

# Nationell utvärdering av vården i mötet med ätstörningar

Johanna Levallius

Johanna Levallius, medicine doktor, leg psykolog, Umeå Universitet  
E-post: insidan.psykologi@gmail.com

Ätstörningar uppskattas drabba cirka 200 000 personer i Sverige någon gång i livet. En undersökning har genomförts av hur patienter med ätstörning och närstående (N = 400) upplevt den svenska vården under det senaste året. Bemötandet upplevdes ofta som negativt eller inadekvat, med låg anpassning till individen och ett överdrivet fokus på kroppsvikt och mat, parat med bristande fokus på den drabbades psykologi. Väntetiderna överskred ofta vårdgarantin. Patienter och närstående ansåg att kunskapsnivån om ätstörningar utanför specialistvården behöver höjas. Väntetiderna behöver kortas och vården ske med en vårdplan i en sammanhållen vårdkedja. Fler behandlingsalternativ bör erbjudas, liksom en mer individanpassad vård. Närstående bör inkluderas i vården av drabbade under 18 år, som ett minimum erbjudas stöd och psykoedukation. Det mest hjälpsamma var att känna sig lyssnad på av sin behandlare.

Approximately 200 000 individuals will develop an eating disorder in their life-time in Sweden. A survey was conducted investigating the experience of treatment by patients and carers (N = 400) in the previous year. Patients report health care personnel having a negative or inadequate attitude, with little adjustment to the particular patient. Excessive emphasis was placed on body weight and food intake, to the detriment of the patient's psychology. Treatment was often initiated past stipulated waiting time. Patients and their carers argued that knowledge of eating disorders needs to be increased, particularly in non-specialized care. Waiting times need to decrease and treatment should be conducted according to a plan and with continuity. Several treatment options should be offered, as well as individualized care. When patients are underage, carers should be offered support and psychoeducation. The most helpful factor was to feel heard by the treatment provider.

## Inledning

Ätstörningar kan belasta vården, individen och dennes närmaste hårt, både psykologiskt och ekonomiskt (Hibbs et al, 2015; Raenker et al., 2013; Striegel Weissman & Rosselli, 2017). Beräkningar ger vid handen att cirka 200 000 personer i Sverige någon gång drabbas av en ätstörning (Clinton & Birgegård, 2017). Denna artikel är ett sammandrag av en nyligen utgiven rapport som syftade till att undersöka upplevelser av vården för ätstörning, från både patienters och närståendes perspektiv, i hela Sverige.

De mest kända ätstörningsdiagnoserna är anorexia nervosa, bulimia nervosa och hetsättningsstörning. Samsjukligheten med andra psykiska sjukdomar är hög, en svensk studie uppskattar den till 71 % (Ulfvebrand et al., 2015). Spännvidden är också stor; för vissa är sjukdomsförloppet kortvarigt och personen kan tillfriskna spontant (Mustelin et al., 2015), för andra är det en svår, långvarig eller dödlig sjukdom (Hay, 2013). För en person med ätstörning sker i regel första kontakten med vården utanför den specialiserade vården. Tidigare studier har pekat på att drabbade där kan uppleva att både kunskapen och bemötandet håller otillfredsställande kvalitet (SBU, 2019). Utvärderingen inkluderar därför frågor om kunskapsnivå och bemötande i alla delar av vårdkedjan. Vantetiderna kommer också skattas för att se hur vårdgarantin efterlevs.

Närstående kan påverkas starkt när en person insjuknar i ätstörning, särskilt om ett barn eller tonåring drabbas (Hibbs et al, 2015; Raenker et al., 2013). De närstående kan drabbas psykiskt och kan behöva sjukskriva sig längre perioder både för att ta hand om sig själv och för att kunna delta aktivt i vården, vilket ofta förväntas av dem. Det är oklart vilket stöd de erbjuds av vården idag, varför utvärderingen även efterfrågar deras erfarenheter.

