



Epidemiologisk kartläggning av ätstörningar och ätstörningsvård i Region Stockholm



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Ohlis A, Jablonska B, Narusyte J, Dal H. Epidemiologisk kartläggning av ätstörningar och ätstörningsvård i Region Stockholm. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:11.



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 45436, 104 31 Stockholm

ces.sls@regionstockholm.se

Rapport 2022:11

ISBN 978-91-87691-96-6

Författare: Anna Ohlis, Beata Jablonska, Jurgita Narusyte, Henrik Dal

Språkgranskning: Ulrika Berg Roos

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Mostphotos

Stockholm september 2022

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

Ätstörningar är allvarliga tillstånd som är vanligast hos unga kvinnor men som förekommer i alla åldrar och oavsett kön. Att vara drabbad av en ätstörning har stor påverkan på livskvaliteten och hälsan. De resultat som redovisas i denna rapport är ett viktigt underlag för att planera och prioritera vårdinsatser utifrån de drabbades behov.

Tidig upptäckt och behandling kan öka chanserna till tillfrisknande. Dessvärre är det vanligt att drabbade patienter kommer sent till vården. Det kan bero på att de söker vård sent men också på de långa väntetiderna till den specialiserade ätstörningsvården.

Pandemin har påverkat både samhället och individen på ett brett plan och internationella studier har varnat för att ätstörningssymtom kan förvärras under pandemin och kräva ökat vårdbehov.

I denna rapport undersöker vi hur många som årligen vårdats för ätstörningar i Stockholms län, från år 2011 fram till och med år 2021, samt den vårdkonsumtion som är kopplad till ätstörningsdiagnoser. Under denna period har allt fler invånare fått vård för ätstörningar, och den största ökningen skedde just under pandemiåren 2020 och 2021.

Hur vanligt det är att få vård för ätstörningar skiljer sig åt mellan olika områden i länet. Beror det på att färre drabbas inom vissa områden eller på att mörkertalet är större där? Det kan vi inte svara på i den här rapporten men det är viktigt att undersöka vidare.

Primärvården skulle sannolikt kunna spela en ännu viktigare roll i tidig upptäckt av ätstörningar, även hos personer som söker vård av andra skäl än ätstörningsproblematik. Socialstyrelsen arbetar med att ta fram stöd och riktlinjer för att stärka primärvården i det arbetet. Med tidigare insatser kan behovet av specialiserad ätstörningsvård minska och därmed kan också vårdköerna minska för de som ändå är i behov av specialiserad vård.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Syfte.....	7
Metod	8
Population	8
Förekomst av ätstörningar	8
Material.....	8
Statistiska analyser	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Förekomst av ätstörningar bland barn och vuxna i Stockholms län.....	10
Vårdkontakter – ettårsvårdsprevalens	10
Geografiska skillnader i ettårsvårdsprevalensen – regionalt	12
Geografiska skillnader i ettårsvårdsprevalens – nationellt	15
Ålder vid tidpunkten för fastställd ätstörningsdiagnos	17
Vårdkonsumtion bland barn och vuxna med ätstörningar i Stockholms län ...	19
Vårdgivare vid vård för ätstörningar	19
Annan psykiatrisk samsjuklighet	25
Konsumtion av psykofarmaka.....	27
Somatisk samsjuklighet	30
Suicidförsök eller skada utan klar orsak.....	31
Diskussion	33
Referenser	35
Bilagor	39
Bilaga 1. Vårdkontakter	39
Bilaga 2. Fördelning av ätstörningsdiagnoser	41
Bilaga 3. Samsjuklighet.....	43

Sammanfattning

Denna rapport kartlägger förekomsten av diagnostiserade ätstörningar bland befolkningen i Stockholms län, samt beskriver den vårdkonsumtionen som är kopplad till ätstörningar. Informationen om vård har hämtats från Region Stockholms administrativa vårdregister (VAL-databaserna).

Andelen flickor och kvinnor i åldrarna 11–24 år som har haft kontakt med vården med ätstörningsdiagnos har fördubblats sedan år 2011. Den årliga ökningen var som störst mellan åren 2020 och 2021. Även bland pojkar och män i åldrarna 11–44 år har andelen som har haft kontakt med vården med ätstörningsdiagnos fördubblats över de senaste 10 åren, men den ligger på en betydligt lägre nivå än för flickor och kvinnor. I de äldre åldersgrupperna, det vill säga kvinnor 25 år och äldre samt män 45 år och äldre, har andelen som har haft kontakt med vården med ätstörningsdiagnos legat någorlunda konstant över tid. Bland flickor 11–17 år är anorexia nervosa den oftast registrerade diagnosen. För kvinnor 18 år och äldre är diagnosen ätstörning ospecificerad vanligast förekommande. Den låga förekomsten av registrerad ätstörningsdiagnos hos män gör att vissa av rapportens resultat för män inte redovisas.

Andelen kvinnor och män som har kontakt med vården med ätstörningsdiagnos varierar mellan kommuner och stadsdelar. Lägst andel flickor och unga kvinnor med registrerad ätstörningsdiagnos finns i Rinkeby-Kista och högst andel på Ekerö. Bland pojkar och unga män finns lägst andel i Sigtuna och högst andel på Södermalm.

Vilken vårdgivare som patienter främst möter skiljer sig åt mellan åldersgrupper och diagnoser. De flesta får diagnosen före 30 års ålder, och upp till och med 44 års ålder är det vanligast med vård inom specialiserad ätstörningsvård. I åldersgruppen 44–64 år är det något vanligare att få vård inom specialiserad psykiatrisk vård. Vid behov av slutenvård vårdas flickor under 18 år främst inom specialiserad ätstörningsvård eller på barnmedicinskt sjukhus. Vuxna kvinnor vårdas främst inom psykiatin. Patienter med diagnosen ätstörning ospecificerad vårdas oftare hos andra vårdgivare än inom den specialiserade ätstörningsvården medan det omvända råder för patienter med anorexia nervosa.

Det är vanligt med andra samtidiga psykiatriska diagnoser bland både kvinnor och män med ätstörningar. Ofta handlar det om ångesttillstånd eller depression, bland pojkar även autism och adhd. Bland de som får psykofarmaka hör antidepressiva läkemedel och sömnläkemedel till de vanligast förekommande. Menstruationsrubbningar är ett vanligt förekommande somatiskt problem hos kvinnor med ätstörningar. Suicidförsök och självskador är vanligare hos kvinnor som har en ätstörningsdiagnos jämfört med andra kvinnor i befolkningen. Suicidförsök och självskador är vanligast, oavsett kön, bland patienter med bulimia nervosa jämfört med andra ätstörningsdiagnoser.

Tidig upptäckt och behandling minskar risken för komplikationer och kan öka chanserna till fullt tillfrisknande. Tidig upptäckt och behandling skulle till exempel kunna uppnås genom en stärkt primärvård, men även genom insatser för en ökad kunskap om ätstörningar bland skolpersonal och idrottsledare, liksom bland allmänheten i stort. Med tidigare insatser kan behovet av specialiserad ätstörningsvård minska vilket i sin tur skulle minska vårdköerna för de som ändå är i behov av specialiserad vård.

Inledning

Vid en ätstörning har den drabbade individen ett problematiskt förhållande till mat och näringsintag, ofta också till sin kropp och kroppsform. Ätstörningen påverkar individens fysiska och mentala hälsa negativt, och den kan utvecklas till ett allvarligt psykiatriskt tillstånd. Till de mest omtalade och vanligast förekommande ätstörningsdiagnoserna hör anorexia nervosa (anorexia), bulimia nervosa (bulimi), hetsättningsstörning (hetsätning) och ospecificerad/andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade syndrom.¹

Tillstånden är vanligast hos kvinnor och unga personer (1), men de förekommer i alla åldrar och oavsett kön, etnicitet eller socioekonomisk bakgrund (2-5). En sammanställning av internationella studier visar att av alla kvinnor drabbades någon gång i livet 1,4 procent av anorexia, 1,9 procent av bulimi, 2,8 procent av hetsätning och 4,3 procent av ätstörning ospecificerad. Motsvarande siffror bland männen var 0,2 procent för anorexia, 0,6 procent för bulimi, 1,0 procent för hetsätning och 3,6 procent för ätstörning ospecificerad (1). Vissa data talar för att förekomsten har ökat över tid (1).

Risken att insjukna i ätstörning påverkas av biologiska, genetiska och psykologiska faktorer samt miljöfaktorer (6-11). Att vara drabbad har stor påverkan på livskvaliteten (4, 12) och ätstörningar ger en förhöjd risk för tidig död. En orsak är suicid, där flera studier har visat att personer med ätstörningsdiagnos har en ökad risk för suicidförsök och suicid (10). Anorexia brukar räknas som det psykiatriska tillstånd med störst risk för tidig död (13).

Det finns evidensbaserade behandlingsmetoder för behandling av ätstörning (10, 14-16). Även vissa förebyggande insatser har visat lovande resultat (17). Insatser som kommer in tidigt i sjukdomsförloppet har bättre förutsättningar att bli framgångsrika (18-21). Dessvärre är det många med ätstörningsproblematik som inte söker vård för sina besvär eller som söker vård först efter en längre tid av besvär (20, 22).

Flera studier har visat att covid-19-pandemin och dess konsekvenser med social isolering, bristande rutiner och förändrade vanor har inneburit en risk för förvärrad symtombild och ett försämrat mående hos personer med ätstörningsproblematik (23-27). Studier tyder även på att det uppstått ett ökat behov av vård för ätstörningar under pandemin (27-30).

Det är viktigt att kartlägga hur patienter med ätstörningsproblematik söker och får vård i regionen och hur vårdkontakterna ser ut över tid för att få en uppfattning om vilka behov som behöver tillgodoses.

¹ De olika formerna av ätstörningsdiagnoser beskrivs och klassificeras i den diagnostiska manualen Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-5) och i WHO:s klassifikationssystem International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Begreppen och kriterierna för de olika tillstånden har förändrats över tid när klassifikationssystemen uppdaterats. De skiljer sig också åt mellan DSM-5 och ICD-10. En skillnad är att i ICD-10 utgör Hetsättningsstörning inte någon egen diagnos utan ingår i ICD-10-koden 'Andra specificerade ätstörningar (F50.8)'.

Syfte

Syftet med denna rapport är att beskriva förekomsten av diagnostiserade ätstörningar bland befolkningen i Stockholms län. Syftet är också att beskriva vårdkonsumtion kopplad till diagnostiserade ätstörningar samt ätstörningsproblematik som föranlett kontakt med specialiserad ätstörningsvård² utan en registrerad ätstörningsdiagnos.

Med ätstörningar menas i denna rapport:

- Anorexia nervosa F50.0 eller F50.1
- Bulimia nervosa F50.2 eller F50.3
- Hetsättningsstörning F50.8
- Ätstörning ospecificerad F50.9

² Den specialiserade ätstörningsvården i regionen bedrivs för närvarande dels i egenregi av Stockholms centrum för ätstörningar (SCÄ), dels i privat regi av Mandolin AB (Mando).

Metod

Population

Vi har undersökt förekomsten av ätstörningar och relaterad vårdkonsumtion bland barn och vuxna i Stockholms län enligt följande:

- I *Förekomst av ätstörningar bland barn och vuxna i Stockholms län*, delavsnittet *Vårdkontakter* har vi kartlagt barn och vuxna i åldrarna ≥ 11 år, folkbokförda i Stockholms län, som har fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården under perioden 2011–2021.
- I *Vårdkonsumtion bland barn och vuxna med ätstörningar i Stockholms län* har vi kartlagt vårdkonsumtion bland barn och vuxna i åldrarna ≥ 11 år, folkbokförda i Stockholms län, som antingen har fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller har besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021.

Förekomst av ätstörningar

Personer (11 år och äldre) med ätstörningar identifierades utifrån att diagnosen ätstörning (F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.8 eller F50.9) fanns registrerad i vården, som huvud- eller bidiagnos, under de aktuella åren för kartläggningen.

Förekomsten av ätstörningar uppskattades genom att beräkna andel personer (≥ 11 år), folkbokförda i Stockholms län år 2021 som någon gång under år 2021 haft en vårdkontakt där en ätstörningsdiagnos rapporterats, så kallad ettårsvårdsprevalens. Detta är ett grovt mått på förekomsten av ätstörningar i befolkningen eftersom inte alla med ätstörningar söker vård, och de som gör det kan göra det mer sällan än årligen.

Resultaten redovisas uppdelat på form av ätstörning, ålder och juridiskt kön. En geografisk jämförelse av förekomst på regional och nationell nivå redovisas också.

Med samsjuklighet menas att en person uppfyller diagnostiska kriterier för flera sjukdomar. Förekomst av samsjuklighet baseras på de uppgifter som registrerats i samband med vårdkontakt.

Genomgående i rapporten används följande kortformer för de olika formerna av ätstörningar: anorexia nervosa (anorexia), bulimia nervosa (bulimi), hetsättningsstörning (hetsätning). Ätstörning ospecificerad skrivs ut i sin helhet. Ätstörning ospecificerad är en diagnos som kan användas då kriterierna för de andra diagnoserna inte är uppfyllda eller om man inte har tillräckligt med information för att kunna ställa en mer specifik diagnos utan behöver mer utredning.

Material

Information om vård hämtades från det administrativa vårdregistret VAL-databaserna. För den nationella jämförelsen hämtades data från Socialstyrelsens patientregister.

Statistiska analyser

Vi har hämtat avidentifierad information om vård ur VAL-databaserna. All data har analyserats och presenteras på gruppnivå i form av beskrivande statistik uppdelat efter kön, åldersgrupp samt ätstörningsdiagnos (anorexia, bulimi, hetsätning och ätstörning

ospecificerad). I de fall resultaten redovisas uppdelat på ålder har åldern grupperats i kategorier: 11–17 år, 18–24 år, 25–44 år, 45–64 år och 65+ år.

Där det anses relevant redovisas resultat uppdelat efter geografiskt område definierat utifrån folkbokföringskommun eller -stadsdel.

