



ERSTA  
SKÖNDAL  
BRÄCKE  
HÖGSKOLA

Namn: Maja Lundström Asperen och Lisa Öistämö  
Program: Specialistsjuksköterskeprogrammet i psykiatrisk vård, 60 hp  
Institutionen för vårdvetenskap  
Kurs: Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKP07, VT21  
Nivå: Avancerad nivå  
Handledare: Jeanette Westman  
Examinator: Anna Hansson

## **Patienters upplevelser och erfarenheter av specialiserad ätstörningsvård**

En kvalitativ litteraturöversikt

## **Patients experiences of specialized care for eating disorders**

A qualitative literature review

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Ätstörningar är ett folkhälsoproblem med ett långdraget och ibland kroniskt förlopp. Patienters ambivalens kring tillfrisknande och ibland låga motivation till förändring försvårar behandling och avhopp är vanligt. Specialistsjuksköterskan har visat sig ha en central funktion i den psykiatriska vården av personer med ätstörningar och dennes specifika omvårdnadskompetens bedöms spela en grundläggande roll i patienternas tillfrisknandeprocess.

**Syfte:** Syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter hos personer som vårdats för ätstörning inom specialiserad ätstörningsvård.

**Metod:** För att sammanställa det aktuella kunskapsläget genomfördes en systematisk litteraturöversikt tillvägagångssätt enligt den metodik som beskrivs av Bettany-Saltikov och McScherry (2016).

**Resultat:** Resultatet baserades på 15 kvalitativa artiklar och innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier; terapeutisk allians i vården, behandlingens struktur, inre processer och världen utanför.

**Slutsats:** Relationen till behandlaren framkom som en viktig faktor för motivation och följsamhet i behandling. Att bli sedd som en person, få individanpassad vård och inkluderas i de mål som sätts lyftes som centralt. Vidare sågs ökad självmedvetenhet och självreflektion samt praktiska övningar i egenvård som hjälpsamt i behandlingen. En tvingande miljö och att bli sedd som enbart sin sjukdom tillsammans med alltför stort fokus på viktåterhämtning upplevdes direkt hindrande på vägen mot att tillfriskna.

**Nyckelord:** Ätstörningar, behandling, erfarenheter, upplevelse, följsamhet, avhopp, motivation, hinder, kvalitativ forskning

## **Abstract**

**Background:** Eating disorders are a public health problem with a long and sometimes chronic course. Patients' ambivalence regarding recovery and sometimes low motivation for change makes treatment difficult and dropouts from treatment are common. The psychiatric nurse seems to have a critical function in the care of people with eating disorders and plays an important role in the recovery process.

**Aim:** The aim of the study was to examine experiences of patients who have received specialized care for eating disorders.

**Method:** A systematic literature review was conducted to summarize the state of knowledge using the method described by Bettany-Saltikov and McSherry (2016).

**Results:** The result was based on 15 qualitative studies and the content analysis resulted in four categories; therapeutic alliance in care, the structure of treatment, internal processes and the world outside.

**Conclusion:** The relation to the caregiver appeared as an important factor for motivation and compliance. To be seen as a person, to get personalized care and to be included in the goals set was highlighted as crucial. Further, increased self-awareness and self-reflection as well as practical exercises in self-care was seen as helpful in treatment. A forcing setting and to be seen as the disease together with big focus in regaining weight was perceived as a barrier to recovery.

**Keywords:** Eating disorders, treatment, therapeutics, experiences, compliance, dropouts, readiness to change, motivation, barriers, qualitative research

## Innehållsförteckning

<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
ÄTSTÖRNINGAR.....	1
<i>Anorexia nervosa (AN)</i> .....	2
<i>Bulimia nervosa (BN)</i> .....	3
<i>Hetättningsstörning</i> .....	4
<i>Andra specificerade ätstörningar (OSFED)</i> .....	4
BEHANDLING AV ÄTSTÖRNINGAR .....	4
<i>Vanliga behandlingsformer inom ätstörningsvård</i> .....	5
<i>Förlopp och behandlingsresultat</i> .....	6
SPECIALISTSJUKSKÖTERS KANS ROLL .....	7
<i>Omvårdnad inom ätstörningsvården</i> .....	8
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT I VÅRDVETENSKAP .....	8
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>9</b>
<b>SYFTE</b>	<b>10</b>
<b>METOD</b>	<b>10</b>
URVAL .....	10
DATAINSAMLING .....	11
DATAANALYS .....	13
<b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>	<b>14</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>15</b>
TERAPEUTISK ALLIANS I VÅRDEN .....	16
<i>Relation med behandlare (underlättande, tvingande)</i> .....	16
<i>Expertis</i> .....	18
<i>Miljöns betydelse</i> .....	19
<i>Delaktighet</i> .....	20
BEHANDLINGENS STRUKTUR .....	21
<i>Behandlingsinnehåll</i> .....	21
<i>Individanpassning</i> .....	22
<i>Gruppens funktion</i> .....	24
INRE PROCESSER .....	24
<i>Svårigheter</i> .....	24
<i>Ambivalens</i> .....	25
<i>Ökad självmedvetenhet</i> .....	26

<i>Förväntningar</i> .....	27
<i>Känslor inför avslut</i> .....	27
VÄRLDEN UTANFÖR .....	28
<b>DISKUSSION</b>	<b>28</b>
METODDISKUSSION .....	28
<i>Datainsamling</i> .....	28
<i>Dataanalys</i> .....	30
RESULTATDISKUSSION .....	31
<i>Terapeutisk allians i vården</i> .....	31
<i>Behandlingens struktur</i> .....	32
<i>Inre processer</i> .....	34
<i>Världen utanför</i> .....	35
<b>KLINISKA IMPLIKATIONER</b>	<b>35</b>
<b>FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING</b>	<b>35</b>
<b>SLUTSATSER</b>	<b>36</b>
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b>	<b>37</b>
<b>BILAGA 1. SÖKMATRIS</b>	<b>43</b>
<b>BILAGA 2. MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT</b>	<b>44</b>
<b>BILAGA 3. SÖKSTRÄNG PUBMED 210207</b>	<b>49</b>
<b>BILAGA 4. SÖKSTRÄNG CINAHL 210206</b>	<b>50</b>
<b>BILAGA 5. SÖKSTRÄNG PSYCINFO 210208</b>	<b>51</b>

## BAKGRUND

### ÄTSTÖRNINGAR

Ätstörningar är en samlingsbeteckning som omfattar ätstörningstillstånd så som anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), hetsättningsstörning och andra specificerade ätstörningar (OSFED). Ätstörningar är ett folkhälsoproblem som ofta har ett långdraget och ibland kroniskt förlopp (Wallin m.fl., 2015). Det finns ett samband mellan ätstörningar och försämrad livskvalitet, ökad fysisk och psykisk sjuklighet, emotionell stress och social isolering. Risken för förtidig död är förhöjd främst bland de med diagnos AN på grund av somatiska och psykiatriska komplikationer (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2017). Livstidsprevalensen för att drabbas av en ätstörning ligger mellan 0,5-4 procent, beroende på diagnos (Smink m.fl., 2012) och i Sverige lider ca 190 000 personer mellan 15-60 år av ätstörningar, varav uppskattningsvis 77 procent av dessa är kvinnor (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU], 2019). Ätstörningar är tre till åtta gånger vanligare hos kvinnor än hos män (Ramklint, 2016). Forskning tyder på att mäns ätstörningssymtom ofta missas av vården och att män inte remitteras till specialiserad ätstörningsvård i lika hög utsträckning som kvinnor (MacCaughelty m.fl., 2016).

Ätstörningar debuterar vanligen i unga år även om andelen nyinsjuknande vuxna på senare tid har ökat. Sjukdomen är allvarlig med förhöjd mortalitet till följd av suicid eller komplikationer av undernäring som hjärtrytmrubbningar, hjärtsvikt eller lågt blodsocker (SBU, 2019). Samsjukligheten med andra psykiatriska diagnoser som ångestsyndrom, depression, missbruk och personlighetsstörningar är vanligt förekommande. Man räknar med att upp till 60-70 procent av vuxna patienter har psykiatrisk samsjuklighet. Drygt 95 procent av patienterna uppfyller någon gång i livet kriterierna för annan psykisk sjukdom (Ramklint, 2016). En litteraturöversikt av Westwood och Tchanturia (2017) visar att personer med autismspektrumstörning är överrepresenterade inom ätstörningssjukdomarna, särskilt vid AN. De flesta patienter med ätstörning är normalviktiga eller överviktiga. Endast 15-20 procent av patientgruppen uppnår kriterierna för AN (NICE, 2017). Ätstörningar karaktäriseras av onormalt ätande och viktkontrollerande beteenden. Faktorer som synen på vikt, figur och ätande spelar en nyckelroll för att vidmakthålla sjukdomen. Ätstörningar har negativ effekt på den fysiska hälsan och på den psykosociala funktionen (Treasure m.fl., 2020). Ätstörningar är en lågt prioriterad sjukdomsgrupp (Schaumberg m.fl., 2017). Trots ätstörningssjukdomarnas allvarliga svårighetsgrad, påverkan på livskvalitet och höga

samhälleliga kostnader så bedrivs relativt lite forskning. I Storbritannien tilldelades enbart 1 procent av forskningsanslagen för psykiska sjukdomar till ätstörningsforskningen, vilket kan jämföras med de 9 procent som går till depressionsforskning och 14 procent till forskning för schizofreni och psykossjukdomarna. Detta medför en relativt låg forskningsaktivitet för patientgruppen jämfört med andra psykiska sjukdomar (Treasure m.fl., 2020).

Övergången från DSM-IV till DSM-5 år 2013 innebar en del justeringar i de psykiatriska diagnoserna. För ätstörningsgruppen var intentionen med förändringen främst att minska antalet fall som föll under den tidigare kategorin EDNOS (Eating disorder not otherwise specified), ospecificerade ätstörningar. EDNOS var en heterogen och dåligt definierad kategori som representerade majoriteten av ätstörningsfall inom DSM-IV. Ändringarna innebar att hetsättningsstörning fick en egen diagnos och för AN och BN utvidgades gränserna. För sjukdomar som fortfarande inte passade under någon av ovanstående grupper ersatte andra ätstörningar (OSFED) den gamla gruppen EDNOS. I denna grupp ingår atypisk AN, BN och hetsättningsstörning som ligger på gränsen för diagnos, nattligt ätande samt ospecificerade ätstörningar med fall där beteendet orsakar ett funktionshinder men där inte kriterier för annan diagnos uppnås (Lindvall Dahlgren m.fl., 2017).

### Anorexia nervosa (AN)

AN är en allvarlig psykisk störning som är karakteriserad av låg kroppsvikt med en intensiv rädsla för viktuppgång och störd kroppsuppfattning vilket motiverar till extremt restriktivt ätande eller andra beteende som orsakar viktförlust som så som intensiv fysisk träning (Treasure m.fl., 2020). Förekomst av AN i västvärlden har uppskattats till ca 0.3 procent. Sjukdomen påverkar alla kroppens organ (Treasure m.fl., 2020) och har den högsta dödligheten bland alla psykiatriska sjukdomar (NICE, 2017). AN har två subtyper varav den ena innebär ett enbart restriktivt ätande och den andra har inslag av hetsätning med påföljande metoder för att avlägsna kalorierna ex. genom att kräkas eller använda läkemedel som diuretika eller laxantia. Det är vanligt att den restriktiva varianten efter en tid övergår till att innefatta hetsätning och kompensatoriska beteenden (Mitchel & Peterson, 2020). Sjukdomen börjar ofta i ungdomen med en önskan om ett sundare liv varpå mat som upplevs som onyttig utesluts ur kosten och fortsätter senare med viljestyrd bantning (Wallin m.fl., 2015). Risken för att utveckla en ätstörning är upp till 18 gånger högre för ungdomar som går på en diet (Kenardy m.fl., 2001). Ofta finns en utlösande händelse som grund för att

sjukdomen startar. Den kropps- och viktfixering som har inletts förvärras med sjunkande vikt och mycket av patientens energi går till tankar på mat, vikt och figur. Tvångsmässig träning kan vara en del av symtombilden. Måltiderna förknippas ofta med ångest och stark rädsla för viktuppgång och självkänslan kopplas till hur väl man lyckas ha kontroll över maten och vikten. Svårt att sova, ångest och koncentrationsproblem är psykiska symtom till följd av svälten. Kroppen påverkas med trötthet, frusenhet, cyanos och relativt tidigt i förloppet uteblir menstruationen (Wallin m.fl., 2015). Många patienter har en dålig sjukdomsinsikt och anser inte själva att de är sjuka. Ibland döljer också personerna sin sjukdom på olika sätt. Detta kan ha betydelse för behandling då det ofta uppstår ett glapp mellan sjukdomsstart och den första kontakten med sjukvården. Denna försening kan innebära en försämrad prognos (NICE, 2017).

### Bulimia nervosa (BN)

BN karaktäriseras av återkommande perioder med hetsätning, extremt viktkontrollerande beteende och oro över kroppsform och vikt. En hetsätning innebär att personen äter en stor mängd mat på grund av kontrollförlust. Det som triggar kontrollförlusten, som leder till hetsätning, är ofta en period med restriktivt regelstyrkt ätande. Sjukdomen debuterar oftast i sena tonår eller tidigt i vuxenlivet (NICE, 2017). Prevalensen för BN ligger enligt internationella studier på 1-2 procent av befolkningen (Socialstyrelsen, 2019). Hetsätningarna brukar beskrivas som spänningsreducerande men ofta följer direkt intensiv ångest som gör att personen måste bli av med det den ätit. Frekvensen av hetsätningar varierar mellan flera gånger per dag till mer enstaka tillfällen. Personer med BN upplever ofta känsla av misslyckande över kontrollförlusten. Det är vanligt med känslor av skuld och skam vilket kan leda till social isolering. Somatiska komplikationer till följd av frekventa kräkningar och användning av laxermedel kan ge effekter på hjärtat och kroppens saltbalans. Tänderna tar skada av kräkningarna och ofta uppstår magtarmproblem som finns kvar under längre tid (Wallin m.fl., 2015). Nästan alla med diagnostiserad BN har en psykiatrisk samsjuklighet som omfattar förstämningssyndrom, ångest eller substansmissbruk. BN kan vara svårt att identifiera, på grund av att den drabbade ofta är normalviktig och döljer sin sjukdom (Hay & Claudino, 2015).



## Hetsätningsstörning

Hetsätningstörning definieras som upprepade perioder med hetsätning och sjukdomen liknar BN men personen kräks inte eller kompenserar för matintaget på annat sätt (SBU, 2016). Hetsätning innebär att man inom en viss tid äter mer än vad som är normalt och det finns samtidigt en upplevelse av kontrollförlust. Hetsätningarna hos en person med hetsätningsstörning är ofta mindre än hos en person med BN. På samma sätt som vid andra ätstörningar är personens tankar upptagna av mat, vikt och figur. Personerna har ett samtidigt psykiskt lidande med känsla av misslyckande, skam och nedstämdhet. Den psykiatriska samsjukligheten uppskattas vara runt 70 procent (Wallin m.fl., 2015). En stor andel av personer med hetsätningsstörning lider av fetma eller övervikt med sekundära metabola komplikationer. Mellan 1-4 procent av befolkningen är drabbade. Många av patienterna har varit sjuka mellan 10-20 år innan de söker vård och man tror att det finns ett mörkertal av patienter som aldrig kommer inom specialiserad ätstörningsvård (SBU, 2016).