Riktlinjer för behandling av olika diagnoser, som för ätstörningar, baserar sig vanligen på behandlingsstudier. Dessa studier är viktiga, men inte tillräckliga. Studierna är vanligen små, har ett snävt urval, patienter med samsjuklighet utesluts och behandlingstiden är vanligen kortare än vad som sedan tillämpas (Mulder et al., 2018). Naturalistiska studier som denna kan ge viktig kompletterande information vid utarbetande av kliniska riktlinjer. Syftet med utvärderingen var att genomföra en systematisk uppföljning av vården och fånga patienters respektive närståendes upplevelser och attityder till ätstörningsvården. Undersökningen är planerad att vara årligen återkommande. Denna första rapport kan läsas i sin helhet på Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningars hemsida ([www.friskfri.se](http://www.friskfri.se)).

## Metod

En enkätundersökning riktad till drabbade respektive närstående som har varit i kontakt med vården senaste året genomfördes via Frisk & Fri. Samtliga svarande gav informerat samtycke i samband med deltagandet. Svar som kom in 1 juli – 21 september har analyserats här.

Enkäten bestod av en kvantitativ och en kvalitativ del. Den kvantitativa delen gällde frågor om kön, ålder, diagnos, sjukdomslängd och region i Sverige där man är bosatt respektive erhållit vård för ätstörning. Det fanns möjlighet att genom fritextsvar kommentera både diagnos och varför man eventuellt fått behandling i annan region. Vidare ställdes frågor om väntetid för vård till samtliga relevanta vårdinstanser och den svarande ombads även skatta kvalitén i bemötande och kunskapsnivå för varje vårdenhet. För dessa tre frågor fanns också möjlighet att kommentera. I nästkommande del i enkäten ställdes sex frågor att besvara i fritext:

1. Erfarenheter av vården under senaste året som du vill berätta om.
2. Vilka är de främsta hindren inom vården för att söka och få hjälp för en ätstörning, enligt dig?
3. Vad har varit mest hjälpsamt i behandlingen, enligt dig?
4. Hur kan vården bli bättre enligt dig?
5. Vilket/vilka råd skulle du ge till vårdpersonal?
6. Något du vill lägga till som vi missat att fråga om?

Kvantitativa data sammanställdes till en deskriptiv analys. Den kvalitativa delen analyserades genom en förenklad variant av content analysis (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Fritextsvaren under varje fråga sorterades under teman som sedan vidare kunde sorteras i kategorier. Metoden håller sig nära de manifesta utsagorna, med låg grad av tolkning av deras eventuella latent betydelse. Denna analysmetod möjliggör även kvantifiering. I resultaten har de mer frekventa temana företrädesvis fått utrymme. Citaten har ibland kortats.

## Resultat

Av de 159 patienter som svarade, angav 68 % att de hade anorexia nervosa, 13 % bulimia nervosa och 8 % hetsättningsstörning, med en genomsnittlig sjukdomstid på 10–11 år. Av de 241 närstående som svarade utgjorde mödrar 90 % och majoriteten (59 %) var närstående till någon under 18 år. De svarande var spridda över landet ganska väl i förhållande till storleken på regionen. Nästan samtliga svarande hade fått vård i sin egen region det senaste året (92–93 %).

Den vanligaste vårdformen var en specialiserad ätstörningsenhet, i öppen-

vård. Där väntade 43 % upp till tre månader på vård, medan 13 % väntade mer än ett år. Kortast väntetid hade primärvården samt privatpraktiserande psykolog/terapeut, där 80 % respektive 91 % erbjöds vård inom tre månader. Längst väntetider överlag hade den allmänpsykiatriska öppenvården där bara 38 % angav att de fick vård inom vårdgarantin och 25 % angav att de väntat mer än ett år på vård. Väntetiderna skattades överlag som kortare för patienter under 18 år.

## Bemötande och kunskapsnivå

Bemötandet respektive kunskapsnivå i vården skattades på en skala från 1 (stämmer inte alls) till 5 (instämmer i hög grad). Det förtydligades i enkäten vad som avsågs med bemötande respektive kunskapsnivå: Tecken på gott bemötande är att du känner dig trygg, lyssnad på och respekterad. Med kunskapsnivå menas både kunskap om och förståelse för ätstörningar och hur den kan påverka drabbade/närstående.

Över hälften hade erfarenhet av primärvård och specialiserad ätstörningsvård. Mindre än 10 % hade erfarenhet av socialpsykiatri eller barn- och ungdomsmedicinsk vård (BUMM). Skattningen i bemötande varierade stort, från 2,2 för den allmänpsykiatriska slutenvården till för vuxna till 3,9 för privatpraktiserande psykolog/terapeut.