Etiska överväganden

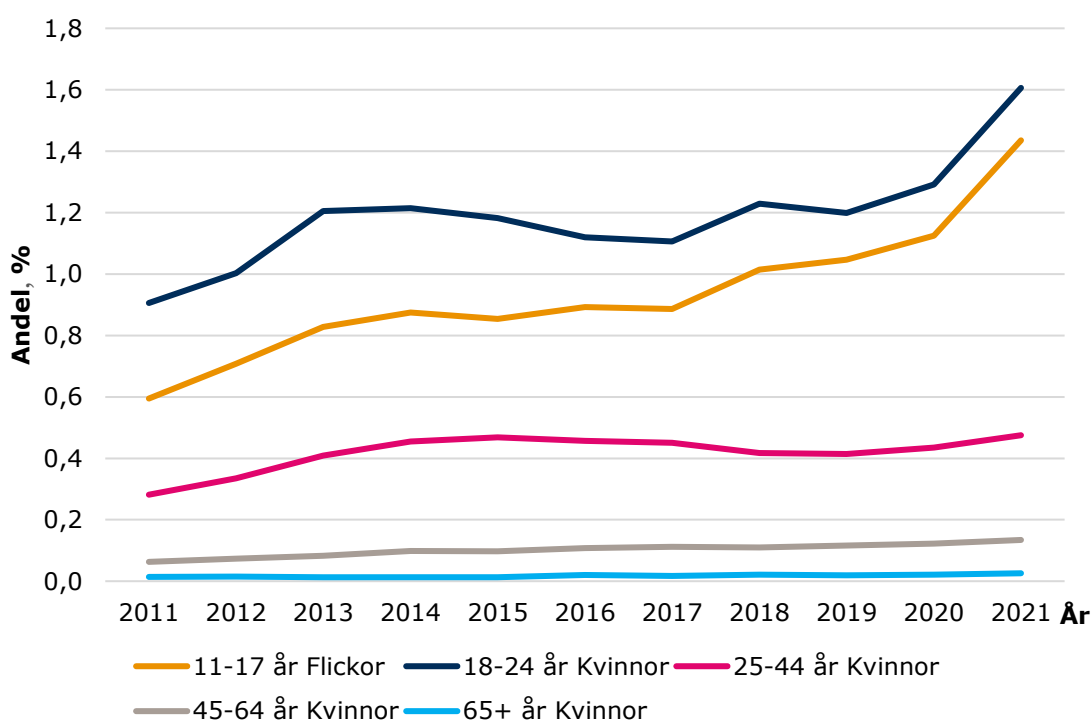
Personerna i VAL-databaserna är avidentifierade och enskilda personer kan inte identifieras. All data analyseras och presenteras i aggregerad form.

Resultat

Förekomst av ätstörningar bland barn och vuxna i Stockholms län

Vårdkontakter – ettårsvårdsprevalens

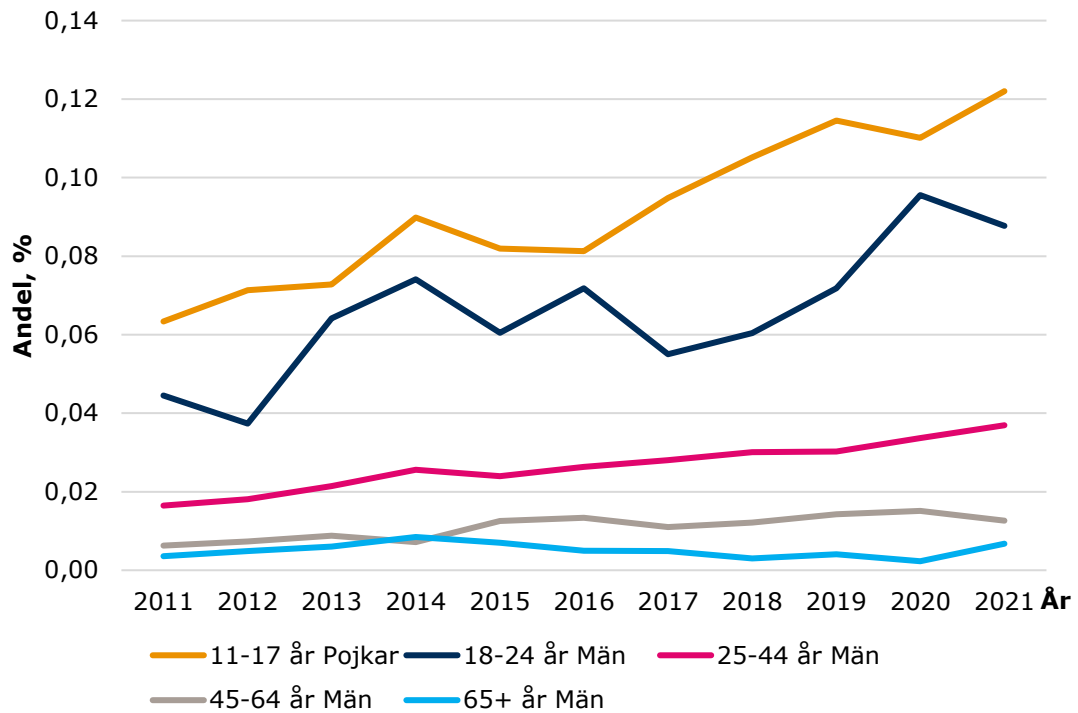
Under en tioårsperiod, från 2011 till 2021, har det skett en fördubbling av andelen flickor och unga kvinnor i åldrarna 11–24 år som gjort minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerats (figur 1). År 2021 gjordes minst ett sådant besök av 1,4 procent av flickorna i åldrarna 11–17 år och 1,6 procent av kvinnorna i åldrarna 18–24 år. Det är en ökning från 0,6 respektive 0,9 procent från år 2011. Den årliga ökningen var som störst mellan åren 2020 och 2021: 0,3 procentenheter. Bland de äldre kvinnorna är det en tämligen konstant andel som har gjort minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerats.



Figur 1. Andel (%) kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården, per år (ettårsvårdsprevalens), under perioden 2011–2021

Källa: VAL, 2022

Under en tioårsperiod, från 2011 till 2021, har det skett en fördubbling av andelen män i åldrarna 11–44 år som har gjort minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerats, men det är bara en tiondel så vanligt som hos kvinnor (figur 2). År 2021 gjordes minst ett sådant besök av 0,12 procent av pojkarna i åldrarna 11–17 år, 0,09 procent av männen i åldrarna 18–24 år och 0,04 procent av männen i åldrarna 25–44 år. Det är en ökning från 0,06, 0,04 respektive 0,02 procent år 2011. Bland de äldre männen är det en tämligen konstant andel som har gjort minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerats.



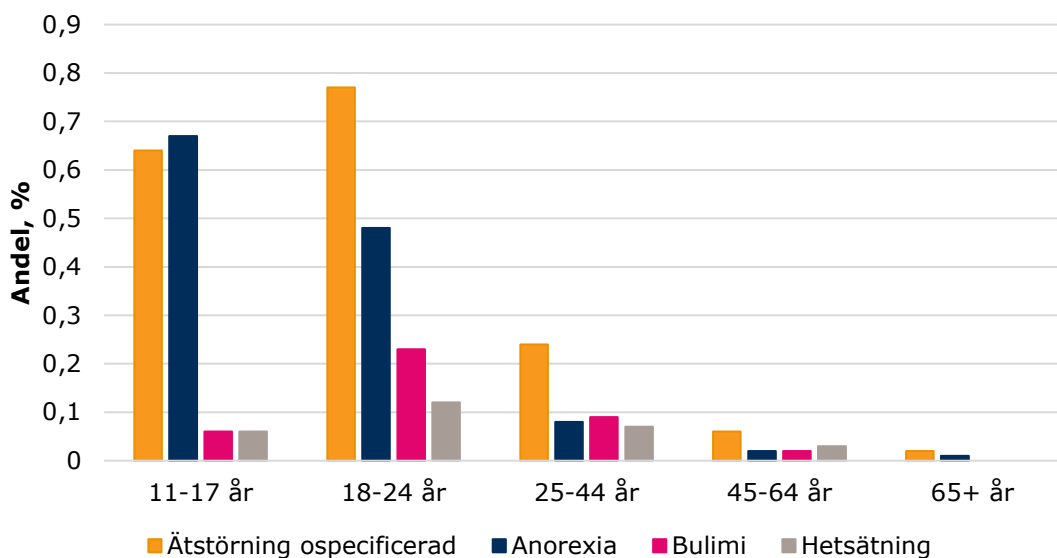
Figur 2. Andel (%) män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården, per år (ettårsvårdsprevalens), under perioden 2011–2021

Källa: VAL, 2022

Under år 2021 gjorde totalt 0,51 procent av kvinnorna och 0,04 procent av männen i åldrarna ≥ 11 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades eller ett vårdbesök inom specialiserad ätstörningsvård utan att en ätstörningsdiagnos registrerades (i bilaga 1, tabell a och b, redovisas en fördelning uppdelat på ålder).

Den vanligaste ätstörningen som registrerades vid besöken för flickor 11–17 år är anorexia. För kvinnor 18 år och äldre är ätstörning ospecificerad vanligast (figur 3).

Motsvarande analys har inte gjorts för män på grund av otillräckligt antal observationer.



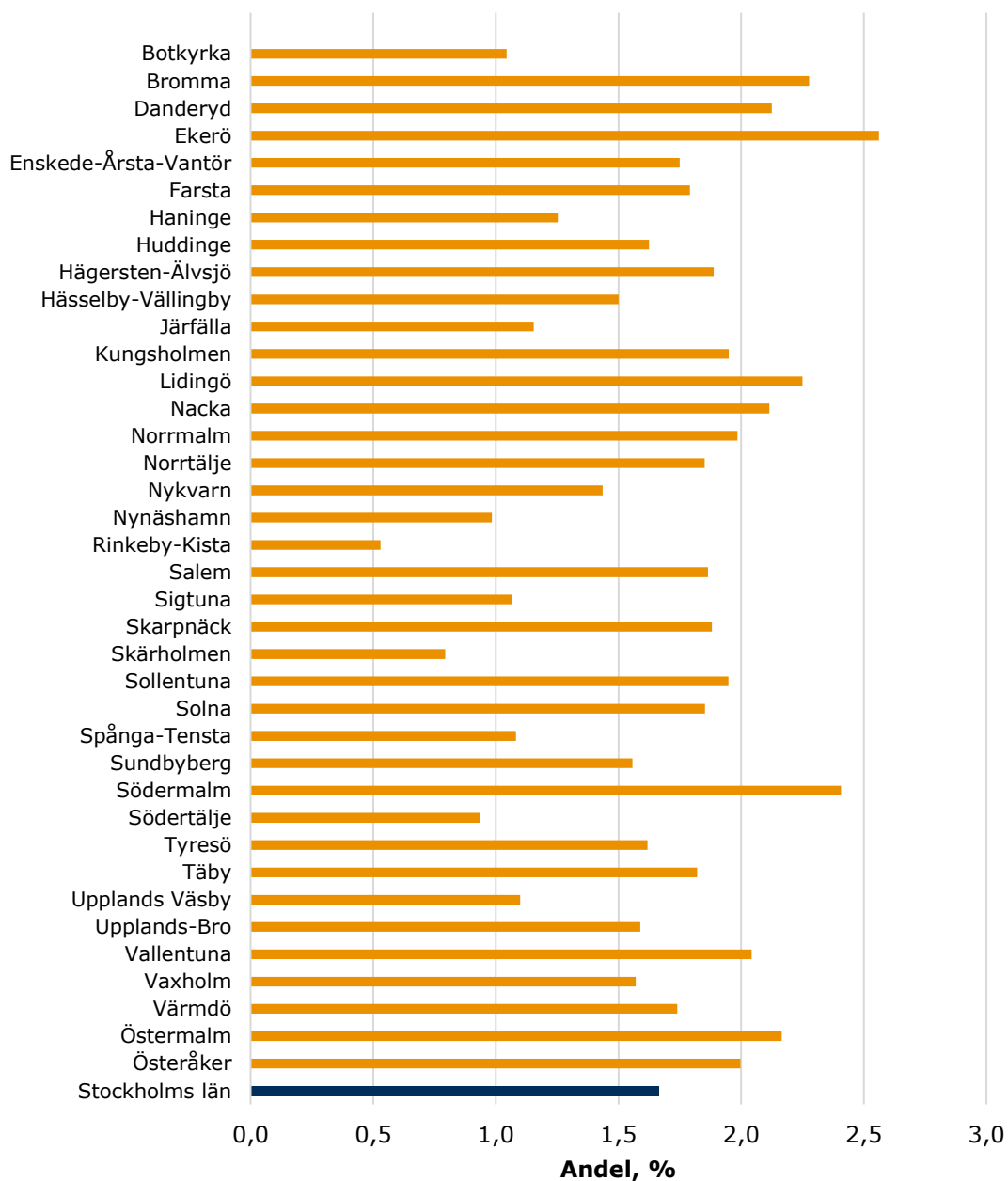
Figur 3. Andel (%) kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021, uppdelat på ålder och form av ätstörning

Källa: VAL, 2022

I bilaga 2 finns ytterligare figurer (figur c och d) som visar hur de olika diagnoserna fördelas bland kvinnor respektive män som fått en ätstörningsdiagnos eller besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, inom respektive åldersgrupp.