## Andra specificerade ätstörningar (OSFED)

Vissa personer når inte kriterierna fullt ut för de olika diagnoserna inom ätstörningsgruppen, men upplever ett stort lidande och en upptagenhet i tankarna gällande mat, vikt och figur. Det kan vara en person med tydliga anorektiska symtom men med normal eller övervikt trots viktnedgång. Eller en person med bulimiska episoder som kommer mindre frekvent, eller en person som inte fullt ut uppfyller kriterierna för hetsätningsstörning. Dessa klassas under andra specificerade ätstörningar eller födorelaterade symtom och får diagnoserna atypisk AN, BN eller hetsätningsstörning med låg frekvens och/eller begränsad duration (Wallin m.fl., 2015) I denna grupp ingår även nattligt ätande samt andra ospecificerade ätstörningar (Lindvall Dahlgren m.fl., 2017).

## BEHANDLING AV ÄTSTÖRNINGAR

Ätstörningar är komplexa och ibland livshotande sjukdomstillstånd som skiljer sig från många andra psykiatriska diagnoser genom att det finns en tydlig medicinsk påverkan. Utredningen bör därför ske tvärprofessionellt med bedömning av det medicinska tillståndet, ätbeteenden och psykologiska symtom samt övrig psykiatrisk samsjuklighet (Wallin m.fl., 2015). Specialiserad ätstörningsvård riktar sig till personer med ätstörning och erbjuder utredning och behandling både inom öppen- och slutenvård. De allra flesta kan behandlas i öppenvård men man bör ha i åtanke att patienter med framförallt AN på relativt kort tid kan

hamna i allvarliga tillstånd som kräver mer intensivt stöd. Vid svår svält kan behandling i dagvård eller heldygnsvård bli aktuellt. Inläggning krävs vid allvarliga medicinska komplikationer och bedömning av det medicinska tillståndet sker genom en samlad klinisk bild. I vissa svåra fall kan inläggning på medicinklinik vara aktuellt. Tvångsvård enligt LPT kan ibland vara nödvändigt och det gäller främst gravt underviktiga där medicinsk fara föreligger (Wallin m.fl., 2015). Det finns inga klara gränser gällande BMI för när tvångsvård är indicerat och ingenting som talar för att det förbättrar prognosen (Ramklint, 2016) och det finns många etiska frågeställningar relaterat till behandling av AN, speciellt i tvångsvård (Treasure m.fl., 2020).

### Vanliga behandlingsformer inom ätstörningsvård

Behandlingen för personer med ätstörningar är ofta tvärprofessionella (NICE, 2017). Det viktigaste steget i behandlingen är återgång till normalt ätande och att bryta svält. För detta krävs ett konkret stöd i matsituationen och täta återbesök. I öppenvården erbjuds individuell psykologisk behandling, som i första hand är manualbaserad. Många patienter blir bättre av olika typer av specialiserad psykologisk behandling men ingen specifik behandlingsmodell är överlägsen (Wallin m.fl., 2015).

Evidensläget för behandlingsinsatser vid AN är svagt (Wallin m.fl., 2015). För andra ätstörningar har kognitiv beteendeterapi (KBT) bäst kunskapsunderlag, vilket rekommenderas för patienter med BN, hetsättningsstörning, och andra ospecificerade tillstånd med inslag av hetsätning (SBU, 2019). KBT är en behandlingsform som är manualbaserad och tidsbegränsad med fokus på kartläggning av tankar, attityder och antaganden gällande mat, vikt och kroppsideal. KBT-E, där E står för "enhanced" (förstärkt) har utvecklats av Fairburn (2008) och innebär ett större fokus på patientens engagemang i behandlingen. I behandlingen får patienten träna nya tankesätt och beteenden, dels under terapisessionerna men även i hemmet genom hemuppgifter (Wallin m.fl., 2015). Det finns stöd för att KBT-E är en effektiv behandlingsmetod för vuxna och äldre ungdomar med olika ätstörningsdiagnoser. Modellen är transdiagnostisk och bygger på tesen att vidmakthållandefaktorer så som exempelvis övervärdering av vikt och kroppsform samt restriktivt ätande är en gemensam faktor vid alla ätstörningsdiagnoser (Atwood & Friedman, 2020).

MANTRA (Maudsley Anorexia Treatment for adults) är en behandlingsmodell som rekommenderas i de senaste nationella riktlinjerna från Storbritannien (NICE, 2017). Modellen kan kortfattat beskrivas som en kognitiv motivationsbaserad psykoterapi som syftar till att bland annat öka patientens motivation till förändring. MANTRA baseras på den kognitiva interpersonella modellen och involverar strategier för att minska social isolering och förbättra relationer till närstående. MANTRA har likvärdig effekt som annan psykoterapi inklusive KBT och specialiserad stödjande behandling (SSCM) (Treasure m.fl., 2019). SSCM är en behandling för AN som fokuserar på ett normaliserat ätande och viktåterhämtning tillsammans med stödjande terapeutiska principer och strategier. SSCM innehåller även en psykoedukativ del om fysiska och psykosociala aspekter av sjukdomen (Jordan m.fl., 2020)

Interpersonell psykoterapi (ITP) fokuserar på förändring av de sociala relationer som kan ha gett upphov till ätstörningen eller som vidmakthåller den (Wallin m.fl., 2015). Det finns evidensbaserat forskningsstöd för behandling av BN och hetsättningsstörning men mer forskning behövs för gruppen AN (Karam m.fl., 2019). Självhjälpsprogram, varav de flesta bygger på KBT, syftar till att man på egen hand med behandlarstöd stegvis får hjälp att bryta sin ätstörningsproblematik. På senare år har även internetbaserade självhjälpsprogram utvecklats (Wallin m.fl., 2015; Taylor m.fl., 2020).

Farmakologisk behandling används som komplement till den psykologiska. Antidepressiva läkemedel kan vid BN och hetsättningsstörning minska frekvensen av hetsätning och kräkning. Man bör ta i beaktning att utebliven behandlingseffekt kan bero på att patienten kräcks upp medicinen innan den tagits upp av kroppen. Farmakologisk behandling har ingen effekt vid AN, ibland kan Olanzapin i lågdos ha effekt på ångestnivå och tvångsmässig viktfixering hos svårt sjuka, dock krävs mer forskning inom området (Wallin m.fl., 2015).

### Förlopp och behandlingsresultat

Patienter med ätstörningar är ofta ambivalenta inför behandling, de kan vilja bli friska men är samtidigt rädda för den viktuppgång som behandlingen kan innebära. Detta kan leda till bristande motivation och att behandlingar avbryts i förtid (Ramklint, 2016). Fassino m.fl. (2009) har genomfört en litteraturoversikt där de undersökt avhopsfrekvens vid behandling av ätstörningar. För inneliggande vård visade resultatet 20,2 till 51 procent och vid öppenvård

29 till 73 procent. Linardon m.fl. (2018) visar i sin metaanalys av 99 RCT-studier en avhopsfrekvens på 24 procent vid KBT för ätstörningar. De finner ingen signifikant skillnad i avhopsfrekvens mellan KBT och andra behandlingsmetoder.

Förloppet vid ätstörningar är varierande och återfall hos patienter som förbättrats samt övergång mellan olika ätstörningsdiagnoser är vanligt. Utfallet av behandling är därför svårt att förutsäga (Wallin m.fl., 2015). En populationsbaserad studie från Göteborg har under 30 år följt personer med AN som insjuknat i ungdomen. Vid 30-årsuppföljningen hade 19 procent fortsatt en ätstörningsdiagnos. AN som startar i ungdomen har ofta en god prognos avseende dödlighet och sjukdomens kronicitet. Uppföljningen visar dock att sena återfall inträffar, även hos individer som varit fria från ätstörning ett eller två decennier (Dobrescu m.fl., 2020). Efter framgångsrik behandling för AN är det således stor risk för återfall och det är osäkert vilka faktorer som minskar risken för återfall samt vilka återfallspreventiva strategier som är effektfulla (NICE, 2017). Personer med AN har vanligen en stark ambivalens gällande behandling och viktåterhämtning och har ofta låg följsamhet till behandling med hög frekvens av för tidigt avslutande (Zeeck m.fl., 2005).

I en metaanalys av Steinhausen och Weber (2009) fann man att 45 procent av personer med BN var tillfrisknade, 27 procent hade förbättrats och 23 procent fick ett långvarigt förlopp fyra till nio år efter behandling. En annan studie visar att ungefär 60 procent av patienterna med BN inte fullständigt tillfrisknar efter att ha erhållit bästa möjliga behandling (Slade m.fl., 2018). För hetsättningsstörning som är en relativt ny diagnos i DSM-5 är kunskapen om långtidsförloppet begränsat. I studier med uppföljning på minst 3 år varierar frekvensen för dem i remission mellan 19-65 procent (Wallin m.fl., 2015).

## SPECIALISTSJUKSKÖTERS KANS ROLL

Specialistsjuksköterskan har en central roll i den psykiatriska vården av personer med ätstörningar (Foá m.fl., 2019). I syfte att tydliggöra kompetensen har Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor tillsammans med svensk sjuksköterskeförening utarbetat en kompetensbeskrivning för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård (Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor [PRF], 2014). Den betonar specialistsjuksköterskans ansvar för att personer med psykisk ohälsa erbjuds en personcentrerad vård på lika villkor, uppnår en god hälsa, att patientens perspektiv och erfarenheter höras och tas i beaktande i

planering och genomförande av vårdinsatser. Vidare betonas ansvaret i att stödja patientens förmåga till egenvård och återhämtning samt processer för lärande och beslutsfattande. Även specialistsjuksköterskans medicinsk-psykiatriska kompetens lyfts där bland annat identifiering och handläggning av komplicerad samsjuklighet, värdering av vårdbehov och bedömning av psykiatriska/somatiska parametrar ingår.

### Omvårdnad inom ätstörningsvården

Forskare har undersökt sjuksköterskans roll och ansvarsområden inom ätstörningsvården genom semi-strukturerade intervjuer med professionella vid tre olika ätstörningsenheter i Italien (Foà m.fl., 2019). Syftet med studien var att kartlägga sjuksköterskans uppgifter, hur och av vilka arbetet utvärderas, vilka förväntningar som finns på sjuksköterskans roll samt hur teamsamarbetet ser ut. Resultatet belyser att sjuksköterskan spelar en grundläggande roll i patienternas tillfrisknandeprocess. Studien visade även att sjuksköterskorna hade en hög teknisk professionalism och utmärkta interpersonella förmågor. Andra viktiga fynd var sjuksköterskornas ansvarskänsla för att behandla patienterna med respekt för livet, sin hälsa och värdighet. Även betydelsen av sjuksköterskan i teamet lyftes där informationsöverföring och drivandet av vårdprocessen var centrala delar. Patienter med ätstörningar ses ibland inom sjukvården som svårbehandlade och patientgruppen kan i vissa fall väcka både ilska och frustration hos vårdgivaren (Fairburn & Harrison, 2003; Kaplan & Garfinkel, 1999). Wallin m.fl. (2015) belyser att i omvårdnad av personer med ätstörning krävs en förtroendefull relation mellan patient och behandlare, vilken kan ta lång tid att skapa och kräva tålamod för att upprätthålla. Det är viktigt att förmedla hopp i vården och att patienten bemöts med respekt och förståelse samt ges möjlighet att vara delaktig i behandlingens planering och utformning. Det är också centralt att behandlaren goda kunskaper så att patienten får saklig information. och ges möjlighet att vara delaktig i behandlingens planering och utformning. Patienters låga motivation till förändring och ambivalens kring tillfrisknandet kan försvåra behandlingsarbetet (Wallin m.fl., 2015).

### TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

En vårdvetenskaplig teori med relevans för området är Peplaus teori från 1952, om interpersonella relationer mellan psykiatrisjuksköterskan och dennes patient. Peplau identifierade sex olika roller som sjuksköterskan kan inta i relation till patienten; rollen som modersurrogat, som rådgivare, som lärare, som resurs, som handledare och som främling.

Teorin baseras på den terapeutiska interpersonella processen mellan sjuksköterska och patient, vilken beskrivs i fyra faser; orienterings-, identifierings-, exploaterings- och upplösningsfasen (Peplau, 1997). Flera andra omvårdnadsforskare har senare utvecklat teorier om den terapeutiska relationen (Wright, 2010). Forchuk m.fl. (1998) beskriver en god terapeutisk relation som en där förtroende, förtrogenhet, äkthet och vänlighet existerar. I SBU-rapporten (2019) framgår bemötande som centralt i omvårdnad av patienter med ätstörningar. Detta gäller både inom den specialiserade ätstörningsvården och i den initiala kontakten med patienten på annan vårdinrättning. Rogers m.fl. (1967) betonar att den terapeutiska relationen inte kan ses isolerad från den miljö där vården bedrivs och det är viktigt att titta på vilka förutsättningar som finns för att utveckla förtroende, respekt och empati. De belyser också att förväntningarna från både vårdare och patient påverkar den terapeutiska relationen. Den terapeutiska relationen kräver investeringar av båda parter och kan vara mer utmanande i vissa vårdmiljöer. Wright (2010) lyfter sjukhusavdelningar för ätstörningsvård som ett exempel på en sådan vårdmiljö. Att etablera och vidmakthålla en relation som är terapeutisk, respektfull och främjar tillfrisknande är krävande inom ätstörningsvården där avhopp från behandling är vanligt och där behandlingen är en kamp för patienten, ofta långvarig och med begränsad effekt. Men svårigheterna till trots kvarstår den terapeutiska relationen som hörnstenen i psykiatrisk omvårdnad (Welch, 2005).

## **PROBLEMFORMULERING**

Ätstörningar är ett folkhälsoproblem med ett långdraget och ibland kroniskt förlopp. Sjukdomen debuterar ofta i unga år med försämrad livskvalitet och hög psykiatrisk och somatisk samsjuklighet. Specialiserad ätstörningsvård riktar sig mot personer med ätstörning och erbjuder utredning och behandling både inom öppen- och slutenvård och den psykologiska behandling som det finns bäst kunskapsunderlag omkring är kognitiv beteendeterapi (KBT). Behandlingsutfallet har dock visat sig vara svårtolkat då förloppet vid ätstörningar är varierande och risken för återinsjuknande betydande. En övergång mellan olika ätstörningsdiagnoser är dessutom vanligt. Tidigare forskning belyser att vårdpersonal kan uppleva patienter med ätstörningar som svårbehandlade relaterat till ambivalens kring tillfrisknande och låg motivation till förändring. Avhopp från behandling är dessutom vanligt. Specialistsjuksköterskan har visat sig ha en central funktion i den psykiatriska vården av personer med ätstörningar och dennes specifika omvårdnadskompetens bedöms spela en

grundläggande roll i patienternas tillfrisknandeprocess. Det är viktigt att belysa specialiserad ätstörningsvård ur ett patientperspektiv för bättre förståelse av patienternas behov i vården.

## SYFTE

Det övergripande syftet var att undersöka upplevelser och erfarenheter hos personer som vårdats för ätstörning inom specialiserad ätstörningsvård.

Frågeställningar:

- Vad upplevs som hinder för tillfrisknande?
- Vad upplevs öka följsamhet till behandling?

## METOD

För att sammanställa det aktuella kunskapsläget genomfördes en litteraturöversikt med systematisk ansats enligt den metodik som beskrivs av Bettany-Saltikov och McScherry (2016). Då syftet var att undersöka patienters upplevelser och erfarenheter valdes en kvalitativ ansats och innehållsanalys genomfördes i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

## URVAL

Syftet strukturerades med PEO för kvalitativa frågeställningar vilket står för Population, Exposure och Outcome (Bettany-Saltikov & McSharry, 2016). PEO-modellen har även använts vid val av söktermer vilka visas i tabell 1. Söktermerna utökades under rubriken O i PEO för att hitta fler relevanta träffar vilket beskrivs närmare under rubriken datainsamling.