Kunskapsnivån varierade också stort. Den bedömdes lägst inom socialpsykiatri (1,8) respektive allmänpsykiatrisk slutenvård för vuxna (1,9) och högst för specialiserad ätstörningsenhet i slutenvård (3,5) samt privatpraktiserande psykolog/terapeut (3,8). Högst ranking sammanlagt fick privat vård, följt av specialiserad ätstörningsvård i öppen respektive sluten form. Lägst betyg fick allmänpsykiatri för vuxna i öppen och sluten form, BUP slutenvård samt socialpsykiatri. Några kommentarer från närstående:

*”Bemötandet inom slutenvård för ätstörning var väldigt ojämnt, från dåligt till mycket bra, väldigt personbundet.”*

*”Vi lämnade BUP för 3 år sen då vi ville att någon skulle hjälpa hela barnet, så vi går hos privat läkare/terapeut och känner oss sedda där, även om barnet fortfarande är sjuk.”*

## Erfarenheter av vården

Vanligast teman handlade om bemötande, kunskapsnivå samt om fokus i vården. Många tog upp den låga kunskapsnivån med åtföljande dåligt bemötande i framförallt primärvården, men även av personal i allmänpsykiatri. Den låga kunskapsnivån ansågs bidra till ett snävt och överdrivet fokus på kroppsvikt som indikator för sjuklighet.

Bemötandet upplevdes många gånger som problematiskt. Vårdpersonal upp-

levdes agera utifrån en anda av ömsom tvång, kontroll och skuldbeläggning och ömsom avfärdande eller försummande. Detta upplevdes negativt och kontra- produktivt. Att det finns andra ätstörningar än anorexia nervosa som är allvarliga, samt att snabb viktnedgång är farligt oavsett vikt, kunde missas i vården. Även under behandling var det många som beskrev att det är för mycket fokus på mat/viktuppgång och för lite på psykologiska aspekter av sjukdomen. Det fanns en stark önskan att arbeta med sina problematiska tankar och känslor. Det framkom också att väntetiden för många är betydligt längre än tre månader, samt att man bollas runt mellan enheter och att kontinuiteten brister. Några kommentarer:

*”Gick från att vara inlagd i nästan ett år till att knappt ha några besök alls. Som att bli utkastad från ett flygplan utan någon fallskärm alls...”*

*”Jag har haft ett väldigt bra, professionellt team runt omkring mig på BUP. Har inte behövt vänta lång tid för att få min behandling.”*

### **Vad har varit mest hjälpsamt?**

Det mest framträdande temat vad gäller hjälpsamma faktorer var att bli lyssnad på och förstådd. Relationen till en specifik behandlare lyftes ofta fram som betydelsefullt. Drabbade angav två helt olika sidor av behandling som hjälpsam; å ena sidan det konkreta i behandlingen som regler, struktur och stöd vid måltider. Å andra sidan värdet av att ha inflytande över sin egen behandling och att man får möjlighet att gå på djupet psykologiskt. Flera olika yrkeskategorier nämns spontant som viktiga; som dietister, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Här framkommer också värdet av att träffa och ta del av andra drabbades erfarenheter och berättelser.

*”Att gå till botten med vad det är som gör ätstörningen så stark och vad det är som gjort att man blivit sjuk.”*

*”Att den mottagning jag går på fokuserat på att arbeta utifrån mina förutsättningar och mina mål...”*

*”Att vara inlagd på en strikt slutenvårdsavdelning där personalen är specialiserade på ätstörningar och ger inga medhåll...”*

### **Vilket/vilka råd skulle du ge till vårdpersonal?**

Majoriteten av svaren här rör antingen bemötande eller specifika interventioner. Lyssna, se personen bakom sjukdomen, ha tålamod, bygg förtroende och

visa medkänsla. Kommentera inte patientens utseende, även om du menar det positivt, till exempel ”du ser ut att må bra”. Intressant är att patienterna kunde uppleva att behandlaren hade större problem än patienten i vissa avseenden. Det vill säga att behandlaren hade ett snävt fokus på mat och vikt och glömde att se personen och hur symtomen signalerar en djupare problematik än fåfånga.