Geografiska skillnader i ettårsvårdsprevalensen – regionalt

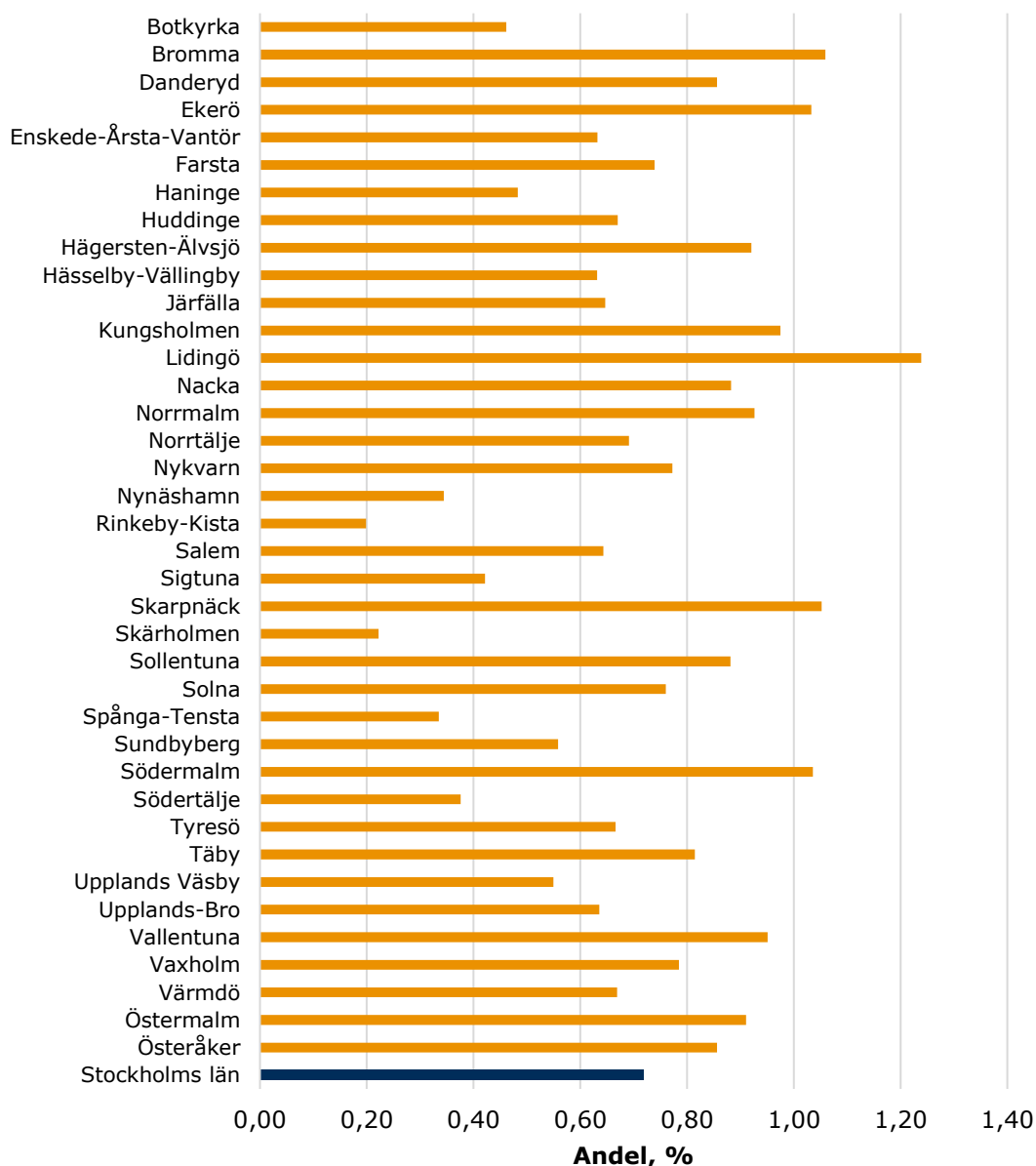
År 2021 gjorde 1,7 procent av flickor och unga kvinnor i åldrarna 11–24 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades, men andelen varierar mellan kommuner och stadsdelar. Ettårsvårdsprevalensen av ätstörningar var lägst i Rinkeby-Kista (0,5 procent), Skärholmen (0,8 procent) och Södertälje (0,9 procent) och högst på Ekerö (2,6 procent), Södermalm (2,4 procent) och Lidingö (2,3 procent) (figur 4).



Figur 4. Andel (%) av flickor och unga kvinnor (11–24 år) i inom respektive kommun/stadsdel i Stockholms län som fått någon ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021

Källa: VAL, 2022

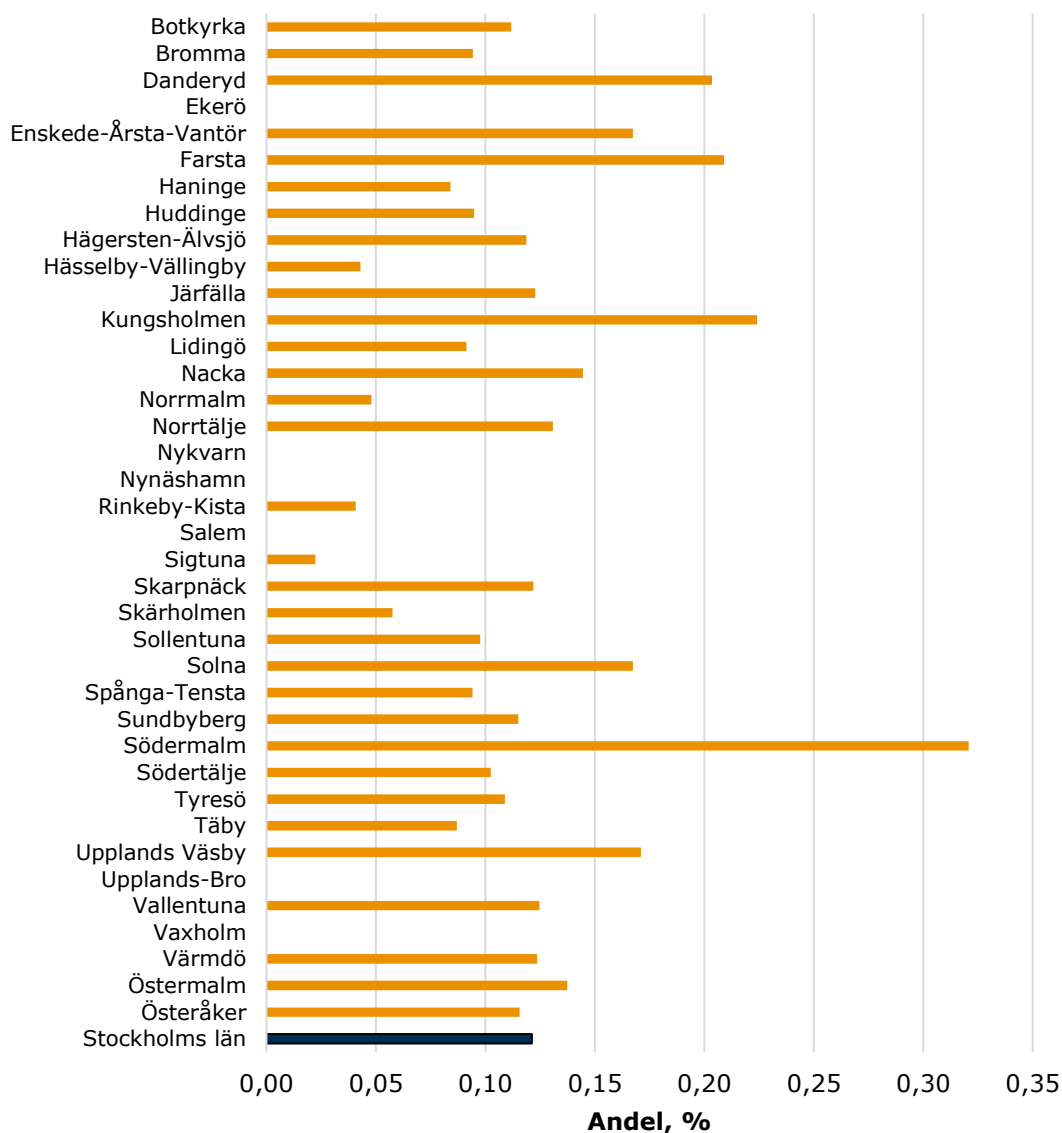
Ett liknande mönster framträder om man skiljer ut diagnoserna anorexia och bulimi. Figur 5 presenterar andel flickor och unga kvinnor i åldrarna 11–24 år som gjorde minst ett vårdbesök år 2021 där anorexia eller bulimi registrerades. Den genomsnittliga andelen kvinnor i länet som gjort minst ett sådant vårdbesök var 0,72 procent. Andelen var lägst i Rinkeby-Kista (0,2 procent), Skärholmen (0,2 procent) och Spånga-Tensta (0,3 procent) och högst på Lidingö (1,2 procent), i Bromma (1,5 procent) och i Skarpnäck (1,4 procent) (figur 5).



Figur 5. Andel (%) av flickor och unga kvinnor (11–24 år) inom respektive kommun/stadsdel i Stockholms län som fått anorexia och/eller bulimi registrerad i vården år 2021

Källa: VAL, 2022

Även för pojkar och unga män varierar förekomsten mellan kommuner och stadsdelar. År 2021 gjorde 0,12 procent av pojkar och unga män i åldrarna 11–24 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades. Andelen var lägst i Sigtuna (0,02 procent), Rinkeby-Kista (0,04 procent) och Hässelby-Vällingby (0,04 procent), och högst på Södermalm (0,3 procent), Kungsholmen (0,2 procent) och i Farsta (0,2 procent). Sju kommuner/stadsdelar hade för litet antal för att redovisas (Vaxholm, Vallentuna, Upplands-Bro, Salem, Nynäshamn, Nykvärn och Ekerö (figur 6)).



Figur 6. Andel (%) av pojkar och unga män (11–24 år) inom respektive kommun/stadsdel i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021. Kommuner med färre än 3 000 män i åldern 11–24 år redovisas inte.

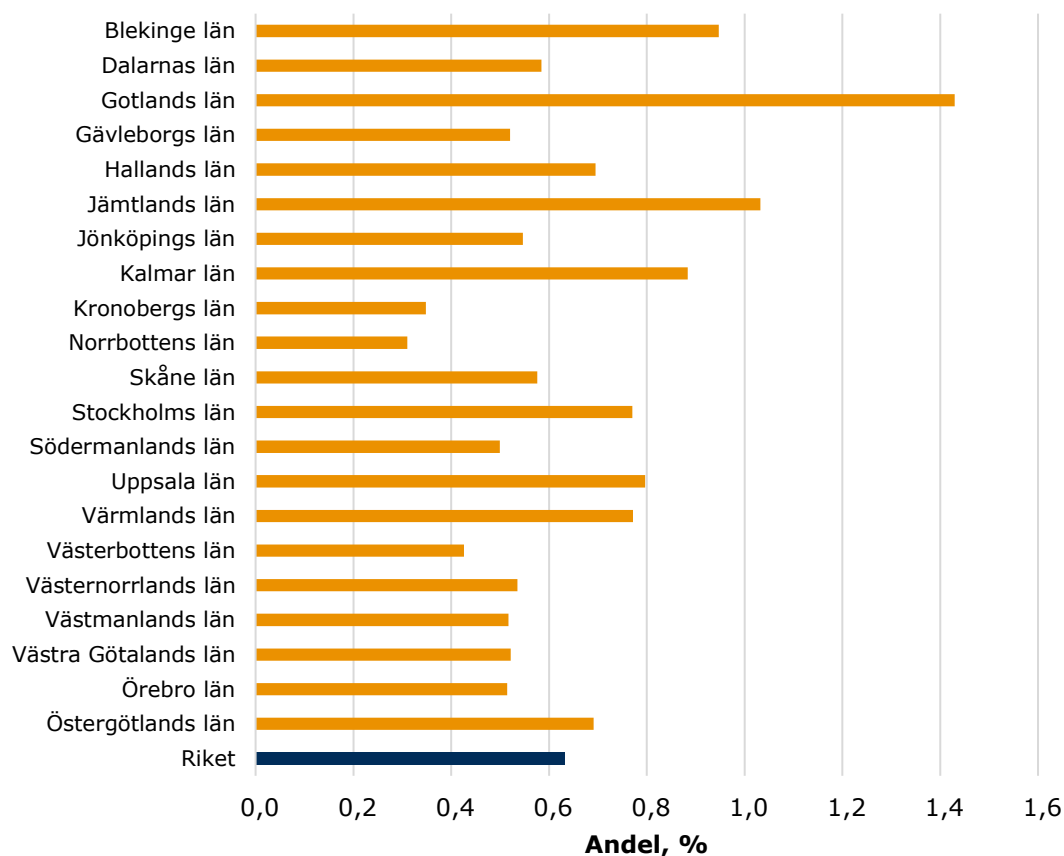
Källa: VAL, 2022

Geografiska skillnader i ettårsvårdsprevalens – nationellt

I figur 7 och 8 presenteras ettårsvårdsprevalensen av ätstörningar i de olika regionerna i Sverige år 2020. Analysen är baserad på data från Socialstyrelsens patientregister (PAR). PAR omfattar uppgifter om patienter som behandlas av läkare i slutenvården och den specialiserade öppenvården sedan 2001. Uppgifter om patienter som behandlats av annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare omfattas inte av PAR.

Statistiken i figur 7 och 8 baseras endast på de vårdkontakter där ätstörning registrerades som huvuddiagnos, det vill säga den primära anledningen till en vårdkontakt fastställd vid vårdkontaktens slut. Ätstörningsdiagnoser registrerade som bidiagnoser, det vill säga diagnoser som inte utgör den huvudsakliga anledningen till den aktuella vårdkontakten, ingår inte i den redovisade statistiken.

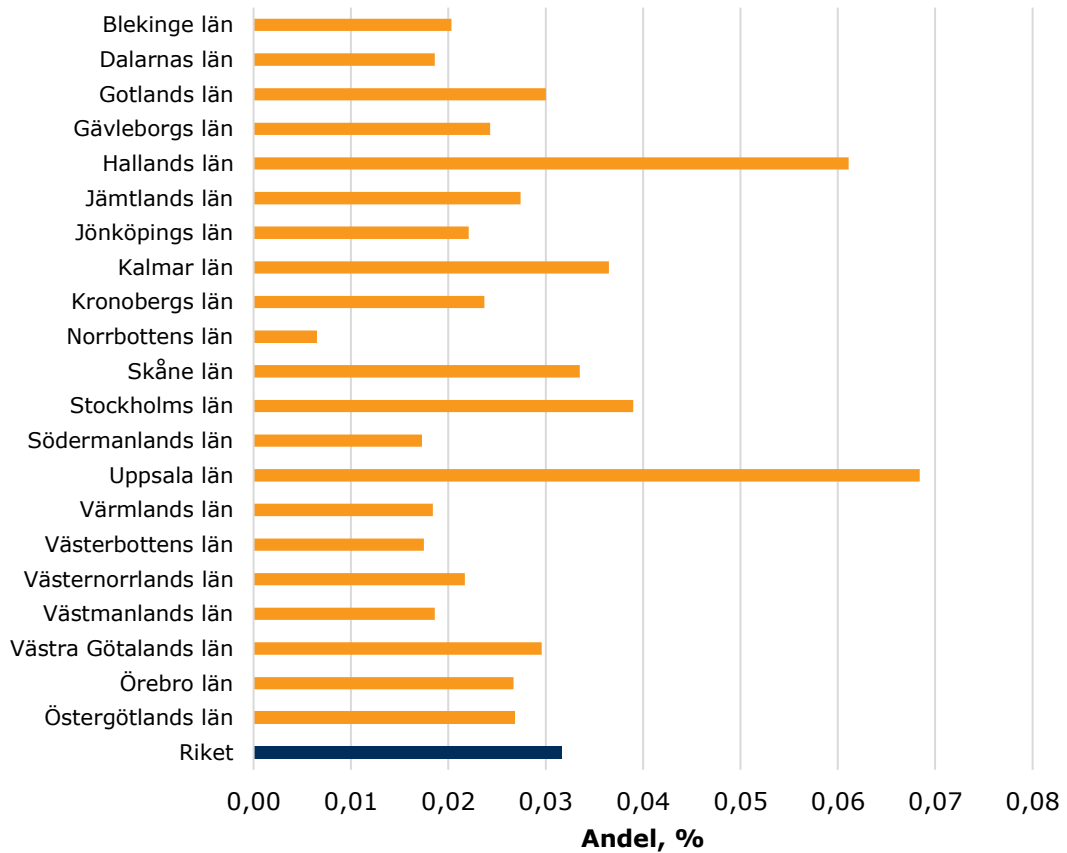
År 2020 gjorde drygt 0,6 procent av flickor och unga kvinnor i åldrarna 15–24 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades. Andelen varierar mellan länen, från omkring 0,3 procent i Norrbottens län och Kronobergs län till drygt 1,4 procent i Gotlands län. Stockholms län har landets sjunde högsta andel, 0,8 procent, efter Gotland, Jämtland, Blekinge, Kalmar, Uppsala och Värmland (figur 7).