Tabell 1. Syfte och söktermer strukturerat utifrån PEO (Population, Exposure och Outcome)

PEO	Söktermer Pubmed	Söktermer Chinal	Söktermer PsycINFO
P= Personer med diagnostiserad ätstörning	Feeding and eating disorders	Eating disorders	Eating disorders
E=Specialiserad ätstörningsvård	Treatment, therapeutics	Treatment, Therapeutics	Treatment, therapeutics
O=Erfarenheter, upplevelser	Treatment Adherence and Compliance, Patient Dropouts, Motivation, Barriers, Experience, Qualitative research	Patient Compliance, Patient Dropouts, Motivation, Barriers, Experience, Qualitative studies	Treatment Compliance, Treatment Dropouts, Motivation, Treatment Barriers, Readiness to change, Experience

För att avgränsa urvalet skapades inklusions- och exklusionskriterier därefter utifrån PEO (tabell 2), i linje med Bettany-Saltikov och McSherrys (2016) metodbeskrivning. Ytterligare kriterier som togs i beaktande var språk, publiceringsår, etiskt godkännande samt vetenskaplig granskning. Urvalet begränsades till studier skrivna på engelska, svenska eller norska. Sökningen omfattar primärpubliceringar av originalartiklar vilket ger den mest tillförlitliga informationen i en forskningsöversikt enligt Polit och Beck (2017).

Tabell 2. Inklusions- och exklusionskriterier

	Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
P = population	Vuxna personer med diagnostiserad ätstörning.	Vuxna personer som ej har en diagnostiserad ätstörning. Barn och ungdomar under 18 år.
E = exposure	Frivilliga behandlingar inom den specialiserade ätstörningsvården.	Ej behandlade inom den specialiserade ätstörningsvården. Tvångsvård.
O = outcomes	Upplevelser/erfarenheter av ätstörningsvård	Ej fokus på upplevelser/erfarenheter
Typ av studier	Kvalitativa	Ej kvalitativa
Andra kriterier	Etiskt godkända studier. Vetenskapligt granskade (peer-reviewed) studier. Studier ej äldre än 10 år. Studier skrivna på engelska, svenska eller norska.	Ej etiskt godkända studier Ej vetenskapligt granskade (peer-reviewed) studier. Studier äldre än 10 år. Studier skrivna på andra språk än svenska, engelska eller norska.

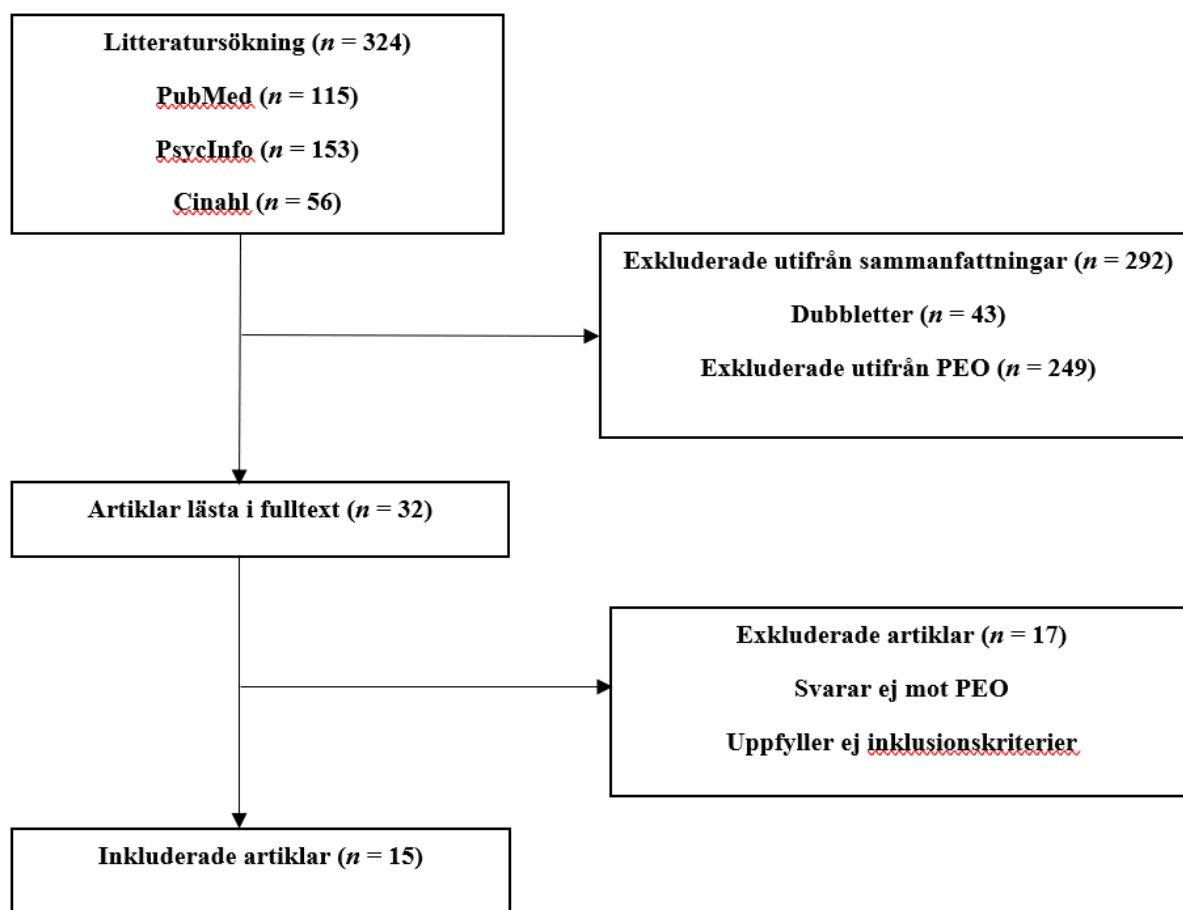
## DATAINSAMLING

För att säkerställa att tillräckligt många vetenskapliga artiklar fanns inom valt område gjordes först en pilotsökning, vilket rekommenderas av Willman m.fl. (2011). Sökningar gjordes i databaserna CINAHL, PubMed och PsycINFO. De två förstnämnda framhålls av Polit och Beck (2017) som särskilt användbara inom vårdvetenskap. PsycINFO omnämns i Forsberg och Wengström (2016) som en bred databas som täcker psykologisk forskning inom medicin, omvårdnad och andra närbelägna områden. Sökningarna gjordes utifrån ämnesordlistor, *thesaurus* med MeSH-termer respektive MH-termer. En fritextsökning har genomförts. Sökningen utgick från sökorden: Feeding and eating disorders, eating disorders, treatment, therapeutics, treatment adherence and compliance, patient compliance, treatment compliance, patient dropouts, treatment dropouts, barriers, treatment barriers, readiness to change,



experience, motivation och qualitative research. Sökblock skapades där sökorden knöts samman med den booleska söktermen OR. De olika blocken kombinerades sedan med den booleska söktermen AND. Manuell sökning har genomförts genom att granska systematiska översiktens referenslistor men ingen artikel inkluderades den vägen. Förfarandet med manuell sökning rekommenderas av SBU:s metodbok (2017).

Databassökningarna presenteras i en träfflista (bilaga 1) och gicks igenom med hjälp av gallringsverktyget Rayyan (Ouzzani m.fl., 2016). Sammanfattningarna granskades blindat, vilket rekommenderas av Bettany-Saltikov och McSherry (2016) och endast de artiklar som båda författarna bedömde med säkerhet inte uppfyller kriterierna exkluderades. För 12 artiklar rådde oenighet och dessa diskuterades innan beslut om inklusion eller exklusion kunde fattas. Denna sortering gjordes i två steg där steg ett innebar en mer ytlig genomläsning av rubrik och sammanfattning. Efter den kvarstod 82 artiklar där det krävdes en mer fördjupad genomläsning. De 32 fortsatt relevanta artiklarna lästes i fulltext och sorterades med hjälp av ett urvalsformulär (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016). Sorteringen presenteras i ett flödesschema (figur 1). Totalt uppfyllde 15 artiklar de för studien uppsatta kriterier och ingår i resultatet (bilaga 2). Samtliga kvalitetsgranskades enligt mall för studier med kvalitativ forskningsmetodik och bedömdes ha medel till hög kvalitet (SBU, 2017).



Figur 1. Flödesschema

## DATAANALYS

Dataanalysen följer Graneheim och Lundmans (2004) rekommenderade steg för kvalitativ innehållsanalys. I det första skedet av analysprocessen skapades ett dataextraktionsformulär i programmet Excel med separata blad för varje enskild artikel. Alla femton inkluderade artiklar skrevs in i dataextraktionsformuläret, och numrerades från 1-15. Samtlig text i resultatet som svarade mot syftet registrerades i dataextraktionsformuläret under det blad som artikeln tillhörde, under rubriken "meningsenhet". Efter att ha läst meningarna ett flertal gånger lyftes meningsbäringen ut, dvs texten minskades utan att förlora den ursprungliga betydelsen. Graneheim och Lundman (2004) kallar denna process kondensering och de belyser vikten av att under kondenseringen behålla kärnan i texten. Författarna arbetade hela tiden textnära för att inte förlora den ursprungliga meningen. Meningsbäringen registrerades under rubriken "kondenserad meningsenhet". Alla meningsenheter och kondenserade meningsenheter från artiklarna flyttades därefter till ett gemensamt blad i dataextraktionsformuläret som döptes till resultat. För att hela tiden kunna härleda textens

ursprung så var alla meningsenheter och kondenserade meningsenheter kopplade till sin artikels respektive nummer (1-15). De kondenserade meningsenheterna lästes därefter tillsammans av båda författarna och innehållet sorterades i subkategorier utifrån likheter och kategorier skapades, vilket exemplifieras i tabell 3. Processen där den kondenserade texten abstraheras kallas enligt Graneheim och Lundman (2004) för abstraktion då det betonar beskrivning och tolkningar på en högre nivå. Exempel på abstraktion är att skapa koder och kategorier. En kategori refererar huvudsakligen till en beskrivande nivå av innehåll och kan bli sedd som ett uttryck för det manifesta innehållet av texten.

Tabell 3. Exempel på analysförfarande

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Subkategori	Kategori
Stora grupper ansågs som hindrande för tillfrisknandet och flera deltagare upplevde att stora grupper hade skapat en tävlingsinriktad behandlingsmiljö som ofta förstärkte ätstörningssymtomen.	Stora grupper ansågs hindrande och upplevdes bidra till en tävlingsinriktad behandlingsmiljö.	Gruppens funktion	Behandlingens struktur
Dock, utvecklandet av en känsla av kontroll över den terapeutiska processen och förstärkt självmedvetenhet och förståelse för ätstörningen var viktigt för faciliteringen av motivationen att fortsätta behandlingen.	En ökad känsla av kontroll och självmedvetenhet var viktigt för motivationen.	Ökad självmedvetenhet	Inre processer
När deltagare kände sig lyssnade till upplevdes det som väldigt hjälpsamt.	Att bli lyssnad till upplevdes väldigt hjälpsamt.	Relationen med behandlare	Terapeutisk allians i vården

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I arbetet har författarna utgått från etiska principer för forskning. Bettany-Saltikov och McSherry (2016) samt Polit och Beck (2017) specificerar de forskningsetiska överväganden som bör göras vid en systematisk litteraturoversikt. I kriterierna ingår att studier ska vara godkända av etisk kommitté, samtliga artiklar ska redovisas inklusive de exkluderade. Även

motstridiga resultat ska redovisas. Hänsyn bör i kvalitativa analyser tas till författarnas förståelse av problemet.

## RESULTAT

Resultatet baserades på 15 kvalitativa artiklar. Artiklarnas ursprung var från Storbritannien (n=9), Australien (n=2), USA (n=1), Wales (n=1), Irland (n=1) samt Norge (=1). I alla artiklar utom 2 angavs deltagarnas ålder. Medelåldern för deltagarna i de 13 studier som angett ålder var 28,74 år. Hur lång tid deltagarna varit sjuka vid tid för studien angavs i 7 av artiklarna, och medelsjukdomstiden i dessa var 7,6 år. Artiklarna i resultatet inkluderade patienter med AN (n=104), BN (n=53), hetsättningsstörning (n=3) samt andra specificerade ätstörningar (OSFED) (n=20). Kön fördelningen i 14 av studierna var en majoritet kvinnor (n=162), män (n=23) och icke-binära (n=2). En artikel med 8 deltagare hade inte angivit kön. Majoriteten av artiklarna (n=11) hade inte specifikt angivit behandlingsform för ätstörningen. Upplevelsen av olika typer av kognitiv beteendeterapi, KBT-E, en kortvariant av KBT samt ett självhjälpsprogram enligt KBT-modellen utvärderades i några av artiklarna (n=3) och en artikel utforskade upplevelsen av ett psykoeducativt program. Vårdformen i artiklarna varierade mellan öppenvård/dagvård (n=5), inneliggande vård (n=3). Ett antal artiklar (n=7) inkluderade patienter i olika vårdformer som öppenvård, dagvård och inneliggande vård. I de allra flesta av studierna angavs inte samsjuklighet (n=11). En artikel hade specifikt exkluderat psykiatrisk samsjuklighet. I ett par (n=2) av studierna hade deltagarna varierande psykiatrisk samsjuklighet (depression, ångest, tvångssyndrom, post-traumatiskt stressyndrom, autism, ADHD samt alkoholberoende). En av studierna tittade explicit på behandlingsupplevelser hos patientgruppen AN med samtidig autism.

I resultatet används termerna behandlare samt personal för samtliga yrkesutövare inom ätstörningsvården och termen behandling för samtliga vårdformer. Innehållsanalysen resulterade i fyra kategorier varav tre med tillhörande subkategorier, presenterade i tabell 4.

Tabell 4. Kategorier och subkategorier

Kategorier	Terapeutisk allians i vården	Behandlingens struktur	Inre processer	Världen utanför
<i>Subkategorier</i>	<i>Relation med behandlare</i>	<i>Behandlingsinnehåll</i> <i>Individanpassning</i>	<i>Svårigheter</i> <i>Ambivalens</i>	

	<i>Expertis Miljöns betydelse Delaktighet</i>	<i>Gruppens funktion</i>	<i>Ökad självmedvetenhet Förväntningar Känslor inför avslut</i>	
--	---	--------------------------	---	--

## TERAPEUTISK ALLIANS I VÅRDEN

### Relation med behandlare (underlättande, tvingande)

Det framkom i artiklarnas resultat att relationen till behandlaren påverkade behandlingsupplevelsen (Bannatype & Stapleton, 2018; Fox & Diab, 2015; Hoskins m.fl., 2019; Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Pemberton & Fox, 2013; Onslow m.fl., 2016; Plateau m.fl., 2018; Robinson m.fl., 2013; Sheridan & McArdle, 2016; Smith m.fl., 2016). Relationen sågs som en avgörande faktor till tillfrisknandet och för känslan att kunna öppna sig (Venturo-Conerly m.fl., 2020; Walker & Lloyd, 2011). Omfattningen av huruvida interpersonella aspekter av vårdandet uppfattades som stödjande eller tvingande avgjorde patienters vilja att engagera sig under behandlingsstarten samtidigt som tidigare svåra behandlingsupplevelser kunde påverka den terapeutiska relationen (Bannatype & Stapleton, 2018; Sheridan & McArdle, 2016; Plateau m.fl., 2018). Att kunna tala med andra om sin ätstörning underlättade känslan av att vara ensam med sjukdomen och att känna samhörighet med behandlaren tillsammans med ett icke-dömande bemötande beskrevs vara avgörande faktorer för att kvarstanna i behandlingen och stärka motivationen (Plateau m.fl., 2018; Hoskins m.fl., 2019; Onslow m.fl., 2016; Walker & Lloyd, 2011; Venturo-Conerly m.fl., 2020).