*”Alltid vänligt bemötande! Det är så läskigt att söka hjälp, och en fin kontakt kan vara livsavgörande. Ingen väljer att bli sjuk.”*

## Närståendes erfarenheter av vården

Majoriteten av svaren rör vård man inte fått eller fått vänta för länge på, och vilka allvarliga konsekvenser det fått för den drabbade, för föräldrar och ibland för syskon. Vissa uttrycker att vården upplevts som förvaring snarare än behandling. Eller att vården kan förvärra snarare än förbättra sjukdomstillståndet. Föräldrar upplever att de själva ofrivilligt får axla rollen som behandlare utan adekvat stöd och utbildning. När det inte fungerar upplever föräldrarna att de får skulden. Negativa reaktioner handlar framförallt om BUP, mer sällan om specialistvården. Närstående kan ha en erfarenhet av att ’bollas runt’ i vården, att ingen vårdinstans tar helhetsansvar, samt att vården inte kan hantera samsjuklighet, som självskadebeteende, PTSD, autismspektrumtillstånd och panikångest.

*”Helt skrämmande hur allt ansvar hamnar på oss anhöriga. Tänk om det var ett cancersjukt barn som mötts av denna frånvaro av behandling.”*

## Hur kan vården bli bättre?

Det mest framträdande temat är resurser: önskan om fler specialistkliniker, kortade vårdköer, mer resurser generellt och bättre utbildad personal. En stark önskan är att ge vård tidigare i processen samt mer omfattande insatser som dagvård eller inläggning vid behov, snarare än samtal 1 gång/vecka. Närstående önskar också en mer transparent, kompetent, genomtänkt och sammanhållen vård som anpassas efter patienten och familjen.

Ett antal närstående blir mycket specifika här i sitt råd: vården föreslås arbeta mer genom teamarbete, med en vårdplan och där till exempel en psykolog är spindeln i nätet för alla vårdkontakter och även ger närstående stöd. I likhet med tidigare svar lyfts här igen betydelsen av att stötta och informera föräldrar bättre. Vad gäller anhörigstöd ges specifika förslag som att erbjuda en kurs, möjlighet att träffa andra närstående, en stödtelefon, information om försäkringsersättning, ett informationsblad om sjukdomen samt specifika råd för matsituationer i hemmet. Flera önskar större förståelse av vården att närstående kan vara utarbetade på grund av ätstörningens påfrestning på familjen.

*”Utarbeta åtminstone, som ett minimum, några olika behandlingsmodeller som tar utgångspunkt i det kunskapsläge som trots allt finns om olika patientgrupper. Det är en orimlig utgångspunkt att en modell är ’rätt’.”*

*”Skapa team som ser helheten och involvera de närstående som ska stötta på hemmaplan.”*

## Diskussion

Denna undersökning har tittat på hur patienter med ätstörning och närstående upplevt vården det senaste året. Kunskapsnivå och bemötande upplevdes bäst hos privatpraktiserande behandlare, den specialiserade ätstörningsvården samt av kostrådgivare. Lägst kvalitet upplevdes i den allmänpsykiatriska vården. Åsikten var att kunskapsnivån utanför specialistvården behöver höjas. Väntetiderna behöver kortas och vården ske med en vårdplan i en sammanhållen vårdkedja mellan slutenvården och öppenvård. Fler behandlingsalternativ bör erbjudas, liksom en mer individanpassad vård med adekvat hänsyn till samsjuklighet och behov av uppföljning. Patienter ska ges möjlighet till samtal. Närstående som involveras i vården av drabbade under 18 år ska erbjudas stöd och utbildning.

*Höj kunskapsnivån.* Svarande ger bilden av att det råder en problematisk fördomsfullhet, som att den drabbade på basis av BMI inte bedöms tillräckligt sjuk, att hen får skylla sig själv för sin sjukdom, behöver skärpa sig eller bara är fåfång. Studier bekräftar att liknande fördomar är vanliga hos både allmänheten och i den allmänna vården (Seah et al., 2017). Det råder också ofta ett överdrivet fokus på symtom som vikt, även inom specialistvården, enligt både denna undersökning och andra (SBU, 2019). Forskning visar också att patienter med framförallt anorexia nervosa, upplevs som en komplex patientgrupp att behandla och skapa allians med (Seah et al., 2017; SBU, 2019). Det finns ett tydligt samband mellan lägre kunskap och sämre bemötande (Seah et al., 2017; Thompson-Brenner et al., 2012). Okunskap och kontraproduktivt bemötande kan ge förlorat förtroende för vården, vårdskador och avhopp från behandling (Ayton & Ibrahim, 2018; Seah et al., 2017; Thompson-Brenner et al., 2012; Vinchenzo, Lawrence & McCombie, 2022). Utbildning och bra handledning behövs, vilket är något som vårdpersonal själva efterfrågar (Soc, 2019).