Figur 7. Andel (%) av flickor och unga kvinnor (15–24 år) i respektive län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2020

Källa: Socialstyrelsen, 2021

Även för pojkar och unga män varierar förekomsten mellan länen. År 2020 gjorde omkring 0,03 procent av pojkar och unga män i åldrarna 15–24 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades. Andelen varierar från 0,01 procent i Norrbottens län till runt 0,07 procent i Uppsala län. Stockholms län har landets tredje högsta andel, 0,04 procent, efter Uppsala och Halland (figur 8).

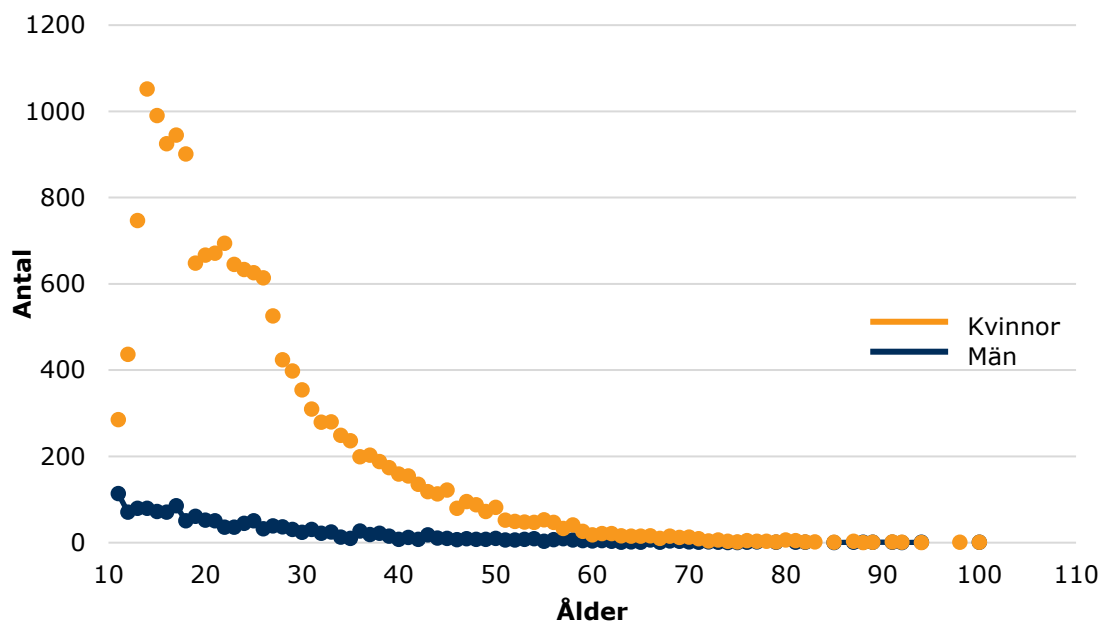


Figur 8. Andel (%) av pojkar och unga män (15–24 år) i respektive län i riket som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2020

Källa: Socialstyrelsen

Ålder vid tidpunkten för fastställd ätstörningsdiagnos

Antal kvinnor och män som får en registrerad ätstörningsdiagnos sjunker kontinuerligt med stigande ålder. Majoriteten får diagnosen före 30 års ålder (figur 9).



Figur 9. Ålder vid den första fastställda ätstörningsdiagnosen, under perioden 2011–2021, uppdelat på kön

Källa: VAL, 2022

Medelåldern vid den första fastställda ätstörningsdiagnosen varierar från 21 år för anorexia till 29 år för hetsätning. För bulimi och ätstörning ospecificerad är medelåldern 28 respektive 25 år (tabell 1).

Tabell 1. Medel- och medianålder vid den första fastställda ätstörningsdiagnosen, under perioden 2011–2021, uppdelat på form av ätstörning

	Medelålder	Medianålder
Anorexia	21	17
Bulimi	28	26
Hetsätning	29	27
Ätstörning ospecificerad	25	22

Källa: VAL, 2022

I tabell 2 presenteras åldersfördelningen vid den första fastställda ätstörningsdiagnosen.

Tabell 2. Åldersfördelning vid den första fastställda ätstörningsdiagnosen, under perioden 2011–2021, uppdelat på kön och typ av ätstörning

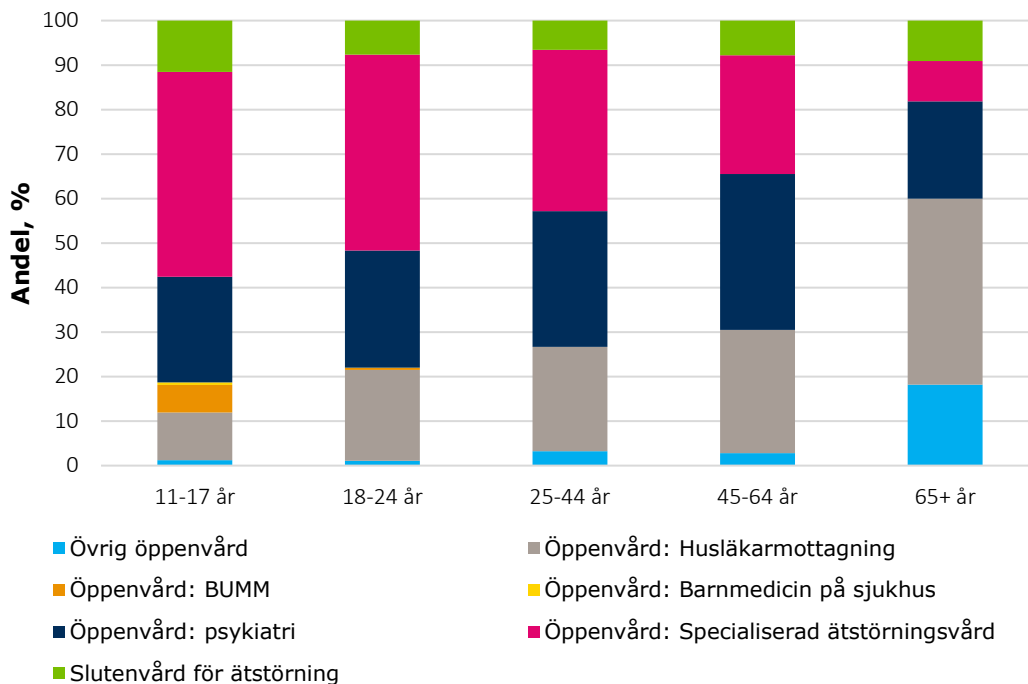
	Anorexia		Bulimi		Hetsätning		Ätstörning ospecificerad	
Kvinnor	n	%	n	%	n	%	n	%
11–17 år	2 261	50	368	10	303	18	4 337	33
18–45 år	2 107	47	3 050	84	1 182	71	7 926	61
46+ år	161	4	230	6	181	11	780	6
Totalt	4 529	100	3 648	100	1 666	100	13 043	100
Män								
11–17 år	134	54	11	6	56	25	475	40
18–45 år	100	40	154	83	137	60	596	50
46+ år	13	5	20	11	35	15	118	13
Totalt	247	100	185	100	228	100	1 189	100

Källa: VAL, 2022

Vårdkonsumtion bland barn och vuxna med ätstörningar i Stockholms län

Vårdgivare vid vård för ätstörningar

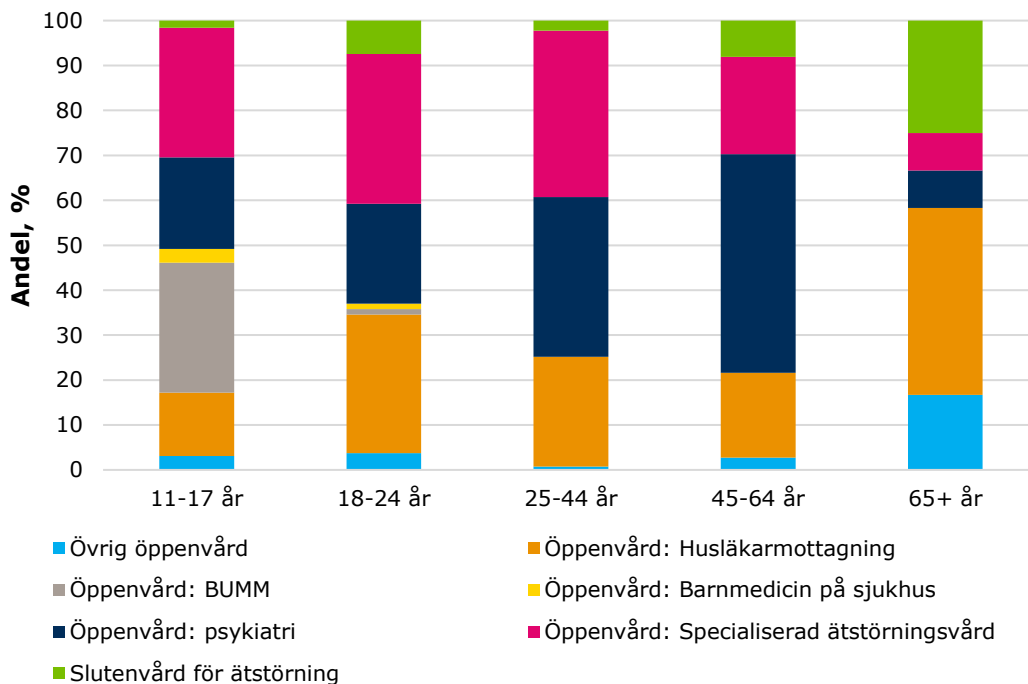
I figur 10 och 11 redovisas de vårdgivare som är aktuella vid behandling av ätstörningar. De flesta patienterna i åldrarna 11–44 år, oavsett kön, vårdas inom specialiserad ätstörningsvård. I åldersgruppen 45–64 år är det något vanligare att få vård inom specialiserad psykiatrisk vård.



Figur 10. Fördelning av vårdnivåer bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder (En mer specialiserad vårdnivå rangordnas högre upp i stapeln än en mindre specialiserad vårdnivå.)³

Källa: VAL, 2022

³ Om exempelvis en patient vårdats inom både öppen psykiatrisk vård och öppen specialiserad ätstörningsvård räknas öppen specialiserad ätstörningsvård som en mer specialiserad vård och patienten räknas in i den stapeln. Om patienten också vårdats inom slutenvården blir det ytterligare en högre grad av specialisering och patienten kommer i stället inkluderas i stapeln för slutenvård.

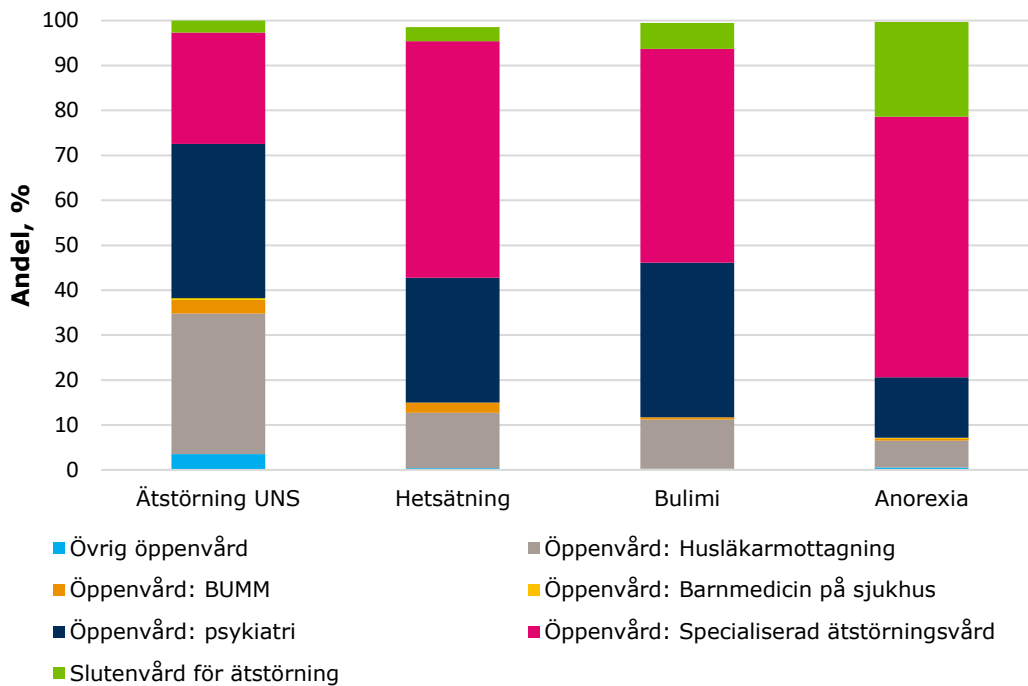


Figur 11. Fördelning av vårdnivåer bland män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder (En mer specialiserad vårdnivå rangordnas högre upp i stapeln än en mindre specialiserad vårdnivå.)⁴

Källa: VAL, 2022

I figur 12 och 13 redovisas vilka vårdgivare som är aktuella vid behandling av ätstörningar uppdelat efter form av ätstörning. Kvinnor med ätstörningsdiagnoserna anorexia, bulimi och hetsätning har främst kontakt med den specialiserade ätstörningsvården, följt av den specialiserade psykiatriska vården. I diagnosgruppen ätstörning ospecificerad har de flesta kontakt med den specialiserade psykiatriska vården, följt av primärvården (figur 12).

⁴ Om exempelvis en patient vårdats inom både öppen psykiatrisk vård och öppen specialiserad ätstörningsvård räknas öppen specialiserad ätstörningsvård som en mer specialiserad vård och patienten räknas in i den stapeln. Om patienten också vårdats inom slutenvården blir det ytterligare en högre grad av specialisering och patienten kommer i stället inkluderas i stapeln för slutenvård.