Personalen upplevdes som viktiga samtalspartners i förhållande till andra på avdelningen och lyhörddhet för individuella behov sågs som betydande i interaktionen med personalen (Fox & Diab, 2015; Sheridan & McArdle, 2016). Kontinuitet tillsammans en stark personlig relation med behandlaren upplevdes hjälpsamt. När behandlare ofta byttes uppstod svårigheter att känna tillit och att knyta an och att ofta flyttas mellan olika vårdenheter ledde till känslor av uppgivenhet och övergivenhet (Fox & Diab, 2015; Sheridan & McArdle, 2016). Att få stöd bortom personalens arbetsplikt och att ses som jämbördig snarare än att bemötas med dominans och kontroll bidrog till positiva erfarenheter av behandling (Pemberton & Fox, 2013; Plateau m.fl., 2018). Samtidigt, att kunna släppa taget och lämna över kontroll till

behandlaren och kunde också ha en positiv påverkan som främjade självmedvetenhet och minskade besvärande ätstörningsupplevelser (Plateau m.fl., 2018). Vid långvarig anorexia fanns en önskan om behandlare som inte lät sig duperas av sjukdomen och som kunde stå som allierade i kampen mot anorexian (Fox & Diab, 2015).

Genom att känna sig trygg med behandlaren underlättades ärlighet om skamfyllda områden som hetsätning och självframkallad kräkning (Hoskins m.fl., 2019). Vidare beskrev informanterna att stödjande och förtroendefulla relationer där de blev lyssnade på bidrog till hjälpsökande beteenden och gav självförtroende att ta upp personliga svårigheter i behandlingen. Att däremot inte känna sig lyssnad på eller att inte bli förstådd kunde kännas svårt. Dåliga relationer med personal kunde leda till misstro och uppsökande av alternativt stöd. Upplevelsen av att "inte klicka" med en behandlare kunde ge en känsla av misslyckande med ökad risk att behandlingen avslutades i förtid (Walker & Lloyd, 2011). Negativt bemötande från personal upplevdes öka känslan av och förstärka önskan att stanna kvar med sjukdomen (Fox & Diab, 2015.) När behandlaren upplevdes som vårdande, förstående och tillgänglig minskade känslan av att klinikens tid slösades (Hoskins m.fl., 2019). Att viss personal upplevdes mer omhändertagande ansågs bero på personlighet, erfarenhet och intelligens (Pemberton & Fox, 2013).

Initialt kunde en skepticism och irritation kring terapin och interventionerna finnas men en positiv och uppmuntrande behandlare var hjälpsamt för att våga utmana sig och leda till framsteg (Hoskins m.fl., 2019). Det föredrogs att inte bli pressad så hårt i början av behandlingen för att sen vid rätt tillfälle pushas mer i riktning mot tillfrisknande (Hoskins m.fl., 2019). Oförutsägbarhet i behandlingen kunde istället leda till en känsla av att inte bli tillräckligt väl omhändertagen eller avvisad vilket gav en djup känsla av stress (Pemberton & Fox, 2013). Ibland fanns det en rädsla för att bli utskriven på grund av att ha varit olydig eller okontrollerad (Pemberton & Fox, 2013) och det fanns föreställningar om att vårdgivare såg på ätstörningspatienter som oärliga (Bannatyp & Stapleton, 2018).

Negativa behandlingsupplevelser kopplades till upplevelser av bristande förmåga hos behandlaren, som att behandlaren inte var tillräckligt erfaren. När oron kring mat bagatelliserades försvårades tillfrisknandeprocessen (Venturo-Conerly m.fl., 2020). Information som presenterades på ett hårt sätt eller som ignorerade mottagarens känslomässiga tillstånd upplevdes som negativt även om informationen var korrekt och given

med god intention (Venturo-Conerly m.fl., 2020). Vid upplevelse av otillräcklig vård, talades det om personalen på ett kritiskt sätt och personalen ansågs då ofta ha varit nedlåtande i sitt bemötande. Viss personal sågs som extra bra på att möta och validera känslor, denna personal blev ofta överbelastad eftersom många patienter väntade med att dela känslan tills denna personal var på plats (Pemberton & Fox, 2013).

Personal som kunde sätta ord på känslor upplevdes hjälpsamt och när känslor identifierades på ett empatiskt sätt blev upplevelsen att känslan var passande och giltig (Pemberton & Fox, 2013). När personal interagerade intensivt och intimt och visade att de brydde sig, en interaktion som liknades vid familjerelationer, utgjorde det ett bevis för en omvårdande natur (Pemberton & Fox, 2013). Personal som hade förmåga att validera känslor sågs som ovanligt men även när personalen validerade känslor och var empatiska krävdes det en ihärdighet från personalen för att känslan av att ha erhållit vård skulle uppstå (Pemberton & Fox, 2013). Känslomässig lyhördhet och känslig medvetenhet hos behandlaren uppskattades som att verkligen förstå och lyssna (Robinson m.fl., 2013; Smith m.fl., 2016). Motsatt, när personal bemötte ett känslouttryck med ilska, förakt eller undvikande blev upplevelsen att känslan förminskades till en del av ätstörningen. Att bli utsatt för nedlåtande beteende av personal upplevdes som svårt och som att känslor ratades vilket kunde leda till ilska (Pemberton & Fox, 2013). Känslor som väcktes i situationer som personal själva kunde relatera till, exempelvis en anhörigs dödsfall, upplevdes accepterade. När det var en stor diskrepans mellan en liten trigger och en översvallande känsla blev ofta känslan sedd som ett symtom på ätstörningen och skulle därför stävjas. När personal upplevdes som okänslig gav det ångest och framgång i behandlingen försvårades (Pemberton & Fox, 2013). För män upplevdes det i vissa fall enklare att diskutera känsliga ämnen med någon av samma kön då det upplevdes bli personligare på ett annat plan (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019). Att som behandlare inte bry sig om sitt utseende upplevdes inte förtroendeingivande och vidare kunde en mycket smal behandlare upplevas som triggnande för patienterna (Walker & Lloyd, 2011).

## Expertis

Behandlarens expertkunskap om ätstörningar framkom som en betydelsefull del i relationen mellan behandlare och patient (Fox & Diab, 2015; Hoskins m.fl., 2019; Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Onslow m.fl., 2016; Sheridan & McArdle, 2016; Walker & Lloyd, 2011). Specialistkunskaper om ätstörningar upplevdes öka behandlarens förmåga att känna

empati vilket stärkte den terapeutiska alliansen och ökade motivationen till behandlingen (Onslow m.fl., 2016; Walker & Lloyd, 2011; Fox & Diab, 2015).

Utvidgad kunskap utanför ätstörningsområdet sågs som hjälpsamt när svårigheter utöver ätstörningsproblematiken var hindrande (Onslow m.fl., 2016). Vid ätstörning och samsjuklighet med autism upplevdes det att kunskap saknades om den specifika problematiken och en ovilja att anpassa behandling till de svårigheter som uppkommit till följd av samsjukligheten. Detta beskrevs som hindrande vid tillfrisknandet. Vidare kunde denna okunskap leda till dålig relation till behandlarna och till behandlingsavslut antingen genom utskrivning till följd av en tolkad icke-samarbetsvilja eller frivilliga avhopp från behandlingen (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019). Annan mer specifik expertkunskap som sågs hjälpsam i behandlingen var tillgång till dietist, en trovärdig källa till information om metabolism och kalorier och internet som upplevdes som en användbar resurs för kunskap om ätstörningar och tillgängliga behandlingar (Walker & Lloyd, 2011).

### Miljöns betydelse

Miljöns betydelse för upplevelsen av ätstörningsvården lyftes i artiklarna (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Robinson m.fl., 2013; Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Bannatye & Stapleton, 2018; Sheridan & McArdle, 2016). De första veckorna i behandling handlade om anpassning till den nya miljön och kunde upplevas som stressande men när anpassning väl skett var känslan att inneliggande vård var livräddande och säker samt skyddande från stress i livet (Smith m.fl., 2016). Det fanns tankar om att en restriktiv och strukturerad behandlingsmiljö utan för mycket valmöjligheter tog bort möjligheterna att engagera ätstörningsbeteenden (Smith m.fl., 2016). En hemlik miljö tycktes främja hälsa och normalitet och sågs som bidragande till engagemang i behandling och för tillfrisknandet på sikt. En minskad betoning på det sjuka i en hemlik miljö underlättade avslappning och upplevdes mindre stressande samt förenklade relationer till andra. De livsfärdigheter som utvecklades i en hemlik miljö så som dagliga rutiner och egenvård upplevdes underlätta övergång till hemmet (Sheridan & McArdle, 2016).

Att bo tillsammans med andra ätstörda personer kunde upplevas svårt, speciellt om de var omotiverade till behandling eller stressade och det uttrycktes till och med som skadligt att samla människor med ätstörningar under samma tak. Fokus på den egna behandlingen



försvårades av en känsla av plikt att stödja andra (Smith m.fl., 2016). Vid explicita sensoriska och sociala svårigheter, som vid samsjuklighet inom autismspektrumet, beskrevs inneliggande vård som utmanande och förvirrande på grund av att ljud och stämningar lätt plockades upp (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019).

Sjukhusmiljöer som alltför starkt fokuserade på sjukdom kunde leda till att engagemanget i behandlingen underminerades (Sheridan & McArdle, 2016). Behandlingsmiljöer som använde tvingande strategier som motivation för förändring skapade oro vilket kunde leda till att patienterna ökade sitt försvar av sjukdomen samtidigt som behandlingsmiljön upplevdes som en bestraffande plats (Sheridan & McArdle, 2016; Bannatype & Stapleton, 2018). En känsla av att inte ha prioriterade problem eller vara bortglömd kunde uppstå när nya patienter skrevs in på avdelningen (Smith m.fl., 2016). Att vara man i en kvinnodominerad miljö skapade en känsla av att vara annorlunda särskilt om behandlingsmiljön upplevdes ha en tydlig kvinnlig präglighet. Det kunde det leda till ökat självmedvetande men även till en negativ självbild hos män. Brist på manliga platser vid inneliggande vård upplevdes inte ge vård på lika villkor. Det fanns en önskan om en mer inkluderande miljö med anpassningar för män (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019).

### Delaktighet

Upplevelser av delaktighet framkom i fyra av artiklarna (Plateau m.fl., 2018; Sheridan & McArdle, 2016; Venturo-Conerly m.fl., 2020; Bannatype & Stapleton, 2018). En icke-styrande hållning i behandlingen med strategier som *guided discovery* för utforskande av tankar och händelser kopplade till sjukdomen föredrogs (Sheridan & McArdle, 2016). Ömsesidighet i relationen till behandlare skapade en positiv behandlingsupplevelse och kunde beskrivas som ett givande och tagande i vänskapsrelationer (Plateau m.fl., 2018). Att bli inkluderad i behandlingen, genom att få vara med när vårdplan och behandlingsmål sattes samt genomgå behandlingen och göra förändringar i egen takt främjade både engagemang och bidrog till en positiv behandlingsupplevelse (Sheridan & McArdle, 2016). Vidare beskrevs motsatsen, att bristande inkludering hämmade känslan av autonomi och de råd som gavs uppfattades då negativt (Venturo-Conerly m.fl., 2020). När patienterna involverades i vården genom att behandlarna rådgjorde med dem istället för att diktera regler blev engagemanget till behandlingen större (Bannatype & Stapleton, 2018).

## BEHANDLINGENS STRUKTUR

### Behandlingsinnehåll

I analysen framkom behandlingsinnehåll som en subkategori (Bannatype & Stapleton, 2018; Hoskins m.fl., 2019; Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Onslow m.fl., 2016; Plateau m.fl., 2018; Robinson m.fl., 2013; Sheridan & McArdle, 2016; Venturo-Conerly m.fl., 2020; Walker & Lloyd, 2011). Strukturerad behandling upplevdes leda mot tillfrisknande och hälsa (Sheridan & McArdle, 2016). Det sågs som hjälpande med redskap som matdagböcker, vilka bidrog till att skapa rutiner och tydliggöra framsteg (Hoskins m.fl., 2019). Självmonitorering så som matdagböcker gav ökad medvetenhet om kognitiva och emotionella triggers (Onslow m.fl., 2016). För mycket fokus på matövervakning och registrering upplevdes dock som hämmande (Walker & Lloyd, 2011). Att lära sig identifiera känslor (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019) använda minneskort och handlingsstöd är exempel på andra redskap som ansågs hjälpande (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Sheridan & McArdle, 2016). Problemlösande tekniker för att distrahera, neutralisera och omtolka användes för att skapa distans till tidskrävande negativa tankar (Walker & Lloyd, 2011; Pettersen m.fl., 2011; Venturo-Conerly m.fl., 2020). Att lära sig enkla åtgärder för att göra måltiderna mindre kaotiska, upplevdes positivt (Pettersen m.fl., 2011). Tillfrisknande sågs som en process där man hanterar återfall genom terapeutiska verktyg (Onslow m.fl., 2016) och självständigt arbete med hemuppgifter utanför behandlingen bidrog till tillfrisknandet (Hoskins m.fl., 2019). Okunskap kring behandlingen påverkade inställningen negativt (Plateau m.fl., 2018) och psykoedukation var hjälpsamt (Walker & Lloyd, 2011). Att använda en självhjälpsbok sågs som den ”självständiga hjälparen”, vilken man kunde förlita sig på (Plateau m.fl., 2018). Ärlighet i relationen till behandlaren sågs som en bra träning och skapade modet att vara ärlig i relation till andra (Plateau m.fl., 2018).

Ett starkt fokus på viktökning upplevdes som en "plåster-åtgärd", vilken ökade oordnade tankar och avledde uppmärksamheten från den önskade psykologiska rehabiliteringen (Bannatype & Stapleton, 2018). Strategier baserade på belöningar eller straff som ett incitament för viktökning upplevdes underminera engagemanget i behandlingen och påverkade patienternas välmående negativt (Sheridan & McArdle, 2016). I stället för att fokusera på viktåterhämtning behövde behandlingen stödja i att sätta realistiska mål och ge

en ökad tro på att målen kan nås (Bannatype & Stapleton, 2018). Det lyftes att den medicinska professionen fokuserade för mycket på avsaknad av fysiska symtom som en indikation på tillfrisknande istället för upplevelsen av hälsa och välbefinnande (Bannatype & Stapleton, 2018).

De behandlingsmodeller som används ansågs i stort passa både kvinnor och män, men exempelvis arbetsmaterialet stärkte känslan av ätstörningsvården som en kvinnodominerad miljö (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019). En skillnad mellan män och kvinnor när det gäller kroppsbild och kroppsideal betonades, ex fokus på muskler istället för smalhet och det lyftes som viktigt att hänsyn tas till det genom hela behandlingen (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019). Könsneutral litteratur förutspåddes minska känslan av att vara osynlig och manliga exempel och erfarenheter efterfrågades. När arbetsmaterialet endast hade specifika kapitel för män, om ex muskler stärktes känslan av att kvinnlig ätstörning är normen (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019).