*Se människan bortom ätstörningen.* Även andra studier finner att drabbade önskar bli sedda som en person, inte bara som ätstörningssymtom (SBU, 2019). Det upplevs som oerhört viktigt att få dela sina tankar och känslor och få förståelse, särskilt i ett läge när man är svårt sjuk, känner sig sårbar och utsatt och kanske har låg sjukdomsinsikt. Detta önskemål går på tvärs mot vårdens preferens om ett mer strikt medicinskt synsätt på patienten (SBU, 2019). Erbjud som regel alltid stödsamtal, även i slutenvården, till exempel i form av Structured Clinical Management (SSCM), som har visst stöd (Wallin et al., 2015).

”One-size-fits-all” fungerar inte. Idag finns bara ett fåtal behandlingar med god evidens vid ätstörning. Dessa hjälper emellertid ofta bara hälften och avhopp är vanligt (Hay, 2013). Flera olika behandlingsformer bör erbjudas kombinerat med lämplig anpassning till individen. Här bör dietister, fysioterapeuter och arbetsterapeuter få en mer framträdande roll. I linje med detta finns viss evidens för att fysisk aktivitet kombinerat med kostrådgivning kan vara lika effektivt som KBT för patienter med bulimia nervosa eller hetsätningsstörning (Mathisen et al., 2020).

*Samsjuklighet är regel.* Forskning på svenska patienter har visat att cirka 70 % av patienterna med ätstörning har minst en annan psykisk sjukdom (Ulfvebrand et al., 2015). Vården behöver anpassas till den verkligheten. Behandling behöver ha ett bredare fokus; har man en ätstörning kombinerat med hög ångest och depressivitet ska det tas hänsyn till i behandlingsupplägg och i utvärdering. Lovande försök har till exempel gjort att behandla patienter med ätstörning och samtidig PTSD (Mitchell et al., 2021).

*Inkludera närstående.* En ätstörning drabbar hela nätverket (Raenker et al., 2013; SBU, 2019), särskilt för drabbade under 18 år. Nätverket förväntas samtidigt utgöra det primära stödet, utan utbildning och utan hänsyn till psykiskt mående och livssituation. Ett gott socialt nätverk predicerar dessutom bättre utfall av behandling (Hibbs et al., 2015; SBU, 2019). ”Om föräldrar ska agera behandlare behöver vi psykologiskt stöd, inte bara direktiv och vikt mål.”

*Felkällor och försiktighet i slutsatser.* Det är ett självselekerat urval som svarat, där de som är missnöjda troligen har en större benägenhet att svara än de som är nöjda. Styrkan i rapporten är att den bygger på 400 deltagare fördelade över hela landet. Att lägre betyg på bemötande och kunskap gavs på allmänpsykiatrin kan delvis bero på att patienten ofta möter dessa vårdinstanser när denne är som sjukast, kombinerat med ibland låg sjukdomsinsikt och motivation. Det gör det särskilt utmanande att ge vård. Sannolikheten att patienten reagerar negativt och motsätter sig vård, oavsett dess kvalitet, är hög. Slutenvården har också till uppgift att hålla patienten vid liv, allvarlig svält kan behöva brytas även när patienten motsätter sig det för att hen inte själv inser allvaret.

*Värdet av naturalistiska studier.* Kontrollerade studier kan svara på om en viss behandling har effekt under specifika omständigheter för en avgränsad patientgrupp. Många patienter utesluts på grund av svårighetsgrad eller samsjuklighet och behandlingstiden överensstämmer vanligen inte med naturalistiska förhållanden (Mulder et al., 2018; Thompson-Brenner & Westen, 2005). Vi behöver komplettera behandlingsstudier med naturalistiska dito, särskilt just nu när Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer för vård av ätstörning (Trysell, 2021).