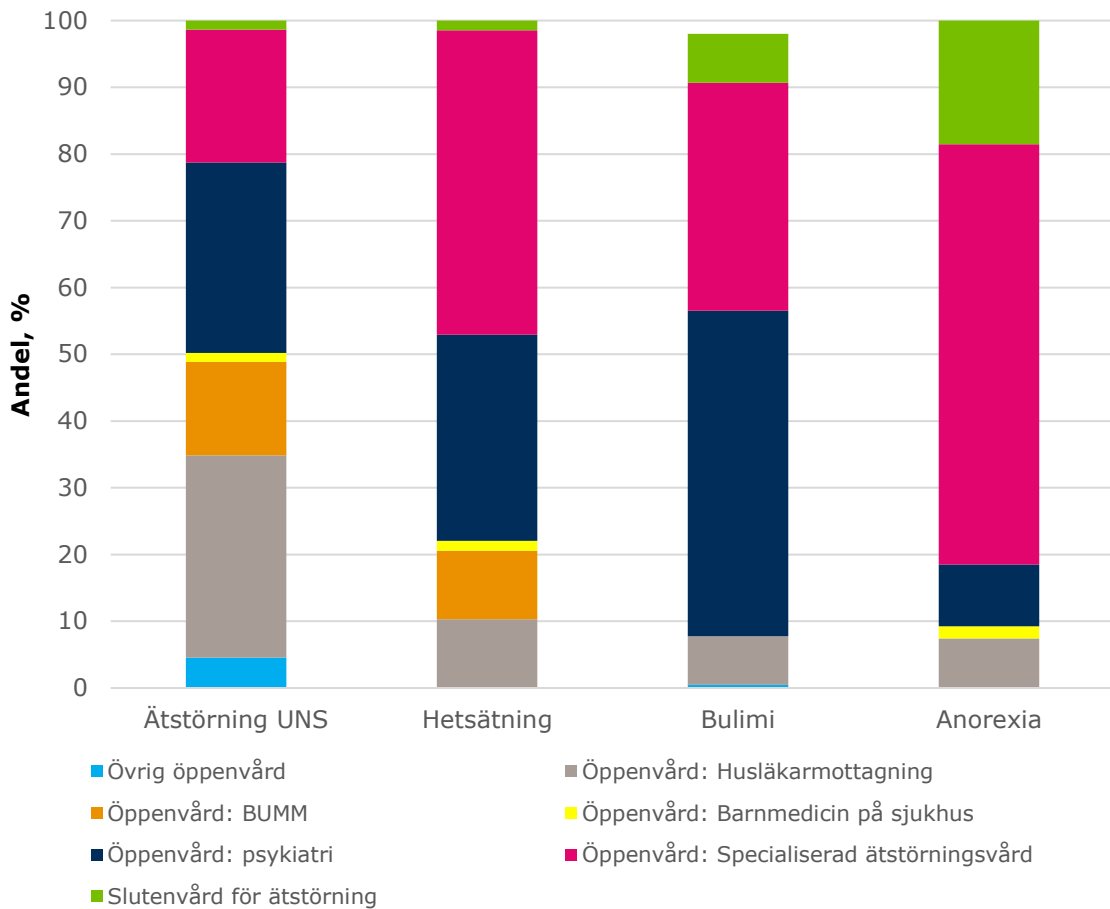


Figur 12. Fördelning av vårdnivåer bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat efter form av ätstörning (rangordnade diagnoser och vårdnivåer)⁵

Källa: VAL, 2022

Majoriteten av männen med ätstörningsdiagnoserna hetsätning och anorexia har kontakt med den specialiserade ätstörningsvården följt av den specialiserade psykiatriska vården. För diagnosgruppen bulimi är den specialiserade psykiatriska vården vanligast, följt av den specialiserade ätstörningsvården. För män med ätstörning ospecificerad är vårdkontakter inom primärvården och den specialiserade psykiatriska vården dominerande (figur 13).

⁵ Om en patient har mer än en ätstörningsdiagnos räknas patienten endast in i den diagnosgrupp som ligger högst i rangordning enligt följande: anorexia, bulimi, hetsätning, ätstörning ospecificerad. Om en patient har besökt flera vårdgivare räknas patienten endast in i den vårdgivargrupp som ligger högst i rangordning. Om exempelvis en patient vårdats inom både öppen psykiatrisk vård och öppen specialiserad ätstörningsvård räknas öppen specialiserad ätstörningsvård som en mer specialiserad vård och patienten räknas in i den stapeln. Om patienten också vårdats inom slutenvården blir det ytterligare en högre grad av specialisering och patienten kommer i stället inkluderas i stapeln för slutenvård.



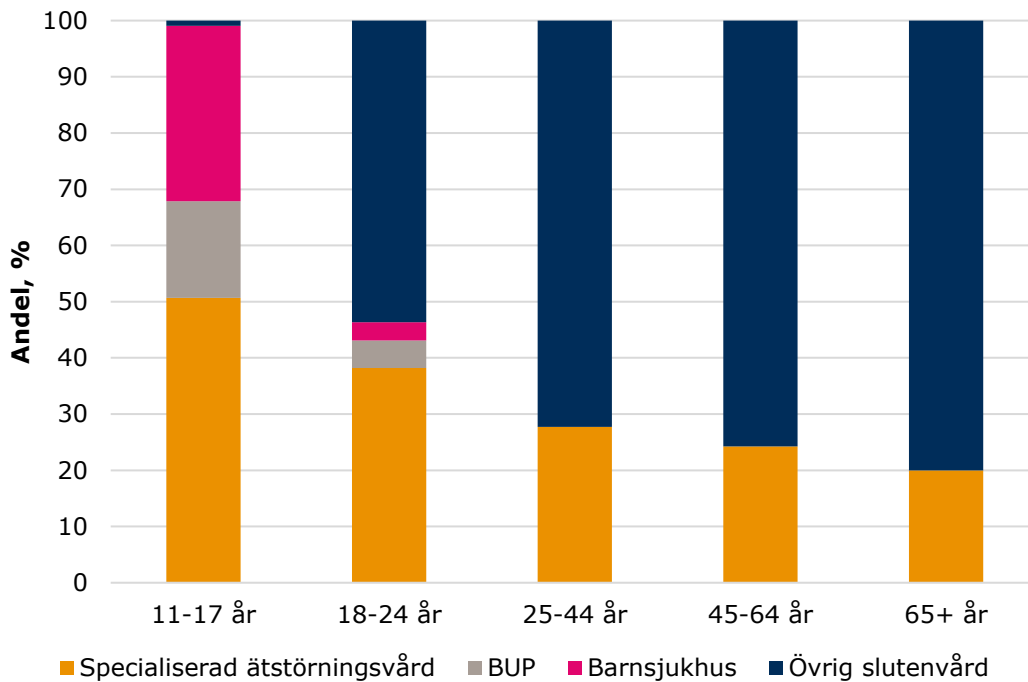
Figur 13. Fördelning av vårdnivåer bland män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat efter form av ätstörning (rangordnade diagnoser och vårdnivåer)⁶

Källa: VAL, 2022

I figur 14 redovisas vilka vårdgivare som är aktuella vid behandling av kvinnor med ätstörningar i slutenvård. Patienter under 18 år slutenvårdas främst inom specialiserad ätstörningsvård eller på barnmedicinskt sjukhus. Vuxna patienter slutenvårdas främst inom psykiatrin.

Motsvarande analys har inte gjorts för män på grund av otillräckligt antal observationer.

⁶ Om en patient har mer än en ätstörningsdiagnos räknas patienten endast in i den diagnosgrupp som ligger högst i rangordning enligt följande: anorexia, bulimi, hetsätning, ätstörning ospecificerad. Om en patient har besökt flera vårdgivare räknas patienten endast in i den vårdgivargrupp som ligger högst i rangordning. Om exempelvis en patient vårdats inom både öppen psykiatrisk vård och öppen specialiserad ätstörningsvård räknas öppen specialiserad ätstörningsvård som en mer specialiserad vård och patienten räknas in i den stapeln. Om patienten också vårdats inom slutenvården blir det ytterligare en högre grad av specialisering och patienten kommer i stället inkluderas i stapeln för slutenvård.



Figur 14. Fördelning av vårdnivåer bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som behandlats för ätstörningar inom slutenvård år 2021, uppdelat efter ålder (ej rangordnat)

Källa: VAL, 2022

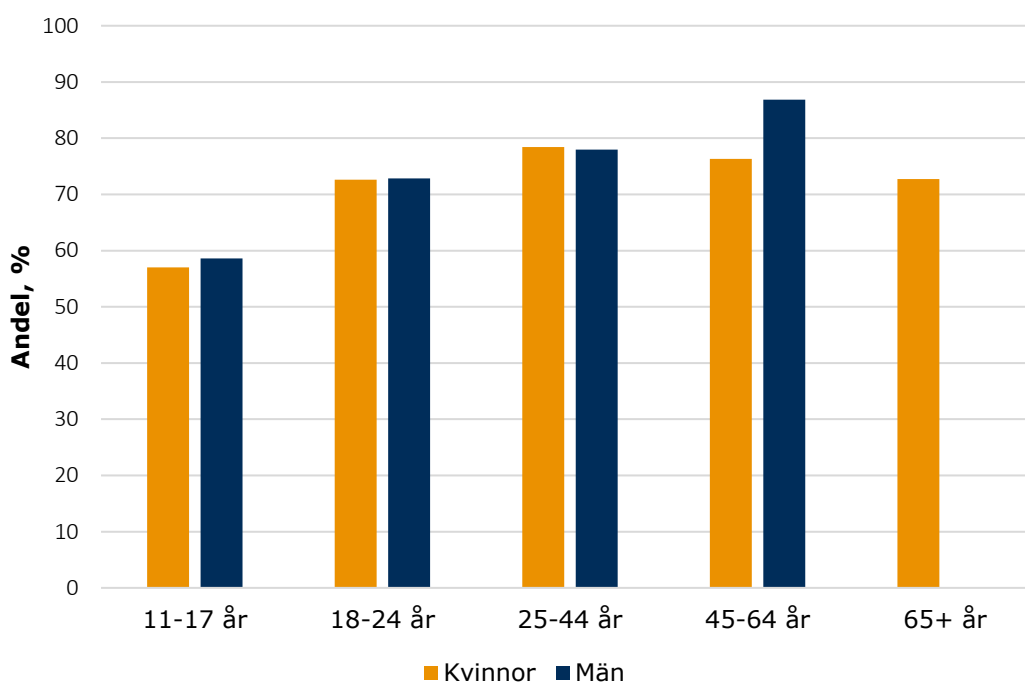
Av tabell 3 framgår hur patienter med olika former av ätstörningar fördelas mellan den specialiserade ätstörningsvården och de övriga vårdgivarna som är aktuella för behandling av ätstörningar. Det framgår att patienter med diagnosen hetsätning eller bulimi är någorlunda jämnt fördelade mellan specialiserad ätstörningsvård och andra vårdgivare. Patienter med diagnosen ätstörning ospecificerad vårdas betydligt oftare hos andra vårdgivare än inom den specialiserade ätstörningsvården medan det omvända råder för patienter med anorexia.

Tabell 3. Fördelning av patienter (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på vård inom och utanför den specialiserade ätstörningsvården samt form av ätstörning

	Vårdkontakt inom specialiserad ätstörningsvård 2021		Vårdkontakt hos annan vårdgivare än specialiserad ätstörningsvård 2021	
	n	%	n	%
Besök, ej diagnos	353	100	0	0
Ätstörning ospecificerad	419	25	1 260	75
Hetsätning	236	56	184	44
Bulimi	306	51	297	49
Anorexia	535	71	216	29

Annat psykiatrisk samsjuklighet

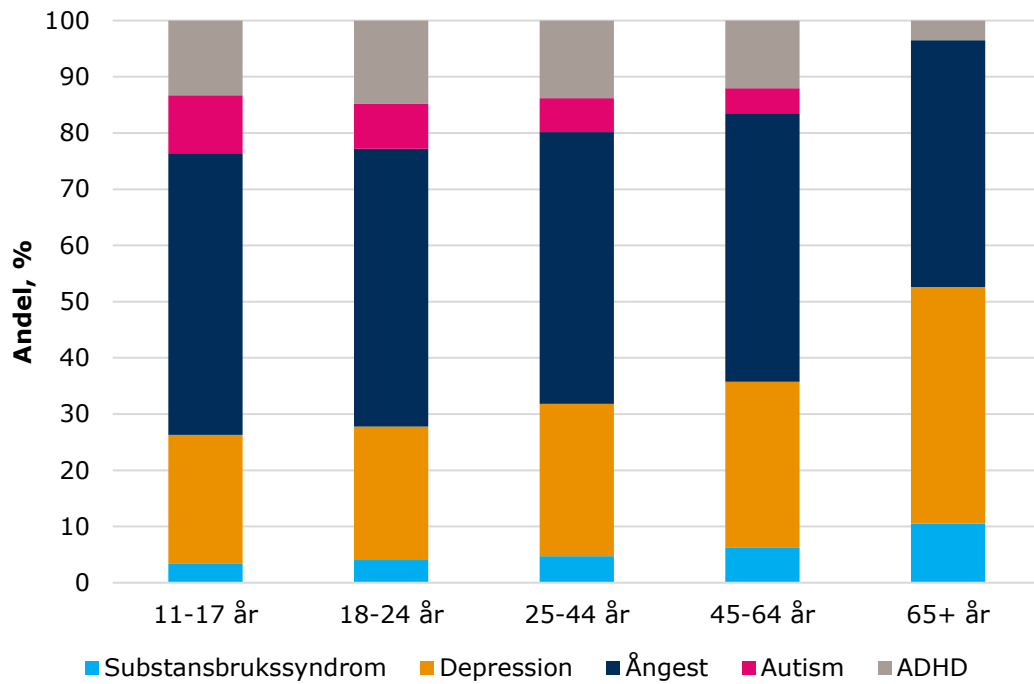
En majoritet av de patienter som har haft minst en vårdkontakt med registrerad ätstörningsdiagnos och/eller besökt specialiserad ätstörningsvård har fler än en psykiatrisk diagnos (F-kapitel i ICD-10). Andelen med psykiatrisk samsjuklighet i de olika åldersgrupperna är lika hög oavsett kön. Undantaget är åldersgruppen 45–64 år där andelen män med psykiatrisk samsjuklighet är högre, 87 procent män och 76 procent kvinnor (figur 15). I bilaga 3, tabell 1 presenteras antal personer med samtidiga psykiatriska diagnoser.