KBT fokuserar på nuet och framtiden och syftar till att förändra beteenden och tankemönster till det bättre, vilket upplevdes positivt (Hoskins m.fl., 2019). Dock ansågs den inte ge tillräckligt djup för att ändra negativa kärnpunkter. Då fokus låg på att ändra beteendemässiga symtom och inte den inre bilden av jaget fanns efter behandlingen kvarvarande problem med självbilden. Behandlingen sågs också som en värdefull erfarenhet för långsiktiga förändringar i ätbeteende (Onslow m.fl., 2016). Dock upplevdes det ofta som att den inte var tillräcklig i längd eller i vad som erbjöds (Robinson m.fl., 2013) och fördelarna med ett behandlingsprogram som omfattade flera terapiformer och adresserade ätstörningens komplexitet framhölls (Sheridan & McArdle, 2016).

### Individanpassning

Att behandlingen var individanpassad upplevdes positivt (Bannatype & Stapleton, 2018; Sheridan & McArdle, 2016; Pemberton & Fox, 2013; Smith m.fl., 2016; Robinson m.fl., 2013; Plateau m.fl., 2017; Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Hoskins m.fl., 2019). Det framkom en önskan om personlig och skräddarsydd behandling utformad efter personliga mål (Hoskins m.fl., 2019) och vikten av individualiserad behandling betonades för engagemang och motivation (Sheridan & McArdle, 2016). Flexibilitet i behandlingen lyftes som centralt. Behandlingen upplevdes inte alltid individanpassad och då kändes det som att man bara var

en patient i mängden istället för att bli sedd som en hel och egen person (Bannatype & Stapleton, 2018; Hoskins m.fl., 2019; Smith m.fl., 2016). När personalen inte såg individuella preferenser i behandlingen utan såg alla beteenden som ätstörningssymtom skapades frustration (Smith m.fl., 2016). Detta var särskilt uttalat när fysiska symtom (ex. ont i magen) som inte var relaterat till ätstörningen påtalades och det ignorerades och tillskrevs ätstörningen (Bannatype & Stapleton, 2018). Personalen ansågs ha svårt att skilja beteende relaterat till ätstörningen som att ljuga från personliga karaktäristika som att vara en lögnare och deltagarnas känslor patologiserades ofta och sågs som ett resultat av sjukdomen, vilket upplevdes negativt (Pemberton & Fox, 2013). Att etiketteras som "anorektisk" eller "bulimisk" upplevdes placera en utanför spannet av "normalt" sjukdomsbeteende och det resulterade i en upplevelse av att vara avvikande, olydig, dum eller elak (Bannatype & Stapleton, 2018). Männen ville behandlas som individer och inte utifrån kön. Kön lyftes som viktigt men inte som en nyckelfaktor till hur en person känner sig (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019). Att ha en ätstörning upplevdes göra män och kvinnor mer lika än olika och de upplever samma utmaningar i behandlingen (Robinson m.fl., 2013). En behandling med könsfokuserad prägel upplevdes skapa utanförskap (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019).

Personer som ägnade sig åt elitidrott i samband med insjuknandet kände sig annorlunda fysiskt jämfört med andra med ätstörning. De upplevde att behandlingen inte var anpassad för deras särskilda situation, vilket påverkade motivationen negativt och ifrågasatte identiteten som atlet. Träningsrestriktioner upplevs svåra och de gav uttryck för behov av mer stöd gällande träning och nutrition under behandlingen (Plateau m.fl., 2017).

När autistiska drag förväxlades med ätstörningssymtom uppstod missförstånd. Utbrott tolkades som ångest eller personlighetsstörning och försämrade relationen med personal. Autistiska patienter upplevde sig behöva ett flexibelt, individualiserat arbetssätt som tog hänsyn till autismen. Exempelvis uttrycktes en önskan om bättre orsaksanalys vid ätsvårigheter då en ovilja eller svårighet att äta beskrevs kunna bero både på ätstörningen och autismen. När autistiska drag uppmärksammas och behandlingen anpassades till autismen blev upplevelsen av behandlingen bättre och gav bättre resultat (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019).

## Gruppens funktion

Erfarenheter av gruppens funktion lyftes i flera av artiklarna (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Pettersen, Rosvinge m.fl., 2011; Plateau m.fl., 2018; Robinson m.fl., 2013; Sheridan & McArdle, 2016; Smith m.fl., 2016). Att träffa andra patienter med positiva erfarenheter av behandling underlättade processen att bli mer självmedveten. Det upplevdes hjälpsamt att dela och ta del av andras historier om hur vardagen med ätstörningen kan se ut och gruppträffar kunde ge en känsla av hopp om att allt kan bli bättre (Pettersen m.fl., 2011). Delad förståelse och acceptans av medpatienter värderades högt (Smith m.fl., 2016) och grupperna fungerade som stöd för öppenhet och ärlighet (Plateau m.fl., 2018). Betydelsen av att ämnena som lyftes i gruppbehandlingen inte var könsspecifika betonades, då det skapade möjlighet för både män och kvinnor att delta i diskussionerna. Bland männen ansågs det viktigt att kunna välja en mansgrupp då det kändes lättare att öppna sig i grupp med bara män och bedömdes ge möjlighet att utforska mansperspektivet (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019). Dock föredrogs ofta en mixad grupp då det väntades ge en större bredd i åsikter. Det fanns också ett antagande att det var olika problem för män och kvinnor att adressera i behandlingen (Robinson m.fl., 2013).

Det kunde upplevas ansträngande och svårt att möta medpatienter som var väldigt sjuka och grät och berättade om traumatiska händelser och det var också svårt med gränssättningen till medpatienterna (Pettersen m.fl., 2011). Ständig jämförelse med varandra gällande utseende och ätbeteende kunde påverka negativt (Smith m.fl., 2016). Det upplevdes lättare att engagera sig i behandlingsprogram med minde grupper om tre till fyra personer då det individuella stödet och den personliga omsorgen då upplevdes större. Stora grupper ansågs snarast som hindrande för tillfrisknandet (Sheridan & McArdle, 2016).

## INRE PROCESSER

### Svårigheter

Upplevda svårigheter i behandlingen lyftes (Hoskins m.fl., 2019; Onslow m.fl., 2016; Walker & Lloyd, 2011; Fox & Diab, 2015; Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Bannatype & Stapleton, 2018; Plateau m.fl., 2018). Behandlingens första veckor beskrevs som svåra då omedelbara förändringar i beteende krävdes, i behandlingens slut kunde man se fördelarna med detta (Hoskins m.fl., 2019; Plateau m.fl., 2018). Beteendeförändringar uttrycktes som svårt i stunden på grund av det automatiska och tvångsmässiga i beteendet och trots

kunskapen om tekniker som utmanade tanken var det svårt att verkställa i det vanliga livet (Onslow m.fl., 2016). Trots en ofta stark önskan om förändring, upplevdes det svårt i praktiken (Bannatype & Stapleton, 2018) och det beskrevs som en kamp att driva behandlingen framåt med en samtidig avsaknad av vilja (Plateau m.fl., 2018). Att tillåta sig att äta och försöka vara okej med det beskrevs också som svårt. Behandlingsresan upplevdes komplicerad med hinder för progression och beskrevs ibland som ett spel man klättrar, faller men slutligen ändå når målet (Bannatype & Stapleton, 2018). Behandlingen kunde ibland upplevas kontraproduktiv när den fick fortgå trots viktnedgång, även om viktnedgång kunde ge en känsla av att vara en bra "anorektiker" (Fox & Diab, 2015). Motsatt, när kroppsvikten inte var tillräckligt låg för inläggande vård så kunde en känsla av att vara misslyckad i ätstörningen uppstå trots att tankar på vikt och mat fanns hela tiden (Walker & Lloyd, 2011). Att sondmatas ökade känslan av sårbarhet och processen uppfattades som generell svår, till och med traumatisk (Fox & Diab, 2015). Vid samsjuklighet med autism beskrevs särskilt svårigheter med ökad känslighet för smak, lukt, textur, temperatur och ett motstånd mot att blanda mat (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019).

### Ambivalens

Ambivalens framkom i flera studier (Fox & Diab, 2015; Plateau m.fl., 2018; Smith m.fl., 2016; Pettersen m.fl., 2011; Hoskins m.fl., 2019; Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019) och uttrycktes som en fysisk och känslomässig kamp för att komma över sin ätstörning och handlade om maten, konstant mättnad, sjukdomskänsla, förstoppning och känslor som beskrevs vara "överallt". Det beskrevs som snabba kast mellan en förtvivlan över de ätstörda beteendena samtidigt som ätstörningen sågs tröstande och trygg (Pettersen m.fl., 2011). Att påbörja behandling skapade ofta känsla av ambivalens, då det handlade om att av bli av med något som var en stor del av identiteten men som på samma gång skapade ett vårdbehov och utgjorde ett hinder i livet (Fox & Diab, 2015). Ambivalensen blev en strid mellan närvaro av autonomi och samtidig frånvaro av vilja (Plateau m.fl., 2018). Det kändes oroligt att lämna över den kontroll och den säkerhet som ätstörningen gav och förlusten av kontroll kunde ses som ett hot mot personens jag. Men att lämna över kontrollen inom behandlingen sågs också som ett steg mot att tillfriskna, vilket gav lättnad från ansvaret i ritualer och rutiner (Smith m.fl., 2016) och att vara på en plats där beslut fattas av andra upplevdes skönt, exempelvis att slippa ta ansvar för att ha tillfört sig själv näring (Fox & Diab, 2015). Behandlingen beskrevs som ett successivt återtagande av normalitet över ätandet och när restriktionerna minskade

kunde egna val som inte styrdes av ätstörningen tas, vilket gav känsla av "empowerment". Tillfrisknandet sågs som en kontinuerlig kamp mot kvarvarande symtom och fysisk viktåterhämtning och att vara tvungen att "deala" med tankarna vid varje måltid (Smith m.fl., 2016). Pessimism hos personalen skapade osäkerhet kring behandlingen och förstärkte den anorektiska identiteten. Personer med långvarig anorexia upplevde ofta kampen mellan anorexian och jaget som ett slag förutbestämt att förlora där sjukdomen kunde ge en känsla av kontroll (Fox & Diab, 2015). Vissa trodde inte att de kunde bli friska då ätstörningen var en viktig del i livet (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019; Pettersen m.fl., 2011).

### Ökad självmedvetenhet

Självmedvetenhet framkom i flera studier (Kinnaird, Norton, Pimblett m.fl., 2019; Onslow m.fl., 2016; Pettersen m.fl., 2011; Plateau m.fl., 2018; Smith m.fl., 2016; Venturo-Conerly m.fl., 2020). Praktiska övningar i egenvård, att lära sig ta hand om sig själv, upplevdes positivt och som en ny erfarenhet. Att främja egenvård kunde också kännas utmanande. Att lära sig sätta gränser kändes viktigt för läkningsprocessen (Pettersen m.fl., 2011). Patienterna kom under behandlingen till insikt om ätstörningens bakomliggande orsaker som negativ självbild och låg självkänsla. Självmedvetenheten och självreflektionen upplevdes välgörande och gav förståelse för tillfrisknande processen. Den ökade självmedvetenheten inspirerade och motiverade att söka individuell behandling för att fokusera mer på de bakomliggande psykologiska orsakerna till de ätstörda symtomen. Att under behandlingen få jobba med självmedvetenheten hjälpte patienterna att bli mer medvetna om vad de egentligen behöver (Pettersen m.fl., 2011). Information, via självhjälpsbok, ansågs kunna utmana "gamla" sanningar och ge ny kunskap som kan hjälpa tillfrisknandet (Plateau m.fl., 2018).

Träning i att kommunicera sina behov upplevdes som en positiv erfarenhet (Pettersen m.fl., 2011). Vid samsjuklighet med autism upplevdes det positivt att lära sig om symtom för att kunna skilja på AN och autism och genom detta lättare kunna uttrycka sina egna behov (Kinnaird, Norton, Stewart m.fl., 2019). Så även att förstå att man inte är ett offer och en insikt om att man kan påverka och förändra sitt liv (Pettersen m.fl., 2011). Behandling gav förbättrad självkänsla och beskrevs som en process som separerade ätstörningen från den egna identiteten (Smith m.fl., 2016). Att känna att man nått en känslomässigt låg punkt motiverande till förändring. Även att ätstörningen hindrade förmågan att fullfölja

förpliktelser till andra upplevdes som hjälpsamt för tillfrisknandet (Venturo-Conerly m.fl., 2020).

### Förväntningar

Förväntningar på vården diskuterades (Fox & Diab, 2015; Pemberton & Fox, 2013; Pettersen m.fl., 2011; Plateau m.fl., 2018; Sheridan & McArdle, 2016; Venturo-Conerly m.fl., 2020).

Förväntningarna på vården var generellt höga och det upplevdes utmanande när denna standard inte uppnåddes (Pemberton & Fox, 2013). Framtidshopp beskrevs som hjälpsamt och det fanns en önskan om att behandlingen skulle ha genererat mer hopp inför framtiden (Venturo-Conerly m.fl., 2020). Upplevd progress i behandlingen var en kraftfull motivator (Sheridan & McArdle, 2016) och engagemanget och tilltron till behandlingen växte i takt med kunskaperna om densamma (Plateau m.fl., 2018). Den sammantagna bilden deltagarna förmedlade var hopp, tilltro till den egna förmågan att göra förändring och en stark motivation och positiv förväntan på det framtida tillfrisknandet (Pettersen m.fl., 2011). Dock sågs fullständigt tillfrisknande inte alltid som en trovärdig möjlighet (Fox & Diab, 2015).

### Känslor inför avslut

Det framkom många tankar och känslor inför behandlingsavslut (Bannatype & Stapleton, 2018; Fox & Diab, 2018; Hoskins m.fl., 2019; Plateau m.fl., 2017; Sheridan & McArdle, 2016; Smith et al, 2016). Övergången från en sjukhusmiljö tillbaka till vardagslivet utanför kändes svår (Sheridan & McArdle, 2016), tryggheten i enheten och ett beroende till behandlingsprogrammet sågs som två bidragande faktorer (Smith m.fl., 2016). Det fanns en rädsla inför avslut (Hoskins m.fl., 2019) vilken kunde bestå i exempelvis bristande stöd när det gäller att klara vardagliga konflikter (Fox & Diab, 2015), efter utskrivningen påverkade tilltron till att kunna vidmakthålla ett tillfrisknande (Smith m.fl., 2016). Det fanns också en upplevelse av att behandlingen avslutades för tidigt då viktåterhämtning gjorts, trots att ätstörningssymtom i form av tankar och känslor kvarstod eller till och med hade förvärrats (Bannatype & Stapleton, 2018). För de som hade ägnat sig åt elitidrott vid insjuknandet fanns en oro för hur återgången till idrottskarriären skulle se ut och om det ens var möjligt att komma tillbaka. Här var också oron för återfall uttalad (Plateau m.fl., 2017).



## VÄRLDEN UTANFÖR

Ätstörningen skapar ofta spänningar och konflikter inom familjen och familjemedlemmar kan upplevas arga och frustrerade (Walker & Lloyd, 2011). Det kan också kännas dömande när anhöriga fokuserar på de fysiska förändringarna som ätstörningen kan ge upphov till (Venturo-Conerly m.fl., 2020). En källa till konflikt kan också vara när anhöriga vill vara involverade i behandlingen men inte vet hur (Walker & Lloyd, 2011). I fall där familjen inte upplevdes stöttande ökade motivationen till behandling när man slutade söka stöd hos familjen (Venturo-Conerly m.fl., 2020). Tankar kring att andra inte skulle förstå upplevdes hindra från att berätta för och söka stöd hos vänner (Walker & Lloyd, 2011) och vid inneliggande vård påverkades tilltron till den sociala förmågan i "världen utanför" (Fox & Diab, 2015). Känslan av att vara distanserad och isolerad från andra till trots fanns en angelägenhet om att söka upp vårdande och stöttande relationer (Fox & Diab, 2015). Att delta i samhället och interpersonella relationer ansågs som viktiga för förmågan att hantera sjukdomen (Fox & Diab, 2015), för de som elitidrottade upplevdes det positivt och identitetsbevarande att ha tränaren som stöd i behandlingen (Plateau m.fl., 2017).

