-100	14 (74 %)	48-90
T01	3 (60 %)	17-92	6 (75 %)	36-94
Å04			9 (82 %)	49-95
Övriga	13 (76 %)	49-92	23 (62 %)	42-79
<b>Totalt</b>	<b>88 (62 %)</b>	<b>52-71</b>	<b>313 (73 %)</b>	<b>68-78</b>

<sup>1</sup> Antalet registrerade patienter på en del enheter är egentligen väl litet för att beräkna KI. Vi har dock valt att behålla KI för samtliga enheter av pedagogiska skäl.

# Till sist...

Som beskrivits under denna rubrik i de två föregående årsrapporterna har de senaste årens arbete i Riksät huvudsakligen präglats av att försöka få ett nytt IT-stöd på plats. Tyvärr har vi blivit upprepat besvikna, då de som skulle leverera av olika skäl inte gjort detta och en massa arbete därmed gjorts i onödan. Sedan vi hämtat oss efter den senaste besvikelsen i juni 2015 har vi, som tidigare beskrivits, bytt registercentrum och tagit nya tag tillsammans med QRC i Stockholm. Sedan slutet av föregående år har vi arbetat med att upphandla ett nytt IT-stöd inom det ramavtal som QRC har. Upphandlingen är nu avslutad och vi har tecknat avtal med en leverantör (Health Solutions AB; [www.healthsolutions.se](http://www.healthsolutions.se)) om leverans av ett nytt IT-stöd i slutet av mars 2017. Riksät kommer då äntligen att få det moderna IT-stöd som vi längtat efter i snart ett årtionde.

Health Solutions har en väl beprövad plattform för kvalitetsregister, RealQ®, på vilken Riksäts nya IT-stöd kommer att byggas. Exempel på funktioner vi länge önskat oss är:

- Lätt tillgänglig och begriplig utdata. Bra utdata är en nödvändig förutsättning för att enheter på ett enkelt sätt ska kunna använda registerdata i sitt förbättringsarbete och för att andra intressenter lätt ska kunna tillgodogöra sig resultat genererade av registret.
- Bättre möjligheter till kvalitetssäkring av registrets data. Att kunna kvalitetssäkra och validera registrets data är avgörande för deras användbarhet, och i förlängningen för registrets legitimitet.

Båda dessa funktioner finns redan i RealQ® och kommer således att kunna erbjudas i vårt nya IT-stöd.

Riksät är ett väletablerat register bland specialiserade ätstörningsenheter. Eftersom Riksäts beslutsstöd genererar direkt användbara data på individnivå finns också ett intresse från patienter att bli registrerade och uppföljda i registret. Vi ser därför att vi har utmärkta förutsättningar att fortsätta utveckla Riksät och dess beslutsstöd till ett ännu mera användbart system för såväl förbättringsarbete på olika nivåer som för klinisk användning i det direkta vårdmötet, till nytta för såväl patienter och behandlare som vårdgivare. I och med avtalet om leverans av vårt nya IT-stöd tror vi att förutsättningarna för att förverkliga detta är mycket goda och vi ser framtiden an med större optimism än på länge.