*Finansiering*

Denna undersökning och rapport har finansierats av medel från Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen.

**Referenser**

- Ayton, A., & Ibrahim, A. (2018). Does UK medical education provide doctors with sufficient skills and knowledge to manage patients with eating disorders safely? *Postgraduate Medical Journal*, *94*(1113), 374–380. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-135658>
- Clinton, D. & Birgegård, A. (2017). Stort mörkertal för ätstörningar – fler behöver hjälp tidigt. *Läkartidningen*. 2017;114:EPI3
- Erlingsson, C. & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, *7*(3), 93–99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J. & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis: Interventions for Caregivers of Someone with an ED. *The International Journal of Eating Disorders*, *48*(4), 349–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22298>
- Mathisen, T., Rosenvinge, J. H., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., Pettersen, G. & Sundgot-Borgen, J. (2020). Is physical exercise and dietary therapy a feasible alternative to cognitive behavior therapy in treatment of eating disorders? A randomized controlled trial of two group therapies. *The International Journal of Eating Disorders*, *53*(4), 574–585. <https://doi.org/10.1002/eat.23228>
- Mitchell, K., Singh, S., Hardin, S. & Thompson-Brenner, H. (2021). The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on eating disorder treatment outcomes: Investigating the unified treatment model. *The International Journal of Eating Disorders*, *54*(7), 1260–1269. <https://doi.org/10.1002/eat.23515>
- Mulder, R., Singh, A. B., Hamilton, A., Das, P., Outhred, T., Morris, G., Bassett, D., Baune, B. T., Berk, M., Boyce, P., Lyndon, B., Parker, G. & Malhi, G. S. (2018). The limitations of using randomised controlled trials as a basis for developing treatment guidelines. *Evidence-Based Mental Health*, *21*(1), 4–6. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102701>
- Mustelin, L., Raevuori, A., Bulik, C. M., Rissanen, A., Hoek, H. W., Kaprio, J. & Keski-Rahkonen, A. (2015). Long-term outcome in anorexia nervosa in the community. *The International Journal of Eating Disorders*, *48*(7), 851–859. <https://doi.org/10.1002/eat.22415>
- Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., Bamford, B., Boughton, N., Connan, F., Goss, K., Lazlo, B., Morgan, J., Moore, K., Robertson, D., Schreiber-Kounine, C., Sharma, S., Whitehead, L., Beecham, J., Schmidt, U. & Treasure, J. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. *The International Journal of Eating Disorders*, *46*(4), 346–354. <https://doi.org/10.1002/eat.22068>
- SBU. Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2019. SBU-rapport nr 302. ISBN 978-91-88437-44-0. <https://www.sbu.se/302>
- Seah, X.Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (2017). Knowledge, Attitudes and Challenges of Healthcare Professionals Managing People With Eating Disorders: A Literature Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31*(1), 125–136. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.09.002>

## forskning och teori

- Socialstyrelsen (2019). Kunskap om vård och behandling av ätstörningar. Delstudie om organisering, rollfördelning och kunskapsläge i Svensk ätstörningsvård. Lumell Associates, 2019.
- Striegel Weissman, R. & Rosselli, F. (2017). Reducing the burden of suffering from eating disorders: Unmet treatment needs, cost of illness, and the quest for cost-effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 49–64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.09.006>
- Wallin U, af Sandeberg AM, Nilsson K & Linne Y. (2015). Ätstörningar, kliniska riktlinjer för utredning och behandling svensk psykiatri. Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB 2015.
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A Review of the Literature. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 63(1), 73–78. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050>
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). A Naturalistic Study of Psycho-therapy for Bulimia Nervosa, Part 1: Comorbidity and Therapeutic Outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(9), 573–584. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000178843.81100.eb>
- Trysell, K. (2021). Ätstörningsvården ska få nationella riktlinjer. *Läkartidningen 2021*. <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/12/atstorningsvarden-ska-fa-nationella-riktlinjer/>
- 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 Res* 230(2),294-9.
- Vinchenzo, C., Lawrence, V. & McCombie, C. (2022). Patient perspectives on premature termination of eating disorder treatment: a systematic review and qualitative synthesis. *Journal of Eating Disorders*, 10(1), 39–39. <https://doi.org/10.1186/s40337-022-00568-z>