Omständigheter som inte direkt kan kopplas till ätstörningen men ändå ökar motivationen att tillfriskna såsom graviditet/att få barn, skolprestationer och karriär framkom. En önskan om att bli gravid eller att få barn under behandlingen motiverade till tillfrisknande då det uppfattades som inkompatibelt med ätstörningen. Det förekom en rädsla att överföra skadliga attityder och beteenden till sina barn. Ätstörningens negativa effekter på skolprestation eller karriär beskrevs också som motiverande faktorer. Uppslitande livshändelser som dödsfall hos närstående eller förlust av en stor möjlighet fungerade något motiverande för tillfrisknande. Skyldigheter gentemot andra upplevdes hjälpsamt i arbetet mot att bli frisk (Venturo-Conerly m.fl., 2020).

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

#### Datainsamling

Litteraturöversikten utgick från den systematiska metod som presenteras närmare i Bettany-Saltikov och McSherry (2016). En styrka med metoden är att hela processen med

litteratursökning dokumenterats så att studien kan replikeras. Polit och Beck (2017) betonar att reliabiliteten i en studie är beroende av att informationen systematiskt samlats in och att tillvägagångssättet är noggrant beskrivet. För att uppnå en hög transparens har alla steg dokumenterats genom hela insamlingsförfarandet i linje med rekommendationer för litteraturöversikter (Bettany-Saltikov & McSherry, 2016).

Ett ställningstagande gällande litteraturöversikter är omfattningen på litteratursökningarna där strikta avgränsningar kan innebära att relevanta artiklar missas. En initial pilotsökning som genomfördes tidigt i processen med enbart söktermen *experience* resulterade i att många för syftet intressanta artiklar inte fångades upp. Därför breddades sökningen med söktermerna *dropout*, *compliance*, *barriers* och *motivation* i MeSH/MH-version. På detta sätt minskades risken för bortfallsbias genom riktade sökningar för att hitta kvalitativa studier som intervjuat deltagare som ej fullföljt behandlingen.

En styrka i urvalet är att alla abstrakt (n=324) har blindats och lästs av båda författarna, vilket rekommenderas av Bettany-Saltikov och McSherry (2016). När blindningen bröts kunde författarna tillsammans gå igenom och värdera skillnader i bedömningen. De artiklar (n=32) som därefter lästes i fulltext genomgick samma förfarande med blindning och efterföljande diskussion. Urvalet av fulltextartiklar skedde systematiskt med ett urvalsformulär som skapats med inspiration från Bettany-Saltikov och McSherry (2016) som stöd i sorteringsprocessen. Orsaker till exklusion i slutfasen var att artiklarna inte svarade mot syftet, att metoden inte var kvalitativ, att den undersökta populationen var anhöriga till personer som vårdats inom den specialiserade ätstörningsvården samt avsaknad av etiskt godkännande.

Totalt inkluderades 15 kvalitativa artiklar i litteraturöversikten varav en majoritet med ursprung från Storbritannien. Att så många artiklar kom från Storbritannien innebär att resultaten bör tolkas med en viss försiktighet och har en begränsad generaliserbarhet till svenska förhållanden eftersom sjukvårdens organisation kan skilja sig åt mellan länderna. Forskningsfrågan var riktad till ätstörningar generellt men en majoritet av artiklarna belyste främst personer med AN och få av deltagarna i studierna led av hetsättningsstörning vilket gör att generaliserbarheten till denna patientgrupp är relativt låg. Majoriteten av studiedeltagarna var kvinnor men två av resultatartiklarna belyste specifikt mansperspektivet vilket kan öka trovärdigheten och överförbarheten till patienter av båda könen. SBU (2019) poängterar i sin

rapport om ätstörningsvård att framtida forskning bör vara noga med att inkludera alla könsidentiteter och patienter i olika åldrar.

Datansamlingsproceduren i de olika resultatartiklarna skiljer sig till viss del men två tredjedelar har använt sig av semistrukturerade intervjuer och det slutliga resultatet i föreliggande studie baseras på 187 unika individer med ätstörningsdiagnos. Det ger en bred variation som kan stärka resultatets trovärdighet och överförbarhet till annan kontext. Fokus i den här litteraturöversikten är upplevelser och erfarenheter av frivillig vård. Studien har exkluderat tvångsvård då frivillighet och tvång är varandras diametrala motsatser och därmed inte kan sammanställas på ett rättvist sätt. Vårdform och vårdnivå varierade i resultatartiklarna vilket kan sägas ge en bredd till resultatets trovärdighet men kan också ge en ”spretande” resultat då upplevelser av inneliggande vård och öppenvård skiljer sig på flera plan. Den behandling som patienterna erbjöds varierade men eftersom syftet i denna litteraturöversikt har varit att beskriva upplevelser och erfarenheter av vård generellt tros skillnader i behandlingsmetod inte vara av större betydelse för resultatet. Vissa av resultatartiklarna undersökte upplevelser och erfarenheter under pågående behandling medan andra efter fullföljd behandling vilket kan påverka resultaten då man efter fullföljd behandling och eventuellt tillfrisknande kan ha ett annat perspektiv. I några av studierna fångades även “avhoppares” upplevelser vilket kan tros ge en bredd i resultatet/fånga hela spannet av upplevelser.

## Dataanalys

Föreliggande studie belyser upplevelser och erfarenheter av specialiserad ätstörningsvård och de femton artiklar som slutligen valdes ut för analys svarade väl mot syftet och en kvalitativ innehållsanalys i enhetlighet med Graneheim och Lundman (2004) utfördes. Graneheim och Lundman (2004) framhåller vikten av bredd i insamlade data för att en rikare variation av fenomenet ska kunna studeras. Tolkning av text som alltid föreligger vid en innehållsanalys är centralt när man diskuterar ett forskningsresultats trovärdighet (*trustworthiness*) (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna hade en hög grad av samstämmighet vid tolkning av texten vilket kan bero på den förförståelse som finns. För att öka trovärdighet diskuterades förförståelsen kontinuerligt och dokumenterades under arbetets gång. För att en studie ska uppnå trovärdighet är det viktigt att välja de för studien bäst passande meningsenheterna. De meningsenheter som är för breda kan lätt bli svåra att hantera då de kan innehålla olika

meningar och för smala kan resultera i fragmentering. I båda fallen finns det en risk att förlora textmening under abstraherings och kondenseringsprocessen. För att uppnå trovärdighet är det också viktigt att kategorierna täcker all data, dvs att ingen relevant data har uteslutits felaktigt eller systematiskt eller att irrelevant data har inkluderats (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har under analysprocessen arbetat systematiskt och i nära angränsande tid vilket kan stärka studiens pålitlighet dvs inga väsentliga ändringar är gjorda under analysens gång. Pålitlighet beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) som till vilken grad data ändras över tid och hur ändringar i beslut tas över tid i analysprocessen.

## RESULTATDISKUSSION

Resultatdiskussionen är uppdelad utifrån de fyra huvudkategorierna som framkom i resultatet; terapeutisk allians i vården, behandlingens struktur, inre processer samt världen utanför och resultatet diskuteras mot bakgrund, vårdvetenskapliga begrepp och ny forskning.

### Terapeutisk allians i vården

I resultatet lyfts relationen till behandlaren och den terapeutiska alliansen som central för upplevelsen av ätstörningsvård. Detta styrks av tidigare forskning. I SBU:s sammanställning betonades vikten av att omvårdnad vid ätstörning bör bygga på en terapeutisk allians för att öka psykiskt välmående, för funktionsförmågan och för att patienten ska fullfölja ätstörningsbehandlingen (SBU, 2019). Även Wright (2010) framhöll den terapeutiska alliansen som avgörande för det terapeutiska resultatet inom psykiatrisk vård. Antoniou och Blom (2006) drog i sin studie slutsatsen att den terapeutiska alliansen i sig var viktigare för resultatet än själva behandlingsinnehållet. Wright (2010) presenterade i sin forskningsöversikt betydelsen av delad förståelse kring syfte och förväntningar mellan patient och terapeut i behandling vilket framkommer även i den här litteraturöversiktens resultat där bristande inkludering visar hämma känslan av delaktighet. En icke-dömande, inkluderande attityd där patienten känner sig sedd och hörd beskrivs som hjälpande. Wright (2010) problematiserade kring svårigheter i den terapeutisk relationen på en ätstörningsenhet och lyfte som exempel att patient och behandlare hade motstridiga mål, relationens skörhet och att kommunikationen inte skedde på lika villkor. Zugai m.fl. (2018b) lyfte att patienters oro och ambivalens samt upplevelse av omvårdnad som tvingande i kombination med sjuksköterskors upplevelser av hopplöshet och misstro kring behandlingen vid AN försvårar den terapeutiska alliansen. De menade vidare att sjuksköterskor i vårdmiljöer för

inneliggande vård har en inflytelserik roll för att överbrygga dessa hinder. Detta belyses i vårt resultat där pessimism hos personalen upplevs hämma tillfrisknandet då det skapar osäkerhet kring behandlingen och förstärker den anorektiska identiteten.

Expertkunskaper om ätstörningen samt kunskap om samsjuklighet och hur det påverkar ätstörningen beskrivs i resultatet som en betydelsefull del i relationen och upplevs öka behandlingsmotivationen. I SBU:s sammanställning (2019) lyftes att patienter med ätstörning ofta hade känt sig illa bemötta och missförstådda, speciellt inom den allmänna sjukvården. De upplevde det därför som betydande att få tillgång till specialiserad ätstörningsvård. En hemlik vårdmiljö framkommer i resultatet som hälsofrämjande och skapar en känsla av normalitet vilket också upplevs hjälpsamt vid övergång från inneliggande vård till hemmet. Detta stöds av Zugai m.fl. (2018b) som i sin studie fann att goda interpersonella relationer ledde till att vårdmiljön upplevdes normaliserad och mer hemlik vilket bidrog till att patienterna kände sig känslomässigt trygga och säkra.

En moderlig inställning till omvårdnad ingår i en modell som avser främja en terapeutisk allians inom specialiserad ätstörningsvård som tagits fram av Zugai m.fl. (2018a). Denna teoretiska modell belyser hur den terapeutiska alliansen kan etableras genom balans mellan positivt interpersonellt engagemang som gör att patienten känner sig förstådd, empatiskt bemött och upplever en känsla av omtänksamhet (moderlighet) och auktoritet, att sjuksköterskorna var tydliga i sina förväntningar och förutsägbara i sina handlingar samtidigt som de höll sig till behandlingens ramar. Wright (2010) beskrev den terapeutiska alliansen på en ätstörningsenhet som maternalistiskt vårdande och skyddande i ett försök att "rädda" patienten från att dö av svält. Wright och Hacking (2012) såg det maternalistiska vårdandet som personligt och individuellt och skiljde det från hur Peplau såg sjuksköterskans roll som moderssurrogat i den vårdande relationen. I resultatet som framkommer i denna litteraturöversikt uttrycks hur en intensivt och intimt interagerande personal utgör ett bevis för en omvårdande natur, något som liknas vid familjerelationer och upplevs främja alliansen.

### Behandlingens struktur

I resultatet framkommer att personer med AN och samtidig autism kan uppleva att kunskap om samsjukligheten saknas och när behandlingen inte anpassas kan det hindra ett tillfrisknande. Vid anpassad behandling blir både upplevelsen och resultatet av behandlingen

bättre. Dessa fynd stöds av en litteraturöversikt från Westwood och Tchaturia (2017) där det poängterades att närvaron av autistiska symtom vid AN är associerat med sämre behandlingsresultat och svårigheterna innebar behov av behandlingsanpassningar och en mer intensiv behandling.

Ätstörningsvården ur ett genusperspektiv lyfts i resultatet och de behandlingsmodeller som används ses i stort passa både kvinnor och män, men exempelvis arbetsmaterialet stärker känslan av ätstörningsvården som en kvinnodominerad miljö. Könet anses som viktigt men inte som avgörande för känslan inom sig och individanpassning ses som en viktigare faktor. Dessa resultat är samstämmiga med en kanadensisk meta-analys från 2021 av Richardson och Paslakis som specifikt har undersökt mäns upplevelser av ätstörning och ätstörningsbehandling vars slutsats mynnade ut i att ätstörningsbehandlingens fokus ska ligga på individens behov snarare än på kön eller könstillhörighet. Däremot framkom att fler studier på män behövs. I resultatet betonas att ett stort fokus på viktökning upplevs negativt och att det avleder uppmärksamheten från den önskade psykologiska rehabiliteringen. Strategier baserade på belöningar eller straff som ett incitament för viktökning upplevs underminera engagemanget i behandlingen. Det lyfts också att den medicinska professionen fokuserar för mycket på avsaknad av fysiska symtom som en indikation på tillfrisknande istället för upplevelsen av hälsa och välbefinnande. Att etiketteras som "anorektisk" eller "bulimisk" upplevs placera en utanför spannet av "normalt" sjukdomsbeteende och det resulterar i en upplevelse av att vara avvikande. Dessa fynd stöds av SBU:s sammanställning (2019) där patienterna i samtliga systematiska översikter betonade att det var viktigt att behandlingen inte enbart fokuserade på den somatiska återhämtningen med normalisering av vikt och ätande då det ledde till en känsla av att vara reducerad till sin sjukdom. Både positiva och negativa erfarenheter framkommer om gruppbehandling. Att träffa andra patienter med positiva erfarenheter av behandling underlättar processen att bli mer självmedveten och delad förståelse och acceptans av medpatienter värderas högt. Det kan dock upplevas ansträngande och svårt att möta medpatienter som är väldigt sjuka och det är också svårt med gränssättningen till medpatienterna. Resultatet överensstämmer med SBU (2019) där det betonades att ätstörda beteenden riskerade att triggas i vården med andra svårt sjuka och att det då kunde bli en tävling om vem som var mest anorektisk.

KBT är den behandlingsmetod med starkast kunskapsunderlag för patienter med BN, hetsätning och OSFED (SBU, 2019). I resultatet lyfts det som positivt att KBT fokuserar på

nuet och framtiden och syftar till att förändra beteenden. Det upplevs hjälpsamt med redskap som matdagböcker, vilka bidrar till att skapa rutiner och tydliggöra framsteg. För mycket fokus på matövervakning och registrering upplevs dock som hämmande. Psykoedukation, vilket är en central del av KBT (Fairburn, 2008) är hjälpsamt. Dock anses den inte ge tillräckligt djup och fördelarna med ett behandlingsprogram som omfattar flera terapiformer och adresserar ätstörningens komplexitet framhålls.

### Inre processer

I SBU:s sammanställning av systematiska översikter (2019) framkom låg självkänsla, dåligt självförtroende, negativ eller störd kroppsuppfattning och perfektionistiska krav på sig själva som bakomliggande orsaker till sjukdomsutvecklingen. Resultatet visar att det upplevs hjälpsamt när behandlingen bidrar till insikter om ätstörningens bakomliggande orsaker som negativ självbild och låg självkänsla. Att under behandlingen få jobba med självmedvetenheten hjälper patienterna att bli mer medvetna om vad de egentligen behöver och stärker förmågan att kunna kommunicera sina behov. Praktiska övningar i egenvård och att lära sig sätta gränser lyfts som viktigt för läkningsprocessen. I en studie av Steindl m.fl. (2017) framhölls att personer med ätstörning upplevde en högre nivå av skam och självkritik än andra kliniska grupper och de lyfte vidare att dessa patienter skulle gagnas av att träna sig i ett mer medkännande förhållningssätt till sig själva.