Figur 15. Förekomst av en annan psykiatrisk sjukdom än ätstörning (2017–2021) bland kvinnor respektive män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder (männen i åldersgruppen 65+ är för få för att redovisa)

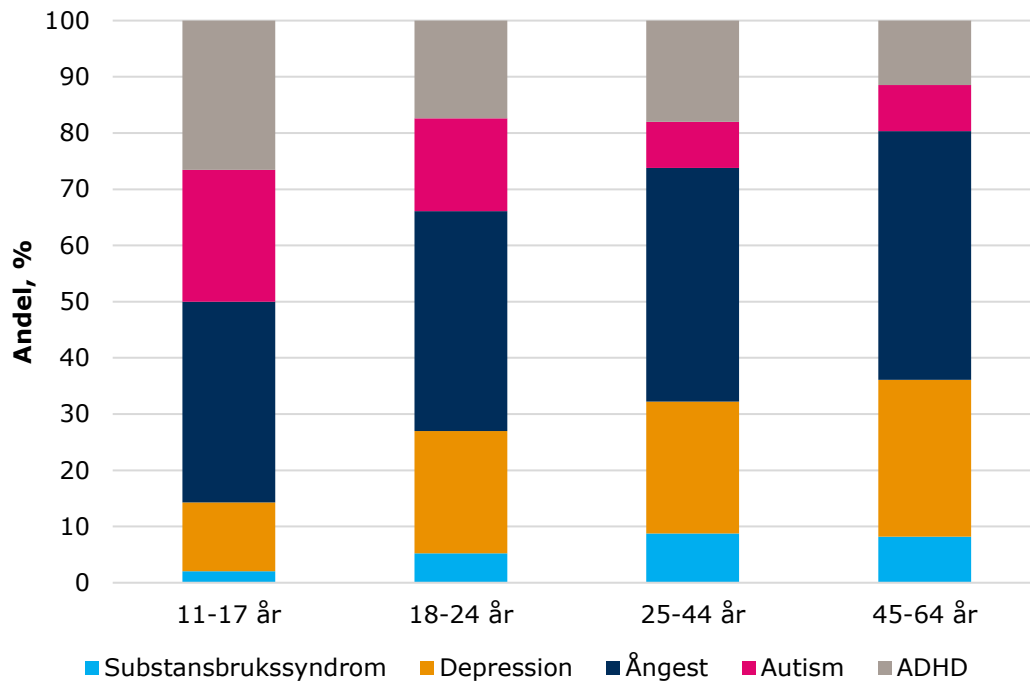
Källa: VAL, 2022

Figur 16 och 17 visar fördelningen av de vanligaste psykiatriska bidiagnoserna hos barn och vuxna som har haft minst en vårdkontakt med registrerad ätstörningsdiagnos år 2021. Ångest och depression är generellt de vanligast förekommande diagnoserna oavsett ålder och kön. Bland pojkar 11–17 år förekommer ätstörningar lika ofta i samsjuklighet med ångest och depression som med de neuropsykiatriska diagnoserna autism och adhd (figur 17).



Figur 16. Fördelning av samtidiga psykiatriska diagnoser bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

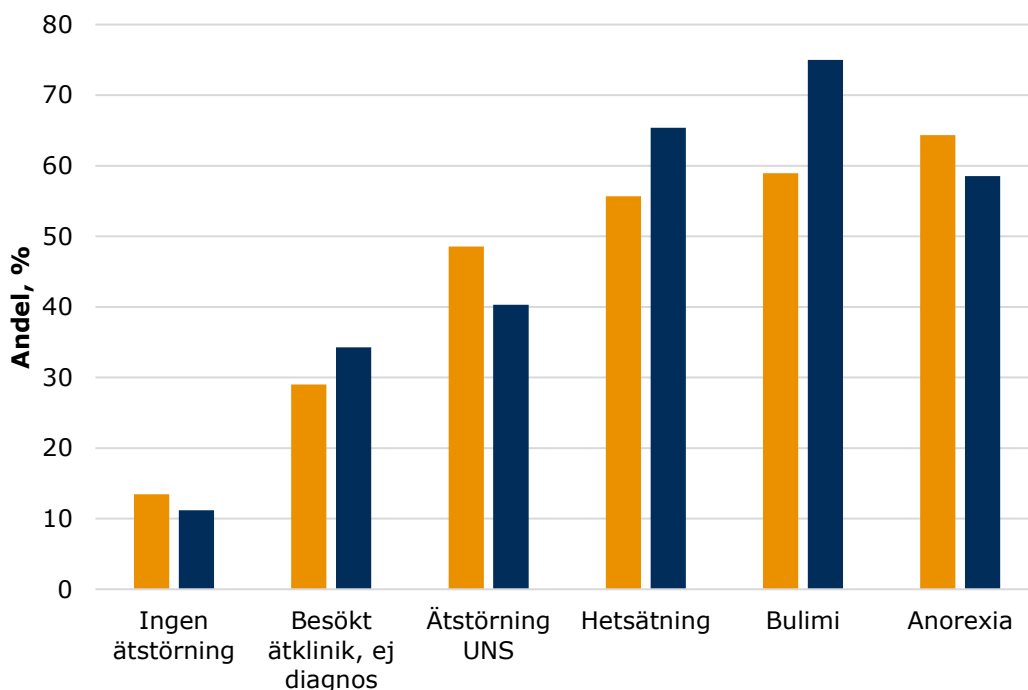


Figur 17. Fördelning av samtidiga psykiatriska diagnoser bland män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

Konsumtion av psykofarmaka

Bland flickor och unga kvinnor med ätstörningsdiagnos har ungefär hälften hämtat ut recept på psykofarmaka under år 2021. Störst andel med psykofarmaka finns bland de som har anorexia. Bland pojkar och unga män är psykofarmaka vanligast vid diagnosen hetsätning (figur 18).

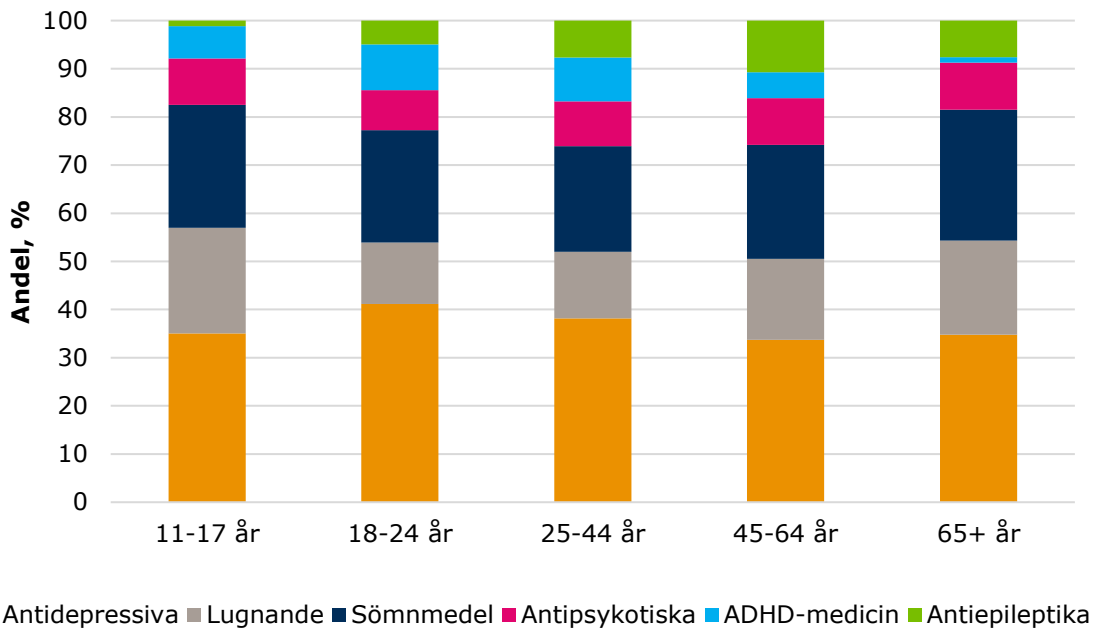


Figur 18. Andel kvinnor respektive män (11–24 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, som hämtat ut psykofarmaka⁷ under år 2021, per ätstörningsgrupp samt i övriga befolkningen

Av alla patienter, både kvinnor och män, som behandlades med psykofarmaka behandlades omkring 30 procent med antidepressiva läkemedel och omkring 30 procent med sömnmedel.

Antidepressiva läkemedel är den läkemedelsgrupp som förskrivs mest till unga flickor och vuxna kvinnor med ätstörningar, totalt drygt 30 procent år 2021. Den näst vanligaste läkemedelsgruppen är sömnmedel och lugnande läkemedel. De utgör omkring 20 procent av den psykofarmaka som skrivs ut till unga flickor och vuxna kvinnor med ätstörningar (figur 19).

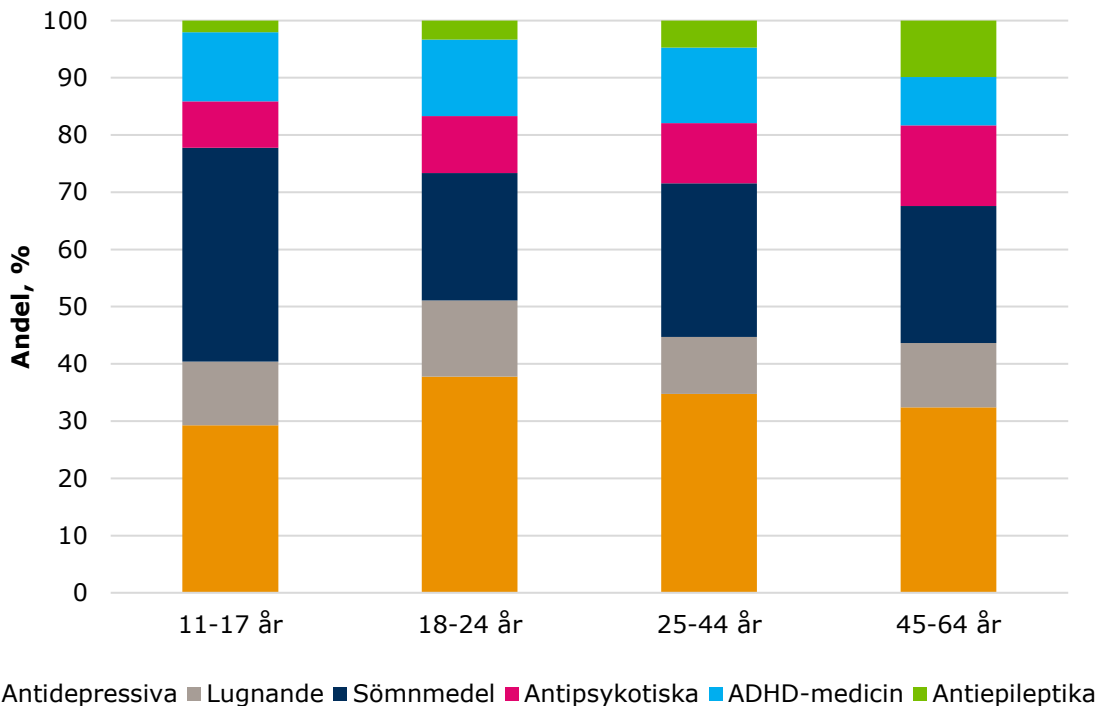
⁷ Antidepressiva, lugnande, sömnmedel, antipsykotiska läkemedel, ADHD-läkemedel.



Figur 19. Fördelning av uthämtad psykofarmaka (år 2021) bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

Även för pojkar och män med ätstörningar var antidepressiva läkemedel och sömnmedel de vanligaste läkemedelsgrupperna. Totalt hämtade drygt 60 procent av männen med ätstörningar ut dessa typer av läkemedel år 2021 (figur 20).



Figur 20. Fördelning av uthämtad psykofarmaka bland män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

Somatisk samsjuklighet

I tabell 4 presenteras förekomsten av samsjuklighet i form av ätstörningar och somatiska sjukdomar eller problem bland flickor och unga kvinnor i åldrarna 11–24 år (det vill säga den samsjuklighet som registrerats i samband med vårdkontakt).

Menstruationsrubbnings är det vanligast förekommande somatiska problemet. Det drabbar omkring 16–24 procent av flickorna och de unga kvinnorna med ätstörningar, jämfört med omkring 9 procent av flickor och unga kvinnor i befolkningen.

Motsvarande analys har inte gjorts för män på grund av otillräckligt antal observationer.

I bilaga 3 tabell 2 visas de somatiska sjukdomar eller problem som oftast samexisterar med ätstörningar bland kvinnor 18–64 år.

Tabell 4 Förekomst av några somatiska sjukdomar eller problem (2017–2021) bland kvinnor (11–24 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021 samt bland övriga befolkningen

	ICD-10	Ingen ätstörning		Besök, ej diagnos		Ätstörning ospecifierad		Hetsätning		Bulimi		Anorexia	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nutritionsanemi	D50-D53	3 423	1,9	5	1,7	40	3,1	<5		13	5,2	44	4,1
Sköldkörtel-sjukdomar	E00-E07	2 712	1,5	8	2,8	30	2,3	6	3,6	<5		37	3,4
Diabetes	E10-E14	1 153	0,6	<5		12	0,9	<5		<5		8	0,7
Sjukdomar i andra endokrina körtlar	E20-E35	3 919	2,2	7	2,4	29	2,2	9	5,4	15	6,0	31	2,9
Näringsbrist	E40-E46	714	0,4	13	4,5	27	2,1	<5		<5		39	3,6
Andra näringsbristtillstånd	E50-E64	4 812	2,7	23	8,0	92	7,1	14	8,4	12	4,8	66	6,1
Obesitasdiagnos	E65-E68	5 626	3,1	17	5,9	61	4,7	33	19,8	16	6,4	13	1,2
Ämnesomsättnings-sjukdomar	E70-E90	2 051	1,1	6	2,1	39	3,0	<5		13	5,2	57	5,3
Hypokalemi	E876	105	0,1	<5		<5		<5		<5		10	0,9
Hypotermi	R68	741	0,4	<5		13	1,0	<5		<5		12	1,1
Hypertoni	I10	186	0,1	<5		<5		<5		<5		<5	
Endometrios	N80	398	0,2	<5		<5		<5		<5		<5	
Menstruations-rubbningar	N91-N94	17 039	9,4	45	15,7	231	17,9	39	23,4	61	24,3	170	15,8

Källa: VAL, 2022

Suicidförsök eller skada utan klar orsak

Suicidförsök och självsador är två till fyra gånger vanligare bland kvinnor med registrerad ätstörningsdiagnos jämfört med andra kvinnor i befolkningen.

I tabell 5 redovisas andelen kvinnor som fått en registrerad ätstörningsdiagnos år 2021 och som försökt ta sina liv eller skada sig själva samma år samt under en femårsperiod mellan 2017 och 2021.

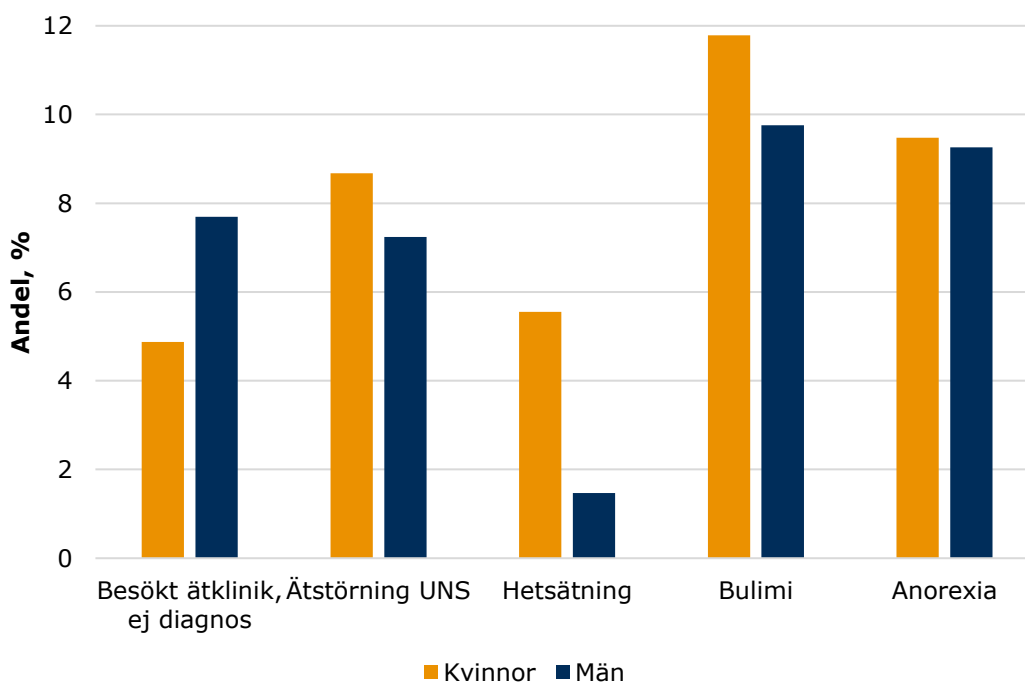
Motsvarande analys har inte gjorts för män på grund av otillräckligt antal observationer.

Tabell 5. Förekomst av suicidförsök eller skada utan klar orsak bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län med och utan en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller besök inom specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

	Andel med suicidförsök/skada utan klar orsak 2021		Andel med suicidförsök/skada utan klar orsak 2017–2021	
	Ätstörning %	Ej ätstörning %	Ätstörning %	Ej ätstörning %
11–17 år	4,5	1,2	8,5	3,5
18–24 år	3,3	0,9	10,0	3,4
25–44 år	2,4	0,6	7,9	2,1
45–64 år	1,7	0,7	8,1	2,4

Källa: VAL, 2022

Förekomsten av suicidförsök och självsador varierar mellan olika former av ätstörningar och är vanligast, oavsett kön, bland patienter med bulimi (figur 21). Omkring 12 procent av kvinnorna och 10 procent av männen med bulimi har försökt ta sina liv eller skada sig själva år 2021. Det var en högre andel kvinnor än män som försökt ta sina liv eller skada sig själva, men bland patienter med besök inom den specialiserade ätstörningsvården utan att ha en ätstörningsdiagnos var det en högre andel män än kvinnor som försökt ta sina liv eller skada sig själva.



Figur 21. Förekomst av suicidförsök eller skada utan klar orsak (år 2017–2021) bland kvinnor respektive män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på form av ätstörning

Källa: VAL, 2022

Diskussion

Andelen invånare som har fått vård för ätstörningar i Region Stockholm har ökat under perioden 2011–2021. Inom vissa åldersgrupper har andelen fördubblats och den största årliga ökningen skedde mellan åren 2020 och 2021. Den vanligaste diagnosen var *ätstörning ospecificerad* där vårdkontakten oftast ägt rum utanför den specialiserade ätstörningsvården. Den näst vanligaste diagnosen var anorexia, där vårdkontakterna framför allt skedde inom den specialiserade ätstörningsvården. Resultaten i studien ger endast ett grovt mått på förekomsten eftersom de baseras på vårdbesök. Personer som inte kommer i kontakt med vården eller där diagnosen inte har registrerats inkluderas inte i resultaten. Förekomsten kan alltså vara högre.

En internationell sammanställning har uppmätt att förekomsten av ätstörningstillstånd i befolkningen är 2,2 procent för kvinnor och 0,7 procent för män (1). Dessa siffror talar för att det kan finnas ett betydande mörkertal av ätstörningar i Stockholms län. Vår kartläggning visar att 0,51 procent av kvinnorna och 0,04 procent av männen i länet har haft vårdkontakt för ätstörningar under 2021.

De som får vård för ätstörningsproblematik är ojämnt fördelade över olika stadsdelar och områden i Stockholms län. I denna kartläggning kan vi inte avgöra om det beror på att fler är drabbade i vissa områden eller om mörkertalet är mindre där.

Den största ökningen av antalet vårdkontakter relaterade till ätstörning ägde rum mellan år 2020 och 2021. Under denna tidsperiod påverkade covid-19-pandemin samhället med restriktioner som forskare tidigt förutspådde kunde leda till förvärrade ätstörningssymtom (39, 40). Man har sedan kunnat bekräfta detta i olika studier (23–30). Det är möjligt att Stockholms starka ökning av vårdkontakter mellan 2020 och 2021 åtminstone till en del är en sådan pandemieffekt. Det blir viktigt att bryta denna trend så att den inte får negativa långtidseffekter för de drabbade (40).

Tidig upptäckt och behandling bedöms kunna vara prognostiskt gynnsamt (20, 21) och kan också minska risken för komplikationer av ätstörningen. Den specialiserade ätstörningsvården har begränsade möjligheter till tidig upptäckt men primärvården har bättre förutsättningar (31, 32). Patienter med ätstörningsproblematik har oftare än andra kontakt med primärvården under åren innan de får en ätstörningsdiagnos (33, 34), vilket kan ge tillfällen till tidig upptäckt även för dem som inte söker vård för ätstörningsproblematik.

Majoriteten av de med ätstörningsproblematik som har kontakt med vården har även annan psykiatrisk samsjuklighet. Ängestproblematik är vanligast bland kvinnor, men hos pojkar är adhd och autism lika vanligt som ängest.

Kvinnor som har varit i kontakt med vården på grund av ätstörningar har i större utsträckning än andra kvinnor också varit i kontakt med vården för självsador eller suicidförsök. Suicidförsök eller självsador är tre till fyra gånger vanligare hos kvinnor med ätstörning än hos andra kvinnor. En delförklaring till detta kan vara att vården uppmärksammar ätstörningar hos personer som vårdas för självsador och suicidförsök, och omvänt att självsador uppmärksammas vid vård av ätstörningar. Studier har emellertid visat att risken för suicidförsök är högre hos personer med ätstörningar (41), och suicid utgör en del av orsaken till den förhöjda risken för tidig död bland personer med ätstörningar (13, 42–44). Vissa data talar dock för att risken för suicid bland patienter med anorexia har minskat över tid och är mindre i vissa länder. Det är relaterat till bland annat tidigare och mer specialiserad vård (42–45). Under år 2021 var

suicidförsök och självskador vanligast hos de med bulimi. Mellan 10 och 12 procent av de som fått vård för bulimi har försökt ta sina liv eller skada sig själva under år 2021. Även i en dansk registerstudie och i en nationell svensk registerstudie var risken för suicidförsök större bland patienter med bulimi än bland andra patienter med ätstörning (41, 46). Vissa studier har visat att just suicidförsök är vanligare bland patienter med bulimi medan fullbordade suicid är något mer eller lika vanligt förekommande hos patienter med anorexia (41, 43, 44).

Ängest och depression är vanligt hos personer med ätstörning och kan bidra till en förhöjd risk för självskada och suicidförsök. I en svensk registerstudie kunde man dock visa att den ökade risken att göra suicidförsök hos personer med ätstörning kvarstod även om man tog hänsyn till annan psykiatrisk samsjuklighet (41). Det här visar på vikten av att vara uppmärksam på suicidala tankar och handlingar eller andra riskfaktorer för suicid bland patienter med ätstörning.

Vad gäller somatiska tillstånd som föreligger samtidigt med ätstörningsproblematik bland kvinnor ses inte sällan menstruationsstörningar men även vissa andra kroppsliga symtom som skulle kunna väcka misstanke om att en ätstörning föreligger, som till exempel fetma och övervikt, vilket också rapporterats i olika studier (47).

Även om ätstörningsproblematik är vanligare hos unga kvinnor så förekommer det hos bägge könen och i alla åldrar, oavsett etnicitet och socioekonomisk status (10). Även i detta avseende kan primärvården spela en viktig roll i att identifiera ätstörning hos individer som i mindre utsträckning söker vård för psykiatrisk problematik (35). Socialstyrelsen har visat att det inom primärvården kan finnas bristande kunskap om ätstörningar och att personal kan känna sig illa rustade att hantera patienter med ätstörning (36), vilket samstämmer med resultat från internationella studier (31). För att förbättra situationen har Socialstyrelsen fått i uppdrag av regeringen att ta fram nationella riktlinjer och ett kunskapsstöd till professionen som ska vara klara i slutet av år 2024 (37). Socialstyrelsen har även beslutat att inrätta nationell högspecialiserad vård för svårbehandlade ätstörningar (38). Tidig upptäckt och behandling kan uppnås genom en stärkt primärvård men även genom insatser för en ökad kunskap om ätstörningar bland skolpersonal och idrottsledare, liksom bland allmänheten i stort (10, 31).

Ätstörningar är allvarliga tillstånd som innefattar betydligt fler än de magra patienterna med anorexia. Tidig upptäckt och behandling minskar risken för komplikationer och kan öka chanserna till fullt tillfrisknande. Långa väntetider till den specialiserade vården ökar risken för att sjukdomen förvärras med negativa konsekvenser för patienten men även för vården, med ökade kostnader och ökad belastning för vårdpersonalen. Fler patienter skulle kunna fånga upp tidigare med en stärkt primärvård och ökad kunskap hos skolpersonal, ungdomsledare och andra viktiga aktörer. Då skulle ett mer allvarligt sjukdomsförlopp kanske kunna förebyggas och behovet av specialiserad vård minska. Det skulle i sin tur minska väntetiderna för dem som behöver den mer specialiserade vården.

Referenser

1. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *Am J Clin Nutr*. 2019;109(5):1402-13.
2. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;61(3):348-58.
3. Swanson SA, Crow SJ, Le Grange D, Swendsen J, Merikangas KR. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):714-23.
4. Hay P, Mitchison D, Collado AEL, González-Chica DA, Stocks N, Touyz S. Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *J Eat Disord*. 2017;5:21.
5. Huckins LM, Signer R, Johnson J, Wu YK, Mitchell KS, Bulik CM. What next for eating disorder genetics? Replacing myths with facts to sharpen our understanding. *Mol Psychiatry*. 2022.
6. Bufferd SJ, Levinson CA, Olinio TM, Dougherty LR, Dyson MW, Carlson GA, et al. Temperament and psychopathology in early childhood predict body dissatisfaction and eating disorder symptoms in adolescence. *Behav Res Ther*. 2022;151:104039.
7. Watson HJ, Palmos AB, Hunjan A, Baker JH, Yilmaz Z, Davies HL. Genetics of eating disorders in the genome-wide era. *Psychol Med*. 2021;51(13):2287-97.
8. Bulik CM, Thornton LM, Root TL, Pisetsky EM, Lichtenstein P, Pedersen NL. Understanding the relation between anorexia nervosa and bulimia nervosa in a Swedish national twin sample. *Biol Psychiatry*. 2010;67(1):71-7.
9. Ahrén JC, Chiesa F, Koupil I, Magnusson C, Dalman C, Goodman A. We are family—parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *International Journal of Eating Disorders*. 2013;46(7):693-700.
10. Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, Hübel C, Baker JH, Munn-Chernoff MA, et al. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(6):432-50.
11. Bulik CM, Coleman JRI, Hardaway JA, Breithaupt L, Watson HJ, Bryant CD, et al. Genetics and neurobiology of eating disorders. *Nat Neurosci*. 2022;25(5):543-54.
12. Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: a review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):113-21.
13. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(4):406-14.
14. Peat CM, Berkman ND, Lohr KN, Brownley KA, Bann CM, Cullen K, et al. Comparative Effectiveness of Treatments for Binge-Eating Disorder: Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev*. 2017;25(5):317-28.

15. Svaldi J, Schmitz F, Baur J, Hartmann AS, Legenbauer T, Thaler C, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychol Med.* 2019;49(6):898-910.
16. Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2020;53(3):311-30.
17. Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;53:46-58.
18. Forman SF, Grodin LF, Graham DA, Sylvester CJ, Rosen DS, Kapphahn CJ, et al. An eleven site national quality improvement evaluation of adolescent medicine-based eating disorder programs: predictors of weight outcomes at one year and risk adjustment analyses. *J Adolesc Health.* 2011;49(6):594-600.
19. van Son GE, van Hoeken D, van Furth EF, Donker GA, Hoek HW. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort. *Int J Eat Disord.* 2010;43(2):130-8.
20. Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, et al. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev.* 2021;29(3):329-45.
21. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Interv Psychiatry.* 2015;9(3):173-84.
22. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: a systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5):727-35.
23. Phillipou A, Meyer D, Neill E, Tan EJ, Toh WL, Van Rheenen TE, et al. Eating and exercise behaviors in eating disorders and the general population during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *International Journal of Eating Disorders.* 2020;53(7):1158-65.
24. Termorshuizen JD, Watson HJ, Thornton LM, Borg S, Flatt RE, MacDermod CM, et al. Early impact of COVID-19 on individuals with self-reported eating disorders: A survey of ~ 1,000 individuals in the United States and the Netherlands. *International Journal of Eating Disorders.* 2020;53(11):1780-90.
25. Branley-Bell D, Talbot CV. Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. *Journal of Eating Disorders.* 2020;8(1):1-12.
26. Castellini G, Cassioli E, Rossi E, Innocenti M, Gironi V, Sanfilippo G, et al. The impact of COVID-19 epidemic on eating disorders: A longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *International Journal of Eating Disorders.* 2020;53(11):1855-62.
27. Devoe DJ, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2022.