Att påbörja behandling skapar ofta en känsla av ambivalens, då det handlar om att bli av med något som är en stor del av identiteten men som på samma gång skapar ett vårdbehov och utgör ett hinder i livet. Det framkommer en oro över att lämna över den kontroll och den säkerhet som ätstörningen ger och förlusten av kontroll ses som ett hot mot personens jag. Att lämna över kontrollen inom behandlingen ses också som ett steg mot att tillfriskna. I SBU:s sammanställning (2019) beskrevs det som en dragkamp mellan en positiv känsla av att ha kontroll och en negativ känsla av att vara kontrollerad av sjukdomen. Zugai m.fl. (2018a) lyfte i sin studie betydelsen av att både sjuksköterskor och patienter engagerade sig i processen att separera personen från sjukdomen. I vårt resultat framkommer att personer med långvarig AN ofta upplever kampen mellan AN och jaget som ett slag förutbestämt att förlora. Det beskrivs en rädsla för behandlingsavslut och en känsla av att behandlingen avslutas när viktåterhämtning gjorts trots att ätstörningssymtom i form av tankar och känslor fortfarande finns kvar eller ibland till och med förvärrats.

## Världen utanför

Resultatet visar att behandlingen kan försvåras av konflikter inom familjen, vilket kan relateras till en studie av Treasure m.fl. (2001). Denna visade att anhöriga till personer med AN hade högre nivåer av stress samt upplevde mer svårigheter i de flesta områden gällande omsorg än närstående till patienter med psykosjukdom. Det framkommer i resultatet att interpersonella relationer och delaktighet i samhället upplevs viktiga för förmågan att hantera sjukdomen efter utskrivning. Schaumberg m.fl. (2017) belyste vikten av hur framtida studier bör undersöka hur närstående kan integreras i vården av vuxna då de i många fall kan vara patientens bästa allierade i behandlingen.

## KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet i litteraturöversikten belyser behovet av individanpassad och flexibel omvårdnad i en kontext som till stor del upplevs styras av det medicinska synsättet och manualbaserade psykologiska behandlingsformer. Den terapeutiska relationen framkom som viktig för motivation och tillfrisknande och sjuksköterskan kan tros ha en betydelsefull roll i att utveckla omvårdnaden för patientgruppen. Detta skulle kunna påverka hur behandlande enheter sätter samman sin personalgrupp. Mer fokus skulle kunna läggas på patientens individuella mål och utformning av kriterier för att utvärdera dessa mål.

## FÖRSLAG FORTSATT FORSKNING

Resultatet i litteraturöversikten belyser flertalet områden där mer forskning möjligen skulle förbättra omvårdnaden av patienter med ätstörningar. Det framkom tydligt att hetsättningsstörning, vilken är den största gruppen inom ätstörningssjukdomarna är underrepresenterad i resultatet där majoriteten av deltagarna i artiklarna var kvinnor med AN. Detsamma gäller genusperspektivet, där fler kvalitativa studier behövs för att belysa de specifika svårigheter som kan härledas till kön och könstillhörighet. Resultatet visar också på behov av ökad kunskap om patienter med neuropsykiatrisk samsjuklighet, så som autism där symtombilderna kan förväxlas och patienter missförstås. Resultatet belyser en diskrepans mellan hur vården tolkar friskhet och patientens upplevelse av att vara frisk, ytterligare ett område öppet för vidare forskning.



## SLUTSATS

Patienter med ätstörningar har ofta en komplex sjukdomsbild med en påtaglig påverkan på livskvaliteten. Den terapeutiska alliansen är central för vårdupplevelsen och relationen till behandlaren framkom som en viktig faktor för motivation och följsamhet i behandling. Att bli sedd som en person, få individanpassad vård och inkluderas i de mål som sätts lyftes som centralt. Ökad självmedvetenhet och självreflektion samt praktiska övningar i egenvård är hjälpsamt i behandlingen. En tvingande miljö och att bli sedd som enbart sin sjukdom tillsammans med alltför stort fokus på viktåterhämtning är direkt hindrande på vägen mot att tillfriskna.

## REFERENSFÖRTECKNING

\*artikel inkluderad i resultatet

- Antoniou, A. S., & Blom, T. G. (2006). The Five Therapeutic Relationships. *Clinical Case Studies*, 5(5), 437–451. <https://doi.org/10.1177/1534650106292668>
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311–330. <https://doi.org/10.1002/eat.23206>
- \*Bannatyne, A., & Stapleton, P. (2018). Eating disorder patient experiences of volitional stigma within the healthcare system and views on biogenetic framing: A qualitative perspective. *Australian Psychologist*, 53(4), 325–338. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1111/ap.12171>
- Bettany-Saltikov, J. & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing: a step-by-step guide*. (2. ed.) London: McGraw-Hill Education/Open University Press
- Dobrescu, S. R., Dinkler, L., Gillberg, C., Råstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2020). Anorexia nervosa: 30-year outcome. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 216(2), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.113>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford publications.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003) Eating disorder. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry*, 9, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-67>
- Foá, C., Bertuol, M., Deiana, L., Rossi, S., Sarli, L., & Artioli, G. (2019). The case/Care Manager in Eating Disorders: The nurse's role and responsibilities. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(11), 17-28. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i11-S.8989>
- Forchuk, C., Westwel, L. J., Martin, M-L., Bamber Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D., & Hux, M. (1998). Factors influencing movement of chronic psychiatric patients from the orientation to the working phase of the nurse-client relationship on an inpatient unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1, 36-44. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1998.tb00998.x>
- \*Fox, J. R., & Diab, P. (2015). An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating Disorders Unit: an Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 27–36. <https://doi.org/10.1177/1359105313497526>

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hay, P. J., & Claudino, A. M. (2015). Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ Clinical Evidence*, 2015, 1009.
- \*Hoskins, J. I., Blood, L., Stokes, H. R., Tatham, M., Waller, G., & Turner, H. (2019). Patients' experiences of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A qualitative investigation. *The International Journal of Eating Disorders*, 52(5), 530–537. <https://doi.org/10.1002/eat.23039>
- Jordan, J., McIntosh, V. V., & Bulik, C. M. (2020). Specialist Supportive Clinical Management for anorexia nervosa: what it is (and what it is not). *Australasian Psychiatry : Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 28(2), 156–159. <https://doi.org/10.1177/1039856219875024>
- Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (1999). Difficulties in treating patients with eating disorders: A review of patients and clinical variables. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 665-670.
- Karam, A. M., Fitzsimmons-Craft, E. E., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2019). Interpersonal Psychotherapy and the Treatment of Eating Disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 42(2), 205–218. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.003>
- Kenardy, J., Brown, W. J., & Vogt, E. (2001). Dieting and health in young Australian women. *European Eating Disorders Review*, 9(4), 242. <https://doi.org/10.1002/erv.388>
- \*Kinnaird, E., Norton, C., Pimblett, C., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). "There's nothing there for guys". Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study. *Eating and Weight Disorders : EWD*, 24(5), 845–852. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00770-0>
- \*Kinnaird, E., Norton, C., Stewart, C., & Tchanturia, K. (2019). Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want from treatment?. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 31(4), 308–317. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1531831>
- Lindvall Dahlgren, C., Wisting, L., & Rø, Ø. (2017). Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders*, 5, 56. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0186-7>
- Linardon, J., Hindle, A., & Brennan, L. (2018). Dropout from cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A meta-analysis of randomized, controlled trials. *The International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 381–391. <https://doi.org/10.1002/eat.22850>

- MacCaughelty, C., Wagner, R., & Rufino, K. (2016). Does being overweight or male increase a patient's risk of not being referred for an eating disorder consult?. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(10), 963–966. <https://doi.org/10.1002/eat.22556>
- Mitchell, J. E., & Peterson, C. B. (2020). Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1343–1351. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1803175>
- National Guideline Alliance (UK). (2017). *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. National Institute for Health and Care Excellence (UK).
- \*Onslow, L., Woodward, D., Hoefkens, T., & Waddington, L. (2016). Experiences of Enhanced Cognitive Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(2), 168–178. <https://doi.org/10.1017/S135246581400068X>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5(1), 210. <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
- \*Pemberton, K., & Fox, J. R. (2013). The experience and management of emotions on an inpatient setting for people with anorexia nervosa: a qualitative study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 226–238. <https://doi.org/10.1002/cpp.794>
- Peplau, H. (1997) Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167.
- \*Pettersen, G., Rosenvinge, J. H., & Wynn, R. (2011). Eating disorders and psychoeducation -patients' experiences of healing processes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 12–18. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00783.x>
- \*Plateau, C. R., Arcelus, J., Leung, N., & Meyer, C. (2017). Female athlete experiences of seeking and receiving treatment for an eating disorder. *Eating Disorders*, 25(3), 273–277. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1269551>
- \*Plateau, C. R., Brookes, F. A., & Pugh, M. (2018). Guided recovery: An interpretative phenomenological analysis of service users' experiences of guided self-help for bulimic and binge eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 310–318. <https://doi-org.esh.idm.oclc.org/10.1016/j.cbpra.2017.08.004>
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård [Elektronisk resurs]*. [Göteborg]: Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor.
- Ramklint, M. (2016). Ätstörningar. I J Herlofson (Red.), *Psykiatri* (sid 443-452). (Upplaga 2). Lund: Studentlitteratur.

- Richardson, C., & Paslakis, G. (2021). Men's experiences of eating disorder treatment: A qualitative systematic review of men-only studies. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 237–250. <https://doi.org/10.1111/jpm.12670>
- \*Robinson, K. J., Mountford, V. A., & Sperlinger, D. J. (2013). Being men with eating disorders: perspectives of male eating disorder service-users. *Journal of Health Psychology*, 18(2), 176–186. <https://doi.org/10.1177/1359105312440298>
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D. G., & Louax, C. (1967). *The Therapeutic Relationship and its Impact*. Madison, WI: University of Wisconsin press.
- Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., Yilmaz, Z., Ehrlich, S., Mustelin, L., Ghaderi, A., Hardaway, A. J., Bulik-Sullivan, E. C., Hedman, A. M., Jangmo, A., Nilsson, I., Wiklund, C., Yao, S., Seidel, M., & Bulik, C. M. (2017). The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association*, 25(6), 432–450. <https://doi.org/10.1002/erv.2553>
- \*Sheridan, G., & McArdle, S. (2016). Exploring Patients' Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective. *Qualitative Health Research*, 26(14), 1988–1997. <https://doi.org/10.1177/1049732315591982>
- Slade, E., Keeney, E., Mavranouzouli, I., Dias, S., Fou, L., Stockton, S., Saxon, L., Waller, G., Turner, H., Serpell, L., Fairburn, C. G., & Kendall, T. (2018). Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(16), 2629–2636. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001071>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406–414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- \*Smith, V., Chouliara, Z., Morris, P. G., Collin, P., Power, K., Yellowlees, A., Grierson, D., Papageorgiou, E., & Cook, M. (2016). The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adult patients' perspectives. *Journal of Health Psychology*, 21(1), 16–27. <https://doi.org/10.1177/1359105313520336>
- Socialstyrelsen. (2019). *Vård av ätstörningar: aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens beredning för medicinsk och social utveckling. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser*.
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2019). *Ätstörningar. En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso- och sjukvårdens perspektiv* (SBU-rapport nr 302)
- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2016). *Behandling av hetsättningsstörning: en systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter* (SBU-rapport nr 248)

- Steindl, S. R., Buchanan, K., Goss, K., & Allan, S. (2017). Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clinical Psychologist*, 21, 62-73. <https://doi.org/0.1111/cp.12126>
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1331–1341. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040582>
- Taylor, C., Graham, A. K., Flatt, R. E., Waldherr, K., & Fitzsimmons-Craft, E. E. (2020). Current state of scientific evidence on Internet-based interventions for the treatment of depression, anxiety, eating disorders and substance abuse: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *European Journal of Public Health*, ckz208. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz208>
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *The Lancet (London, England)*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343–347. <https://doi.org/10.1007/s001270170039>
- Treasure, J., Schmidt, U., & Kan, C. (2019). An illustration of collaborative care with a focus on the role of fathers in Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA). *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1403–1414. <https://doi.org/10.1002/jclp.22789>
- \*Venturo-Conerly, K. E., Wasil, A. R., Dreier, M. J., Lipson, S. M., Shingleton, R. M., & Weisz, J. R. (2020). Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery. *The International journal of eating disorders*, 53(8), 1244–1251. <https://doi.org/10.1002/eat.23331>
- Wallin, U., Sandeberg, A.A., Nilsson, K. & Linné, Y. (2015). *Ätstörningar: kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. (2. uppl.) Sundsvall: Svenska psykiatriska föreningen.
- \*Walker, S., & Lloyd, C. (2011). Issues experienced by service users with an eating disorder: A qualitative investigation. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. <https://doi.org/18.542-549.10.12968/ijtr.2011.18.10.542>
- Welch, M. (2005). Pivotal moments in the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 161-165. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x>
- Westwood, H., & Tchanturia, K. (2017). Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0791-9>
- Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Wright, K. M. (2010). Therapeutic relationship: Developing a new understanding for nurses and care workers within an eating disorder unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 154-161. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00657.x>
- Wright, K. M., & Hacking, S. (2012). An angel on my shoulder: a study of relationships between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01760.x>
- Zeeck, A., Hartmann, A., Buchholz, C., & Herzog, T. (2005). Drop outs from in-patient treatment of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 29–37. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00378.x>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018a). The nature of the therapeutic alliance between nurses and consumers with Anorexia Nervosa in the inpatient setting: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 416–426. <https://doi.org/10.1111/jocn.13944>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2018b). Therapeutic alliance, anorexia nervosa and the inpatient setting: A mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(2), 443–453. <https://doi.org/10.1111/jan.13410>

**BILAGA 1. Sökmatrix**

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Begränsningar</b>	<b>Antal lästa abstrakt</b>	<b>Antal lästa artiklar</b>	<b>Ange antal valda artiklar till resultat, se bilaga 2.</b>
Pubmed	Feeding and eating disorders [MeSH] AND (Treatment (fritext) OR Therapeutics [MeSH]) AND (Treatment Adherence and Compliance [MeSH] OR Patient Dropouts [MeSH] OR Motivation [MeSH] OR Barriers (fritext) OR Experience (fritext)) AND Qualitative research [MeSH]	115	10 år Språk: Engelska, svenska och norska Abstract	115	18	8
Cinahl	MH Eating disorders AND (treatment (fritext) OR therapeutics (fritext)) AND ((MH "Patient Compliance") OR (MH "Patient Dropouts") OR (MH "Motivation") OR barriers (fritext) OR experience (fritext)) AND MH Qualitative studies	56	10 år Språk: Engelska, svenska och norska Vetenskaplig tidskrift/avhandling Abstract	56	5	3
PsycINFO	(DE Eating disorders) AND (DE Treatment OR Therapeutics (fritext)) AND (DE "Treatment Dropouts" OR DE "Treatment Barriers" OR DE "Treatment Compliance" OR DE "Motivation" OR DE "Readiness to change" OR Experience (fritext))	153	10 år Språk: Engelska, svenska och norska Vetenskaplig tidskrift/avhandling	153	9	4



## BILAGA 2. Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Bannatyne m.fl.	Eating Disorder Patient experiences of Volitional Stigma Within the Healthcare System and Views on biogenetic Framing: A Qualitative Perspective	2016, Australien, Australian Psychologist	Syftet var att utforska personer med diagnostiserad ätstörnings erfarenheter av behandling samt deras tankar kring ett biogenetiskt perspektiv på ätstörningar.	35 kvinnor med diagnostiserad ätstörning som är i behandling eller har genomgått behandling. Semi-strukturerade kvalitativa intervjuer med online data-insamling. Tematisk analys.	Resultatet visade att behandlingen kunde upplevas som traumatisk och straffande. Patienterna gav uttryck för att fysiska dimensioner av sjukdomen fick för stort fokus och ville framhålla att tillfrisknande är mer än viktuppgång. Behandling kunde upplevas stigmatiserande vid brist på förståelse. Det framkom en ambivalens gällande att hålla kvar eller släppa taget om sjukdomen. Hjälpsamma behandlare beskrevs som empatiska, förstående och patientcentrerade.
Fox m.fl.	An exploration of the perceptions and experiences of living with chronic anorexia nervosa while an inpatient on an Eating disorder unit: An Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) study	2015, Storbritannien, Journal of Helth Psychology	Syftet var att utforska personer med kronisk anorexias upplevelse av att leva med och behandlas för sin ätstörning.	Sex personer i behandling. 60-90 minuter långa intervjuer utifrån sex breda frågor. Data analyserades enligt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).	Erfarenheter av att förneka sjukdomen och hur det påverkar behandlingsviljan framkom. Ambivalens kring att känna sig trygg med AN kontra tillfrisknande lyftes. Det framkom som viktigt att få stöd i kampen mot sjukdomen genom att behandlare inte lät sig duperas densamma. Det upplevdes hjälpande när behandlare förstod sjukdomens fenomenologi som att leva med en "anorektisk röst".
Hoskins m.fl.	Patient's experience of brief cognitive behavioral therapy for eating disorders: A	2018, Storbritannien , International Journal of Eating Disorders	Syftet var att undersöka patienter med bulimia nervosas upplevelser av behandling med en kortare kbt.	17 patienter med diagnosticerad bulimia nervosa. Patienterna fyllde i frågeformulär och svaren analyserades genom Braun och Clarkes (2006) sex-fas-process av temaanlys dvs bli familjär med datan, skapandet av koder,	Behandlingen hjälpte patienterna att inte känna sig ensamma med sjukdomen. Egenskaper som framhölls som positiva hos behandlarna var förstående, tillgängliga och vårdande och att känna sig trygg med behandlaren underlättade ärlighet. Uppmuntran från behandlare gjorde det

	qualitative investigation			söka efter teman, ser över, definiera och namnge teman och slutligen producera en rapport. Tre eller fler citat under samma etikett skapade ett tema.	lättare att utmana sig. Bemötandet beskrevs som avgörande för kvarstannandet i behandlingen.
Kinnaird m.fl.	“There’s nothing there for guys”. Do men with eating disorders want treatment adaptations? A qualitative study.	2019, Storbritannien, Eating and weight disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity	Syftet med studien var att utforska hur män med diagnosticerad ätstörning upplever behandling.	14 vuxna män med diagnosticerad ätstörning som hade fått behandling eller hade en pågående behandling inkluderades (7 med AN, 4 med BN, 2 med BED och 1 med EDNOS). Metoden var semistrukturerad intervju som utforskade upplevelser av behandling samt genusperspektiv. Dataanalysen var tematisk. En deduktiv ansats valdes med målet att relatera fynden till tidigare forskning inom området som hade format frågorna till intervjun. Därefter kodades datan och teman och subteman skapades.	En personcentrerad vård föredrogs framför en könscentrerad. Det framkom en känsla av att vara udda som man inom ätstörningsvården. Behandlingsmiljön beskrevs ha en kvinnlig prägel vilket bidrog till en känsla av utanförskap.
Kinnard m.fl.	Same behaviours, different reasons: what do patients with co-occurring anorexia and autism want for treatment?	2019, Storbritannien, International Review of Psychiatry	Syftet med studien var att undersöka var att utforska personer med anorexia nervosa med autistiska drag och deras erfarenheter av ätstörningsbehandling och deras syn på vad som behöver ändras.	13 personer med anorexia nervosa samt autistiska drag inkluderades. Semistrukturerade intervjuer med hjälp av en ämnesguide (15-45 min) utfördes. Datan analyserades genom tematisk analys. Tre teman identifierades som speglade dessa mönster.	När autistiska drag tolkades som ätstörningen uppstod missförstånd. Okunskap om autism påverkade relationen till behandlarna. Autistiska patienter behöver ett flexibelt och individualiserat arbetssätt som tar hänsyn till autismen. När de autistiska dragen uppmärksammades sågs det som viktigt och positivt. När behandlingen anpassades till autismen blev upplevelsen av behandlingen bättre och gav bättre resultat.
Onslow m.fl.	Experiences of Enhanced Cognitive	2016, Wales, Behavioural	Syftet med studien var att utforska patienters erfarenheter av KBT-e.	Semistrukturerade intervjuer med 8 patienter diagnosticerade med bulimia nervosa och data	Självmonitorering ökade medvetenhet av kognitiva emotionella triggers. KBT kunde inte tillräckligt djup för att ändra negativa

	Behaviour Therapy for Bulimia Nervosa	and Cognitive Psychotherapy		analyserades enligt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA).	kärnpunkter, vilket ledde till kvarvarande svårigheter med självbilden. Avgörande för att kvarstannande i behandling var ett icke-dömande bemötande. Tillfrisknande sågs som en process där man hanterar återfall genom terapeutiska verktyg.
Pemberton m.fl.	The experience and Management of Emotions on an Inpatient Setting for People with Anorexia Nervosa: A Qualitative Study.	2013, Storbritannien, Clinical Psychology and Psychotherapy	Syftet med studien var att förstå viktiga faktorer i vården och känslomässigt management(?) för personer med ätstörningar på en heldygnsvårdsavdelning.	Semistrukturerade intervjuer med 8 patienter diagnostiserade med anorexia nervosa. Intervjuerna transkriberades och därefter analyserades med kvalitativ metod som var baserad på IPA-analys men med teoretisk komponent,	Förväntningarna på vården var höga och det upplevdes utmanande när standarden inte uppnåddes. Personalen upplevdes ha svårt att skilja beteenden som var relaterade till ätstörningen som att ljuga från personliga karaktäristika som att vara en lögnare, vilket upplevdes negativt. Att bemötas som jämbördig utan dominans och kontroll bidrog till positiva erfarenheter av behandling. Oförutsägbarhet i behandlingen kunde leda till en känsla av att inte bli tillräckligt väl omhändertagen eller avvisad, vilket upplevdes stressande.
Pettersen m.fl.	Eating disorders and psychoeducation – patients experiences of healing processes.	2011, Norge, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Syftet var att beskriva patienters erfarenheter av ett psykoedukativt behandlingsprogram och de helande faktorer och processer som det kan främja.	13 kvinnor som deltagit i ett behandlingsprogram vid ett ätstörningscentrum deltog i kvalitativa intervjuer om en till två timmar vardera. En innehållsanalys följde som resulterade i sex kategorier.	Att träffa andra patienter med positiva erfarenheter var hjälpande och det upplevdes positivt att få dela och ta del av andras historier. Gruppträffar kunde ge en känsla av hopp om att allt kan bli bättre. Det kunde vara ansträngande att möta väldigt sjuka medpatienter och gränssättning kunde då kännas svår. De upplevde snabba kast mellan förtvivlan över ätstörda beteenden samtidigt som ätstörningen sågs tröstande och trygg. Att främja egenvård var utmanande men det var positivt att lära sig ta hand om sig själv.
Plateau m.fl.	Female athlete experiences of seeking and receiving treatment for an eating disorder.	2017, Storbritannien, Eating disorders	Syftet var att undersöka atleters erfarenheter av att söka och genomgå behandling för en ätstörning. Vilka utmaningar finns?	13 kvinnliga atleter som tävlar eller har tävlat på regional, nationell eller internationell nivå och som genomgick behandling för en ätstörning. Deltog i semistrukturerade intervjuer som	Det framkom en upplevelse av att behandlingen inte var anpassad åt personer som ägnade sig åt elitidrott, vilket påverkade motivationen i behandlingen negativt. Träningsrestriktioner upplevdes svåra och de önskade mer stöd gällande träning och nutrition under

				analyserades genom tematisk analys, där tre teman identifierades.	behandlingen. Det framkom en uttalad oro för återfall.
Plateau m.fl.	Guided Recovery: An Interpretative Phenomenological Analysis of Service Users' Experiences of Guided Self-Help for Bulimic and Binge Eating Disorders.	2018, Storbritannien, Cognitive and Behavioral Practice.	Syftet var att nå en djupare förståelse för patienters erfarenheter av att engagera sig i KBT-guidad självhjälp.	Fyra kvinnor med diagnostiserad ätstörning (BED, BN och OSFED) som genomgått KBT-GSH intervjuades individuellt under 45-60 minuter. Datan analyserades med Interpretativ Phenomenologisk Analys och mynnade ut i tre teman.	Icke-dömande bemötande framkom som centralt och ömsesidighet i relationen till behandlaren skapade en positiv behandlingsupplevelse. Det upplevdes positivt att inte längre vara ensam. Att släpa taget och lämna över kontrollen till behandlaren kunde upplevas positivt och främjade självmedvetenhet.
Robinson m.fl.	Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service users	2012, Storbritannien, Journal of Health Psychology	Syftet med studien var att utforska erfarenheter hos män som har pågående behandling på ätstörningsenhet. Studien syftade till att adressera 3 frågor. 1) Hur är det för män att leva med en ätstörning? 2) Hur är det för män att söka behandling för en ätstörning? 3) Hur är det för män att få behandling för en ätstörning?	Semistrukturerade intervjuer utfördes med män från två olika ätstörningsenheter. Varje intervju tog ca 60-90 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades. Analysmetoden var IPA teknik av Smith et al.	Deltagare ville känna sig lyssnade på och förstådda av behandlare och upplevde det svårt när det inte var så. När de kände sig lyssnade på var det mycket hjälpsamt. Det fanns en känsla av att ha en ätstörning gjorde kvinnor och män mer lika än olika, att de har samma utmaningar i behandlingen. Det fanns också en idé om att varje individ hade sin unika utmaning som skiljde dem från andra att könet blev irrelevant. Att samla ätstörda tillsammans upplevdes vara mer skadande än att vara den enda mannen. Men att vara ensam man innebar också svårigheter.
Sheridan m.fl.	Exploring Patients' Experiences of Eating Disorder Treatment Services From a Motivational Perspective	2016, Irland, Qualitative Health Research	Syftet var att utforska upplevelser av behandling hos patienter med ätstörning som är i eller har genomgått specialiserad ätstörningsvård samt att utforska faktorer som påverkade motivation.	Semistrukturerade intervjuer med 14 kvinnor diagnostiserade med ätstörning (AN, BN och OSFED). Interpretativ tematisk analys med både induktiv och deduktiv metod användes för analysen.	Stödjande interpersonell relation med behandlaren påverkade viljan att engagera sig i behandlingen. En hemlik vårdmiljö upplevdes minska stress och främja hälsa och normalitet, vilket sågs som bidragande till engagemang i behandlingen. En hemlik vårdmiljö underlättade övergången till hemmet. Att bli inkluderad i behandlingen och i de mål som sätts bidrog till en positiv behandlingsupplevelse. Strategier

			De tematiska fynden kopplades till en teori om mänsklig motivation, SDT.		baserade på belöningar eller straff som ett incitament för viktökning underminerade engagemanget i behandlingen och påverkade patienternas välmående negativt.
Smith m.fl.	The experience of specialist inpatient treatment for anorexia nervosa: A qualitative study from adults perspectives	2016, Storbritannien, Journal of Health Psychology	Syftet med studien var att undersöka erfarenheter av inläggande specialistbehandling av kvinnor med anorexia nervosa	Semistrukturerade intervjuer utfördes med 21 kvinnor diagnostiserade med anorexia nervosa. Intervjuerna tog mellan 15-60 minuter. En tematisk analys enligt Braun och Clarke (2006) utfördes på transkriberingarna. Slutligen skapades teman och subteman.	Resultatet lyfter att ett bristande stöd efter utskrivning påverkade tilltron till att kunna vidmakthålla ett tillfrisknande. Behandlingen gav en förbättrad självkänsla och beskrevs som en process som separerade ätstörningen från den egna identiteten. Tillfrisknandet upplevdes som en kontinuerlig kamp mot kvarvarande ätstörningssymtom och att behöva förhandla med sina tankar vid varje måltid. Att lämna över kontrollen inom behandlingen gav lättnad från ansvar i ritualer och rutiner. En ständig jämförelse med medpatienter kunde påverka negativt.
Venturo-Conerly m.fl.	Why I recovered: A qualitative investigation of factors promoting motivation for eating disorder recovery	2020, USA, International Journal of Eating Disorders	Syftet med studien var att utforska vad personer med ätstörning upplever påverkar motivation för tillfrisknande.	13 kvinnor med diagnostiserad ätstörning som genomgått behandling deltog i semi-strukturerade intervjuer. Datan kodades för teman och subteman genom tematisk analys.	Resultatet beskriver hur andra personer och grupper upplevdes påverka motivationen att tillfriskna, exempelvis genom sina attityder, bemötande och stöd respektive brist på stöd. Inflytelserika omständigheter som skolresultat, karriär och familjebildning upplevdes öka behandlingsmotivationen. Framtidstro och förpliktelser gentemot andra påverkade följsamheten i behandlingen positivt och ökade motivationen att tillfriskna.
Walker m.fl.	Issues experienced by service users with an eating disorder: a qualitative investigation	2011, Australien, International Journal of Therapy and Rehabilitation	Syftet var att utforska patienters erfarenheter av ätstörningsbehandling.	Sex kvinnor med diagnostiserad ätstörning deltog i en fokusgrupp med semi-strukturerat format. Dataanalysen följde Consensual Qualitative Research (CQR).	Tankar kring att inte andra skulle förstå upplevdes hindra från att berätta och söka stöd under behandlingen. Det blev ibland konfliktfyllt när anhöriga ville involveras i behandlingen men inte visste hur. Patienter upplevde tvivel kring huruvida de var sjuka i ätstörningen om vikten inte var tillräcklig låg för inläggande vård.

**BILAGA 3. Söksträng Pubmed 210207**

Sökord	Antal träffar
1 Feeding and eating disorders [MeSH]	31 388
2 Treatment (fritext) OR Therapeutics [MeSH]	11 596 434
3 Treatment Adherence and Compliance [MeSH] OR Patient Dropouts [MeSH] OR Motivation [MeSH] OR Barriers (fritext) OR Experience (fritext)	1 513 538
4 Qualitative research [MeSH]	60 187
5 1 AND 2 AND 3 AND 4 Med filter: 10 år, på inkluderade språk, med abstract	115

**BILAGA 4. Söksträng Cinahl 210206**

Sökord	Antal träffar
1 (MH "Eating disorders")	9969
2 treatment (fritext) OR therapeutics (fritext)	1 514 071
3 (MH "Patient Compliance") OR (MH "Patient Dropouts") OR (MH "Motivation") OR barriers (fritext) OR experience (fritext)	510 819
4 (MH "Qualitative studies")	118 991
5 1 AND 2 AND 3 AND 4 Med filter: 10 år, engelska, svenska, norska, Vetenskaplig tidskrift/avhandling, abstract	56

**BILAGA 5. Söksträng PsycINFO 210208**

Sökord	Antal träffar
1 DE "Eating disorders"	16 840
2 DE Treatment OR Therapeutics (fritext)	254 912
3 DE "Treatment Dropouts" OR DE "Treatment Barriers" OR DE "Treatment Compliance" OR DE "Motivation" OR DE "Readiness to change" OR Experience (fritext)	692 773
4 1 AND 2 AND 3 Med filter: 10 år, engelska, norska och svenska, Vetenskaplig tidskrift/avhandling	153