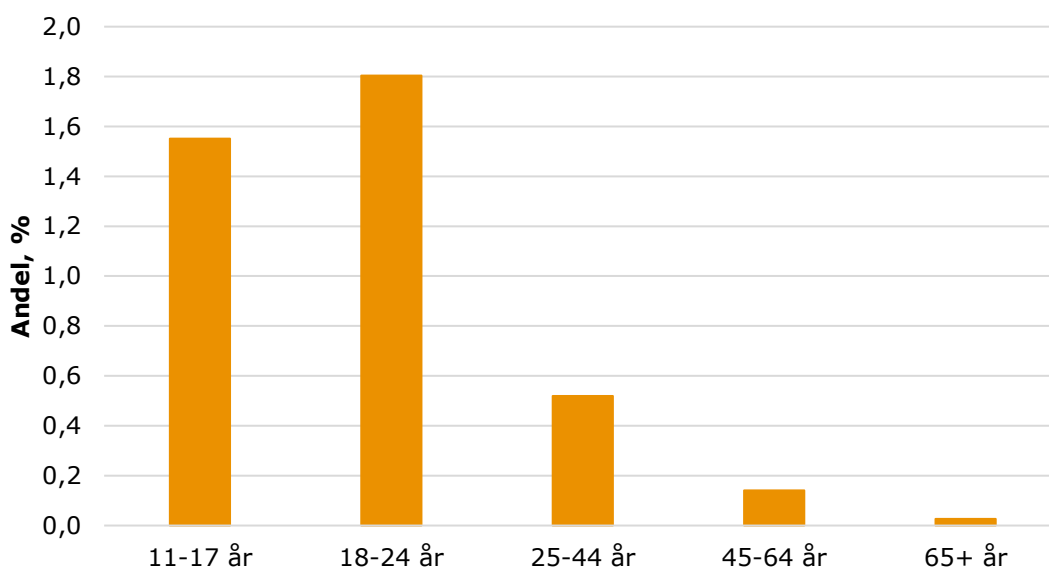
28. Lin JA, Hartman-Munick SM, Kells MR, Milliren CE, Slater WA, Woods ER, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on the Number of Adolescents/Young Adults Seeking Eating Disorder-Related Care. *J Adolesc Health*. 2021;69(4):660-3.
29. Otto AK, Jary JM, Sturza J, Miller CA, Prohaska N, Bravender T, et al. Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*. 2021;148(4).
30. Haripersad YV, Kannegiesser-Bailey M, Morton K, Skeldon S, Shipton N, Edwards K, et al. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Arch Dis Child*. 2021;106(3):e15.
31. Kalindjian N, Hirot F, Stona AC, Huas C, Godart N. Early detection of eating disorders: a scoping review. *Eat Weight Disord*. 2022;27(1):21-68.
32. Campbell K, Peebles R. Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*. 2014;134(3):582-92.
33. Ogg EC, Millar HR, Pusztai EE, Thom AS. General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1997;22(1):89-93.
34. Lask B, Bryant-Waugh R, Wright F, Campbell M, Willoughby K, Waller G. Family physician consultation patterns indicate high risk for early-onset anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005;38(3):269-72.
35. Jablonska B DC, Wicks S. . Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna: Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021.
36. Socialstyrelsen. Vård av ätstörningar Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. 2019.
37. Ätstörningsvården ska bli mer jämlik i hela landet [press release]. Regeringskansliet2021.
38. Nya beslut för stärkt vård vid ätstörningar och självskadebeteende [press release]. 2022.
39. Touyz S, Lacey H, Hay P. Eating disorders in the time of COVID-19. *J Eat Disord*. 2020;8:19.
40. Shah M, Sachdeva M, Johnston H. Eating disorders in the age of COVID-19. *Psychiatry Res*. 2020;290:113122.
41. Yao S, Kuja-Halkola R, Thornton LM, Runfola CD, D'Onofrio BM, Almqvist C, et al. Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden. *JAMA psychiatry*. 2016;73(3):284-91.
42. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(7):724-31.
43. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA, Raymond NC, Specker S, Eckert ED, et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2009;166(12):1342-6.

44. Preti A, Rocchi MBL, Sisti D, Camboni MV, Miotto P. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011;124(1):6-17.
45. Lindblad F, Lindberg L, Hjern A. Improved survival in adolescent patients with anorexia nervosa: a comparison of two Swedish national cohorts of female inpatients. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(8):1433-5.
46. Zerwas S, Larsen JT, Petersen L, Thornton LM, Mortensen PB, Bulik CM. The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality. *J Psychiatr Res*. 2015;65:16-22.
47. Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*. 2016;29(6):340-5.

Bilagor

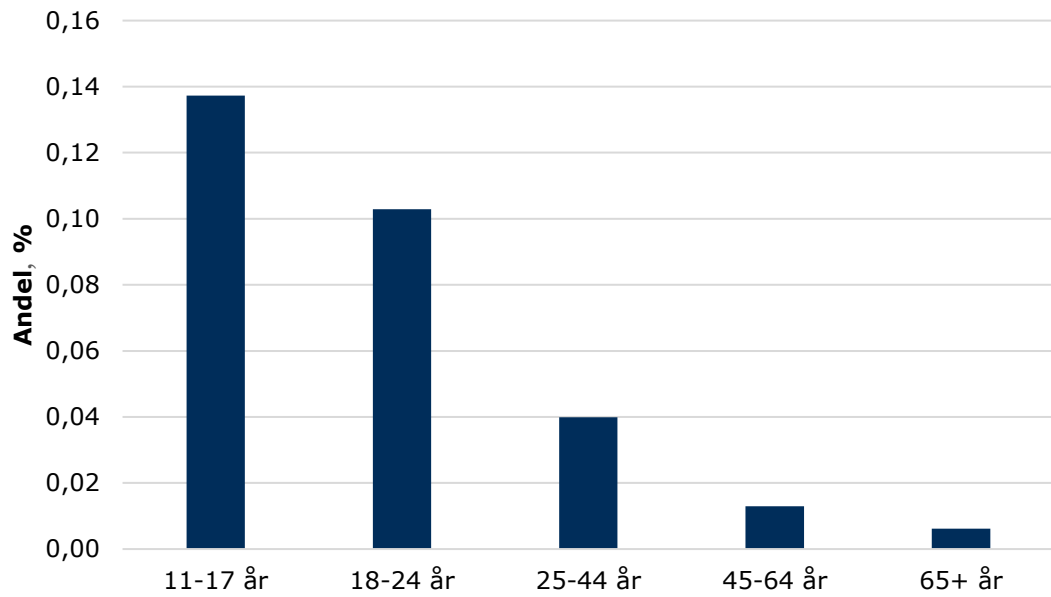
Bilaga 1. Vårdkontakter

Under år 2021 gjorde 0,51 procent av kvinnorna och 0,04 procent av männen i åldrarna ≥ 11 år minst ett vårdbesök där en ätstörningsdiagnos registrerades eller ett vårdbesök inom specialiserad ätstörningsvård utan att en ätstörningsdiagnos registrerades (figur a och b).



Figur a. Andel (%) kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

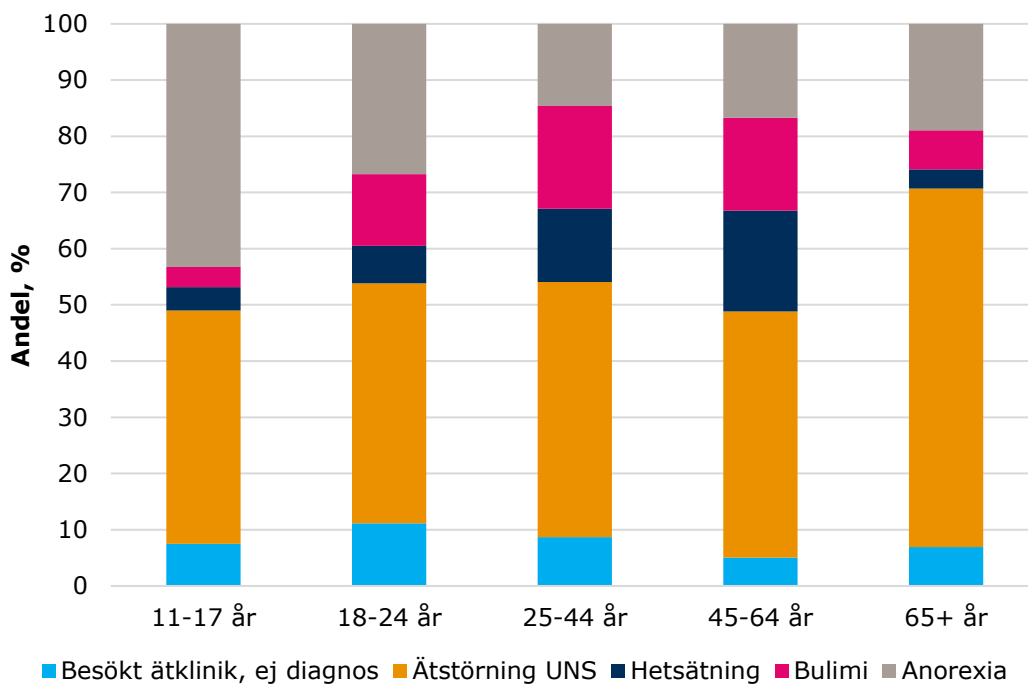


Figur b. Andel (%) män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder

Källa: VAL, 2022

Bilaga 2. Fördelning av ätstörningsdiagnoser

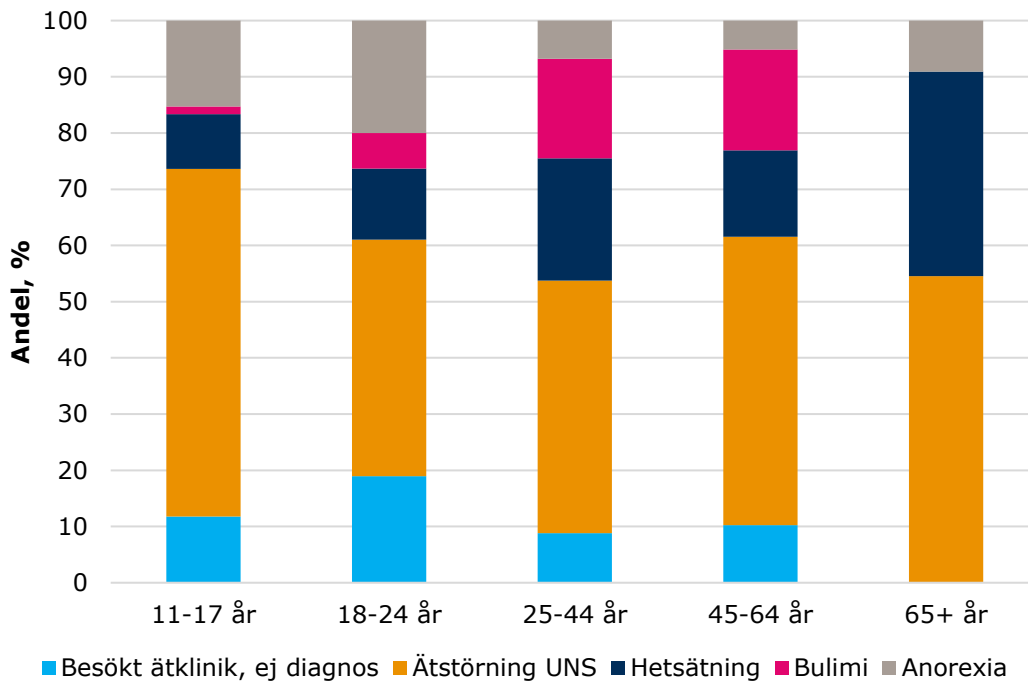
Den vanligaste ätstörningen som registreras vid besöken, oavsett kön, är ätstörning ospecificerad (figur c och d). Anorexia är den näst vanligaste ätstörningen bland kvinnor (figur c) och bland män i åldersgrupperna 11–17 år och 18–24 år (figur d).



Figur c. Fördelning av ätstörningsdiagnoser bland kvinnor (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder (rangordnade diagnoser)⁸

Källa: VAL, 2022

⁸ Om en patient har mer än en ätstörningsdiagnos räknas patienten endast in i den diagnosgrupp som ligger högst i rangordning enligt följande: anorexia, bulimi, hetsätning, ätstörning ospecificerad, besökt specialiserad ätstörningsvård.



Figur d. Fördelning av ätstörningsdiagnoser bland män (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021, uppdelat på ålder (rangordnade diagnoser)⁹

Källa: VAL, 2022

⁹ Om en patient har mer än en ätstörningsdiagnos räknas patienten endast in i den diagnosgrupp som ligger högst i rangordning enligt följande: anorexia, bulimi, hetsätning, ätstörning ospecificerad, besökt specialiserad ätstörningsvård.

Bilaga 3. Samsjuklighet

Tabell a. Antal personer med samtidiga psykiatriska diagnoser (≥ 11 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021

	Kvinnor n	Män n
11–17 år	802	75
18–24 år	994	59
25–44 år	1 327	106
45–64 år	303	33
65+ år	40	7

Tabell b. Förekomst av några somatiska sjukdomar eller problem (2017–2021) bland kvinnor (18–64 år) i Stockholms län som fått en ätstörningsdiagnos registrerad i vården år 2021 eller som besökt specialiserad ätstörningsvård år 2021

	ICD-10	Besök, ej diagnos		Ätstörning ospecificerad		Hetsätning		Bulimi		Anorexia	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nutritionsanemi	D50–D53	17	3,6	117	6,9	25	6,0	43	7,1	68	9,0
Sköldkörtel-sjukdomar	E00–E07	33	7,0	131	7,8	58	13,8	44	7,3	49	6,5
Diabetes	E10–E14	8	1,7	42	2,5	24	5,7	12	2,0	10	1,3
Sjukdomar i andra endokrina körtlar	E20–E35	14	3,0	88	5,2	30	7,1	40	6,6	31	4,1
Näringsbrist	E40–E46	14	3,0	35	2,1	4	1,0	2	0,3	47	6,2
Andra näringsbristtillstånd	E50–E64	20	4,3	111	6,6	33	7,9	47	7,8	69	9,2
Obesitasdiagnos	E65–E68	47	10,0	193	11,5	154	36,7	60	9,9	5	0,7
Ämnesomsättningsjukdomar	E70–E90	14	3,0	69	4,1	14	3,3	28	4,6	70	9,3
Hypokalemi	E876	5	1,1	13	0,8	4	1,0	9	1,5	34	4,5
Hypotermi	R68	8	1,7	26	1,5	10	2,4	4	0,7	14	1,9
Hypertoni	I10	7	2,0	58	3,5	42	10,0	15	2,5	11	1,5
Endometriosis	N80	8	2,3	24	1,4	13	3,1	10	1,7	11	1,5
Menstruationsrubbingar	N91–N94	97	27,5	482	28,7	136	32,4	184	30,5	193	25,7

ISBN 978-91-87691-96-6



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM