

Nationella riktlinjer 2024

Bilaga: Kunskapsunderlag

Ätstörningar

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, maj 2024

Förord

Socialstyrelsen har i detta dokument samlat alla rekommendationer och tillhörande kunskapsunderlag för de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid ätstörningar.

För varje rekommendation finns ett kunskapsunderlag med bästa tillgängliga kunskap. Kunskapsunderlaget har använts som underlag vid prioriteringen och formuleringen av rekommendationer (läs mer om nationella riktlinjer och prioriteringar på www.socialstyrelsen.se). Vi visar även i detta dokument de underlag som inte lett till rekommendationer.

Den bästa tillgängliga kunskapen har sammanställts utifrån vad som har kommit fram i systematiska litteratursökningar i vetenskapliga databaser, manuell genomgång av referenslistor och kontakt med experter samt efterföljande evidensgradering enligt GRADE. För ett antal åtgärder är den bästa tillgängliga kunskapen systematisk insamling av erfarenhetsbeprövad kunskap. För ett antal rekommendationer finns även ett hälsoekonomiskt underlag.

Dokumentet har inte korrekturlästs, varför det kan finnas vissa språkliga och andra formmässiga fel.

Sofia von Malortie
Enhetschef
Enheten för Nationella riktlinjer och screening

Innehåll

Förord	3
Kompetensutveckling och expertstöd till personal	6
Id O1: Kompetensutveckling om ätstörningar	6
Id O2: Konsultation från psykiatri	15
Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning.....	22
Id O7: Övergången från barn- till vuxensjukvård.....	22
Id O16: Samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas	30
Id O6: Säkerställa grundläggande stöd för personer med behov.....	37
Id O8: Uppmärksamma munhälsan	46
Id: O3: Interventionsprogram för att förebygga ätstörning	52
Id: O5: Närståendestöd	70
ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning.....	127
Id AR1: Utveckla rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning.....	127
Id AR3: Matträning	134
Id AR5: KBT	143
Id AR4: Familjebaserad terapi anpassad för ARFID	151
Id AR2: Multiprofessionellt arbetssätt.....	160
Anorexi	168
Id AN2: Familjebaserad terapi för barn och ungdomar	168
Id AN3.2: KBT anpassad för behandling av ätstörning för ungdomar	180
Id AN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning för vuxna.....	189
Id AN3.1: Åldersanpassad familjebaserad terapi för unga vuxna	193
Id AN1: Insats med utökat motiverande inslag i behandlingen	202
Id AN8: Tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel	220
Id AN11: Förstärkt öppenvård.....	235
Id AN9: Individanpassat stöd för långvarigt sjuka	251
Id AN10: Självvald inläggning för personer som varit långvarigt sjuka...	259
Hetsättningsstörning	266
Id H4: KBT anpassad för behandling av ätstörning	266
Id H7: IPT	278
Id H3: Behandling med SSRI.....	281
Id H5: KBT i grupp	288
Id H1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd.....	295

Id H6: Ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk	317
Bulimi.....	321
Id BN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning.....	321
Id BN9: Familjebaserad terapi.....	335
Id BN7: IPT.....	343
Id BN3: Behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin.....	349
Id BN6: Ätstörningsanpassad KBT delvis som distanskontakt via videolänk	368
Id BN1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd	375
Behandlingshinder och risk för återfall.....	394
Id O9: Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet	394
Id: O13: Behandling för personer med otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik	402
Id O15: Boostersessioner för personer som drabbats av bakslag eller försämring.....	417
Id O12: ACT som tilläggsbehandling vid kvarstående svårt kroppsmissnöje	424
Underlag som inte lett till rekommendationer	437
Id O10 Delat beslutsfattande för barn och vuxna med ätstörning	437
Id O11: Mandometermetoden för barn och vuxna med ätstörning	441
Id O14: Strukturerad uppföljning för barn och vuxna som har friskförklarats från ätstörning.....	452
Id AN5: RO-DBT för ungdomar och vuxna med anorexi	458
Id AN6: MANTRA för vuxna med anorexi.....	461
Id AN7: SSCM för ungdomar och vuxna med anorexi	472
Id H8: DBT för ungdomar och vuxna med hetsätningsstörning	491
Id H9: Familjebaserad terapi för ungdomar och unga vuxna med hetsätningsstörning	495
Id BN2: Behandling med centralstimulantia för ungdomar och vuxna med bulimi	498
Id BN5: KBT i grupp för ungdomar och vuxna med bulimi	504
Id BN8: DBT för ungdomar och vuxna med bulimi.....	511

Kompetensutveckling och expertstöd till personal

Id O1: Kompetensutveckling om ätstörningar

Tillstånd: Misstänkt eller fastställd ätstörning

Åtgärd: Kompetensutveckling om ätstörningar till personal inom hälso- och sjukvård (exempelvis elev- och studenthälsa, ungdomsmottagning, primärvård, barn- och mödrahälsovård och tandvård) och socialtjänst

Prioritet: 2

Motivering: Bättre kunskap om symtom och bemötande kan leda till att fler personer med ätstörningar upptäcks och får rätt insatser, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Tidiga insatser kan minska lidande och förebygga allvarlig sjukdom. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Själrensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Åtgärden: Åtgärden syftar till att höja kompetensen hos den personal inom hälso- och sjukvård¹ (inklusive tandvård) och socialtjänst som möter personer med misstänkt eller diagnosticerad ätstörning [1]. Kompetenshöjningen bör innehålla information och kunskap om förekommande diagnoser, typiska symtom, förekomst av samsjuklighet, möjliga insatser och hur man ska bemöta personerna på rätt sätt. Åtgärden omfattar inte utbildning om enskilda behandlingsmetoder. Åtgärden inkluderar olika typer av utbildningar, föreläsningar och skriftligt material utifrån behov och förutsättningar hos målgruppen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av kompetensutveckling om ätstörning till personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att kompetensutveckling om ätstörningar till personal inom hälso- och sjukvård (exempelvis elev- och studenthälsa, ungdomsmottagning, primärvård, barn- och mödrahälsovård och tandvård) och socialtjänst leder till:

- att fler personer med ätstörning upptäcks och får insatser
- att fler personer med ätstörning får ett bättre bemötande.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ) eller randomiserade kontrollerade studier (RCT). En SÖ och fem RCT studier lästes i fulltext men exkluderades därefter. I granskningen inkluderas således inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

I en SÖ från 2020 av Lenton-Brym et al. [2] fick primärvårdspersonal en utbildningsintervention i form av en instruktionsvideo, men utfallsmåtten mättes enbart hos personalen. Även Raffoul et al. (2022) [3] genomförde en

¹ Åtgärden riktas mot de delar av hälso- och sjukvården där kunskap om ätstörningar behöver öka. Patienternas första vårdkontakt är ofta inom verksamheter där kunskapen är bristfällig enligt Socialstyrelsens rapport *Vård av ätstörningar: Aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården* från 2019. Exempelvis rör det sig om elev- och studenthälsan, ungdomsmottagningar, primärvården, barn- och mödrahälsovården, samt tandvården.

utbildningsintervention bland primärvårdspersonal, men mätte endast attityder och kunskap hos deltagarna och inga utfall bland patienter mättes.

Två studier av DeBate med kollegor (2013, 2017) [4, 5] lästes, men studien från 2013 [5] mätte endast kunskap, attityder och self-efficacy hos tandläkar- och tandhygieniststudenter och inga utfall i patientgrupp mättes. Studien från 2017 [4] var en metodöversikt (ej empirisk studie).

McVey et al. (2009) [6] genomförde en utbildning bland lärare och primärvårdspersonal som arbetade i skolan, och attityder, kunskap och self-efficacy mättes, men inga utfall bland patienter eller elever.

I studien av Chally (1998) [7] utbildades lärare om ätstörningsprevention och sedan mättes kunskap och attityder samt antal elever som bedömdes vara i riskzon under två månader efter interventionen. Inga utfall mättes hos elever presenterades.

Samtliga exkluderade studier visade viss effekt till förmån för interventionen jämfört med kontrollgrupp, men framförallt utfallen låg utanför PICO.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Ökad kompetensutveckling om ätstörningar riktad till personal inom angivna verksamheter leder till att fler personer med ätstörning upptäcks och får insatser jämfört med om personal inte får sådan kompetensutveckling.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom:

- 99,7 procent av 358 svarande instämde i påståendet inom hälso- och sjukvård (exempelvis ungdomsmottagning, primärvård och barn- och mödrahälsovård)
- 99 procent av 343 svarande instämde i påståendet inom elev- och studenthälsa
- 98 procent av 284 svarande instämde i påståendet inom tandvård
- 96 procent av 248 svarande instämde i påståendet inom socialtjänst.

Påstående 2: *Ökad kompetensutveckling om ätstörningar riktad till personal inom angivna verksamheter leder till att fler personer med ätstörning får ett bättre bemötande jämfört med om personal inte får sådan kompetensutveckling.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom:

- 99 procent av 352 svarande instämde i påståendet inom hälso- och sjukvård (exempelvis ungdomsmottagning, primärvård och barn- och mödrahälsovård)
- 99 procent av 337 svarande instämde i påståendet inom elev- och studenthälsa
- 98 procent av 287 svarande instämde i påståendet inom tandvård

- 97 procent av 261 svarande instämde i påståendet inom socialtjänst.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kompetensutveckling om ätstörningar riktad till personal inom hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer med misstänkt eller fastställd ätstörning, jämfört med om ingen sådan kompetensutveckling ges, på möjligheten till upptäckt, andel som får behandling, patientens upplevda hälsa efter interventionen och patientens upplevelse av vården?

- Population/tillstånd: Misstänkt eller fastställd ätstörning
- Intervention/åtgärd: Kompetensutveckling om ätstörningar till personal inom hälso- och sjukvård (exempelvis elev- och studenthälsa, ungdomsmottagning, primärvård, barn- och mödrahälsovård och tandvård) och socialtjänst
- Kontrollgrupp: Ingen kompetensutveckling
- Utfallsmått:
- Primära: Upptäckt, andel som får behandling, patientens upplevda hälsa efter interventionen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdocumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	53
Artiklar som lästes i fulltext	6
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-01

Ämne: Kompetensutveckling om ätstörning till personal inom hälso- och sjukvård (exempelvis elevhälsa, ungdomsmottagning, primärvård, MVC/BVC)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR ednos[tiab] OR osfed[tiab] OR avoidant-restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab]) NOT Medline[sb])	42609
2.	Mesh/FT	"Professional Competence"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR "Education"[Mesh:NoExp] OR "Education, Continuing"[Mesh] OR "Competency-Based Education"[Mesh] OR "Inservice Training"[Mesh] OR "Staff Development"[Mesh] OR "Education, Professional"[Mesh] OR Education, Medical, Continuing[Mesh] OR "Health	4350529

		Personnel/education"[Mesh] OR Program Evaluation[Mesh] OR Program Development[Mesh] OR "Curriculum"[Mesh:NoExp] OR "Competency-Based Education"[Mesh] OR "Problem-Based Learning"[Mesh] OR "Simulation Training"[Mesh] OR "Attitude of Health Personnel"[Mesh] OR "Knowledge"[Mesh] OR "Health Knowledge, Attitudes, Practice"[Mesh] OR educat*[tiab] OR attitude*[tiab] OR knowledge[tiab] OR know[ti] OR awareness[tiab] OR aware[ti] OR confiden*[tiab] OR skill*[tiab] OR train*[tiab] OR competenc*[tiab] OR program*[tiab] OR learn*[tiab] OR curricul*[tiab] OR simulation-based[tiab] OR workshop*[tiab]	
3.	Mesh/FT	"Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Family Nurse Practitioners"[Mesh] OR ((primary care[tiab] OR primary health care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR general practice[tiab] OR GP[tiab] OR general practitioner*[tiab] OR general physician*[tiab] OR family physician*[tiab] OR family practitioner*[tiab] OR family nurs*[tiab] OR primary care nursing[tiab]) NOT Medline[sb]) OR practitioner*[ti] OR clinician*[ti] OR provider*[ti] OR doctor*[ti] OR health professional*[ti] OR healthcare professional*[ti] OR physician*[ti] OR GP[ti]	511144
4.	Mesh/FT	"Maternal Health Services"[Mesh] OR "Child Health Services"[Mesh] OR "Adolescent Health Services"[Mesh] OR "Adolescent Medicine"[Mesh] OR "School Health Services"[Mesh] OR "Women's Health Services"[Mesh] OR "School Nursing"[Mesh] OR "Pediatrics"[Mesh] OR "Transition to Adult Care"[Mesh] OR "Pediatric Nursing"[Mesh] OR "Pediatric Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Nurses, Pediatric"[Mesh] OR School-based health center*[tiab] OR school health service*[tiab] OR school-based health service*[tiab] OR school nursing[tiab] OR school nurse*[tiab] OR child health service*[tiab] OR child healthcare[tiab] OR child health care[tiab] OR adolescent health care[tiab] OR adolescent healthcare[tiab] OR adolescent health service*[tiab] OR youth health care[tiab] OR youth healthcare[tiab] OR youth health service*[tiab] OR women health care[tiab] OR women healthcare[tiab] OR women health service*[tiab] OR maternal health care[tiab] OR maternal healthcare[tiab] OR maternal health service*[tiab] OR pediatrician*[tiab] OR pediatric nurs*[tiab] OR pediatric care[tiab] OR pediatric practice*[tiab] OR paediatric*[tiab] OR pediatric[tiab]	576960
5.		3 OR 4	1057633
6.		practitioner*[tiab] OR clinician*[tiab] OR provider*[tiab] OR doctor*[tiab] OR professionals[tiab] OR physician*[tiab] OR GP[tiab] OR nurs*[tiab] OR pediatrician*[tiab] OR midwives[tiab] OR staff[tiab] OR personnel*[tiab]	1894496
7.		1 AND 2 AND 5 AND 6	478
8.		6 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-	9

analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])

9.	6 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR control condition[tiab]) NOT Medline[sb])	26
----	--	-----------

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO
Datum: 2023-03-31
Ämne: Kompetensutveckling om ätstörning till personal inom hälso- och sjukvård (exempelvis elevhälsa, ungdomsmottagning, primärvård, MVC/BVC)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR (MM "Eating Disorders") OR (MM "Anorexia Nervosa") OR (MM "Binge Eating Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia") OR (MM "Bulimia Nervosa") OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	73236
2.	Mesh/FT	(MM "Education") OR (MH "Education, Clinical+") OR (MH "Curriculum+") OR (MM "Education, Continuing") OR (MH "Education, Graduate+") OR (MH "Education, Medical+") OR (MH "Internship and Residency+") OR (MM "Knowledge") OR (MM "Professional Knowledge") OR (MH "Learning Methods+") OR (MM "Outcomes of Education") OR (MH "Program Development+") OR (MH "Employee Orientation") OR (MM "Staff Development") OR (MH "Teaching+") OR (MM "Seminars")	3243116

and Workshops") OR (MM "Teaching Methods, Clinical") OR (MM "Professional Competence") OR (MM "Clinical Competence") OR TI (educat* OR knowledge OR skill* OR training OR competenc* OR program* OR learn* OR curricul* OR workshop*) OR AB (educat* OR knowledge OR skill* OR training OR competenc* OR program* OR learn* OR curricul* OR workshop*)

3.	Mesh/FT	TI (practitioner* OR clinician* OR provider* OR doctor* OR professionals OR physician* OR GP OR nurs* OR pediatrician* OR midwives OR staff OR personnel*) OR AB (practitioner* OR clinician* OR provider* OR doctor* OR professionals OR physician* OR GP OR nurs* OR pediatrician* OR midwives OR staff OR personnel*)	2058060
4.	Mesh/FT	(MH "Primary Health Care") OR (MH "Maternal Health Services") OR (MH "Student Health Services") OR (MH "School Health Services") OR (MH "Pediatric Care") OR (MH "Women's Health Services") OR TI ("School-based health center*" OR "school health service*" OR "school-based health service*" OR "school nursing" OR "school nurse*" OR "child health service*" OR "child healthcare" OR "child health care" OR "adolescent health care" OR "adolescent healthcare" OR "adolescent health service*" OR "youth health care" OR "youth healthcare" OR "youth health service*" OR "women health care" OR "women healthcare" OR "women health service*" OR "maternal health care" OR "maternal healthcare" OR "maternal health service*" OR paediatric* OR pediatric* OR "primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "general practice" OR "primary care" OR "family practice" OR "oral health") OR AB ("School-based health center*" OR "school health service*" OR "school-based health service*" OR "school nursing" OR "school nurse*" OR "child health service*" OR "child healthcare" OR "child health care" OR "adolescent health care" OR "adolescent healthcare" OR "adolescent health service*" OR "youth health care" OR "youth healthcare" OR "youth health service*" OR "women health care" OR "women healthcare" OR "women health service*" OR "maternal health care" OR	447547

"maternal healthcare" OR
 "maternal health service*" OR
 paediatric* OR pediatric* OR
 "primary care" OR "primary health
 care" OR "primary healthcare" OR
 "general practice" OR "primary
 care" OR "family practice" OR
 "oral health")

5.	1 - 4 AND English	362
6.	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta- analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta- analyses" OR "meta-analytic review")	11
7.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross- over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	23

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Lenton-Brym T, et al. [2]	Interventionen och utfallsmått inte relevanta
Raffoul A, et al. 2022 [3]	Ej relevanta utfallsmått
DeBate R.D, et al. 2017 [4]	Ej relevanta utfallsmått
DeBate R.D, et al. 2013 [5]	Ej relevanta utfallsmått
McVey G, et al. 2009 [6]	Ej relevanta utfallsmått

Referenser

1. Vård av ätstörningar: aktuellt kunskapsläge och behov av kunskapsstöd hos hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2019.
2. Lenton-Brym T, Rodrigues A, Johnson N, Couturier J, Toulany A. A scoping review of the role of primary care providers and primary care-based interventions in the treatment of pediatric eating disorders. *Eat Disord.* 2020; 28(1):47-66.
3. Raffoul A, Vitagliano JA, Sarda V, Chan C, Chwa C, Ferreira KB, et al. Evaluation of a one-hour asynchronous video training for eating disorder screening and referral in U.S. Pediatric Primary Care: A pilot study. *Int J Eat Disord.* 2022; 55(9):1245-51.
4. DeBate RD, Bleck JR, Raven J, Severson H. Using Intervention Mapping to Develop an Oral Health e-Curriculum for Secondary Prevention of Eating Disorders. *Journal of Dental Education.* 2017; 81(6):718-25.
5. DeBate RD, Severson HH, Cragun DL, Gau JM, Merrell LK, Bleck JR, et al. Evaluation of a theory-driven e-learning intervention for future oral healthcare providers on secondary prevention of disordered eating behaviors. *Health Educ Res.* 2013; 28(3):472-87.
6. McVey G, Gusella J, Tweed S, Ferrari M. A controlled evaluation of web-based training for teachers and public health practitioners on the prevention of eating disorders. *Eat Disord.* 2009; 17(1):1-26.
7. Chally PS. An eating disorders prevention program. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 1998; 11(2):51-60.

Id O2: Konsultation från psykiatri

Tillstånd: Misstänkt eller fastställd ätstörning

Åtgärd: Konsultation där psykiatri stödjer och samarbetar med övrig hälso- och sjukvård (exempelvis elev- och studenthälsa, ungdomsmottagning, primärvård, barn- och mödrahälsovård och tandvård) och socialtjänst

Prioritet: 4

Motivering: Stöd och samarbete främjar en helhetssyn i vårdkedjan. Om personal i övrig hälso- och sjukvård har möjlighet att få enklare råd och stöd från psykiatri gör det att fler personer med ätstörningar upptäcks och får rätt insatser, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Det kan i sin tur leda till att fler patienter får behandling på rätt vårdnivå. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självremsning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Åtgärden: Åtgärden innebär att den specialiserade vården vid ätstörning inom psykiatri ger konsultativt stöd och enklare rådgivning till övriga verksamheter inom hälso- och sjukvården, inklusive tandvården, och socialtjänsten kring patienter med ätstörning. Personerna som konsulteras bör ha goda kunskaper om diagnoserna, bemötande och kring olika insatser och behandlingar. Åtgärden avser inte fysisk konsultation vid patientmöte, utan enklare konsultativa stödinsatser. Åtgärden förutsätter att övriga hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten vet att det finns möjlighet till konsultation, vilken kontaktväg och att det utförs patientsäkert.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av konsultation där psykiatrin stödjer och samarbetar med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer med ätstörning leder konsultation med psykiatrin om ätstörningar för personal inom hälso- och sjukvård inklusive tandvård, elev- och studenthälsa och socialtjänst till:

- att fler personer med ätstörning upptäcks och får insatser
- att fler personer med ätstörning får ett bättre bemötande.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), randomiserade kontrollerade studier (RCT) eller observationsstudier med kontrollgrupp. Fyra SÖ och en RCT studie lästes i fulltext men exkluderades därefter. I granskningen inkluderas således inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

Av de fyra SÖ som lästes i fulltext så var det tre stycken som exkluderades eftersom de inte hade relevanta interventioner (Otis et al 2022 [1], Cadwallader et al 2016 [2] och Hay et al 2014 [3]). Studien av Hay et al 2014 [3] sade sig också vara en nationell klinisk riktlinje. Den fjärde översikten, av Thein-Nissenbaum et al från 2017 [4], visade sig vara en litteraturöversikt och exkluderades därför.

En RCT av Wilfley et al från 2020 [5] lästes i fulltext men exkluderades eftersom utfallsmåtten mättes som utveckling hos terapeuten, medan inga utfall mättes hos patientgruppen.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Konsultation med psykiatrin om ätstörningar för personal inom angivna verksamheter leder till att fler personer med ätstörning upptäcks och får insatser jämfört med om möjligheten till konsultation saknas.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom:

- 95 procent av 321 svarande instämde i påståendet inom hälso- och sjukvård (exempelvis ungdomsmottagning, primärvård och barn- och mödrahälsovård)
- 96 procent av 300 svarande instämde i påståendet inom elev- och studenthälsa
- 94 procent av 230 svarande instämde i påståendet inom tandvård
- 94 procent av 231 svarande instämde i påståendet inom socialtjänst

Påstående 2: *Konsultation med psykiatrin om ätstörningar för personal inom angivna verksamheter leder till att fler personer med ätstörning får ett bättre bemötande jämfört med om möjligheten till konsultation saknas.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom:

- 95 procent av 310 svarande instämde i påståendet inom hälso- och sjukvård
- 94 procent av 290 svarande instämde i påståendet inom elev- och studenthälsa
- 93 procent av 232 svarande instämde i påståendet inom tandvård
- 94 procent av 231 svarande instämde i påståendet inom socialtjänst

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har konsultation där psykiatrin stödjer och samarbetar med övrig hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer med misstänkt eller fastställd ätstörning, jämfört med ingen konsultation, på upptäckt, andel som får behandling, patientens upplevda hälsa efter interventionen och patientens upplevelse av vården?

- Population/tillstånd: Misstänkt eller fastställd ätstörning
- Intervention/åtgärd: Konsultation där psykiatrin stödjer och samarbetar med övrig hälso- och sjukvård (exempelvis elev- och studenthälsa, ungdomsmottagning, primärvård, barn- och mödrahälsovård och tandvård) och socialtjänst
- Kontrollgrupp: Ingen konsultation
- Utfallsmått:
 - Primära: Upptäckt, andel som får behandling, patientens upplevda hälsa efter interventionen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	60
Artiklar som lästes i fulltext	5
Artiklar som kvalitetsgranskades	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-08

Ämne: Konsultation där psykiatrin stödjer och samarbetar med exempelvis primärvården, BVC/MVC, socialtjänst, tandvård och elevhälsa

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR ednos[tiab] OR osfed[tiab] OR avoidant-restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab] OR purging disorder*[tiab]) NOT Medline[sb])	42683
2.	Mesh/FT	"Mental Health Services"[Mesh:NoExp] OR "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Rehabilitation"[Mesh] OR "Community Psychiatry"[Mesh] OR "Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "Hospitals, Psychiatric"[Mesh] OR "Psychiatry"[Mesh:NoExp] OR psychiatrist*[tiab] OR psychiatric[tiab] OR psychiatry[tiab] OR ((mental health service*[tiab] OR mental health care[tiab] OR psychiatric care[tiab] OR mental care[tiab] OR psychiatric rehabilitation[tiab] OR psychosocial rehabilitation[tiab] OR psychosocial care[tiab] OR mental health rehabilitation[tiab] OR mental institution*[tiab] OR psychiatric hospital*[tiab] OR psychiatric clinic*[tiab] OR mental clinic*[tiab] OR psychiatric service*[tiab] OR psychiatric setting*[tiab]) NOT Medline[sb])	350087
3.	Mesh/FT	"Referral and Consultation"[Mesh] OR "Consultants"[Mesh] OR consult*[ti] OR liaison[ti] OR ((consult*[tiab] OR second opinion[tiab] OR advisory service*[tiab] OR professional advice*[tiab] OR clinical advice*[tiab] OR psychiatric advice*[tiab] OR clinical support*[tiab] OR clinical supervision[tiab] OR liaison*[tiab] OR e-consult*[tiab]) NOT Medline[sb]) OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR Referral and Consultation[Mesh] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi dciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR communicat*[ti]	929016
4.		1-3 AND English	340

5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	20
6.		4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	15
7.	Mesh/FT	("Referral and Consultation"[Majr] OR "Consultants"[Majr] OR consult*[ti] OR liaison[ti] OR second opinion[ti] OR advisory service*[ti] OR professional advice*[ti] OR clinical advice*[ti] OR psychiatric advice*[ti] OR clinical support*[ti] OR clinical supervision[ti]) AND Psychiatr*[ti]	3108
8.		1 AND 7	6

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i fitle- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles, CINAHL Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-03-09

Ämne: Konsultation där psykiatrin stödjer och samarbetar med exempelvis primärvården, BVC/MVC, socialtjänst, tandvård och elevhälsa

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR (MM "Eating Disorders") OR (MM "Anorexia Nervosa") OR (MM "Binge Eating Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia") OR (MM "Bulimia Nervosa") OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	73351
2.	DE/FT	DE "Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Community Psychiatry" OR DE "Consultation Liaison Psychiatry" OR DE "Psychiatrists" OR DE "Psychotherapists" OR DE "Psychiatric Clinics" OR DE "Psychiatric Evaluation" OR DE "Psychiatric Hospital Staff" OR DE "Psychiatric Hospitals" OR DE "Psychiatric Nurses" OR TI (406655

psychiatry OR psychiatrist* OR psychiatric) OR AB (psychiatry OR psychiatrist* OR psychiatric)

3.	DE/FT	(DE "Consultation Liaison Psychiatry") OR (DE "Professional Consultation" OR DE "Teleconsultation") OR (DE "Professional Supervision" OR DE "Practicum Supervision") OR TI (Consult* OR "second opinion" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support*" OR "clinical supervision*" OR liaison OR teleconsult* OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR integration OR interdisciplinary OR interdisciplinarity OR interprofessional OR inter-professional OR multi-diciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR collaborat* OR cooperat* OR co-operat* OR communicat*) OR AB (Consult* OR "second opinion" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support*" OR "clinical supervision*" OR liaison OR teleconsult*)	318475
4.		1-3 AND English	340
5.		4 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	20
6.		4 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	10
7.	DE/FT	(DE "Consultation Liaison Psychiatry" OR DE "Professional Consultation" OR TI (Consult* OR "second opinion" OR "advisory service*" OR "professional advice*" OR "clinical advice*" OR "clinical support*" OR "clinical supervision*" OR liaison OR teleconsult*)) AND TI (Psychiatr*)	3458
8.		1 AND 7	12

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Otis M, et al. 2022 [1]	Ej relevant intervention eller utfallsmått

Cadwallader J. S, et al. 2016 [2]	Ej relevant intervention
Hay P, et al. 2014 [3]	Ej relevant intervention (är nationella kliniska riktlinjer)
Thein-Nissenbaum J, et al. 2017 [4]	Ej relevant studiedesign (litteraturoversikt)
Wilfley D. E, et al. 2020 [5]	Ej relevanta utfallsmått

Referenser

1. Otis M, Barber S, Amet M, Nicholls D. Models of integrated care for young people experiencing medical emergencies related to mental illness: a realist systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;1-14.
2. Cadwallader JS, Godart N, Chastang J, Falissard B, Huas C. Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. *Eat Weight Disord*. 2016; 21(3):365-81.
3. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014; 48(11):977-1008.
4. Thein-Nissenbaum J, Hammer E. Treatment strategies for the female athlete triad in the adolescent athlete: current perspectives. *Open Access J Sports Med*. 2017; 8:85-95.
5. Wilfley DE, Agras WS, Fitzsimmons-Craft EE, Bohon C, Eichen DM, Welch RR, et al. Training Models for Implementing Evidence-Based Psychological Treatment: A Cluster-Randomized Trial in College Counseling Centers. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(2):139-47.

Helhetssyn och samarbete kring personer med ätstörning

Id O7: Övergången från barn- till vuxensjukvård

Tillstånd: Ätstörning, ungdomar och unga vuxna som ska övergå till vuxensjukvård

Åtgärd: Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. En sömlös övergång ger bättre förutsättningar för att förbereda patienten och närstående på det fortsatta behandlingsupplägget. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap minskar insatsen risken för behandlingsslapp i en känslig period och kan minska risken att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Själrensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Vårdansvaret för ungdomar och unga vuxna med ätstörning flyttas ofta över från barn- till vuxensjukvården någon gång under behandlingstiden. Överföringen sker under en period som kan vara omvälvande och sårbar, och ett byte av läkare, vårdteam eller behandlingsupplägg kan därför vara påfrestande för både patient och närstående. Vid specialiserad vård föreligger ofta även en komplex problematik med bland annat somatiska komplikationer

som kan skapa oro även hos personal inom hälso- och sjukvården vid övergången.

Åtgärden: Ett strukturerat arbetssätt innebär att hälso- och sjukvården har etablerade rutiner för att planera för och samarbeta kring övergång från barn- till vuxensjukvården, och att de ger stöd i denna process. Ett strukturerat arbetssätt innebär dessutom att information om patientens tillstånd, livssituation och behandlingsplan förs över från barn- till vuxensjukvården, samt att nödvändiga remisser skrivs. Stödet behöver vara personcentrerat och utformas utifrån individuella behov. För ungdomar som har stora svårigheter att klara förändringar kan ett samverkansmöte vara ett sätt att ge stöd i förändringen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av ett strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård hos ungdomar och unga vuxna med ätstörning som ska övergå till vuxensjukvård är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för ungdomar och unga vuxna med ätstörning som ska övergå till vuxensjukvård leder ett strukturerat arbetssätt vid övergången från barn- till vuxensjukvård till:

- minskad risk att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången
- bättre förutsättningar för att förbereda patient och närstående till det fortsatta behandlingsupplägget.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier, vare sig systematiska översikter (SÖ) eller randomiserade kontrollerade studier (RCT), som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Tre studier lästes i fulltext men exkluderades därefter då ingen besvarade aktuellt PICO. I en SÖ av Wade et al sammanställs frågor relaterade till problem i åldersövergången från ungdom till vuxen, samt vilka potentiella lösningar som finns [1]. Fynden lutar sig inte mot några primärstudier av tillräcklig metodologisk kvalitet, och det konstateras att forskning saknas. I en kontrollerad, icke-randomiserad observationsstudie av Arcelus et al jämförs personer som kommit till vuxenpsykiatri via ungdomspsykiatri och de som inte kommit från ungdomspsykiatri. Studien exkluderades eftersom den inte bedöms var relevant för frågeställningen [2]. I en studie från Dimitropoulos

et al undersöktes genomförbarhet och effekt av en intervention för ätstörningar anpassad för övergång till vuxensjukvård, som dock exkluderas då interventionen saknar kontrollbetingelse [3].

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Ett strukturerat arbetssätt med rutiner för övergång från barn- till vuxensjukvård för ungdomar och unga vuxna med ätstörning, minskar risken att behandlingen avslutas för tidigt i samband med övergången, jämfört med om inget strukturerat arbetssätt har säkerställts.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 100 procent av 271 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *Ett strukturerat arbetssätt med rutiner för övergång från barn- till vuxensjukvård för ungdomar och unga vuxna med ätstörning, ger bättre förutsättningar för att förbereda patient och närstående till det fortsatta behandlingsupplägget, jämfört med om inget strukturerat arbetssätt har säkerställts.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 100 procent av 277 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har ett strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård för ungdomar och unga vuxna som har en ätstörning, jämfört med inget strukturerat arbetssätt vid övergången, på fortsatt kontakt med vuxensjukvård och följsamhet till behandling hos patienten?

- Population/tillstånd: Ätstörning, ungdomar och unga vuxna som ska övergå till vuxensjukvård
- Intervention/åtgärd: Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård
- Kontrollgrupp: Inget strukturerat arbetssätt
- Utfallsmått:
 - Primära: Fortsatt kontakt med vuxensjukvård, följsamhet till behandling hos patienten (compliance).
 - Sekundära: Livskvalitet, remission och symtomskattningsskalor
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	15
Artiklar som lästes i fulltext	3
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-02

Ämne: Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR ednos[tiab] OR osfed[tiab] OR avoidant-restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab] OR purging disorder*[tiab]	68,970
2.	Mesh/FT	"Transition to Adult Care"[Mesh] OR transition to adult care[tiab] OR transition age youth*[tiab] OR youth transition*[tiab] OR transitioning youth*[tiab] OR age transition*[tiab] OR Transferring-to Adult Care[tiab] OR Transferring-to Adult health[tiab] OR Transferring-to-Adult service*[tiab]	2,702
3.	Mesh/FT	("Transitional Care"[Mesh] OR Transitional Care*[tiab] OR Transition Care*[tiab] OR healthcare transition*[tiab] OR care transition*[tiab] OR Transition Care[tiab] OR transition process*[tiab] OR "transition of care" OR structured transition*[tiab] OR transition plan*[tiab] OR facilitating transition*[tiab] OR barriers to transition[tiab] OR transition experience*[tiab]) AND ("Young Adult"[Mesh] OR "Adolescent Health Services"[Mesh] OR adult*[tiab] OR child*[tiab] OR adolescent*[tiab] OR young[tiab] OR pediatric*[tiab] OR paediatric*[tiab] OR age integrated[tiab] OR age-based*[tiab])	3,753
4.	FT/tiab	(child-to adult[tiab] OR pediatric-to adult[tiab] OR youth-to adult[tiab] OR adolescent-to-adult[tiab]) AND (care[tiab] OR healthcare[tiab] OR health-care[tiab] OR health service*[tiab] OR program*[tiab] OR intervent*[tiab] OR manag*[tiab] OR service*[tiab] OR process*[tiab])	1,563
5.	FT/tiab	(transi*[ti] OR transfer*[ti]) AND (care[ti] OR healthcare[ti] OR health-care[ti] OR health service*[ti] OR program*[ti] OR intervent*[ti] OR manag*[ti] OR service*[ti] OR process*[ti] OR age[ti] OR adult*[ti] OR adolescent*[ti])	19,363
6.		2 – 5 OR	22,258
7.		1 AND 6	83
8.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature	

review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])

9.	7 AND 8	2
10.	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	
11.	6 AND 9	6

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utelämnas. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: APA PsycArticles, APA PsycInfo Databasleverantör: Ebsco

Datum: 2023-03-02

Ämne: Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT/TL, AB	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR DE "Feeding Disorders" OR DE "Purging (Eating Disorders)" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR "purging disorder*") OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR "purging disorder*")	46,824
2.	FT/TL, AB	TI ("transition to adult care" OR "transition age youth*" OR "youth transition*" OR "transitioning youth*" OR "age transition*" OR "transferring-to adult care" OR "transferring-to Adult health" OR "transferring-to adult service*") OR AB ("transition to adult care" OR "transition age youth*" OR "youth transition*" OR "transitioning youth*" OR "age transition*" OR "transferring-to adult care" OR "transferring-to Adult health" OR "transferring-to adult service*")	916
3.	FT/TL,AB	TI ("Transitional Care*" OR "Transition Care*" OR "healthcare transition*" OR "care transition*" OR "Transition Care" OR "transition process*" OR "transition of care" OR "structured transition*" OR "transition plan*" OR "facilitating transition*" OR "barriers to transition" OR "transition experience*") OR AB ("Transitional Care*" OR "Transition Care*" OR "healthcare transition*" OR "care transition*" OR "Transition Care" OR "transition process*" OR "transition of care" OR "structured transition*" OR "transition plan*" OR "facilitating transition*" OR "barriers to transition" OR "transition experience*")	4,205

4.		DE "Emerging Adulthood" OR DE "Adolescent Health" OR DE "Youth Mental Health" OR TI (adult* OR child* OR adolescent* OR "young person*" OR pediatric* OR paediatric* OR "age integrated" OR age- based*) OR AB (adult* OR child* OR adolescent* OR "young person*" OR pediatric* OR paediatric* OR "age integrated" OR age-based*)	1,312,656
5.		3 AND 4	1,905
6.	FT/TI, AB	TI ("child-to adult" OR "pediatric-to adult" OR "youth-to adult" OR "adolescent-to-adult") OR AB (" "child-to adult" OR "pediatric-to adult" OR "youth-to adult" OR "adolescent-to-adult")	7,472
7.	FT/TI, AB	TI (care OR healthcare OR health-care OR "health service*" OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process*) OR AB (care OR healthcare OR health-care OR "health service*" OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process*)	2,103,013
8.		6 AND 7	3,174
9.	FT/TI	TI (transit* OR transfer*) AND TI (care OR healthcare OR health-care OR health service* OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process* OR age OR adult* OR adolescent*)	12,216
10.		2 OR 5 OR 8 OR 9	13,522
11.		1 AND 10	112
12.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta- analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
13.		11 AND 12 ; Academic journals	2
14.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
15.		11 AND 14 ; Academic journals	8

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco

Datum: 2023-03-02

Ämne: Strukturerat arbetssätt vid övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT/TI, AB	(MH "Eating Disorders+") OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR "purging disorder*") OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR "purging disorder*")	28,196
2.	FT/TI, AB	TI ("transition to adult care" OR "transition age youth*" OR "youth transition*" OR "transitioning youth*" OR "age transition*" OR "transferring-to adult care" OR "transferring-to Adult health" OR "transferring-to adult service*") OR AB ("transition to adult care" OR "transition age youth*" OR "youth transition*" OR "transitioning youth*" OR "age transition*" OR "transferring-to adult care" OR "transferring-to Adult health" OR "transferring-to adult service*")	731
3.	DE/FT/TI,AB	(MH "Transitional Programs") OR (MH "Transitional Care") OR TI ("Transitional Care*" OR "Transition Care*" OR "healthcare transition*" OR "care transition*" OR "Transition Care" OR "transition process*" OR "transition of care" OR "structured transition*" OR "transition plan*" OR "facilitating transition*" OR "barriers to transition" OR "transition experience*") OR AB ("Transitional Care*" OR "Transition Care*" OR "healthcare transition*" OR "care transition*" OR "Transition Care" OR "transition process*" OR "transition of care" OR "structured transition*" OR "transition plan*" OR "facilitating transition*" OR "barriers to transition" OR "transition experience*")	11,534
4.	DE/FT/TI, AB	(MH "Young Adult") OR (MH "Transition to Adulthood") OR (MH "Adolescent Health Services") OR TI (adult* OR child* OR adolescent* OR "young person*" OR pediatric* OR paediatric* OR "age integrated" OR age-based*) OR AB (adult* OR child* OR adolescent* OR "young person*" OR pediatric* OR paediatric* OR "age integrated" OR age-based*)	1,316,197
5.		3 AND 4	4,210
6.	FT/TI, AB	TI ("child-to adult" OR "pediatric-to adult" OR "youth-to adult" OR "adolescent-to-adult") OR AB ("child-to adult" OR "pediatric-to adult" OR "youth-to adult" OR "adolescent-to-adult")	1,372
7.	FT/TI, AB	TI (care OR healthcare OR health-care OR "health service*" OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process*) OR AB (care OR healthcare OR health-care OR "health service*" OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process*)	2,430,180
8.		6 AND 7	959
9.	FT/TI	TI (transit* OR transfer*) AND TI (care OR healthcare OR health-care OR health service* OR program* OR intervent* OR manag* OR service* OR process* OR age OR adult* OR adolescent*)	12,220
10.		2 OR 5 OR 8 OR 9	14,687
11.		1 AND 10 ; Academic journals ;	61

12.	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
13.	11 AND 12	2
14.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
15.	11 AND 14	3

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Wade, 2023 [1]	Innehåller inga relevanta primärstudier
Arcelus et al., 2008 [2]	Ej relevant intervention
Dimitropoulos et al., 2018 [3]	Ej kontrollerad studie

Referenser

1. Wade TD. A systematic review: Solutions to problems caused by age transition between eating disorder services. *Eur Eat Disord Rev.* 2023; 31(2):247-57.
2. Arcelus J, Bouman WP, Morgan JF. Treating young people with eating disorders: transition from child mental health to specialist adult eating disorder services. *Eur Eat Disord Rev.* 2008; 16(1):30-6.
3. Dimitropoulos G, Landers AL, Freeman V, Novick J, Garber A, Le Grange D. Open Trial of Family-Based Treatment of Anorexia Nervosa for Transition Age Youth. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27(1):50-61.

Id O16: Samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas

Tillstånd: Person med både ätstörning och obesitas

Åtgärd: Samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen möjliggör ett ökat kunskapsutbyte och en helhetssyn inom hälso- och sjukvården, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta kan i sin tur leda till gott bemötande, vårdinsatser i rätt tid och ett aktivt samarbete mellan vårdgivarna under behandlingen.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självremsning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Obesitas är en kronisk, komplex sjukdom till följd av en hög andel fettmängd i kroppen, som innebär en ökad risk för ohälsa och nedsatt livskvalitet. För vuxna definieras sjukdomen vanligen med ett kroppsmasseindex (BMI) över $>30 \text{ kg/m}^2$. För barn klassificeras sjukdomen med ett BMI som tar hänsyn till ålder och kön.

De flesta personer med obesitas har inte en samtidig ätstörning, men det förekommer. Obesitas kan uppkomma på grund av ätstörning, men även drabba personer som tidigare haft en ätstörning.

Åtgärden: För att uppnå en personcentrerad vård för patienter med ätstörning och obesitas behöver verksamheter som bedriver vård av ätstörning respektive obesitas samverka med varandra. Samverkan kan innebära att verksamheterna tillsammans planerar vilka behandlingsinsatser som bör erbjudas och konsulterar varandra vid behov. Anpassningar i behandlingen kan även

behövas för patienter med obesitas som tidigare i livet haft en ätstörning, vilket förutsätter en god samverkan mellan dessa verksamheter.

Det behövs rutiner och utarbetade arbetsformer för hur samverkan ska ske mellan verksamheterna. Detta är viktigt så att det är tydligt vem som har ansvar för patientens vård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas för att hjälpa personer med ätstörning och obesitas är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer med samtidig ätstörning och obesitas underlättar ett strukturerat arbetssätt med rutiner för samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas, jämfört med att inget strukturerat arbetssätt har definierats. Det ger förutsättningar för god och kontinuerlig vård.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), randomiserade kontrollerade studier (RCT) eller observationsstudier med kontrollgrupp. I granskningen inkluderas således inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

En studie av Wilfley et al (2010) [1] lästes i fulltext, men visade sig vara en litteraturöversikt och exkluderades därefter.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *Ett strukturerat arbetssätt med rutiner för samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas för patienter med samtidig obesitas och ätstörning, underlättar och ger förutsättningar för god och kontinuerlig vård, jämfört med att inget strukturerat arbetssätt har definierats.*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 99 procent av 204 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har samverkan mellan vården av ätstörning och vården av obesitas för person med både ätstörning och obesitas, jämfört med ingen samverkan, på risk för sjukdomsåterfall (i ätstörning), livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter behandlingen, patientens upplevelse av vården och patientnöjdhet?

- Population/tillstånd: Person med både ätstörning och obesitas
- Intervention/åtgärd: Samverkan mellan vård av ätstörning och vård av obesitas
- Kontrollgrupp: Ingen samverkan
- Utfallsmått:
 - Primära: Risk för sjukdomsåterfall (i ätstörning) och livskvalitet (ex. CIA), patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM), patientnöjdhet (ex. CSQ8)
 - Sekundära: viktnedgång/BMI
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	361
Artiklar som lästes i fulltext	1
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-04-04

Ämne: Vilken effekt har samverkan mellan vården av ätstörning och vården av obesitas för personer som behandlats för ätstörning och som har obesitas (BMI \geq 30)?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders/nursing"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab]) AND (care[tiab] OR nursing[tiab] OR therap*[tiab]))	14,363
2.	Mesh/FT	"Obesity"[Mesh:NoExp] OR ((obese[ti] OR obesity[ti] OR super-obesity[tiab] OR super obese[tiab] OR morbid obesity[tiab] OR morbidly obese[tiab] OR superobesity[tiab] OR superobese[tiab] OR severe obesity[tiab] OR severely obese[tiab] OR weight loss[tiab] OR body mass index[tiab] OR BMI \geq	272,317

		30[tiab]) AND (care[tiab] OR nursing[tiab] OR therap*[tiab]))	
3.		1 AND 2	2,864
4.	Mesh/FT	"Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR Referral and Consultation[Mesh] OR crossdisciplinary[tiab] OR cross-disciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi diciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR communicat*[ti] OR refer[tiab] OR referral*[tiab] OR referred[tiab] OR consultation*[tiab] OR consultant[tiab] OR routine*[tiab]	1,718,661
5.		3 AND 4	404
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	18
7.		5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	43
8.		5 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case series[tiab] OR evaluat*[tiab] OR non compar*[tiab] OR noncompar*[tiab] OR non random*[tiab] OR nonrandom*[tiab] OR epidemiologic study[tiab] OR epidemiologic studies[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab]	247
9.			

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er.

tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

***) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: APA PsycInfo, APA Psycarticles, Cinahl Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-04-04			
Ämne: Vilken effekt har samverkan mellan vården av ätstörning och vården av obesitas för personer som behandlats för ätstörning och som har obesitas (BMI ≥ 30)?			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB, SU	TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant/restrictive food intake disorder*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR orthorexia OR "obsessive healthy eating") OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant/restrictive food intake disorder*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR orthorexia OR "obsessive healthy eating") OR SU ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant/restrictive food intake disorder*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR orthorexia OR "obsessive healthy eating")	
2.	FT/TI, AB, SU	TI (care OR nursing OR therap*) OR AB (care OR nursing OR therap*) OR SU (care OR nursing OR therap*)	
3.		1 AND 2	27,255
4.	FT/TI, AB, SU	TI (obese OR obesity OR super-obesity OR "super obese" OR "morbid obesity" OR "morbidly obese" OR superobesity OR superobese OR "severe obesity" OR "severely obese" OR "weight loss" OR "body mass index" OR "BMI ≥ 30") OR AB (super-obesity OR "super obese" OR "morbid obesity" OR "morbidly obese" OR superobesity OR superobese OR "severe obesity" OR "severely obese" OR "weight loss" OR "body mass index" OR "BMI ≥ 30") OR SU (obese OR obesity)	
5.	FT/TI, AB, SU	TI (care OR nursing OR therap*) OR AB (care OR nursing OR therap*) OR SU (care OR nursing OR therap*)	
6.		4 AND 5	83,885
7.		3 AND 6	4,090
8.	FT/TI, AB, SU	TI ("Interdisciplinary Communication"OR "Cooperative Behavior" OR "Interprofessional Relations" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi disciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat* OR cooperat* OR co-operat* OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant OR routine*) OR AB ("Interdisciplinary	1,077,555

Communication"OR "Cooperative Behavior" OR "Interprofessional Relations" OR crossdisciplinary OR cross-disciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR "inter disciplinary" OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR "multi diciplinary" OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat* OR cooperat* OR co-operat* OR refer OR referral* OR referred OR consultation* OR consultant OR routine*) OR SU ("Interdisciplinary Communication" OR "Cooperative Behavior" OR "Interprofessional Relations") OR TI (integrat* OR communicat*)

9.	7 AND 8	565
10.	9 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	22
11.	9 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") Narrow by Language: - English Narrow by Source Types: - Academic Journals	69
12.	TI ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) OR AB ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) Narrow by Language: - English Narrow by Source Types: - Academic Journals	196
13.		

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Wilfley D. E, et al. 2010 [1]	Ej relevant studiedesign (litteraturoversikt)

Referenser

1. Wilfley DE, Vannucci A, White EK. Early intervention of eating- and weight-related problems. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2010; 17(4):285-300.

Id O6: Säkerställa grundläggande stöd för personer med behov

Tillstånd: Ätstörning, behov av särskilt stöd för att klara det dagliga livet

Åtgärd: Säkerställa grundläggande stöd, exempelvis via socialtjänst eller habilitering

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Personer med behov av särskilt stöd och samtidig ätstörning har ofta stora och komplexa behov av stöd och vård. Insatsen är en förutsättning för att patienten kan delta i och få effekt av ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen kan även bidra till att bibehålla uppnådda behandlingseffekter och minska risken för återfall.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självrensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Med behov av särskilt stöd avses här en person som har en funktionsnedsättning som orsakar svårigheter att klara av sitt dagliga liv och därför har behov av stöd för att kunna tillgodogöra sig behandling som riktar sig mot ätstörningsproblematik. Funktionsnedsättningar innebär en nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Denna nedsättning kan uppstå till följd av sjukdom, annat tillstånd eller till följd av en medfödd eller förvärvad skada.

Åtgärden: Verksamheter som bedriver vård vid ätstörning behöver rutinemässigt samverka med andra verksamheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som erbjuder stöd. Samordnade insatser kan behöva ske både inför en behandling av ätstörningen, men behöver också tas i beaktande under den

vårdplanering som sker när behandlingen avslutas. Behandlingen kan också behöva anpassas efter patientens behov. I de fall när både socialtjänst och hälso- och sjukvård behöver samverka kring insatser behöver en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Exempel på stöd från socialtjänsten skulle kunna vara vård- och stöd-samordnare, hemtjänst, boendestöd, kontaktperson, ekonomiskt bistånd eller stöd till föräldrar i sitt föräldraskap. Exempel på stöd från habiliteringen skulle kunna vara kognitiva eller kommunikativa hjälpmedel.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av att säkerställa grundläggande stöd (exempelvis via socialtjänst eller habilitering) för personer med ätstörning i behov av detta är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer med ätstörning som har behov av särskilt stöd är säkerställande av stödinsatser en förutsättning för att behandlingen av ätstörning ska ha effekt.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen. Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), randomiserade kontrollerade studier (RCT) eller observationsstudier med kontrollgrupp.

Totalt lästes 25 SÖ och 57 kliniska primärstudier på titel- och abstraktnivå. Ytterligare 215 studier identifierades som observationsstudier med kontrollgrupp i litteratursökningen och dessa kontrollerades översiktligt främst på titelnivå. Två systematiska översikter och två primärstudier lästes i fulltext men exkluderades därefter. Således inkluderades inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

En SÖ av Li et al från 2022 [1] som lästes i fulltext handlar om behandlingsanpassningar för patienter med ätstörning och komorbid autism. Översikten inkluderade studier som undersökt effekter av anpassade behandlingsinsatser för individer med ätstörning och autism utifrån både kliniskt utfall och kostnadseffektivitet. Dock konstaterades att insatserna i fokus rörde sig om anpassningar inom kliniska behandlingar och ej som tillägg i form av grundläggande stöd, varför studien exkluderades. Den andra översikten som lästes i fulltext var författad av Ledford et al från 2006 [2]. Studien identifierades i sökningen som en observationsstudie, men visade sig vara en

litteraturoversikt. Den handlade som handlade om ätproblem hos personer med autism, snarare än om ätstörningar, och exkluderades därför.

Två primärstudier lästes också i fulltext. Den ena var författad av Ranzenhofer et al år 2020 [3]. Studien är en pilot RCT som ämnade utvärdera effekterna av kamratstöd (peer-support) som tillägg vid ätstörningsbehandling. Det visade sig dock att populationen inkluderade individer med ätstörning men ej individer med ätstörning och samtidigt behov av särskilt stöd, varför studien exkluderades. Den andra studien av Schmidt et al från år 2013 [4] var en RCT där två behandlingsmetoder för anorexia nervosa jämfördes, varav den ena (Specialist Supportive Clinical management) är en metod som just kan innehålla ett visst mått av grundläggande stöd. Dock visade sig populationen bestå av individer med anorexia nervosa eller annan specificerad ätstörning, men inte individer i samtidigt behov av särskilt stöd. Det var uttryckligen så att individer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning exkluderades. Således exkluderades även denna artikel.

Sammantaget var intrycket av de gallrade studierna att ytterst få fokuserade populationer där ätstörning i kombination med behov av särskilt stöd på grund av samsjuklighet eller funktionsnedsättning undersöktes.

Inga pågående relevanta studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *Att säkerställa stödinsatser till personer med ätstörning och samtidigt behov av särskilt stöd är en förutsättning för att behandlingen av ätstörningen ska ha effekt.*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 96 procent av 314 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har det att säkerställa grundläggande stöd, exempelvis via socialtjänst eller habilitering, för personer med ätstörning som har behov av särskilt stöd för att klara det dagliga livet, jämfört med om inget sådant grundläggande stöd erbjuds, på andel som erhåller ätstörningsbehandling och livskvalitet?

- Population/tillstånd: Ätstörning, behov av särskilt stöd för att klara det dagliga livet
- Intervention/åtgärd: Säkerställa grundläggande stöd, exempelvis via socialtjänst eller habilitering
- Kontrollgrupp: Inget sådant grundläggande stöd
- Utfallsmått:

- Primära: Andel som erhåller ätstörningsbehandling och livs-kvalitet
- Sekundära: Remission och symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA)
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	297
Artiklar som lästes i fulltext	4
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM
Datum: 2023-03-24
Ämne: Säkerställa grundläggande stöd, exempelvis via Socialtjänst eller habilitering, för att möjliggöra behandling av ätstörningen- för personer med ätstörning och funktionsnedsättning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab]) NOT Medline[sb])	42665
2.	Mesh/FT	"Disabled Persons"[Mesh] OR "Disabled Children"[Mesh] OR "Intellectual Disability"[Mesh] OR "Blindness"[Mesh] OR "Cognition Disorders"[Majr] OR "Communication Disorders"[Mesh] OR "Deafness"[Mesh] OR "Persons With Hearing Impairments"[Mesh] OR Hearing Loss[Mesh] OR "Learning Disabilities"[Mesh] OR "Speech Disorders"[Mesh] OR "Vision Disorders"[Mesh] OR "Cognitive Dysfunction"[Mesh:NoExp] OR "Neurodevelopmental Disorders"[Mesh] OR ((Disabled child*[tiab] OR disabled[ti] OR disabili*[tiab] OR impairment*[ti] OR cognitive impairment*[tiab] OR cognitive disorder*[tiab] OR neurocognitive disorder*[tiab] OR cognitive dysfunction*[tiab] OR cognitive deficienc*[tiab] OR communication impairment*[tiab] OR communication disorder*[tiab] OR communicative dysfunction*[tiab] OR functional impairment*[tiab] OR handicap*[tiab] OR hearing impairment*[tiab] OR deaf*[tiab] OR hearing disab*[tiab] OR hearing disorder*[tiab] OR hard-of-hearing[tiab] OR DHH-children[tiab] OR impaired person*[tiab] OR learning disabili*[tiab] OR learning disorder*[tiab] OR mental impairment*[tiab] OR mental retardation[tiab] OR mentally disabled[tiab] OR intellectually disabled[tiab] OR intellectual disabili*[tiab] OR intellectual development disorder*[tiab] OR mental deficienc*[tiab] OR motor disabili*[tiab] OR motor impairment*[tiab] OR motor skills disorder*[tiab] OR movement disorder*[tiab] OR musculoskeletal disorder*[tiab] OR physical impairment*[tiab] OR physical disabili*[tiab] OR physically disabled[tiab])	917673

OR speech impairment*[tiab] OR speech disability*[tiab] OR visual impairment*[tiab] OR visually impaired[tiab] OR blindness[tiab] OR vision disability*[tiab] OR vision disorder*[tiab] OR visual loss[tiab] OR functional disability[tiab] OR Down syndrome[tiab] OR developmental disorder*[tiab] OR neurodevelopmental disorder*[tiab] OR neuropsychiatric disorder*[tiab] OR autism[tiab] OR autistic[tiab] OR ADHD[tiab] OR attention deficit hyperactivity disorder[tiab] OR perceptual disorder*[tiab]) AND Medline[sb])

3.	Mesh/FT "Community Mental Health Services"[Mesh] OR "Social Support"[Mesh] OR "Self-Help Groups"[Mesh] OR "Community Support"[Mesh] OR "Independent Living"[Mesh] OR "Assisted Living Facilities"[Mesh] OR "Activities of Daily Living"[Mesh] OR "Rehabilitation"[Mesh:NoExp] OR "Early Intervention, Educational"[Mesh] OR community care*[tiab] OR community-based service*[tiab] OR community service*[tiab] OR domestic care[tiab] OR health aide service*[tiab] OR help service*[tiab] OR home-based service*[tiab] OR home-based care[tiab] OR home care[tiab] OR home service*[tiab] OR home health aide*[tiab] OR help service*[tiab] OR homemaker service*[tiab] OR household help[tiab] OR housework assistance[tiab] OR in-home worker*[tiab] OR personal assistance[tiab] OR personal care[tiab] OR supportive care service*[tiab] OR support worker*[tiab] OR supportive service*[tiab] OR visiting aides[tiab] OR visiting homemaker*[tiab] OR housing[tiab] OR independent living[tiab] OR assisted living[tiab] OR supported living[tiab] OR living assistance[tiab] OR activities of daily living[tiab] OR ADL[tiab] OR activities of daily life[tiab] OR rehabilitation*[tiab] OR habilitation[tiab] OR social care[tiab] OR social support[tiab] OR social service*[tiab] OR educational intervention*[tiab] OR support*[tiab] OR self-help[tiab] OR "Patient Navigation"[Mesh] OR "Case Managers"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Public Assistance"[Mesh] OR "Social Welfare"[Mesh] OR case manager[tiab] OR case management[tiab] OR assisted feeding[tiab] OR living support[tiab] OR financial aid[tiab] OR financial support[tiab] OR personal navigator*[tiab] OR personal navigation[tiab] OR patient navigat*[tiab] OR wellness coach*[tiab] OR welfare coach*[tiab] OR assistance[tiab]	2509898
4.	1-3 AND English	328
5.	4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	9
6.	4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical	34

study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])

7.	4 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Time Factors"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Case Reports" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case series[tiab] OR evaluat*[tiab] OR non compar*[tiab] OR noncompar*[tiab] OR non random*[tiab] OR nonrandom*[tiab] OR epidemiologic study[tiab] OR epidemiologic studies[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab]	195
----	---	-----

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna uteläts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO
Datum: 2023-03-29
Ämne: Säkerställa grundläggande stöd, exempelvis via Socialtjänst eller habilitering, för att möjliggöra behandling av ätstörningen- för personer med ätstörning och funktionsnedsättning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MH, DE/FT	(MH "Eating Disorders") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Anorexia") OR DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	78711
2.	MH, DE/FT	(MH "Persons with Disabilities+") OR (MH "Intellectual Disability") OR (MH "Cognition Disorders") OR (MH "Deaf-Blind Disorders") OR (MH "Deafness") OR (MH "Learning Disorders") OR (MH "Speech Disorders") OR (MH "Mental Disorders Diagnosed in Childhood+") OR (MH "Vision Disorders") OR DE "DISABILITIES" OR DE "COMMUNICATIVE disorders" OR DE "DEVELOPMENTAL disabilities" OR DE "LEARNING disabilities" OR DE "MENTAL illness" OR DE "PERCEPTUAL disorders" OR DE "SOCIAL disabilities" OR DE "PEOPLE with disabilities" OR DE "PEOPLE with visual disabilities" OR DE "BLIND people" OR DE "CHILDREN with visual disabilities" OR DE "COMPUTERS	308480

& people with visual disabilities" OR DE "OLDER people with visual disabilities" OR DE "DEAF children" OR DE "DEAF people"

3.	FT	TI, AB (disabled OR disability* OR "cognitive impairment*" OR "cognitive disorder*" OR "neurocognitive disorder*" OR "cognitive dysfunction*" OR "cognitive deficiency*" OR "communication impairment*" OR "communication disorder*" OR "communicative dysfunction*" OR "functional impairment*" OR handicap* OR "hearing impairment*" OR deaf* OR "hearing disability*" OR "hearing disorder*" OR "hard-of-hearing" OR "DHH-children" OR "impaired person*" OR "learning disability*" OR "learning disorder*" OR "mental impairment*" OR "mental retardation" OR "mentally disabled" OR "intellectually disabled" OR "intellectual disability*" OR "intellectual development disorder*" OR "mental deficiency*" OR "motor disability*" OR "motor impairment*" OR "motor skills disorder*" OR "movement disorder*" OR "musculoskeletal disorder*" OR "physical impairment*" OR "physical disability*" OR "physically disabled" OR "speech impairment*" OR "speech disability*" OR "visual impairment*" OR "visually impaired" OR blindness OR "vision disability*" OR "vision disorder*" OR "visual loss" OR "functional disability" OR "Down syndrome" OR "developmental disorder*" OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neuropsychiatric disorder*" OR autism OR autistic OR ADHD OR "attention deficit hyperactivity disorder" OR "perceptual disorder*")	699034
4.		2 OR 3	822375
5.	MM, DE/FT	(MM "Community Mental Health Services") OR (MH "Support, Social") OR (MM "Support, Psychosocial") OR (MM "Community Support") OR (MH "Community Living") OR (MH "Activities of Daily Living") OR (MM "Rehabilitation") OR (MM "Self-Management") OR (MM "Self-Care") OR (DE "Community Mental Health Services" OR DE "Community Services") OR (DE "Activities of Daily Living") OR (DE "Rehabilitation") OR (DE "Community Welfare Services" OR DE "Self-Management" OR DE "Support Groups" OR DE "Self-Help Techniques" OR DE "Social Support" OR TI, AB ("community care*" OR "community-based service*" OR "community service*" OR "domestic care" OR "health aide service*" OR "help service*" OR "home-based service*" OR "home-based care" OR "home care" OR "home service*" OR "home health aides" OR "help service*" OR "homemaker service*" OR "household help" OR "housework assistance" OR "in-home worker*" OR "personal assistance" OR "personal care" OR "supportive care" OR "support worker*" OR "supportive service*" OR "visiting aides" OR "visiting homemaker*" OR housing OR "independent living" OR "assisted living" OR "supported living" OR "living assistance" OR "activities of daily living" OR ADL OR "activities of daily life" OR rehabilitation* OR habilitation OR "social care" OR "social support" OR "social service*" OR "educational intervention*" OR support* OR self-help)	2074127
6.		1 AND 4 AND 5 English	490
7.		6 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic	31

	literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
8.	6 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	56
9.	6 AND TI ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) OR AB ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional)	167

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Li Z, et al. 2022 [1]	Ej relevant intervention
Ledford JR, et al. 2006 [2]	Ej relevant studiedesign eller population
Ranzenhofer LM, et al. 2020. [3]	Ej relevant population
Schmidt U, et al. 2013 [4]	Ej relevant population

Referenser

1. Li Z, Halls D, Byford S, Tchanturia K. Autistic characteristics in eating disorders: Treatment adaptations and impact on clinical outcomes. *Eur Eat Disord Rev.* 2022; 30(5):671-90.
2. Ledford JR, Gast DL. Feeding problems in children with autism spectrum disorders: a review. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities.* 2006; 21(3):153-66.
3. Ranzenhofer LM, Wilhelmy M, Hochschild A, Sanzone K, Walsh BT, Attia E. Peer mentorship as an adjunct intervention for the treatment of eating disorders: A pilot randomized trial. *International Journal of Eating Disorders.* 2020; 53(5):497-509.

4. Schmidt U, Renwick B, Lose A, Kenyon M, Dejong H, Broadbent H, et al. The MOSAIC study - comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013; 14:160.

Id O8: Uppmärksamma munhälsan

Tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna

Åtgärd: Uppmärksamma munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök, och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov

Prioritet: 5

Motivering: Insatsen kan leda till att fler patienter besöker tandvården. Detta kan resultera i förbättrad munhälsa och minskad risk för ätstörningsorsakad ohälsa i munnen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms vara enkel att implementera och tidiga insatser kan ge hälsovinster. Insatsen är särskilt motiverad för vissa, men inte alla, patienter med ätstörning. Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Personer med ätstörningar kan få problem med munhälsan, exempelvis muntorrhet, karies och erosioner av tandemalj [1]. Dessa problem kan orsakas av frekventa sura uppstötningar hos patienter som kräks på grund av sin ätstörning, men kan även uppkomma på grund av undernäring, vitaminbrist eller läkemedelsbehandling.

Åtgärden: Hälso- och sjukvården kan rutinmässigt uppmärksamma munhälsan vid besök, och remittera eller hänvisa till tandvården vid behov. Exempel på frågor som hälso- och sjukvårdspersonal kan ställa vid till personer med ätstörning vid patientbesök inkluderar:

- Har du regelbunden kontakt med tandvården? När besökte du senast tandvården?

- Vet tandvården om din ätstörning? Behöver du hjälp med att informera din tandläkare om din ätstörning?
- Gör det ont när du äter eller tuggar?
- Har du ilningar i tänderna?
- Har du återkommande episoder med spänningshuvudvärk?
- Upplever du dig torr i munnen?

Regelbunden tandvård är viktig för patienter med ätstörningar för att förebygga munhälsoproblem. Tandvården kan utöver att ta fram behandlingsplaner kring munhälsobehov även samarbeta med övrig hälso- och sjukvård för att utbilda och ge rådgivning om munhälsa. Behandling kan innefatta både preventiva insatser så som fluoridtillförsel och rådgivning, men även restaurerande tandvård för att reparera skadade tänder.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av att uppmärksamma munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök, och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov för personer med ätstörning, är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att:

- fler barn och vuxna med ätstörning skulle besöka tandvården om deras munhälsa uppmärksammades vid vårdbesök, eller om de remitterades till tandvården vid behov
- munhälsan skulle förbättras barn och vuxna med ätstörning besökte tandvården och det skulle bli en minskad risk för uppkomst av ätstörningsorsakad ohälsa i munnen.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier, vare sig systematiska översikter (SÖ) eller randomiserade kontrollerade studier (RCT), som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Rutinmässigt uppmärksammande av munhälsa vid besök inom hälso- och sjukvården för personer med ätstörning, och hänvisning eller remittering till tandvården vid behov, leder till att fler besöker tandvården, jämfört med om inget sådant strukturerat arbetssätt har säkerställts.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 97 procent av 260 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2 (endast riktat till personal inom tandvård): *Om personer med ätstörning besöker tandvården leder det till förbättrad munhälsa jämfört med om de uteblir från besök.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 93 procent av 59 svarande instämde i påståendet.

Påstående 3 (endast riktat till personal inom tandvård): *Om personer med ätstörning besöker tandvården leder det till minskad risk för uppkomst av ätstörningsorsakad ohälsa i munnen jämfört med om de uteblir från besök.*

Konsensus för påstående 3 uppnåddes eftersom 93 procent av 60 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har uppmärksammande av munhälsa för personer med en ätstörning som besöker hälso- och sjukvården, och hänvisning eller remittering till tandvården vid behov, jämfört med om ingen sådan insats ges, på antal besök hos tandvården, patientens upplevda hälsa, patientens upplevelse av vården och på dennes munhälsa?

- Population/tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna
- Intervention/åtgärd: Uppmärksamma munhälsa vid hälso- och sjukvårdsbesök, och hänvisa eller remittera till tandvården vid behov
- Kontrollgrupp: Ingen sådan insats
- Utfallsmått:
 - Primära: Antal besök hos tandvården, patientens upplevda hälsa efter interventionen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM), munhälsa (karies, parodontit, erosioner)
 - Sekundär: livskvalitet
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdocumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	82
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-04-11

Ämne: Ätstörning, barn och vuxna – uppmärksamma munhälsa

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab] OR bulimia*[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab]) NOT Medline[sb]) OR (disordered eating[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab])	47,129
2.	Mesh/FT	"Oral Health"[Mesh] OR "Dental Caries"[Mesh] OR "Xerostomia"[Mesh] OR "Tooth Erosion"[Mesh] OR ((oral health*[tiab] OR dental health*[tiab] OR periodontal health*[tiab] OR mouth dryness[tiab] OR hyposalivation*[tiab] OR Asialia[tiab] OR tooth erosion*[tiab] OR dental erosion*[tiab] OR dental caries[tiab]) NOT Medline[sb]) OR oral symptom*[tiab] OR oral signs[tiab] OR oral hygiene*[tiab] OR oral manifestation*[tiab] OR dental knowledge[tiab] OR dental management[tiab] OR dental referral*[tiab] OR dental awareness[tiab] OR dental attention[tiab] OR dental status[tiab] OR dental condition*[tiab] OR dental issue*[tiab] OR dental complication*[tiab] OR dental[ti] OR tooth[ti] OR teeth[ti]	278,529
3.	Mesh/FT	"Primary Health Care"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "General Practitioners"[Mesh] OR "Primary Care Nursing"[Mesh] OR "Family Nurse Practitioners"[Mesh] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR ((primary care[tiab] OR primary health care[tiab] OR primary healthcare[tiab] OR general practice[tiab] OR GP[tiab] OR general practitioner*[tiab] OR general physician*[tiab] OR family physician*[tiab] OR family practitioner*[tiab] OR family nurs*[tiab] OR primary nursing[tiab] OR healthcare[tiab] OR health personnel[tiab] OR health care[tiab] OR referral*[tiab] OR second opinion*[tiab]) NOT Medline[sb])	485,229
4.		1 – 3 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	25
5.		1 AND 2	385
6.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
7.		5 AND 6 Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	7
8.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over	

design[tiab] OR crossover design[tiab] OR control
condition[tiab]) NOT Medline[sb])

9.	5 AND 8 Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	14
----	---	----

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: Cinahl samt Dentistry & Oral Sciences Source (DOSS) Databasleverantör: Ebsco
Datum: 2023-04-11

Ämne: Ätstörning, barn och vuxna – uppmärksamma munhälsa

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	(MH "Eating Disorders+") OR DE "EATING disorders" OR DE "ANOREXIA nervosa" OR DE "BINGE-eating disorder" OR DE "BULIMIA" OR DE "COMPULSIVE eating" OR DE "EATING disorders in women"	21,294
2.	FT/TI, AB	TI ("eating disorder*" OR "feeding disorder*" OR anorexia* OR bulimia* OR binge-eating OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR "avoidant food intake disorder*" OR diabulimia OR "disordered eating" OR anorectic OR bulimic OR "avoidant/restrictive food intake disorder*") OR AB ("eating disorder*" OR "feeding disorder*" OR anorexia* OR bulimia* OR binge-eating OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR "avoidant food intake disorder*" OR diabulimia OR "disordered eating" OR anorectic OR bulimic OR "avoidant/restrictive food intake disorder*")	23,921
3.		1 OR 2	29,155
4.	DE	(MH "Oral Health") OR DE "ORAL health" OR (MH "Dental Caries") OR (DE "DENTAL caries") OR (MH "Xerostomia") OR DE "XEROSTOMIA" OR (MH "Tooth Erosion") OR DE "TOOTH erosion"	59,669
5.	FT/TI, AB	TI ("oral health*" OR "dental health*" OR "periodontal health*" OR "mouth dryness" OR hyposalivation* OR Asialia OR "tooth erosion*" OR "dental erosion*" OR "dental caries" OR "oral symptom*" OR "oral signs" OR "oral hygiene*" OR "oral manifestation*" OR "dental knowledge" OR "dental management" OR "dental referral*" OR "dental awareness" OR "dental attention" OR "dental status" OR "dental condition*" OR "dental issue*" OR "dental complication*" OR dental OR tooth OR teeth) OR AB ("oral health*" OR "dental health*" OR "periodontal health*" OR "mouth dryness" OR hyposalivation* OR Asialia OR "tooth erosion*" OR "dental erosion*" OR "dental caries" OR "oral symptom*" OR "oral signs" OR "oral hygiene*" OR "oral manifestation*" OR "dental knowledge" OR "dental management" OR "dental referral*" OR "dental awareness" OR "dental attention" OR "dental status" OR "dental condition*" OR "dental issue*" OR "dental complication*")	180,786
6.		4 OR 5	202,483
7.	DE	DE "PRIMARY health care" OR (MH "Primary Health Care") OR DE "PHYSICIANS" OR (DE "GENERAL	

		practitioners") (MH "Physicians") OR (MH "Physicians, Family") OR (MH "Family Practice") OR (MH "Referral and Consultation")	
8.	FT/TI, AB	TI ("primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "general practice" OR GP OR "general practitioner*" OR "general physician*" OR "family physician*" OR "family practitioner*" OR "family nurse*" OR "primary nursing" OR healthcare OR "health personnel" OR "health care" OR referral* OR "second opinion*") OR AB ("primary care" OR "primary health care" OR "primary healthcare" OR "general practice" OR GP OR "general practitioner*" OR "general physician*" OR "family physician*" OR "family practitioner*" OR "family nurse*" OR "primary nursing" OR healthcare OR "health personnel" OR "health care" OR referral* OR "second opinion*")	596,518
9.		7 OR 8	706,322
10.		3 AND 6 AND 9	88
11.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
12.		10 AND 11	1
13.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
14.		10 AND 13	7
15.		3 AND 6 AND 11	7
16.		3 AND 6 AND 13	29

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Referenser

1. Kisely S, Baghaie H, Lalloo R, Johnson NW. Association between poor oral health and eating disorders: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015; 207(4):299-305.

Id: O3: Interventionsprogram för att förebygga ätstörning

Tillstånd: Ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning

Åtgärd: Dissonansbaserat interventionsprogram

Prioritet: 6

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Ett dissonansbaserat interventionsprogram resulterar möjligen i en lägre risk att insjukna i en ätstörning, jämfört med att inte få någon förebyggande insats. Trots att evidensen är svag tyder den på att det är positivt med förebyggande arbete om kroppsideal.

Insatsen kan ge en bättre effekt till en lägre kostnad. Det är angeläget att förebygga ätstörningar, men det är oklart om insatsen är bättre än andra preventionsprogram.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Skolåren är en känslig tid när det gäller utveckling av självbild och självkänsla för ungdomar. Under denna tid finns det en ökad risk för att utveckla en ohälsosam relation till mat, vikt och kropp.

Åtgärden: Kognitiv dissonans är psykologiskt obehag som uppstår när en individ upplever att egna attityder och värderingar går emot egna beteenden. Obehaget som följer av den inre konflikten tenderar att påverka individen så att denne antingen förändrar sina värderingar så att de är mer i linje med beteendet eller förändrar sitt beteende så det är mer i linje med värderingarna. Dissonansbaserade interventionsprogram syftar till att uppbåda kognitiv dissonans genom att deltagarna på olika sätt får gå emot (både i beteenden och kognitivt) internaliserade och skadliga skönhets- och kroppsideal, för att på så sätt (med hjälp av dissonansen) förhoppningsvis förändra sina ideal och värderingar kopplat till kropp, vikt och mat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Hos ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning ger dissonansbaserade interventioner, jämfört med att inte få någon intervention, möjligen en lägre risk för att insjukna i en ätstörning efter 3 års uppföljning (OR = 0.40, 95% KI: 0.17-0.94). Tillförlitligheten till evidensen i studierna är låg.

Det går inte att dra några slutsatser om risken att insjukna i en ätstörning jämfört med personer som istället erbjudits skrivterapi (expressive writing) efter 2 till 3 års uppföljning. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna är mycket låg. Av samma anledning går det heller inte att dra

några slutsatser om risken att insjukna i en ätstörning jämfört med personer som fått tillgång till utbildningsmaterial efter 3 till 4 års uppföljning.

Kommentar

Sammantaget pekar resultaten på att det inte är någon skillnad, eller en något lägre risk att insjukna i ätstörning, om en person får en dissonansbaserad intervention jämfört med andra insatser. Den sammanvägda oddskvoten för samtliga fem studier, där hänsyn varken tas till vem som utför interventionen eller vilken kontrollgrupp interventionen ställs emot är 0.69 (95% KI: 0.46-1.02).

När dissonansbaserat interventionsprogram jämförs med att få tillgång till utbildningsmaterial så ligger oddskvoten med 95% säkerhet mellan 0.59 och 1.23, vilket innebär att vi inte med säkerhet kan säga att det är någon skillnad mellan grupperna. De tre studierna som ingår i underlaget hade då en uppföljningstid på 3 till 4 år.

När dissonansbaserad intervention istället jämförs mot skrivterapi (expressive writing) så indikerar även den oddskvoten att risken för ätstörning kan vara något mindre hos personer som får tillgång till interventionen (OR = 0.43). Men även där kan vi inte utesluta att det inte är någon skillnad mellan grupperna (95% KI: 0.59-1.23) efter två till tre års uppföljning.

För den enda studie som jämförde interventionen mot att enbart få bedömning finns det möjligen en lägre risk, där incidensen i de båda grupperna var 7% respektive 16%, och oddskvoten med 95 % säkerhet ligger mellan 0.17 och 0.94.

Upphovsmannen (Stice) till modellen är förste författare till fyra av fem inkluderade RCT studier, samt medförfattare på den femte studien. Hans forskning indikerar att det har betydelse vem som utför interventionen. Om en jämnårig person (så kallad peer) utför interventionen finns en minskad risk för insjuknande, till skillnad från om utföraren av interventionen är en kliniker [1]. Det ingick inte i PICO att studera hur interventionen utfördes, men resultaten för de enskilda studierna presenteras i tabellen *Översikt av inkluderade studier*. Där framkommer också att de två studier som studerar peer-ledda dissonansbaserade interventioner jämfört mot utbildning respektive expressive writing med 95 % säkerhet hade minskade risker för ätstörning [2, 3]. Det bör dock poängteras att hur peer respektive kliniker definieras kan se olika ut för studierna i underlaget. Detta definieras i tabellen *Översikt av inkluderade studier*.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt (SÖ), där dissonansbaserade interventioner utvärderades i 5 av 15 randomiserade kontrollerade (RCT) studier [1].

Totalt granskades 16 SÖ på titel- och abstraktnivå och av dessa lästes 7 SÖ i fulltext. Den SÖ som gick vidare för kvalitetsgranskning och bedömning av tillförlitlighet, valdes då den enbart inkluderade RCT studier, fokuse-

rade det primära utfallsmåttet för PICO:t (incidens av ätstörning) och var relativt nyligen publicerad. Primärstudier utförda efter 2021 granskades också (totalt 25 stycken som granskades på titel- och abstraktnivå), men ingen av dessa studerade incidens av ätstörning som utfallsmått och inkluderas därför inte i underlaget.

De studier som lästes i fulltext men sedan gallrades bort inför kvalitetsgranskningen, exkluderades bland annat på grund av att primärstudierna var av varierande design (vissa var exempelvis pilotstudier eller kvalitativa studier; [4, 5]; för att incidens av ätstörning ej ingick som utfallsmått [6]; och för att de var publicerade tidigare [7-9] än studien som slutligen granskades [1]).

I den SÖ som granskades, redovisas resultaten från 15 RCT studier där preventionsinsatser utvärderats mot kontrollgrupp och som alla rapporterat klinikerbedömd incidens av ätstörning som utfallsmått. Sammanlagt ingick 5080 deltagare i studierna, samtliga var unga kvinnor (åldersspann: 14,5–22,3 år) och samtliga inkluderades på basis av egenupplevt kroppsmisshälsa (det vill säga, preventionsinsatserna ansågs selektiva). Bland de preventionsinsatser som utvärderades ingick exempelvis interventioner som fokuserar hälsosam livsstil, psykoedukativa insatser och kognitivbeteendeterapeutiska insatser. Dissonansbaserade interventioner utvärderades i 5 primärstudier [2, 3, 10-12] och det är dessa studier vars resultat redovisas i kunskapsunderlagets tabeller.

Vid kvalitetsgranskningen av SÖ:n i sin helhet, bedömdes att domän 4, analys- och syntesmodulen, hade hög risk för bias framförallt för att 8 av primärstudierna hade hög risk för bias, något som inte tas hänsyn till i analysen (sensitivitetsanalys saknas). Gällande domän 2, identifikation och val av studier, bedömdes risken för bias som oklar då dokumentationen om söktermerna är knapphändig och huruvida underlaget granskats av två eller fler medarbetare ej redovisas. Med anledning av dessa brister valde vi att göra en egen sammanställning av resultaten från de 5 studier i SÖ:n som är relevanta för vår frågeställning (se tabell Översikt av inkluderade studier). Eftersom författarna har rapporterat risk för bias för de enskilda studierna i SÖ:n har vi utgått från deras bedömning av primärstudierna.

Uppgifter om antalet insjuknade och det totala antalet i varje interventionsarm som var friska vid baseline har använts för att räkna ut kumulativ incidens. Dessa siffror har vi fått tillgång till från förste författaren (Stice) av SÖ:n efter förfrågan. Oddskvoter och riskskillnader har räknats ut med hjälp av Revman Web. Numbers needed to treat (NNT) har räknats ut i GraphPad.

Det saknas pågående studier enligt sökning på clinicaltrials.gov.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att ett dissonansbaserat interventionsprogram dominerar andra insatser (skrivterapi samt ingen behandling) som förebyggande insats till ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning. Att insatsen är dominant innebär att ett dissonansbaserat interventionsprogram kan generera bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med andra insatser.

Slutsatsen bygger på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Summering av effekt och evidensstyrka

Oddsquoter (ORs) och riskskillnader (RDs) är uträknade med hjälp av Revman Web.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (Riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp					
Risk för ätstörning	Utbildning	Dissonansbaserat interventionsprogram (Klinikerledd Body Project, "Peer"-ledd Body Project, Icke modererad internetbaserat eBody Project)	RD _{MH} = -0.02 [95% KI: -0.05-0.02]	OR _{MH} = 0.85 (95% KI: 0.59-1.23) <i>Se graf från meta-analysen längre ned i kunskapsunderlaget</i>	n = 1366 (3 RCT: [2, 10, 11])	⊕○○○	Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Summan av smärre brister ³ : -1
Risk för ätstörning	Expressive writing	Dissonansbaserat interventionsprogram (Klinikerledd Body Project, "Peer"-ledd internetbaserat Body Project)	RD _{MH} = -0.05 (95% KI: -0.10- -0.00)	OR _{MH} = 0.43 [95% KI: 0.12-1.51] <i>Se graf från meta-analysen längre ned i kunskapsunderlaget</i>	n=535 (2 RCT: [3, 12])	⊕○○○	Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Summan av smärre brister ³ : -1
Risk för ätstörning	Enbart bedömning	Dissonansbaserat interventionsprogram (Klinikerledd Body Project)	RD: -0.09 [95% KI: -0.17- -0.01]	OR= 0.40 [95% KI: 0.17-0.94]	n = 241 (1 RCT: [12])	⊕⊕○○	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ⁴ : -1

K: kontroll; KI: Konfidensintervall; MH: Mantel-Haenszel; OR: Oddsquot; RD: Riskskillnad

¹ Tillförlitlighet. Avdrag då enbart studier där interventionens upphovsman är med i underlaget. Den SÖ som har bedömt de individuella studiernas kvalitet är också författad av bland annat interventionens upphovsman.

² Precision: Avdrag eftersom konfidensintervallet för den sammanvägda oddskvoten i meta-analysen innefattar 1.

³ Summan av smärre brister: Avdrag beror på vissa brister i:

- För jämförelsegrupperna utbildning och expressive writing:

Bias / tillförlitlighet. Viss risk för brister i studiernas tillförlitlighet. 4 av 6 RCT:s bedöms i den systematiska översikten av Stice (2021) ha låg risk för bias. En studie (Stice, 2020) bedöms dock ha måttlig risk för bias (some concerns).

- För jämförelsegruppen expressive writing:

Överensstämmelse. Viss eller möjligen stor heterogenitet. Studiernas oddskvoter pekar i samma riktning vilket indikerar att resultaten är samstämmiga. I²-värdet indikerar dock måttlig till hög heterogenitet, vilket dock bör tolkas med försiktighet eftersom enbart två studier som ligger till grund för bedömningen.

- För samtliga jämförelsegrupper (utbildning, expressive writing och att inte få någon intervention utan enbart bedömning):

Publikationsbias. I den systematiska översikten av Stice (2021) konstaterades att det inte fanns tecken på publikationsbias genom att analysera Egger's regression test for funnel plot asymmetry. Publikationsbias dock inte uteslutas då huvudförfattaren i 4 av 5 studier är upphovsman till interventionen.

⁴ Överförbarhet. Avdrag eftersom enbart en studie ingår i bedömningen.

Översikt av inkluderade studier

Oddsquoter (ORs) och riskskillnader (RDs) är uträknade med hjälp av Revman Web. Numbers needed to treat (NNT) är uträknat med hjälp av GraphPad.

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A- Risk för ätstörning	Övrigt
Stice et al, 2008 [12] RCT USA Låg risk för bias	481 flickor – varav 364 är inkluderade i vår granskning - (ålder 14–19, medelålder=17.0) rekryterade via high schools och universitet Inkluderas om de uppgav kroppsmisnöje (exkluderas om de hade ätstörning) Studieperiod: 3 år Uppföljningstid: efter avslutad intervention, efter	I: Klinikerledd dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) (n=115) K1: Intervention med fokus på uttrycksfullt skrivande (expressive writing) (n=123) K2: Kontrollgrupp utan intervention som enbart får en bedömning (n=126)	Kumulativ incidens av ätstörning efter 3 år: DB: 7% K1 (expressive writing): 9% K2 (Ingen intervention utan enbart bedömning): 16% DB vs K1: OR ₁ = 0.43 [95% KI: 0.12-1.51] RD ₁ = -2% (-9% - 5 %) NNT = 51 DB vs K2: OR ₂ = 0.40 (95% KI: 0.17-0.94) RD ₂ = -9% (95% KI: -17% - -1%) NNT = 12	Vem som utförde interventionen: Oklart om de som gav interventionen kan klassas som kliniker eller ej. I artikeln beskrivs de som "graduate students with facilitator training and supervision". Grupperna hölls av en "graduate student" och en "co-facilitator" som var en undergraduate student i samma ålder som deltagarna (mer likt en "peer support", se nedan) och som fått viss utbildning om metoden. Exkluderade interventions- eller kontrollarmar: I denna studie jämförs också DB mot annan aktiv intervention: Healthy Weight Intervention. Men då denna jämförelse ej är i linje med PICO rapporteras inte den i tabellen ovan.

	6 månader, 1 år, 2 år och efter 3 år.		<p>DB vs K1 eller K2: $OR_3 = 0.53$ (95 % KI: 0.23-1.18) $RD_3 = -5\%$ (-12% - 1%) NNT = 19</p> <p>Observera att det är samma interventionsgrupp (DB) för K1 och K2. Fallen och det totala antalet personer i interventionsarmen DB är inte uppdaterade i OR_1 och OR_2 ovan.</p>	Vi har däremot inkluderat kontrollgruppen Expressive Writing (EW) utifrån att det kan ses som psykologisk placebo.
Stice et al, 2011 [11] RCT USA Låg risk för bias	<p>306 flickor (ålder 14–19, medelålder=15.7) rekryterades via high schools.</p> <p>Inkluderades om de uppgav kroppsmissnöje</p> <p>Studieperiod: 3 år</p> <p>Uppföljningstid: efter avslutad intervention, efter 6 månader, 1 år, 2 år och efter 3 år.</p>	<p>I: Klinikerledd dissocialitetsbaserat interventionsprogram (Body Project) (n=135)</p> <p>K: Broschyr med utbildningsmaterial (n=171)</p>	<p>Incidens av ÄS efter 3 år: DB: 3.7%K (utbildning): 5.3%</p> <p>DB vs K: $OR = 0.69$ [95% KI: 0.23-2.12] $RD = -2\%$ (-6% - 3%) NNT = 65</p>	<p>Vem som utförde interventionen: Författaren beskriver att det vanligtvis var två sjuksköterskor eller rådgivare som levererade interventionen på varje skola.</p> <p>Exkluderade interventions- eller kontrollarmar: Samtliga armar ingår i granskningen.</p>

Stice et al, 2015 [10]	408 kvinnliga college studenter (medelålder=21.6), varav 380 inte hade en ätstörning enligt DSM-IV kriterier vid baseline	I: Klinikerledd dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) (n=186) K: Broschyr med utbildningsmaterial (n=194)	Incidens av ÄS efter 3 år DB: 12.9% K:12.9% DB vs K: OR = 1.00 [95% KI: 0.55-1.83] RD = 0% (95% KI: -7% - 7%) NNT = -	Vem som utförde interventionen: Enligt artikeln utförs interventionen av "college clinicians" med erfarenhet av att utföra gruppinterventioner. Exkluderade interventions- eller kontrollarmar: Samtliga armar ingår i granskningen.
RCT	Inkluderades om de uppgav kroppsmisnöje			
USA	Studieperiod: 3 år			
Låg risk för bias	Uppföljningstid: efter avslutad intervention samt efter 1 år, 2 år och efter 3 år.			
Ghaderi et al, 2020 [3]	443 unga kvinnor (ålder 15–20, medelålder 17.2), varav 297 är inkluderade i vår granskning	I: "Peer"-ledd internetbaserat dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) (n=149)	Incidens av ÄS efter 2 år DB: 2.0 % K: 8.8 % DB vs K: OR = 0.21 [95% KI: 0.06-0.77] RD = -7% (95% KI: -12% - -2%) NNT = 15	Vem som utförde interventionen: Enligt Stice 2021 var de som levererade interventionen "peer educators". De var psykologistudenter. Mer internetbaserad än annan peer-led intervention. Exkluderade interventions- eller kontrollarmar: I denna studie fanns ytterligare en kontrollgrupp: 6 månaders väntelista. Men
RCT	Inkluderades om de uppgav kroppsmisnöje			
Sverige				
Låg risk för bias				

	<p>Studieperiod: 2 år</p> <p>Uppföljningstid: efter avslutad intervention, efter 6 månader, 1 år, 18 månader och 2 år.</p>	<p>K: Intervention med fokus på uttrycksfullt skrivande (expressive writing) (n=148)</p>		<p>då incidens av ätstörning ej rapporterades för denna grupp efter 2 år har denna inte inkluderats i meta-analysen.</p>
<p>Stice et al, 2020 [2]</p> <p>RCT</p> <p>USA</p> <p>Måttlig risk för bias (Some concerns)</p>	<p>680 unga kvinnor (medelålder=22.2) rekryterade via college</p> <p>Inkluderades om de uppgav kroppsmissnöje</p> <p>Studieperiod: 4 år</p> <p>Uppföljningstid: efter avslutad intervention, efter 6 månader, 1 år, 2 år, 3 år och efter 4 år.</p>	<p>I1: Dissonansbaserad (DB) intervention Clinician The Body Project (n=173)</p> <p>I2: Dissonansbaserad (DB) intervention peer-led the Body Project (n=162)</p> <p>I3: Dissonansbaserad intervention eBody Project (internetbaserad DB) (n=184)</p> <p>K: Utbildningsvideo (n=161)</p>	<p>Incidens av ÄS efter 4 år</p> <p>I1: 15.6%</p> <p>I2: 6.8%</p> <p>I3: 12.0%</p> <p>K: 14.3%</p> <p>DB1 vs K: OR₁ = 1.11 [95% KI: 0.61-2.03] RD₁ = 1% (95% KI: -6% - 9%) NNT = -</p> <p>DB2 vs K: OR₂ = 0.44 (95% KI: 0.21-0.93) RD₂ = -7 % (95% KI: -14% - -1%) NNT = 14</p> <p>DB3 vs K:</p>	<p>Vem som utförde interventionen: Författarna specificerar inte helt vad som menas med "peer-led". Det står att "peer educators were recruited from established peer educator programs" och i översikten beskrivs peers som mer lika deltagarna gällande ålder och kön. På svenska innefattar definitionen ofta personer med egna erfarenheter likt deltagarnas (t.ex. Då av psykisk ohälsa), överätts på ett ungefär till "kamratstöd".</p> <p>eBody Project är enbart ett internetbaserat självhjälpsprogram, inget övrigt stöd (t.ex. av peer) ingår.</p> <p>Exkluderade interventions- eller kontrollarmar: I denna studie jämförs också "peer-</p>

OR₃ = 0.81 [95% KI: 0.44-1.53]
RD₃ = -2% (95% KI: -9% - 5%)
NNT = 43

I1, I2 och I3 vs K:
OR4: 0.78 (95% KI: 0.47-1.32)
RD4: -3% (95% KI: -9% - 3%)
NNT:

led" och klinikerledd DB, men denna jämförelse är inte i linje med vårt PICO och rapporteras således inte i tabellen ovan.

DB: Dissonansbaserad; K: Kontroll; KI: Konfidensintervall; EW: Expressive writing; NNT: Numbers needed to treat; OR: Oddskvot; RCT: Randomised Controlled Trial RD: Riskskillnad

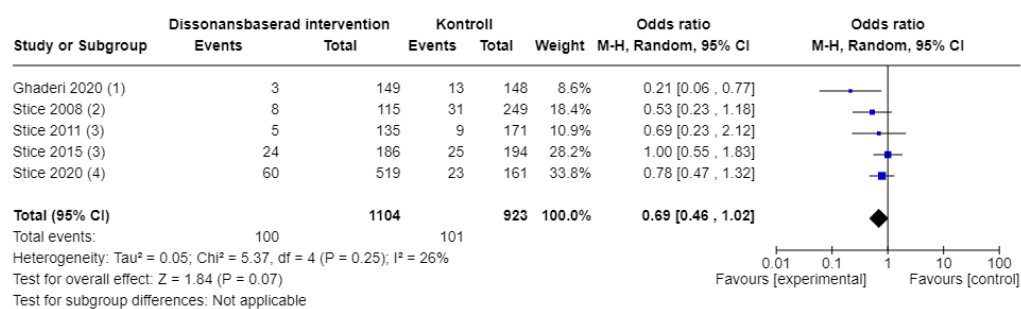
Metaanalys

Samtliga metaanalyser är utförda med RevMan Web.

Följande fyra meta-analyser är utförda:

1. Dissonansbaserade interventioner – samtliga studier inlagda oavsett jämförelsegrupp (figur 1)
2. Dissonansbaserade interventioner jämfört med jämförelsegruppen utbildning (värden presenteras i tabellen *Summering av effekt och evidensstyrka* ovan) (figur 2)
3. Dissonansbaserad intervention jämfört med jämförelsegruppen expressive writing (värden presenteras i tabellen *Summering av effekt och evidensstyrka* ovan) (figur 3)
4. Subgrupps-analys där dissonansbaserade interventioner delats upp i tre grupper beroende på jämförelsegrupp (utbildning, expressive writing eller om deltagarna inte fick någon intervention utan enbart bedömning). (figur 4)

Incidens ätstörning: Samtliga studier oavsett jämförelsegrupp

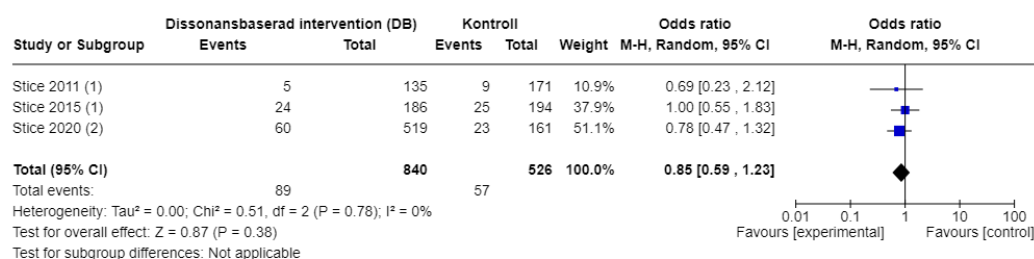


Footnotes

- (1) "Peer"-ledd internetbaserat dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) vs expressive writing
- (2) Klinikerledd dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) vs enbart bedömning eller expressive writing
- (3) Klinikerledd dissonansbaserat interventionsprogram (Body Project) vs utbildning
- (4) Dissonansbaserat interventionsprogram (Klinikerledd, "peer-ledd" eller icke modererat internetbaserat) vs utbildning

Figur 1. Samtliga studier inlagda – dissonansbaserade interventioner (peer, kliniker, omodererad) jämfört med ingen intervention utan enbart bedömning, utbildningsbroschyr eller expressive writing.

Incidens ätstörning: Dissonansbaserad intervention jämfört med utbildning

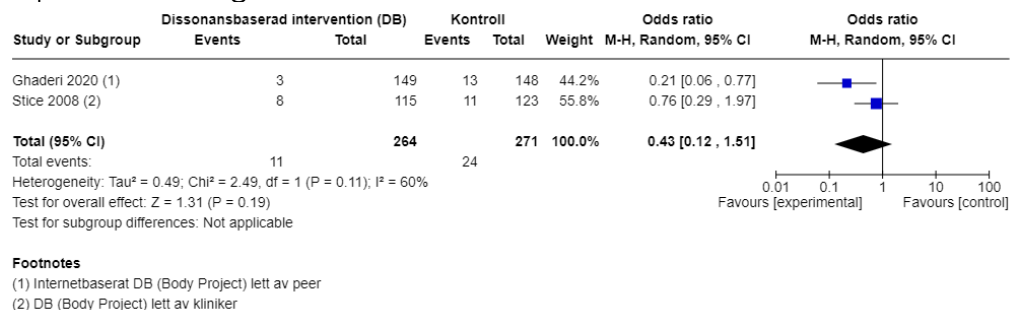


Footnotes

- (1) DB lett av kliniker (Body Project)
- (2) DB (Body Project) lett av kliniker eller av peer, eller icke modererat internetbaserat DB (eBody Project)

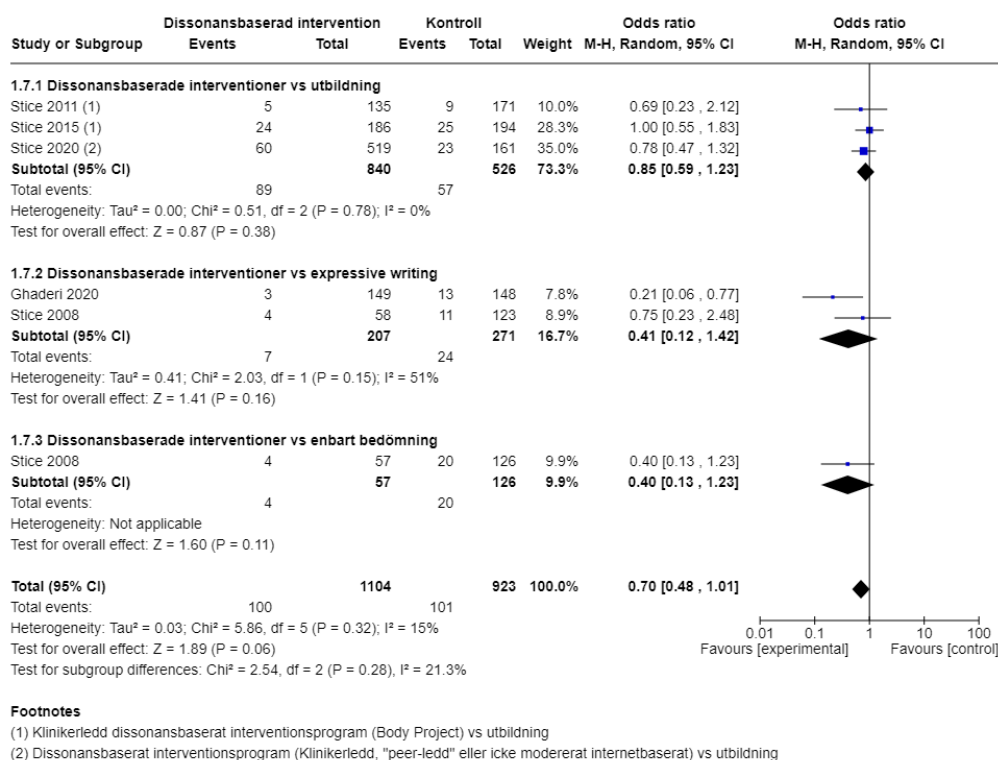
Figur 2. Dissonansbaserad intervention jämfört med utbildning.

Incidens åtstörning: Dissonansbaserad intervention jämfört med expressive writing



Figur 3. Dissonansbaserad intervention jämfört med expressive writing.

Incidens åtstörning: Dissonansbaserad intervention jämfört med att inte få någon intervention utan enbart bedömning, utbildningsbroschyr eller expressive writing



Figur 4. Samtliga studier inlagda – dissonansbaserade interventioner jämfört med att inte få någon intervention utan enbart bedömning, utbildningsbroschyr eller expressive writing.

Notera att studien av Stice från 2008 [12] innehåller två kontrollgrupper (expressive writing och att inte få någon intervention utan enbart bedömning). Antalet events och den totala populationen för personer som fick den dissonansbaserade interventionen är därför uppdelade på dessa två jämförelsegrupper i ovan metaanalys.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har dissonansbaserade interventionsprogram för ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning, jämfört med väntelista, psykologisk placebo eller utbildning, på incidens av ätstörning, symtomskattningsskalor, livskvalitet, förekomst av bantning och kroppsuppfattning?

- Population/tillstånd: Ungdomar (från 15 år) som löper risk att utveckla ätstörning
- Intervention/åtgärd: Dissonansbaserat interventionsprogram
- Kontrollgrupp: Väntelista, psykologisk placebo eller utbildning
- Utfallsmått:
 - Primära: Incidens av ätstörning
 - Sekundära: Symtomskattningsskalor (EDE, EDE-Q, CIA), livskvalitet (EDQOL), förekomst av bantning och kroppsuppfattning (body dissatisfaction, drive to thinness, thin-ideal internalization)
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	41
Artiklar som lästes i fulltext	7
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 SÖ (5 av 15 RCT studier i SÖ:n)

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-17

Ämne: Dissonansbaserat interventionsprogram

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Body Image[Mesh] OR "Body Dissatisfaction"[Mesh] OR body dissatisfaction[tiab] OR negative body image*[tiab] OR body image dissatisfaction[tiab] OR body image disturbance*[tiab] OR body image concern*[tiab] OR distorted body image[tiab] OR body image[tiab] OR body satisfaction[tiab] OR Body-related self-conscious*[tiab] OR body-related emotion*[tiab] OR thin-ideal*[tiab]	26674
2.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders/prevention and control"[Mesh] OR eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab]	27183
3.		1 OR 2	48704
4.	Mesh/FT	"Cognitive Dissonance"[Mesh] OR dissonance-based[tiab] OR cognitive dissonance*[tiab] OR (dissonance[tiab] AND prevention program[tiab])	1375
5.		3 AND 4	164
6.		5 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR	11

	meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	
7.	5 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb]))	88

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO			
Datum: 2023-03-17			
Ämne: Dissonansbaserat interventionsprogram			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MH, DE/FT	DE "Body Image" OR DE "Body Dissatisfaction" OR DE "Body Esteem" OR DE "Body Image Disturbances" OR (MH "Body Image") OR (MH "Body Dissatisfaction") OR TI ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-conscious*" OR "body-related emotion*" OR "thin-ideal*") OR AB ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-conscious*" OR "body-related emotion*" OR "thin-ideal*")	41392
2.	MH, DE/FT	(MH "Eating Disorders") OR DE "Eating Disorders" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating") OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating")	50967
3.		1 OR 2	81927
4.	MH, De/FT	DE "Cognitive Dissonance" OR TI ("dissonance-based" OR "cognitive dissonance*" OR (dissonance AND "prevention program")) OR AB ("dissonance-based" OR "cognitive dissonance*" OR (dissonance AND "prevention program"))	5029
5.		3 AND 4	332
6.		5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	15
7.		5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR	161

"controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley

Datum: 2023-03-17

Ämne: Dissonansbaserat interventionsprogram

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Body Image] explode all trees OR ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-conscious*" OR "body-related emotion*" OR "thin-ideal"):ti,ab,kw	2650
2.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR ("eating disorder*" OR "disordered eating"):ti,ab,kw	3517
3.		1 OR 2	5568
4.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Cognitive Dissonance] explode all trees OR ("dissonance-based" OR "cognitive dissonance*" OR (dissonance AND "prevention program")):ti,ab,kw	192
5.		3 AND 4	96

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Dunker KLL, et al. 2023 [4]	<ul style="list-style-type: none"> - Inkluderar icke relevanta studiedesigns - Populationen inkluderar primär, sekundär, integrerad (ätstörning och övervikt) och indikerad prevention (dvs ej bara individer med risk för ätstörning)

Larsen T, et al. 2022 [5]	<ul style="list-style-type: none"> - Inkluderar icke relevanta studiedesigns - Populationen består av elitidrottare som är över 18 år
Guest E, et al. 2022 [6]	<ul style="list-style-type: none"> - Ej relevant primärt utfallsmått. Undersöker inte heller regelrätt ätstörningsprevention utan förbättrad kroppsbild - Narrativ syntes
Stice E, et al. 2019 [7]	Nyare översikt finns
Le L K, et al. 2017 [8]	Nyare översikt finns
Watson HJ, et al. 2016 [9]	Nyare översikt finns

Referenser

1. Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clin Psychol Rev.* 2021; 87:102046.
2. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Effectiveness of these delivery modalities through 4-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2020; 88(5):481-94.
3. Ghaderi A, Stice E, Andersson G, Enö Persson J, Allzén E. A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. *J Consult Clin Psychol.* 2020; 88(7):643-56.
4. Dunker KLL, Carvalho PHB, Amaral ACS. Eating disorders prevention programs in Latin American countries: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2023.
5. Larsen T. A systematic review of eating disorder prevention and preventative protocols for elite female athletes in individual sports: ProQuest Information & Learning; 2022.
6. Guest E, Zucchelli F, Costa B, Bhatia R, Halliwell E, Harcourt D. A systematic review of interventions aiming to promote positive body image in children and adolescents. *Body Image.* 2022; 42:58-74.
7. Stice E, Marti CN, Shaw H, Rohde P. Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clin Psychol Rev.* 2019; 70:91-107.
8. Le LK, Barendregt JJ, Hay P, Mihalopoulos C. Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017; 53:46-58.
9. Watson HJ, Joyce T, French E, Willan V, Kane RT, Tanner-Smith EE, et al. Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *Int J Eat Disord.* 2016; 49(9):833-62.
10. Stice E, Rohde P, Butryn ML, Shaw H, Marti CN. Effectiveness trial of a selective dissonance-based eating disorder prevention program with female college students: Effects at 2- and 3-year follow-up. *Behav Res Ther.* 2015; 71:20-6.

11. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau J. An effectiveness trial of a selected dissonance-based eating disorder prevention program for female high school students: Long-term effects. *J Consult Clin Psychol*. 2011; 79(4):500-8.
12. Stice E, Marti CN, Spoor S, Presnell K, Shaw H. Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76(2):329-40.

Id: O5: Närståendestöd

Tillstånd: Närstående till person med ätstörning, behov av eget stöd

Åtgärd: Närståendestöd i form av rådgivning och samtals-stöd

Prioritet: 7

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig svårighetsgrad. Effekten av insatsen för den närståendes hälsa är osäker, men den kan öka förmågan att stödja personen med ätstörning. Det är fråga om en ganska begränsad insats från vården, både i omfattning och innehåll.

Kommentar: Insatsen kan utföras individuellt eller i grupp. På grupp-nivå ser behovet av stöd olika ut hos de närstående, men för de som behöver stöd är det viktigt att kunna erbjuda det.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: En närstående är någon som personen med en ätstörning anser sig ha en nära relation med. Det kan vara en anhörig (det vill säga en person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna) eller en nära vän som har en viktig roll i personens möjlighet att tillfriskna från sin ätstörning. Begreppen anhörig respektive närstående används dock inte konsekvent i olika lagar och inom olika områden. [1]

Närstående påverkas i hög grad om en person de har en nära relation med insjuknar i en ätstörning och kan vara i behov av eget stöd. De kan känna skuld känslor och oro över den drabbades hälsa och över hur framtiden ska bli. Den närstående funderar ofta över sin egen roll i både insjuknande och tillfrisknande och kan känna sig utelämnad med dessa tankar [2].

Åtgärden: Närståendestöd¹ är stödande insatser som syftar till att ge stöd och hjälp till närstående som vårdar eller stödjer personen med en ätstörning. Åtgärden i detta kunskapsunderlag är begränsad till rådgivning och samtalsstöd som utförs individuellt eller i grupp med andra närstående i liknande situation (men inte ihop med personen som har en ätstörning).

Stödet kan bestå av stödande eller rådgivande samtal. Innehållet kan exempelvis bestå av psykoedukation eller stöd som syftar till att öka förmågan att hantera sjukdomen eller stärka det egna måendet. Stödet ska kunna avlasta den närstående i att hantera de utmaningar som rollen som närstående innebär.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

¹ I detta kunskapsunderlag kommer vi konsekvent använda begreppet närståendestöd, som i vissa fall också kallas anhörigstöd.

Slutsatser om åtgärden

Hos närstående till person med ätstörning har tillägg av närståendestöd i form av rådgivning eller samtalsstöd möjligen en positiv effekt på självskattade vårdgivande beteenden för att stödja personer med ätstörningar som tillägg till sedvanlig vård för patienten eller jämfört med väntelista för de närstående. Tillförlitligheten till evidensen i studierna är låg.

Hos närstående till person med ätstörning går det inte att dra några slutsatser om effekterna av tillägg av närståendestöd i form av rådgivning eller samtalsstöd på självskattad tolerans för ätstörningsbeteenden som pågår i hemmiljön, närståendes depression, ångest och stress, upplevd börda av att hantera sjukdomen, reaktioner på sjukdomen eller på livskvalitet. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna är mycket låg.

Hos personer med ätstörning går det inte att dra några slutsatser om effekterna av tillägg av närståendestöd i form av rådgivning eller samtalsstöd till sedvanlig behandling för patienten på utfallsmåtten BMI, ätstörningsspsykopatologi, livskvalitet samt depression, ångest och stress. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna är mycket låg.

Kommentar

I underlaget ingår vetenskapliga studier där närståendestöd i form av rådgivning och samtalsstöd utvärderas. Stödet har i studierna erbjudits inom hälso- och sjukvården i form av workshops eller självhjälp-material med fokus på färdighetsträning och psykoedukation, generellt som tillägg till sedvanlig behandling för patienten. Närståendestödet har jämförts med antingen sedvanlig vård för patienten eller mindre omfattande stöd till de närstående (exempelvis psykoedukation).

Studierna innehåller skillnader som försvårar sammanvägning av resultaten och som bör tas i beaktande vid tolkningen av slutsatserna. Det rör sig huvudsakligen om:

- skillnader i patientpopulation: exempelvis vilka ätstörningsdiagnoser som inkluderats, åldersgrupp och att patienterna befinner sig i olika delar av vårdkedjan (heldygns- eller öppenvård)
- skillnader i jämförelsegruppen: fyra av studierna innehåller passiva jämförelsegrupper [3-6] medan två av studierna innehåller aktiva jämförelsegrupper [7, 8]. Ibland har även jämförelsegruppen erbjudits kontaktmöjligheter med andra stödjande organisationer, vilket försvårar tolkningen av resultatet
- skillnader i uppföljningstider: de olika studierna har olika uppföljningstider, allt från direkt efter avslutad intervention upp till 24 månader.

Närståendestöd i form av exempelvis avlösning i hemmet eller ekonomisk ersättning har inte undersökts. Slutsatserna i underlaget avser därmed de metoder som vetenskapligt har utvärderats.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Sammanfattning

I granskningen ingår två systematiska översikter (SÖ) ([9, 10] varifrån fem randomiserade kontrollerade (RCT) studier identifierades [3-6, 8]. Ytterligare en primärstudie identifierade från litteratursökningen [7].

Primärstudier och systematiska översikter identifierade i litteratursökningen

Totalt granskades 24 SÖ på titel- och abstraktnivå och av dessa lästes 12 SÖ i fulltext. Tre översikter bedömdes relevanta efter fulltextgranskning [9-11], och två av dem valdes vidare ut för kvalitetsgranskning [9, 10].

Hannah från 2022 [9] valdes ut då det var den senaste relevanta översikten. Den var dock en narrativ översikt och användes därför enbart för att välja ut relevanta primärstudier som identifierades i studien fram tills augusti 2021. Sju studier valdes ut för relevansbedömning och samtliga bedömdes som relevanta efter fulltextgranskning. Samtliga sju studier kvalitetsgranskades och fyra ingår i kunskapsunderlaget [4-6, 8]. En förteckning över de studier som inte bedömdes som relevanta efter fulltextläsning eller kvalitetsgranskning finns redovisade längre ned i tabellen *Exkluderade studier*.

Den andra SÖ:n som kvalitetsgranskades var Hibbs från 2015 [10], som stämde mycket väl in på PICO. Översikten saknade dock kvalitetsgranskningar av de inkluderade primärstudierna. Därför valdes även där ut de studier som var relevanta mot PICO. Författarna hade sökt efter studier mellan åren september 2001 och september 2013. Tretton studier valdes ut för relevansbedömning och 2 bedömdes som relevanta efter fulltextgranskning. En av studierna i översikten kunde vi inte identifiera. Vi har varit i kontakt med corresponding author men inte fått svar. De två studierna kvalitetsgranskades och båda ingår i kunskapsunderlaget [3, 4].

Från litteratursökningen relevansbedömdes också 108 primärstudier publicerade åren 2013 till mars 2023. Totalt bedömdes två studier som relevanta efter fulltextgranskning, som inte redan hade identifierats i de systematiska översikterna [7, 12]. Efter kvalitetsgranskning ingår en av dem i kunskapsunderlaget [7].

Beskrivning av de sex primärstudier som ingår i kunskapsunderlaget

De sex primärstudier som ingår i kunskapsunderlaget innehåller närstående-stöd med fokus på färdighetsträning och psykoedukation. För en av studierna jämförs en workshop i färdighetsträning mot en workshop i psykoedukation [8]. Ingen av studierna som ingår i granskningen innehåller gruppsamtal mellan närstående.

För de studier som ingår i underlaget förekom ett stort antal olika självskattningsformulär för att beskriva närståendes eller patienters välmående eller börda av att hantera sjukdomen. Vi redovisar resultaten huvudsakligen från de skattningsformulär som förekom i flest studier. De skattningsformulär som vi inte redovisar resultat för står listade för respektive studie i tabellerna under rubriken *Översikt av inkluderade studier*.

Två av de sex studierna visade sig vara samma studiepopulation [4, 5] och där enbart uppföljningstiden tycktes skilja sig åt. Dessa studiers resultat redovisas därför ihop i tabellerna och graferna.

Inga pågående studier har identifierats på clinicaltrials.gov efter att ha sökt efter eating disorders ihop med caregiver interventions för observations- eller interventionsstudier med en uppdatering de senaste tre åren.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Närståenderrelaterade utfallsmått

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Familje-medlemmars tolerans för ätstörningsbeteenden som pågår i hemmiljön (mätt med självskattningsformuläret	TAU Väntelista Psykoedukation	ECHO+TAU Workshops	Ingen skillnad i AESED mellan grupperna över tid i fyra studier [3-7], alternativt en möjlig effekt av uppföljningstiden oberoende av grupptillhörighet i en studie [8]	n=664 (5 RCT:er: [3-8] ^a)	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Överensstämmelse ³ : -1	Fem studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig. Nedan finns dock en grafisk illustration av studieresultaten.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontroll-grupp	Interventions-grupp				
Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED))						
Vårdgivande beteendet för att stödja personer med ätstörningar (mätt	TAU Väntelista	ECHO+TAU Workshops	Ingen skillnad mellan grupperna efter 6 månaders uppföljning, men en möjlig positiv effekt efter 12 månaders uppföljning [6]. Den andra studien visar en möjlig positiv effekt av behandlingen efter interventionens avslut och efter en månads uppföljning [7].	n=270 (2 RCT:er: [6, 7])	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1	Två studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig. Nedan finns dock en grafisk illustration av studieresultaten.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
med självskattningsformuläret Caregiver Skills (CASK))						
Närståendes depression, ångest och stress (mätt med självskattnings-	TAU	ECHO + TAU	Ingen skillnad i DASS-21 mellan grupperna över tid.	n=494(2 RCT:er: [4-6]) ^a	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Överensstämmelse ³ : -1	Två studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig. Nedan finns dock en grafisk illustration av studieresultaten.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
formuläret Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21))						
Närståendes upplevda börda av att hantera sjukdomen (mätt med	Beat support (välgörhetsorganisation, erbjuder stöd) TAU Psykoedukation	OAo (overcoming anorexia onlien) ECHO+TAU Skill-based workshop programme	Ingen skillnad i EDSIS mellan grupperna i två studier [3, 8]. Den tredje studien visar en möjlig gynnande effekt av interventionen i samband med patienternas utskrivning [4, 5].	n=394 (3 RCT:er: [3-5, 8]) ^a	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Överensstämmelse ³ : -1	Tre studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig. Nedan finns dock en grafisk illustration av studieresultaten.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
skattningsformuläret Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS))						
Närståendes reaktioner på sjukdomen (mätt med självskattningsfor-	TAU Väntelista Psykoedukation	ECHO+TAU Workshop Skill-based workshop programme	Ingen skillnad i FQ mellan grupperna över tid [6, 8], eller: - en möjlig skillnad mellan grupperna som enbart sågs 6 månader efter utskrivningen [4, 5]. - Små effekter av behandlingen jämfört med väntelista efter en vecka respektive en månad efter interventionen för FQ-CC (mätt med Cohens d). Det finns en låg interaktionseffekt mellan tid och grupp [7]. - Små effekter av behandlingen jämfört med väntelista efter en vecka respektive en månad	n=601 (4 RCT:er: [4-8]) ^a	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Överensstämmelse ³ : -1	Tre studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig. Nedan finns dock en grafisk illustration av studieresultaten.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
muläret Family Questionnaire (FQ))			efter interventionen för FQ-EOI (mätt med Cohens d) [7]. Det finns en måttlig skillnad över uppföljningstid som är lika för båda grupper.			
Livskvalitet (mätt med självskattningsformuläret World Health Organization Quality of Life (WHO-Quol))	TAU	ECHO+TAU	Ingen skillnad i WHO-quol mellan grupperna över tid i studien.	n=268 (1 RCT:er: [4, 5]) ^a	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: Tillförlitlighet ¹ : -1 Precision ² : -1 Överförbarhet ⁴ - 1	Nedan finns en grafisk illustration av studieresultaten.

Förkortningar: AESED: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders; CASK: Caregiver Skills; CC: Critical Comments scale; DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale; ECHO: Experienced Carers Helping Others; EDSIS: Eating Disorder Symptom Impact Scale; EOI: Emotional Overinvolvement scale; FQ: Family Questionnaire; GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations; I: Interventionsarm; K: Kontroll; RCT: Randomized Controlled Trial; TAU: Treatment As Usual; WHO-*quol*; World Health Organization-Quality of Life

Avdrag vid GRADE:ningen:

¹ Tillförlitlighet. Avdrag då studierna har måttlig till hög risk för bias (Gällande WHO-*quol* så är det en studie som har måttlig risk för bias). Alla studier har stora bortfall i uppföljningen. I flertalet studier är upphovspersonerna till interventionen ECHO medförfattare.

² Precision: Avdrag eftersom konfidensintervallen för gruppskillnaderna i medelvärde alla innefattar 0 (ingen skillnad) och det förekommer breda konfidensintervall.

³ Överensstämmelse. Viss eller möjligen stor heterogenitet för resultaten inom och mellan studier. Kan vara orsakat av att det rör sig om olika typer av populationer (ätstörningsdiagnoser, åldersgrupper och att patienterna befinner sig i olika delar av vårdkedjan) samt att jämförelse-interventionerna skiljer sig åt.

⁴ Överförbarhet. Avdrag eftersom enbart en studie ingår i bedömningen.

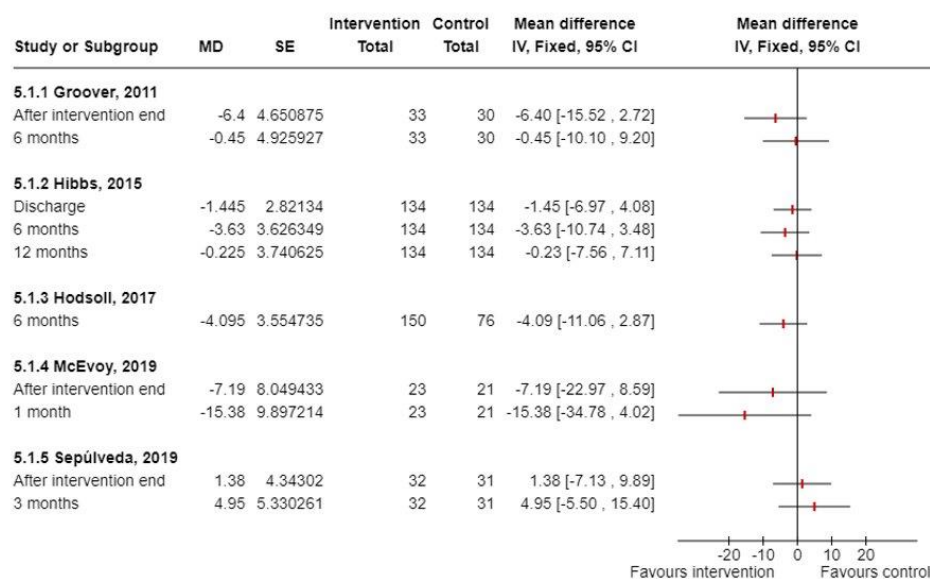
Förkortningar: KI: Konfidensintervall; TAU=Treatment as usual

^a Observera att en studie förekommer i två artiklar, men med olika uppföljningstid.

^b Statistiska överväganden:

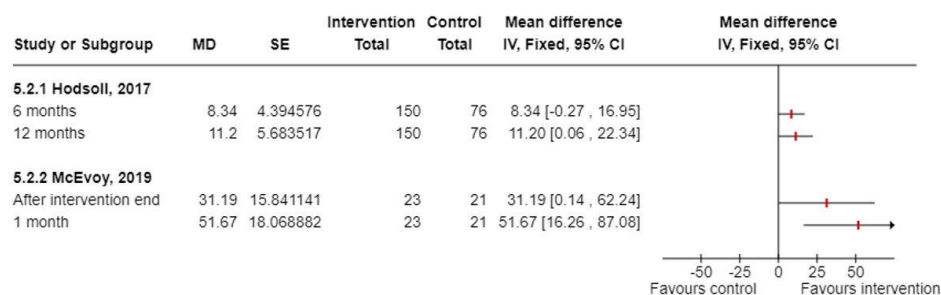
- P-värden under 0.05 anses signifikanta
- För Cohens d tolkas värden upp till 0.2 som låg effekt, 0.5 som måttlig effekt och värden från 0.8 som hög effekt.
- För Partial eta squared (η^2) tolkas värden upp till 0.01 som låg effekt, 0.06 som måttlig effekt och värden från 0.14 som hög effekt.

Förändring i AESED



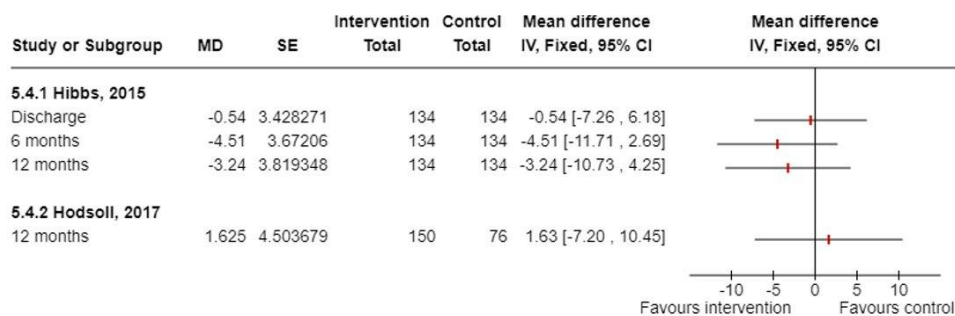
Figur 1. Förändring i familjemedlemmars tolerans för ätstörningsbeteenden som pågår i hemmiljön (mätt med självskattningsformuläret Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)).

Förändring i CASK



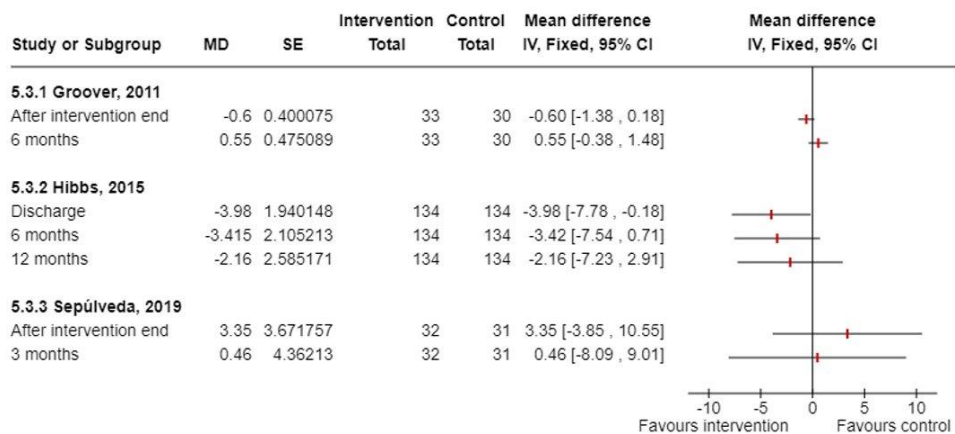
Figur 2. Förändring i att stödja personer med ätstörningar (mätt med självskattningsformuläret Caregiver Skills (CASK)).

Förändring i DASS



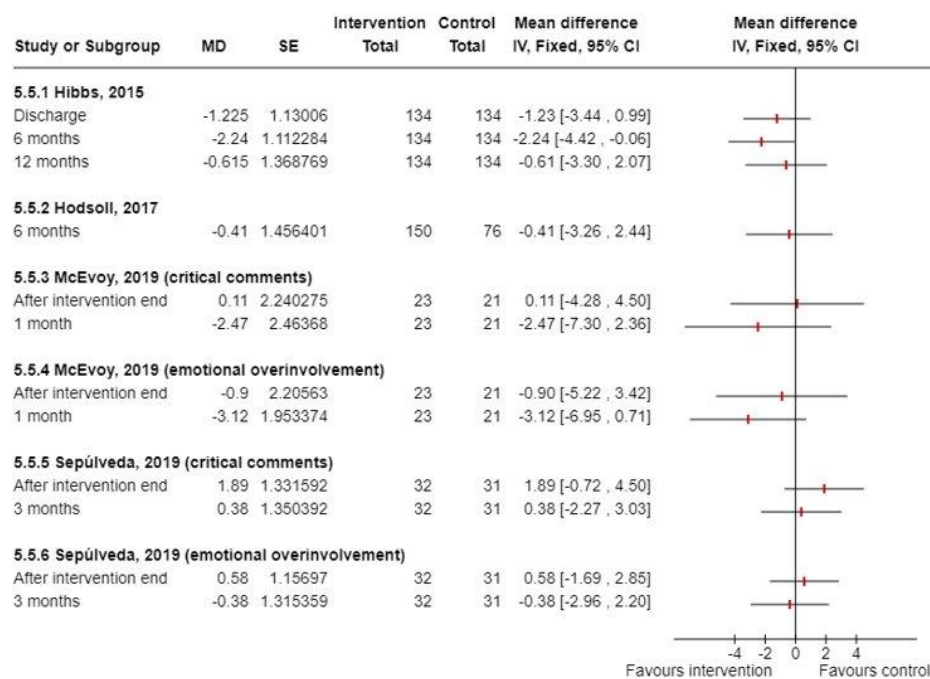
Figur 3. Förändring i närståendes depression, ångest och stress (mätt med självskattningsformuläret Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)).

Förändring i EDSIS



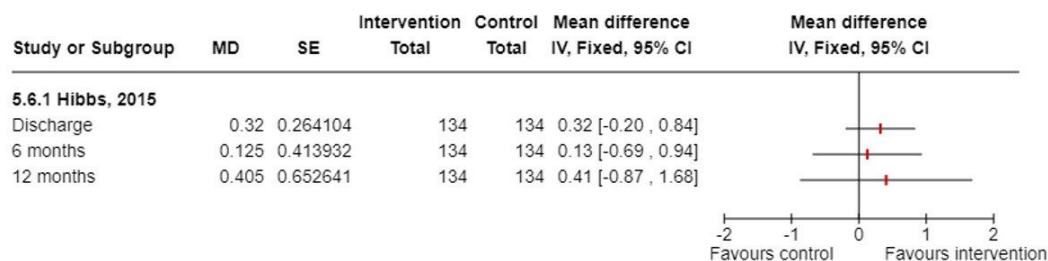
Figur 4. Förändring i närståendes upplevda börda av att hantera sjukdomen (mätt med skattningsformuläret Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)).

Förändring i FQ



Figur 5. Förändring i närståendes reaktioner på sjukdomen (mätt med självskattningsformuläret Family Questionnaire (FQ)).

Förändring i livskvalitet



Figur 6. Förändring i livskvalitet (mätt med självskattningsformuläret World Health Organization - Quality of Life (WHO-QoL)).

Patientrelaterade utfallsmått

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absoluta effekter	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp	Tolkning av skillnad i effekt mellan grupperna			
BMI	TAU	ECHO + TAU	Ingen skillnad i BMI mellan grupperna 0.30 [95% KI: -0,52 till 1,11] 0.39 [95% KI: -0.46 till 1.23]	n=327 (2 RCT: [4, 6])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -2 precision ²	Två studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig
Depression, ångest och stress (mätt med självskattningsformuläret Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21))	TAU	ECHO + TAU	Ingen skillnad i DASS mellan grupperna -1,58 (95% KI: -11,30 till 8,13) 5,86 (95% KI: -6,84 till 18,6)	n=327 (2 RCT: [4, 6])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -2 precision ² -1 heterogenitet ³	Två studier med olika upplägg, sammanslagning av resultat bedöms inte möjlig

Ätstörnings- psykopato- logi (EDE-Q)	TAU	ECHO + TAU	Ingen eller en liten minskning i ät- störningspsykopatologi -0,40 (95% KI -0,93 till 0,14)	n=178 (1 RCT: [4])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -2 precision ⁴	
Livskvalitet (mätt med självskatt- ningsformulä- ret World He- alth Orga- nization- Quality of Life (WHO-Quol))	TAU	ECHO + TAU	Ingen förbättring i livskvalitet 0,23 (95% KI -0,90 till 1,37), n.s	n=178 (1 RCT: [4])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -2 precision ⁴	

Förkortningar: BMI: Body Mass Index; DASS; Depression, Anxiety and Stress Scale; ECHO: Experienced Carers Helping Others; EDE-Q; Eating Disorder Examination Questionnaire; GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations; I: Interventionsarm; K: Kontroll; KI: Konfidensintervall; RCT: Randomized Controlled Trial; TAU: Treatment As Usual; WHO-quol; World Health Organization-Quality of Life

Resultaten i tabellen avser effekterna vid längsta uppföljningstiden i de ingående studierna.

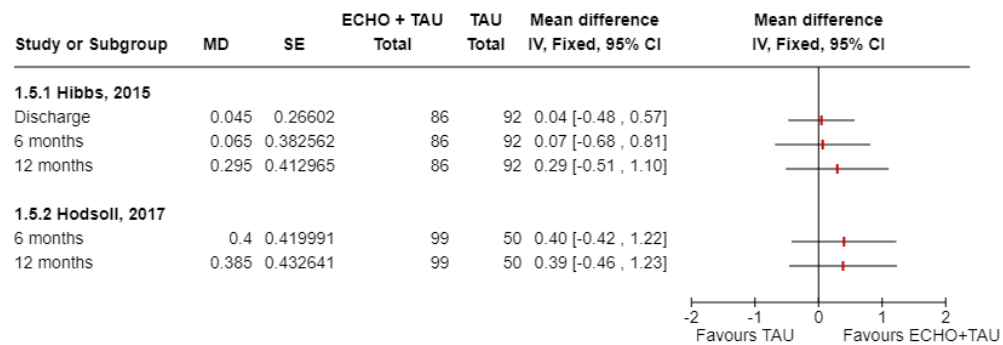
¹ Båda studierna har problem med bortfall (20–40 procent beroende på studie och tidpunkt för mätning av utfallet).

² Båda studierna har breda konfidensintervall som överlappar ingen effekt till vad som kan bedömas vara klinisk relevanta effekter.

³ Studierna indikerar på olika resultat, bidrar till ökad osäkerhet kring effekterna av interventionen.

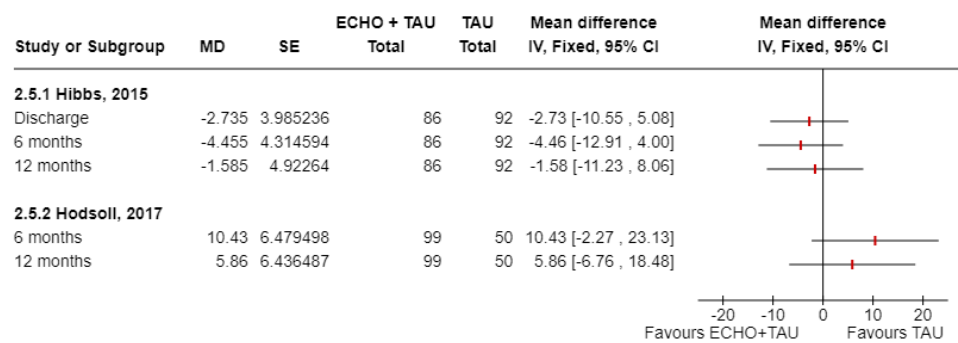
⁴ Endast en studie och brett konfidensintervall som går över ingen effekt.

Förändring i BMI

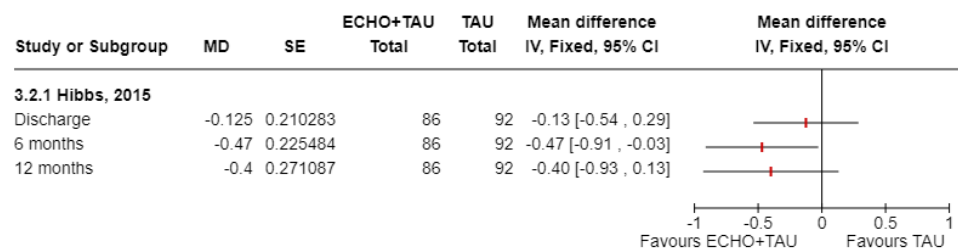


Figur 7. Medelvårdesskillnad i BMI vid olika uppföljningstider mellan interventionsgrupper (ECHO+TAU) och kontrollgrupper (TAU) i studier som rapporterar patientrelaterade utfall. Resultaten sammanvägs inte då studierna bedöms ha för olika upplägg.

Förändring i DASS

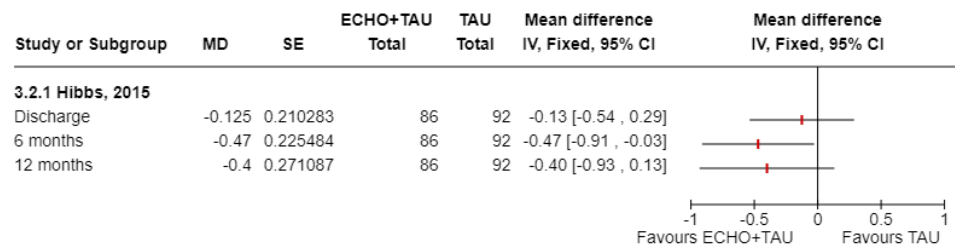


Figur 8. Medelvårdesskillnad i DASS (Depression Anxiety Stress Scale) vid olika uppföljningstider mellan interventionsgrupper (ECHO+TAU) och kontrollgrupper (TAU) i studier som rapporterar patientrelaterade utfall. Resultaten sammanvägs inte då studierna bedöms ha för olika upplägg.



Figur 9. Medelvårdesskillnad i ätstörningspsykopatologi mätt med EDE-Q (Eating Disorder Examination-Questionnaire) vid olika uppföljningstider mellan interventionsgrupp (ECHO+TAU) och kontrollgrupp (TAU).

Förändring i livskvalitet



Figur 10. Medelvårdesskillnad i livskvalitet mätt med WHO-QOL (WHO-Quality of Life scale) vid olika uppföljningstider mellan interventionsgrupp (ECHO+TAU) och kontrollgrupp (TAU).

Översikt av inkluderade studier

Närståenderelaterade utfallsmått

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
Groover et al. 2011 [3] RCT Storbritannien Måttlig till hög risk för bias	Populationen bestod av närstående (n=63) till personer med anorexia eller atypisk anorexia. Andra ätstörningsdiagnoser exkluderas. Närstående definierades som släktingar, partner, eller vän.	I: OAO (overcoming anorexia online) En interaktiv multi-media, webbaserad intervention. Innehåller 8 moduler som syftar till att lär sig mer om AN, kunna identifiera och hantera symptom på sjukdomen och	AESED (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> OAO: 43.6 (23.7) Beat: 50.8 (20.7) <u>Avslutad behandling</u> Estimerad gruppskillnad, mellan OAO och Beat, från baslinje	CASK n/a	DASS-21 n/a	EDSIS (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> OAO: 40.0 (18.3) Beat: 43.1 (14.6) <u>Avslutad behandling</u> Estimerad gruppskillnad, mellan OAO och Beat, från	FQ n/a	WHO-quol n/a	Utfallsmått i artikeln som inte rapporteras i kunskapsunderlaget: -HADS -ECI -LEE

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
	<p>Uppföljning mättes vid 4 månader (end of treatment), och vid 6 månader.</p> <p>Patienterna befann sig främst i öppenvården och hade en medelålder på 20,4 år. Medel: 20.4 (SD 6.2) år</p>	<p>få de närstående att förstå och möta sina egna behov. Består av material som laddas ned från hemsida. Viss support kan erbjudas av klinisk vårdgivare och vårdgivare kan stötta varandra i ett forum på hemsidan.</p>	<p>till behandlingsavslut: -6.4 (95% KI: -15.7, 2.9) p=0.18</p> <p><u>6 månaders uppföljning</u> Estimerad gruppskillnad, mellan OAO och Beat, från behandlingens avslut till 6 månader: -0.5 (95% KI: -10.3, 9.4) p=0.93</p>			<p>baslinje till behandlingsavslut: -0.6 (95% KI: -1.4, 0.2) p=0.11</p> <p><u>6 månaders uppföljning</u> Estimerad gruppskillnad, mellan OAO och Beat, från behandlingens avslut till 6 månader: 0.5 (95% KI: -0.4, 1.5) p = 0.30</p>			

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
	Data analyserades med mixed model, inga faktiska värden vid de olika tidpunkterna redovisas således.	(n=33) K: Kontaktuppgifter till välgörenhetsorganisation som arbetar med ätstörningar som erbjuder stöd. 11 av 30 svarar på en uppföljande enkät, som visar att 5 hade kontakt med organisationen							

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
		(mindre än en gång per vecka) tillfrågas (n=30)							
Hibbs et al. 2015 [4] och Magill et al, 2016 [5] RCT Storbritannien Måttlig risk för bias	Populationen bestod av patienter med en ätstörning och deras närstående. I denna tabell beskrivs de närstående. Närstående var vuxna vårdgivare och bestod	I: ECHO utöver TAU Metoden handlar om färdighets- träning. Den innehåller en bok, en DVD-film med fem sessioner och fem samtal med en coach.	AESED (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 47.68 (22.14) TAU: 47.28 (24.92) Uppskattad gruppskillnad: Ej rapporterat	CASK n/a	DASS-21 (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 22.00 (0–116.00) TAU: 26.00 (0–118.00) Uppskattad gruppskillnad: Ej rapporterat	EDSIS (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 41.38 (12.54) TAU: 41.07 (14.19) Uppskattad gruppskillnad: Ej rapporterat	FQ (CC och EOI sammanslaget) (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 48.47 (8.21) TAU: 47.92 (9.35) Uppskattad gruppskillnad: Ej rapporterat	WHO-quol (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 15.06 (2.27) TAU: 14.56 (2.35) Uppskattad gruppskillnad:	Utfallsmått i artikeln som inte rapporteras i kunskapsunderlaget: CSRI

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
	främst av mödrar, fäder, partners, syskon eller vänner. (n=268) Uppföljning: Utfall redovisas vid utskrivning samt uppföljning 6-, 12- och 24 månader efter utskrivning från första slutenvårdsbesöket	(n=134) K: TAU (n=134)	<u>Discharge:</u> ECHO: 40.73 (21.32) TAU: 43.93 (24.77) Uppskattad gruppskillnad: -1.44 (95% KI: -7.00, 4.11) p=0.61 <u>6 månader</u> ECHO: 35.48 (23.08) TAU: 41.49 (23.81)		<u>Discharge:</u> ECHO: 22.00 (0-102.00) TAU: 26.00 (0-120.00) Uppskattad gruppskillnad -0.54 (97.5% KI: -7.29, 6.21) p=0.86 <u>6 månader</u> ECHO: 20.00 (0-98.70) TAU: 28.00 (0-108.00)	<u>Discharge:</u> ECHO: 32.90 (14.58) TAU: 37.25 (13.84) Uppskattad gruppskillnad: -3.98 (95% KI: -7.80, -0.16) p=0.04 <u>6 månader</u> ECHO: 30.14 (15.09) TAU: 35.56 (14.16)	<u>Discharge:</u> ECHO: 46.05 (8.98) TAU: 47.99 (8.83) Uppskattad gruppskillnad: -1.23 (95% KI: -3.45, 1.00) p=0.28 <u>6 månader</u> ECHO: 44.38 (8.62) TAU: 46.84 (8.40) Uppskattad gruppskillnad:	Ej rapporterat <u>Discharge:</u> ECHO: 14.84 (2.29) TAU: 14.16 (2.44) Uppskattad gruppskillnad: 0.32 (95% KI: -0.20, 0.84) p=0.23 <u>6 månader</u> ECHO: 14.71 (3.12)	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
			<p>Uppskattad gruppskillnad -3.63 (95% KI: -10.77, 3.51) p=0.32</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 33.10 (22.59) TAU: 37.67 (24.74)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad -0.22 (95% KI: -7.59, 7.14) p=0.95</p> <p><u>24 månader</u></p>		<p>Uppskattad gruppskillnad -4.51 (97.5% KI: -11.74, 2.72) p=0.16</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 18.00 (0-120.00) TAU: 22.00 (0-115.50)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad -3.24 (97.5% KI: -10.76, 4.28) p=0.33</p>	<p>Uppskattad gruppskillnad: -3.42 (95% KI: -7.56, 0.73) p=0.11</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 28.99 (16.47) TAU: 33.05 (16.55)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: -2.16 (95% KI: -7.25, 2.93) p=0.41</p> <p><u>24 månader</u></p>	<p>-2.24 (95% KI: -4.43, -0.05) p=0.05</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 43.75 (9.53) TAU: 45.02 (9.56)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: -0.61 (95% KI: -3.31, 2.08) p=0.66</p> <p><u>24 månader</u> Ej rapporterat, men graf visar</p>	<p>TAU: 13.65 (2.67)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: 0.12 (95% KI: -0.69, 0.94) p=0.77</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 14.31 (3.98) TAU: 13.06 (3.84)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad:</p>	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
			<p>Ej rapporterat, men graf visar att KI för värdena hos de två interventionsarmarna vid 24 månader överlappar varandra</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: -5.72 (KI ej rapporterat) p=0.12</p>		<p><u>24 månader</u></p> <p>Ej rapporterat, men graf visar att KI för värdena hos de två interventionsarmarna vid 24 månader överlappar varandra</p> <p>Uppskattad gruppskillnad -5.1 (KI ej rapporterat) p=0.17</p>	<p>Ej rapporterat</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: -2.37 (KI ej rapporterat) p=0.17</p>	<p>att KI för värdena hos de två interventionsarmarna vid 24 månader överlappar varandra</p> <p>Uppskattad gruppskillnad: -2.74, p = 0.09</p>	<p>0.40 (95% KI: -0.88, 1.69) p=0.54</p> <p><u>24 månader</u></p> <p>Ej rapporterat, men graf visar att KI för värdena hos de två interventionsarmarna vid 24 månader överlappar varandra</p>	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
								Uppskattad gruppskillnad: 0.67 (KI ej rapporterat) p=0.10	
Hodsoll et al, 2017 [6] RCT, multicenter Storbritannien Måttlig till hög risk för bias	Populationen bestod av patienter i åldern 13–20, med anorexia eller atypisk anorexia och deras närstående. Närstående var vuxna	I(a): ECHO utöver TAU (n=72) I(b): ECHO med guidning (ECHOg) utöver TAU (n=78) Eftersom det var marginell	AESED (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 54.6 (21.6) ECHOg: 45.4 (21.1) TAU: 49.3 (22.3) Uppskattad gruppskillnad:	CASK (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 178 (39.7) ECHOg: 174 (34.7) TAU: 179 (35.6)	DASS-21 (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 30.3 (22.4) ECHOg: 30.5 (25.9) TAU: 27.4 (20.0)	EDSIS n/a	FQ (CC och EOI sammanslaget) (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u> ECHO: 47.8 (10.3) ECHOg: 47.9 (9.2) TAU: 47.2 (9.1) Uppskattad gruppskillnad	WHO-quol n/a	Utfallsmått som inte var relevanta utifrån PICO och därför inte var med i kvalitetsgranskningen:

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
	vårdnadshavare (n=226, 77% mödrar) Uppföljning skedde vid 6 och 12 månader efter randomisering.	skillnad mellan ECHO med eller utan guidning redovisar de resultaten för ECHO samlat K: TAU (n=76)	Ej rapporterat <u>6 månader</u> ECHO: 45.8 (24.6) ECHOg: 39.2 (18.4) TAU: 45.6 (24.0) Uppskattad gruppskillnad (ECHO (Ia+Ib) vs TAU): -4.10 (95% KI: -11.1, 2.91) p=0.25 <u>12 månader</u> Ej rapporterat	Uppskattad gruppskillnad: Ej rapporterat <u>6 månader</u> ECHO: 184 (31.1) ECHOg: 190 (33.6) TAU: 185 (38.1) Uppskattad gruppskillnad (ECHO (Ia+Ib) vs TAU):	Uppskattad gruppskillnad (ECHO (Ia+Ib) vs TAU): Ej rapporterat <u>6 månader</u> Ej rapporterat <u>12 månader</u> ECHO: 28.9 (25.2) ECHOg: 27.9 (21.7) TAU: 29.7 (27.9) Uppskattad gruppskillnad		(ECHO (Ia+Ib) vs TAU): Ej rapporterat <u>6 månader</u> ECHO: 49.2 (10.1) ECHOg: 47.3 (9.0) TAU: 46.8 (9.0) Uppskattad gruppskillnad (ECHO (Ia+Ib) vs TAU): -0.41 (95% KI: (-3.28, 2.46) p=0.78 <u>12 månader</u>		Family eating patterns Utfallsmått i artikeln som inte rapporteras i kunskapsunderlaget:- CSRI

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
				<p>8.34 (95% KI: -0.32, 17.0) p=0.059</p> <p><u>12 månader</u> ECHO: 195 (38.2) ECHOg: 194 (39.3) TAU: 189 (40.3)</p> <p>Uppskattad gruppskillnad (ECHO (Ia+Ib) vs TAU): 11.2 (95% KI: 0.00, 22.4)</p>		(ECHO (Ia+Ib) vs TAU): 1.64 (95% KI: -7.25, 10.5) p=0.72		Ej rapporterat	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
				p=0.05					
McEvoy et al, 2019 [7] RCT Australien Måttlig till hög risk för bias	Populationen bestod av närstående över 18 år, till personer med en ätstörning. Närstående var familjemedlem, partner, eller vän som gav aktivt stöd till en person med ätstörning Uppföljning skedde en vecka efter	I: Två workshops med en veckas mellanrum om 2,5 h, material skickades också innan. Fokus på psykoedukation, vilka behandlingar som finns och olika kommunikationsfärdigheter (n=23)	AESED (estimerade värden) <u>Baseline</u> Workshop: 71.06 (22.87) Väntelista: 83.24 (36.61) <u>1 veckas uppföljning:</u> Workshop: 68.66 (20.41) Väntelista: 75.85 (31.31)	CASK (estimerade värden) <u>Baseline</u> Workshop: 200.06 (56.80) Väntelista: 199.47 (74.38) <u>1 veckas uppföljning:</u> Workshop: 236.68 (39.96)	DASS n/a	EDSIS n/a	FQ (CC) (estimerade värden) <u>Baseline</u> Workshop: 19.11 (8.28) Väntelista: 19.60 (10.87) <u>1 veckas uppföljning:</u> Workshop: 18.52 (7.01) Väntelista: 18.41 (7.78)	WHO-Quol n/a	Utfallsmått som inte var relevanta utifrån PICO och därför inte var med i kvalitetsgranskningen: -the ED carers' self-efficacy scale (EDC-SES)

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
	<p>andra/sista workshoppen, samt efter 1 månad.</p> <p>Analysen använder mixed model, värden på utfallsmått är estimerade, och gruppskillnader avser samtliga tidpunkter.</p>	<p>K: väntelista (som sedan fick interventionen) (n=21)</p>	<p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= -0.11</p> <p><u>1 månad uppföljning</u></p> <p>Workshop: 63.62 (24.7)</p> <p>Väntelista: 79.0 (38.73)</p> <p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.20</p>	<p>Väntelista: 205.49 (61.74)</p> <p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.85</p> <p><u>1 månad uppföljning</u></p> <p>Workshop: 229.10 (60.64)</p> <p>Väntelista: 177.43 (59.15)</p>			<p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.05</p> <p><u>1 månad uppföljning</u></p> <p>Workshop: 17.46 (7.05)</p> <p>Väntelista: 19.93 (9.06)</p> <p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.25</p>		<p>-the carer's needs assessment measure (CaNAM)</p> <p>-The burden assessment scale (BAS)</p> <p>Utfallsmått som i kvalitetsgranskningen fick hög</p>

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
			<u>Effekt av tid, grupp och tid*grupp</u> Grupp: p= 0.16 Partial η^2 = 0.05 Tid: p= 0.41 Partial η^2 = 0.02 Grupp*Tid: p= 0.34 Partial η^2 =0.03	Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.82 <u>Effekt av tid, grupp och tid*grupp</u> Grupp: p<0.05 Partial η^2 =0.05 Tid: p< 0.01 Partial η^2 = 0.14 Grupp*Tid: p<0.01			<u>Effekt av tid, grupp och tid*grupp</u> Grupp: p=0.64 Partial η^2 =0.02 Tid: p=0.42 Partial η^2 <0.01 Grupp*Tid: P<0.05 Partial η^2 =0.07 FQ (EOI)		risk för bias och inte är med i underlaget:

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
				Partial $\eta^2=0.21$			(estimerade värden) <u>Baseline</u> Workshop: 24.78 (8.78) Väntelista: 26.07 (7.57) <u>1 veckas uppföljning:</u> Workshop: 23.41 (8.28) Väntelista: 24.31 (6.29) Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d):		

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
							<p>d= -0.09</p> <p><u>Uppföljning (1 månad)</u></p> <p>Workshop: 22.13 (8.17)</p> <p>Väntelista: 25.25 (4.38)</p> <p>Effektstorlek mellan grupperna (Cohens d): d= 0.17</p> <p><u>Effekt av tid, grupp och tid*grupp</u></p> <p>Grupp: p=0.31</p>		

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
							Partial $\eta^2=0.01$ Tid: $p=0.03$ Partial $\eta^2=0.08$ Grupp*Tid: $p=0.19$ Partial $\eta^2=0.04$		
Sepúlveda et al, 2019 [8] RCT Spanien	Populationen bestod av patienter med en ätstörning och deras närstående.	I: Skill-based workshop programme + TAU	AESED (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u>	CASK n/a	DASS n/a	EDSIS (medelvärde (SD)): <u>Baseline</u>	FQ-CC (medelvärde (SD)) <u>Baseline</u>	WHO-quol	Utfallsmått som inte rapporteras: -Brief IPQ

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
Måttlig risk för bias	Vårdgivare som levde med eller var direkt involverade i vården av en anhörig med en ätstörning Uppföljning skedde vid interventionens slut och efter 3 månader.	Interventionen innehöll sex 2-timmars workshops som hölls under en 3-månadersperiod med ytterligare en på 2 timmar som ägde rum 3 månader efter avslutad intervention. Fokus på	Skill-based workshop: 41.17 (21.77) Psykoedukation workshop: 36.74 (19.34) <u>Vid interventionens avslut</u> Skill-based workshop: 32.00 (17.34) Psykoedukation workshop: 30.62 (17.13) <u>3 månaders uppföljning</u>			Skill-based workshop: 32.32 (15.45) Psykoedukation workshop: 28.56 (12.19) <u>Vid interventionens avslut</u> Skill-based workshop: 27.68 (14.57) Psykoedukation workshop: 24.33 (14.57) <u>3 månaders uppföljning</u>	Skill-based workshop: 22.92 (4.96) Psykoedukation workshop: 20.77 (6.26) <u>Vid interventionens avslut</u> Skill-based workshop: 21.81 (4.78) Psykoedukation workshop: 19.92 (5.73) <u>3 månaders uppföljning</u>		-Caregiving self-efficacy -ECI -GHQ-12 -HADS

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
		färdighets- träning. (n=32) K: Psykoedu- kation Samma upp- lägg som i in- terventionen ovan, men med fokus på psykoe- dukation (n=31)	Skill-based workshop: 30.81 (20.87) Psykoeduka- tion work- shop: 25.86 (21.42) <u>Repetaed</u> <u>measures</u> <u>ANOVA</u> Grupp: p= 0.15 Partial η ² = 0.049 Tid:			Skill-based workshop: 25.13 (15.61) Psykoeduka- tion workshop: 24.67 (18.81) <u>Repetaed</u> <u>measures</u> <u>ANOVA</u> Grupp: p= 0.19 Partial η ² = 0.035 Tid: p= 0.57	Skill-based work- shop: 21.50 (5.04) Psykoeduka- tion workshop: 21.12 (5.65) <u>Repetaed</u> <u>measures</u> <u>ANOVA</u> Grupp: p= 0.28 Partial η ² = 0.024 Tid: p= 0.26 Partial η ² = 0.027		

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
			<p>p= 0.03 Partial η^2= 0.083</p> <p>Grupp*Tid: p= 0.60 Partial η^2= 0.012</p>			<p>Partial η^2= 0.012</p> <p>Grupp*Tid: p= 0.41 Partial η^2= 0.019</p>	<p>Grupp*Tid: p= 0.28 Partial η^2= 0.025</p> <p>FQ-EOI (medelvärde (SD))</p> <p><u>Baseline</u></p> <p>Skill-based workshop: 28.04 (4.49) Psykoedukation workshop: 26.58 (5.57)</p>		

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
							<p><u>Vid interventions avslut</u></p> <p>Skill-based workshop: 26.85 (3.72)</p> <p>Psykoedukation workshop: 26.27 (5.30)</p> <p><u>3 månaders uppföljning</u></p> <p>Skill-based workshop: 26.12 (4.89)</p> <p>Psykoedukation workshop: 26.50 (5.52)</p>		

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders (AESED)	Utfall: Caregiver Skills (CASK)	Utfall: Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	Utfall: Eating Disorder Symptom Impact Scale (EDSIS)	Utfall: Family Questionnaire (FQ)	Utfall: World Health Organization-Quality of Life (WHO-Quol)	Övrigt
							<p><u>Repeated measures ANOVA</u></p> <p>Grupp: p=0.65</p> <p>Partial η^2=ej signifikant</p> <p>Tid: p=0.16 Partial η^2=0.036</p> <p>Grupp*Tid: p= 0.24 Partial η^2= 0.028</p>		

Förkortningar: ANOVA: Analysis of Variance; AESED: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders; Brief IPQ: The Brief Illness Perception Questionnaire; CASK: Caregiver Skills; CC: Critical Comments scale; CSRI: The Client Service Receipt Inventory; DASS: Depression, Anxiety and Stress Scale; ECHO: Experienced Carers Helping Others; ECI: Experience of Care Giving Inventory; EDSIS: Eating Disorder Symptom Impact Scale; EOI: Emotional Overinvolvement scale; FQ: Family Questionnaire; GHQ-12: 12-item General Health Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; I: Interventionsarm; K: Kontroll; KI: Konfidensintervall; LEE: Level of Expressed Emotion Scale; OAO: overcoming anorexia online; PICO: Population Intervention, Comparison, Outcome; SD: standardavvikelse; RCT: Randomized Controlled Trial; TAU: Treatment As Usual; WHO-qual; World Health Organization-Quality of Life

Patientrelaterade utfallsmått

Resultat för patientrelaterade utfallsmått i studien av Sepúlveda et al., 2019 [8] presenteras inte då de utfallsmåtten vid kvalitetsgranskning fick hög risk för bias.

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A: BMI [medelvärde (sd)]	Utfall B: Depression, ångest och stress (DASS-21) [medelvärde (sd)]	Utfall C: Ätstörningspsykiatri (EDE-Q) [medelvärde (sd)]	Utfall D: Livskvalitet (WHO-QOL) [medelvärde (sd)]	Övrigt
Hibbs et al, 2015 [4] och Magill et al, 2016 [5]	178 patienter (95% kvinnor) med anorexia nervosa (AN) inom hel- dygnsvård. Majoritet med BMI<15 (medelvärde 14,4 (sd 2,1)). Medelålder: 26 år (sd 9) (11 patienter var under 18 år)	I: ECHO (till an- hörig vårdgivare) + TAU ¹ , n=86 K: TAU ¹ , n=92	<u>Baslinje</u> I: 14,49 (1,85) K: 14,33 (2,27)	<u>Baslinje</u> I: 77,60 (28,06) K: 78,54 (27,81)	<u>Baslinje</u> I: 4,28 (1,27) K: 4,15 (1,21)	<u>Baslinje</u> I: 10,72 (2,21) K: 10,50 (2,621)	Utfall som inte rap- porteras: CSRI
RCT, multicen- ter Storbritannien			<u>Utskrivning (ref)</u> I: 17,54 (1,95) K: 17,39 (2,38)	<u>Utskrivning (ref)</u> I: 63,35 (30,07) K: 64,28 (33,17)	<u>Utskrivning (ref)</u> I: 3,45 (1,48) K: 3,26 (1,51)	<u>Utskrivning (ref)</u> I: 11,73 (2,61) K: 11,64 (2,81)	
Måttlig till hög risk för bias	Inklusionskriterier: patient med AN enligt DSM-IV, 12 år eller äldre, identifierbar anhörig som		Uppskattad grupp- skillnad: -0,05 (95% KI -0,57 till 0,48), n.s.	Uppskattad grupp- skillnad: -2,74 (95% KI -10,60 till 5,13), n.s.	Uppskattad grupp- skillnad: -0,12 (95% KI -0,54 till 0,29), n.s.	Uppskattad grupp- skillnad: 0,13 (95% KI -0,62 till 0,89), n.s.	
			<u>6 månader (ref)</u> I: 17,08 (2,88) K: 17,05 (3,07)	<u>6 månader (ref)</u> I: 63,19 (31,66) K: 65,24 (32,86)	<u>6 månader (ref)</u> I: 3,37 (1,67) K: 3,57 (1,56)	<u>6 månader (ref)</u> I: 11,88 (2,52) K: 11,13 (2,87)	

	vårdgivare, ej allvarlig samsjuklighet Uppföljning skedde vid utskrivning från heldygnsvård, samt 6, 12 och 24 månader efter utskrivning.		Uppskattad grupp-skillnad: -0,07 (95% KI -0,82 till 0,69), n.s. <u>12 månader (ref)</u> I: 17,33 (2,90) K: 17,04 (2,51) Uppskattad grupp-skillnad: -0,30 (95% KI -1,11 till 0,52), n.s. <u>24 månader (ref)</u> Uppskattad grupp-skillnad: +0,8 BMI-enheter, n.s.	Uppskattad grupp-skillnad: -4,45 (95% KI -12,97 till 4,06), n.s. <u>12 månader (ref)</u> I: 61,14 (31,15) K: 62,07 (31,52) Uppskattad grupp-skillnad: -1,58 (95% KI -11,30 till 8,13), n.s. <u>24 månader (ref)</u> Uppskattad grupp-skillnad: -8,01 skalsteg, n.s.	Uppskattad grupp-skillnad: -0,47 (95% KI -0,92 till -0,03), p=0,04 <u>12 månader (ref)</u> I: 3,25 (1,76) K: 3,39 (1,58) Uppskattad grupp-skillnad: -0,40 (95% KI -0,93 till 0,14), n.s. <u>24 månader (ref)</u> Uppskattad grupp-skillnad: -0,5 skalsteg, n.s.	Uppskattad grupp-skillnad: 0,91 (95% KI 0,04 till 1,78), p=0,04 <u>12 månader (ref)</u> I: 11,77 (3,44) K: 11,44 (3,19) Uppskattad grupp-skillnad: 0,23 (95% KI -0,90 till 1,37), n.s. <u>24 månader (ref)</u> Uppskattad grupp-skillnad: 0,82 skalsteg, n.s.	
Hodsoll et al, 2017 [6] RCT, multicenter Storbritannien	149 patienter (92% kvinnor) med anorexia nervosa (AN) (75%) eller atypisk AN (25%) som behandlas inom	I(a): ECHO utan guidning (till närstående) + TAU ² , n=49	<u>Baslinje</u> I(a): 16,9 (2,7) I(b): 17,0 (2,4) K: 17,3 (2,1) <u>6 månader</u> I(a): 19,0 (2,6)	<u>Baslinje</u> I(a): 61,8 (30,1) I(b): 62,8 (31,7) K: 71,4 (30,2) <u>6 månader</u> I(a): 65,8 (33,3)	n/a	n/a	Utfall som inte rapporteras: -CSRI - Short Evaluation of Eating Disorders (SEED)

<p>Måttlig till hög risk för bias</p>	<p>specialiserad öppenvård. Medelvärde BMI: 17 (sd 2,2) Medelålder: 17 år (spann 13–21)</p> <p>Inklusionskriterier: patient med AN eller atypisk AN enligt ICD-10, 13–20 år</p> <p>Uppföljning skedde 6 och 12 månader efter randomisering.</p>	<p>I(b): ECHO med guidning (till närstående) + TAU², n=50 K: TAU², n=50</p>	<p>I(b): 17,8 (2,4) K: 18,7 (2,6)</p> <p>Uppskattad medelvärdeskillnad I(a)+I(b) vs K)³: 0,4 (95% KI -0,43 till 1,23), n.s.</p> <p><u>12 månader</u> I(a): 19,4 (2,6) I(b): 18,3 (2,2) K: 18,7 (2,6)</p> <p>Uppskattad medelvärdeskillnad I(a)+I(b) vs K)³: skillnad ej rapporterad (95% KI -0,47 till 1,24), n.s.</p>	<p>I(b): 54,7 (23,9) K: 64,5 (30,5)</p> <p>Uppskattad medelvärdeskillnad I(a)+I(b) vs K)³: 10,43 (95% KI -2,51 till 23,1), n.s.</p> <p><u>12 månader</u> I(a): 51,9 (33,4) I(b): 47,8 (29,8) K: 52,8 (33,2)</p> <p>Uppskattad medelvärdeskillnad I(a)+I(b) vs K)³: 5,86 (95% KI -6,84 till 18,6), n.s.</p>		<p>- Eating disorders section of the DAWBA - Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - Clinical Impairment Assessment 3.0 (CIA)</p>
---------------------------------------	---	---	--	--	--	--

Förkortningar: ANOVA: Analysis of Variance; AESED: Accommodation and Enabling Scale for Eating Disorders; CASK: Caregiver Skills; CC: Critical Comments scale; CIA: Clinical Impairment Assessment 3.0; CSRI: the Client Service Receipt Inventory; DASS; Depression, Anxiety and Stress Scale; DAWBA: Development and Well-Being Assessment;

ECHO: Experienced Carers Helping Others; EDSIS; Eating Disorder Symptom Impact Scale; EOI: Emotional Overinvolvement scale; FQ; Family Questionnaire; I: Intervention-sarm; K: Kontroll; KI; Konfidensintervall; SD; standardavvikelse; RCT: Random-ized Controlled Trial; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; SEED: Short Evaluation of Eating Disorders; TAU: Treatment As Usual; WHO-qual; World Health Organization-Quality of Life

¹ Helydgvård enligt brittisk standard (NICE guidelines). Eftervård inom öppenvård under 1 år (monitorering, näringsbedömning och råd och psykologisk terapi). Kontakt-uppgifter till välgörenhetsorganisation som arbetar med ätstörningar.

² Öppenvård för barn och ungdomar enligt brittisk standard (NICE guidelines). Primärt ska de erbjudas behandling som involverar familjen. Först om sådan behandling inte ger effekt eller medicinska problem uppstår ska heldygnsvård erbjudas.

³ I studien redovisas medelvärdeskillnader mellan grupperna endast genom att slå samman I(a) och I(b) jämfört med TAU.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har närståendestöd i form av rådgivning och samtalsstöd för närstående i behov av eget stöd, jämfört med att inte få närståendestöd, på närståendes välmående och upplevda börda av att hantera närståendes sjukdom samt på patientrelaterade utfall?

- Population/tillstånd: Närstående till person med ätstörning, behov av eget stöd
- Intervention/åtgärd: Närståendestöd i form av rådgivning och samtalsstöd
- Jämförelsegrupp: Inget närståendestöd
- Utfallsmått:
 - Primära: Närståendes upplevda börda och förmåga att hantera sjukdom, närståendes välmående
 - Sekundära: Närståendes delaktighet, framgångsrik behandling (tid i behandling/till friskförklarande, remission), symtomskattningsskallor (EDI, EDE-Q, CIA), ökad följsamhet till behandling hos patienten
- Studietyp: SÖ, RCT

Övriga inkl./exkl. kriterier: Insatsen kan utföras både individuellt eller i grupp med andra närstående i liknande situation (men inte ihop med personen som har en ätstörning). Insatserna kan ges fysiskt eller digitalt.

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	24 SÖ, 128 RCT
Artiklar som lästes i fulltext	12 SÖ, 49 RCT
Artiklar som kvalitetsgranskades	2 SÖ, 10 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	2 SÖ, 6 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-16

Ämne: Vilken effekt har stöd (inklusive psykoedukation) för närstående till individer med ätstörning?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab]) NOT Medline[sb])	42679

2.	Mesh/FT	"Caregivers"[Mesh] OR Parents[Mesh] OR ((carer*[tiab] OR caregiver*[tiab] OR caregiving[tiab] OR caring[tiab] OR parental involvement[tiab] OR parental group*[tiab] OR parenting group*[tiab] OR parent*[ti]) NOT Medline[sb])	218196
3.	Mesh/FT	"Psychotherapy"[Majr] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Social Support"[Mesh] OR Family Support[Mesh] OR Self-Management[Mesh] OR Health Education[Mesh] OR "Education, Nonprofessional"[Mesh] OR "Internet-Based Intervention"[Mesh] OR intervention*[tiab] OR program*[tiab] OR support*[tiab] OR skills training[tiab] OR skill training[tiab] OR training[ti] OR skills[ti] OR education*[tiab] OR group therapy[tiab] OR group treatment[tiab] OR psychoeducation*[tiab] OR psycho-education*[tiab] OR guided self-help[tiab] OR self-management[tiab]	4539907
4.		1 – 3 AND	696
5.		4 AND ("Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti]))	18
6.		4 AND (Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab])) NOT Medline[sb]))	114

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i fitle- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-03-16			
Ämne: Vilken effekt har stöd (inklusive psykoedukation) för närstående till individer med ätstörning?			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia):ti,ab,kw	9205
2.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Caregivers] explode all trees OR (carer* OR caregiver* OR caregiving OR caring OR "parental involvement" OR "parental group*" OR "parenting group*"):ti,ab,kw	22982
3.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Psychotherapy] this term only OR MeSH descriptor: [Program Evaluation] explode all trees OR MeSH descriptor: [Social Support] explode all trees OR MeSH descriptor: [Self-Management] explode all trees OR MeSH descriptor: [Health Education] this term only OR MeSH descriptor: [Internet-Based Intervention] explode all trees OR (intervention* OR program* OR support* OR "skills training" OR "skill training" OR education* OR "group therapy" OR "group treatment" OR psychoeducation* OR psycho-education* OR "guided self-help" OR self-management):ti,ab	682462
4.		1-3 AND	136

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

***) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-03-20

Ämne: Vilken effekt har stöd (inklusive psykoedukation) för närstående till individer med ätstörning?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MH, DE/FT	(MH "Eating Disorders") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Anorexia") OR DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR dibulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR dibulimia)	74248
2.	MH, DE/FT	(MH "Caregivers") OR (MH "Caregiver Burden") OR (MH "Caregiver Attitudes") OR (MH "Caregiver Support") OR (DE "Caregivers") OR (DE "Caregiving") OR (DE "Caregiver Burden") OR TI (carer* OR caregiver* OR caregiving OR caring OR "parental involvement" OR "parental group*" OR "parenting group*") OR AB (carer* OR caregiver* OR caregiving OR caring OR "parental involvement" OR "parental group*" OR "parenting group*")	249670
3.	MH, DE/FT	(MM "Caregiver Support") OR (MM "Support, Psychosocial") OR (MM "Psychotherapy") OR (MM "Psychotherapy, Brief") OR (MM "Psychotherapy, Group") OR (MM "Support Groups") OR (MH "Self-Management") OR (MH "Health Education") OR (DE "Supportive Psychotherapy") OR (DE "Self-Management" OR DE "Support Groups") OR (DE "Social Support" OR DE "Emotional Support") OR (DE "Self-Management") OR (DE "Health Education") OR TI (intervention* OR program* OR support* OR "skills training" OR "skill training" OR education* OR "group therapy" OR "group	3349032

	treatment" OR psychoeducation* OR psycho-education* OR "guided self-help" OR self-management) OR AB (intervention* OR program* OR support* OR "skills training" OR "skill training" OR education* OR "group therapy" OR "group treatment" OR psychoeducation* OR psycho-education* OR "guided self-help" OR self-management)	
4.	1 AND 2 AND 3 NOT cancer	858
5.	4 AND (TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review"))	23
6.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	97

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Systematiska översikter	
Pellizzer, M. L., et al. 2023 [13]	Enbart en RCT studie i SÖ:n är relevant och den är från 2015 och fångas upp av andra studier. Alla studie-designs tillåts och ingen meta-analys görs.

Zinser, J., et al. 2022 [14]	Inte relevant intervention. Fokus är familjebehandling där anhöriga får behandling ihop med patienten. Därför exkluderas denna enligt PICO.
Fleming, C., et al. 2021 [15]	En majoritet av studierna tycks vara utan jämförelsegrupp. Oklart ibland ifall patienterna är delaktiga i interventionerna eller inte.
Bryan, D. C., et al. 2021 [16]	Enbart en studie är relevant i SÖ:n och den finns identifierad i senare SÖ:s
Albano, G., et al. 2019 [11]	Ansågs relevant efter fulltextgranskning, men senare (Hannah 2022) eller ännu mer relevant (Hibbs 2015) SÖ fanns publicerade.
Spattini, L., et al. 2017 [17]	Interventioner helt oavsett behandling. På sida 12 beskrivs iaf två studier som verkar relevanta utifrån närståendestöd. Resultaten presenteras bara i narrativ form och därför exkluderas denna då det inte är relevant.
Schlegl, S., et al. 2015 [18]	Interventionen eller jämförelsegruppen inte relevant.
Lukens, C. T., et al. 2014 [19]	Populationen inte relevant.
Macdonald, P., et al. 2012 [20]	Ingen av studierna i SÖ:n var relevant, antingen utifrån population, intervention eller jämförelsegrupp.
Hay, P. 2004 [21]	En nationell riktlinje med narrativ litteraturoversikt.
Primärstudier - Identifierade i SÖ:n från Hannah 2022 [9]	
Salerno et al., 2016 [22]	Hög risk för bias
Marcos Y et al. 2018 [23]	Hög risk för bias
Keshen A et al. 2020 [24]	Hög risk för bias
Primärstudier - Identifierade i SÖ:n från Hibbs 2015 [10]	
Binford Hopf et.al, 2013 [25]	Studiedesignen ej relevant. Feasability-ingen kontrollgrupp
Goddard et al, 2011 [26]	Ingen passiv kontroll, jämför intervention med eller utan guidning
Grover et al 2011 [27] (obs annan artikel än den studie av Groover som ingår i underlaget)	Studiedesignen ej relevant. Feasability-ingen kontrollgrupp
Hoyle et al, 2013 [28]	Ingen passiv kontroll, jämför intervention med eller utan guidning

Pepin och King, 2013 [29]	Studiedesignen ej relevant. Pilot-ingen kontrollgrupp
Rhodes (2008)	Kan inte identifiera studien, varken i översiktens referenslista eller efter sökning. Kontaktat översiktens corresponding author, men ej fått svar.
Sepulveda et al 2008b [30]	Studiedesignen ej relevant. Feasability-ingen kontrollgrupp
Sepulveda et al 2008c [31]	Studiedesignen ej relevant. Instrumentutveckling
Sepulveda et al 2010a [32]	Studiedesignen ej relevant. ingen kontrollgrupp
Uehara et al (2001) [33]	Studiedesignen ej relevant. Preliminary-ingen kontrollgrupp
Whitney et al (2012) [34]	Ingen passiv kontroll, jämför två olika typer av närståendestöd
Primärstudier identifierade vid litteratursökningen	
Okänd författare. 2022 [35]	Registrerad som kommande klinisk prövning
Datta, N., et al. 2022 [36]	Studiedesignen ej relevant, narrativ SÖ, för översiktlig, ej relevant intervention eller population
Philipp, J., et al. 2021 [37]	Utfall ej relevant, ingen passiv kontroll
Bekti Prasetyo, Y., et al. 2021 [38]	Studiedesignen ej relevant, ingen passiv kontroll
Babik, K., et al. 2021 [39]	Interventionen ej relevant
Truttman, S., et al. 2020 [40]	Ingen passiv kontroll, jämförs med andra familjebaserade insatser
Treasure, J. 2020 [41]	Konferensabstrakt
Philipp, J., et al. 2020 [42]	Ingen passiv kontroll, jämförs med familjebaserade terapier
Guo, L., et al. 2020 [43]	Jämförelsegruppen bestod av närstående till personer utan ätstörning
Sharp, W. G., et al. 2019 [44]	Populationen ej relevant
Knight, R. M., et al. 2019 [45]	Varken population eller intervention relevant
Johnson, C. R., et al. 2019 [46]	Populationen ej relevant
Dimitropoulos, G., et al. 2019 [47]	Ingen passiv kontroll, interventionen jämförs i olika utföranden
Quiles Marcos, Y., et al. 2018 [48]	Två olika interventioner jämförs
Shafer, A., et al. 2017 [49]	Interventionen ej relevant
Quadflieg, N., et al. 2017 [12]	Hög risk för bias

Sharp, W. G., et al. 2016 [50]	Populationen ej relevant
Le Grange, D., et al. 2016 [51]	Jämförelsegruppen ej relevant, familjebaserad
Spettigue, W., et al. 2015 [52]	Populationen ej relevant, ej diagnosticerade
Lock, J., et al. 2015 [53]	Varken intervention eller jämförelsegrupp relevant
Hibbs, R., et al. 2015 [54]	Instrumentutveckling
Adamson, M., et al. 2015 [55]	Populationen ej relevant
Amianto, F., et al. 2014 [56]	Studiedesignen ej relevant
Hoyle, D., et al. 2013 [28]	Ingen passiv kontroll, jämför intervention med eller utan guidning

Referenser

1. Anhöriga som vårdar eller stödjer någon de står nära - Underlag till en nationell strategi. Socialstyrelsen; 2021. Report No.: 2021-6-7464.
2. Ätstörningar - En sammanställning av systematiska översikter av kvalitativ forskning utifrån patientens, närståendes och hälso-och sjukvårdens perspektiv. SBU; 2019.
3. Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, Glennon D, Ringwood S, Eisler I, et al. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2011; 41(12):2581-91.
4. Hibbs R, Magill N, Goddard E, Rhind C, Raenker S, Macdonald P, et al. Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomised controlled trial. *BJPsych Open.* 2015; 1(1):56-66.
5. Magill N, Rhind C, Hibbs R, Goddard E, Macdonald P, Arcelus J, et al. Two-year Follow-up of a Pragmatic Randomised Controlled Trial Examining the Effect of Adding a Carer's Skill Training Intervention in Inpatients with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2016; 24(2):122-30.
6. Hodsoll J, Rhind C, Micali N, Hibbs R, Goddard E, Nazar BP, et al. A Pilot, Multicentre Pragmatic Randomised Trial to Explore the Impact of Carer Skills Training on Carer and Patient Behaviours: Testing the Cognitive Interpersonal Model in Adolescent Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2017; 25(6):551-61.
7. McEvoy PM, Targowski K, McGrath D, Carter O, Fursland A, Fitzgerald M, et al. Efficacy of a brief group intervention for carers of individuals with eating disorders: A randomized control trial. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(9):987-95.

8. Sepúlveda AR, Anastasiadou D, Parks M, Gutiérrez E. A controlled study of the Collaborative Care Skills Workshops versus Psycho-educational Workshops among Spanish caregivers of relatives with an eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2019; 27(3):247-62.
9. Hannah L, Cross M, Baily H, Grimwade K, Clarke T, Allan SM. A systematic review of the impact of carer interventions on outcomes for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord.* 2022; 27(6):1953-62.
10. Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, Treasure J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2015; 48(4):349-61.
11. Albano G, Hodsoll J, Kan C, Lo Coco G, Cardi V. Task-sharing interventions for patients with anorexia nervosa or their carers: a systematic evaluation of the literature and meta-analysis of outcomes. *Int Rev Psychiatry.* 2019; 31(4):367-81.
12. Quadflieg N, Schädler D, Naab S, Fichter MM. RCT of a Video-based Intervention Program for Caregivers of Patients with an Eating Disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2017; 25(4):283-92.
13. Pellizzer ML, Wade TD. The effectiveness of lived experience involvement in eating disorder treatment: A systematic review. *Int J Eat Disord.* 2023; 56(2):331-49.
14. Zinser J, O'Donnell N, Hale L, Jones CJ. Multi-family therapy for eating disorders across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Eur Eat Disord Rev.* 2022; 30(6):723-45.
15. Fleming C, Le Brocque R, Healy K. How are families included in the treatment of adults affected by eating disorders? A scoping review. *International Journal of Eating Disorders.* 2021; 54(3):244-79.
16. Bryan DC, Cardi V, Willmott D, Teehan EE, Rowlands K, Treasure J. A systematic review of interventions to support transitions from intensive treatment for adults with anorexia nervosa and/or their carers. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(3):355-70.
17. Spattini L, Rioli G, Longo F, Ferrari S, Galeazzi GM. An update on current clinical management of eating disorders. *Minerva Psichiatrica.* 2017; 58(1):54-69.
18. Schlegl S, Bürger C, Schmidt L, Herbst N, Voderholzer U. The potential of technology-based psychological interventions for anorexia and bulimia nervosa: A systematic review and recommendations for future research. *Journal of Medical Internet Research.* 2015; 17(3).
19. Lukens CT, Silverman AH. Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *J Pediatr Psychol.* 2014; 39(8):903-17.
20. Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Research.* 2012; 200(1):1-11.
21. Hay P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 2004; 38(9):659-70.

22. Salerno L, Rhind C, Hibbs R, Micali N, Schmidt U, Gowers S, et al. A longitudinal examination of dyadic distress patterns following a skills intervention for carers of adolescents with anorexia nervosa. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 25(12):1337-47.
23. Quiles Marcos Y, Quiles Sebastian MJ, Escolano Herrera M, Sanmartín R, Treasure J. Testing carer skill training programs in Spanish carers of patients with eating disorders. 2018.
24. Keshen A, Helson T, Ali S, Dixon L, Ivanova I, Masson PC, et al. A self-help carer intervention as an adjunct to adult outpatient eating disorder treatment. *Eating Behaviors*. 2020; 36:101359.
25. Binford Hopf RB, Grange DL, Moessner M, Bauer S. Internet-based chat support groups for parents in family-based treatment for adolescent eating disorders: A pilot study. *European Eating Disorders Review*. 2013; 21(3):215-23.
26. Goddard E, Macdonald P, Sepulveda AR, Naumann U, Landau S, Schmidt U, et al. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199(3):225-31.
27. Grover M, Williams C, Eisler I, Fairbairn P, McCloskey C, Smith G, et al. An off-line pilot evaluation of a web-based systemic cognitive-behavioral intervention for carers of people with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(8):708-15.
28. Hoyle D, Slater J, Williams C, Schmidt U, Wade TD. Evaluation of a web-based skills intervention for carers of people with anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2013; 46(6):634-8.
29. Pépin G, King R. Collaborative care skills training workshops: Helping carers cope with eating disorders from the UK to Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013; 48:805-12.
30. Sepulveda AR, Lopez C, Macdonald P, Treasure J. Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2008; 41(4):318-25.
31. Sepulveda AR, Whitney J, Hankins M, Treasure J. Development and validation of an Eating Disorders Symptom Impact Scale (EDSIS) for carers of people with eating disorders. *Health and quality of life outcomes*. 2008; 6:1-9.
32. Sepulveda AR, Todd G, Whitaker W, Grover M, Stahl D, Treasure J. Expressed emotion in relatives of patients with eating disorders following skills training program. *International journal of eating disorders*. 2010; 43(7):603-10.
33. Uehara T, Kawashima Y, Goto M, Tasaki S-i, Someya T. Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. *Comprehensive psychiatry*. 2001; 42(2):132-8.
34. Whitney J, Murphy T, Landau S, Gavan K, Todd G, Whitaker W, et al. A practical comparison of two types of family intervention: an exploratory RCT of family day workshops and individual family work

- as a supplement to inpatient care for adults with anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev.* 2012; 20(2):142-50.
35. Jprn U. A study of peer support for family taking care of eating disorder patients. <https://trialssearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000048425>. 2022.
 36. Datta N, Matheson BE, Citron K, Van Wye EM, Lock JD. Evidence based update on psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2022.
 37. Philipp J, Franta C, Zeiler M, Truttmann S, Wittek T, Imgart H, et al. Does a Skills Intervention for Parents Have a Positive Impact on Adolescents' Anorexia Nervosa Outcome? Answers from a Quasi-Randomised Feasibility Trial of SUCCEAT. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(9).
 38. Bekti Prasetyo Y, Setiya Dewi Y. Effects of Health Belief Model-based Education on Maternal Abilities to Caring for Children With Avoidant Restrictive Food Intake Disorder. *Journal of Client Centered Nursing Care.* 2021; 7(3):205-13.
 39. Babik K, Ostaszewski P, Horvath A. Nutritional versus behavioural intervention in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Psychiatria i psychologia kliniczna.* 2021; 21(1):3-14.
 40. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online succat (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine.* 2020; 9(6):1-18.
 41. Treasure J. Care pathways overview. Improving transitions from inpatient care: collaborative digital solutions. *European psychiatry.* 2020; 63:S628-.
 42. Philipp J, Truttmann S, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Schofbeck G, et al. Reduction of high expressed emotion and treatment outcomes in anorexia nervosa—caregivers' and adolescents' perspective. *Journal of clinical medicine.* 2020; 9(7):1-16.
 43. Guo L, Wu M, Zhu Z, Zhang L, Peng S, Li W, et al. Effectiveness and influencing factors of online education for caregivers of patients with eating disorders during COVID-19 pandemic in China. *European Eating Disorders Review.* 2020; 28(6):816-25.
 44. Sharp WG, Burrell TL, Berry RC, Stubbs KH, McCracken CE, Gillespie SE, et al. The Autism Managing Eating Aversions and Limited Variety Plan vs Parent Education: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr.* 2019; 211:185-92.e1.
 45. Knight RM, Albright JJ, Huth-Bocks A, Morris NK, Mills L, Klok K, et al. Impact of Behavioral Feeding Intervention on Child Emotional and Behavioral Functioning, Parenting Stress, and Parent-Child Attachment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 69(3):383-7.
 46. Johnson CR, Brown K, Hyman SL, Brooks MM, Aponte C, Levato L, et al. Parent Training for Feeding Problems in Children With Autism

- Spectrum Disorder: Initial Randomized Trial. *J Pediatr Psychol*. 2019; 44(2):164-75.
47. Dimitropoulos G, Landers A, Freeman V, Novick J, Schmidt U, Olmsted M. A feasibility study comparing a web-based intervention to a workshop intervention for caregivers of adults with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*. 2019; 27(6):641-54.
 48. Quiles Marcos Y, Quiles Sebastián MJ, Escolano Herrera M, Sanmartín R, Treasure J. Testing carer skill training programs in Spanish carers of patients with eating disorders. *Psicothema*. 2018; 30(3):295-303.
 49. Shafer A, Patel SJ, Bulik CM, Zucker N. Experimental pretesting of message framing to motivate caregiver self-care among parents of children with eating disorders. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 2017; 22(4):1-16.
 50. Sharp WG, Stubbs KH, Adams H, Wells BM, Lesack RS, Criado KK, et al. Intensive, Manual-based Intervention for Pediatric Feeding Disorders: Results From a Randomized Pilot Trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2016; 62(4):658-63.
 51. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(8):683-92.
 52. Spettigue W, Maras D, Obeid N, Henderson KA, Buchholz A, Gomez R, et al. A psycho-education intervention for parents of adolescents with eating disorders: a randomized controlled trial. *Eat Disord*. 2015; 23(1):60-75.
 53. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Fitzpatrick KK, Jo B, Accurso E, et al. Can adaptive treatment improve outcomes in family-based therapy for adolescents with anorexia nervosa? Feasibility and treatment effects of a multi-site treatment study. *Behav Res Ther*. 2015; 73:90-5.
 54. Hibbs R, Rhind C, Salerno L, Lo Coco G, Goddard E, Schmidt U, et al. Development and validation of a scale to measure caregiver skills in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2015; 48(3):290-7.
 55. Adamson M, Morawska A, Wigginton B. Mealtime duration in problem and non-problem eaters. *Appetite*. 2015; 84:228-34.
 56. Amianto F, Bertorello A, Spalatro A, Milazzo M, Signa C, Cavarero S, et al. Adlerian parental counseling in eating disorders: preliminary data of a controlled clinical trial. *Eat Weight Disord*. 2014; 19(3):303-14.

ARFID – undvikande och restriktiv ätstörning

Id AR1: Utveckla rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning

Tillstånd: ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), barn och vuxna

Åtgärd: Utveckla rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Etablerade rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning ger bättre förutsättning för att kunna ge vård till små barn, ungdomar och vuxna vars ät-svårigheter det idag finns en osäkerhet inför inom vården.

Insatsen kan bidra till en sammanhållen och korrekt vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Behovet av samverkan och samarbete är stort då patientgruppen oftast har en komplex problematik, ibland med både somatiska och psykiatriska följder.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: avoidant/restrictive food intake disorder) är ett allvarligt tillstånd som kännetecknas av ett kraftigt begränsat matintag gällande mängd och/eller variation i kosten, utan koppling till kroppsmisshälsa eller rädsla för viktuppgång. Tillståndet leder till allvarliga näringsmässiga, medicinska och psykosociala konsekvenser. ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt som hos barn kan resultera i tillväxthämning. Tillståndet debuterar ofta före sex års ålder.

ARFID är ett paraplybegrepp för en symtombild med varierande orsak. Matintaget begränsas vanligtvis på grund av (1) låg aptit/ointresse för att äta, (2) sensoriskt obehag som matens egenskaper framkallar (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende), och/eller (3) rädsla för negativa konsekvenser av att äta (exempelvis rädsla för att sätta i halsen).

Åtgärden: Hälso- och sjukvården kan samarbeta och samverka genom att utveckla gemensamma rutiner för att uppnå en sammanhållen vård. Sammanhållen bedömning, diagnostik, insatser och uppföljning innebär att personen får en kontinuitet i sin vård och sitt stöd. Bedömning, diagnostik, insatser och uppföljning kan med fördel ske inom samma enhet, alternativt i nära samarbete mellan berörda enheter. Om flera enheter samarbetar krävs en gemen-

sam planering och informationsöverföring mellan den utredande, den behandlande och den uppföljande enheten. Det behövs då etablerade rutiner för kontaktvägar, dokumentation och informationsöverföring, även för aktörer med olika huvudmän, exempelvis socialtjänsten och skolhälsovård, då personer med ARFID kan behöva stöd från flera aktörer.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning hos barn och vuxna med ARFID är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att hälso- och sjukvården behöver samarbeta och samverka, både internt och med andra aktörer,¹ för att fler personer med ARFID ska få en sammanhållen och adekvat vård, vilket i sin tur leder till att fler påtagligt förbättras i sin symtombild.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen. Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), metaanalyser eller randomiserade kontrollerade studier (RCT).

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *Hälso- och sjukvården behöver samarbeta och samverka, både internt och med andra aktörer*, för att fler personer med ARFID ska få en sammanhållen och adekvat vård, vilket i sin tur leder till att fler påtagligt förbättras i sin symtombild (konsensus).*

**Andra aktörer kan exempelvis vara skolhälsovård och socialtjänst*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 98 procent av 114 svarande instämde i påståendet.

¹ Andra aktörer kan exempelvis vara skolhälsovård och socialtjänst

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården för personer med ARFID, jämfört med om inga sådana rutiner är utvecklade, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: ARFID, barn och vuxna
- Intervention/åtgärd: Utveckla rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning
- Kontrollgrupp: Ingen sådan insats
- Utfallsmått:
 - Primära: Andel som får behandling, remission, livskvalitet (EDQOL), symtomskattningsskalor (PARDI, EDI), funktionskattningsskala (CIA, CGAS), antal nya matsorter som kan intas
 - Sekundära: BMI/vikt/viktuppgång, patients upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudie med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	126
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-06-15

Ämne: ARFID, barn och vuxna

AR1: Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Food Neophobia*[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR selective eating disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab] OR picky eating[tiab] OR food refusal*[tiab] OR tube-depend*[tiab] OR food selectivit*[tiab] OR fussy eating[tiab]	2658
2.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab]	1092
3.	Mesh/FT	"Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Intersectoral	1131443

		Collaboration"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Partnership Practice"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR referral*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR cross-agenc*[tiab] OR cross-sector*[tiab] OR cross-organi*[tiab] OR interorgani*[tiab] OR inter-organi*[tiab] OR joint effort*[tiab] OR joint work*[tiab] OR different authorit*[tiab] OR different agencies[tiab] OR separate agencies[tiab] OR multiple agenc*[tiab] OR multi-agenc*[tiab] OR partnership[tiab] OR team*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter-disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi-disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab]	
4.		1 AND 3	289
5.	Mesh/FT	"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	478680
6.		4 AND 5	12
7.	Mesh/FT	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR compar*[tiab]	8674428
8.		2 AND 3 AND 7	44
9.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder"	479
10.		3 AND 9	65

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley
Datum: 2023-06-15
Ämne: ARFID, barn och vuxna
AR1: Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	(ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*"):ti,ab,kw	115
2.	FT	(referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross-agenc* OR cross-sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter-organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi-agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*):ti,ab,kw	82927
3.		1 AND 2	Trials: 15

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: PsycInfo, PsycArticles, CINAHL Databasleverantör: EBSCO
Datum: 2023-06-15
Ämne: ARFID, barn och vuxna
AR1: Rutiner för samarbete och tydlig ansvarsfördelning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT	(DE "Feeding Disorders" OR DE "Food Refusal") OR (DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "selective eating disorder" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR "tube-depend*" OR "food selectivit*" OR "fussy eating") OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "selective eating disorder" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR "tube-depend*" OR "food selectivit*" OR "fussy eating")	3364
2.	DE/FT	(DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR TI (ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"	1685

OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder"
 OR "feeding disorder*") OR AB (ARFID OR "Avoidant
 Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and
 Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding
 disorder*")

3.	DE/FT (DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Integrated Services") OR (DE "Teamwork") OR (DE "Multimodal Treatment Approach") OR DE "Cooperation" OR (MH "Multidisciplinary Care Team+") OR (MH "Teamwork") OR (MH "Cooperative Behavior") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MM "Collaboration") OR (MH "Interprofessional Relations+") OR TI (referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross- agenc* OR cross-sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter-organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi-agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross- professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter- professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*) OR AB (referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross-agenc* OR cross- sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter- organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi- agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi- disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*)	773579
4.	1 AND 3	352
5.	FT TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta- analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta- analytic review")	287242
6.	4 AND 5	10
7.	FT TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR	947387

		"control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
8.		2 AND 3 AND 7	14
9.	DE/FT	(DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder"	610
10.		3 AND 9	42

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Id AR3: Matträning

Tillstånd: ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), barn och ungdomar (0-17 år)

Åtgärd: Matträning med exponering (för att äta fler livsmedel), där närstående inkluderas i behandlingen

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Utebliven insats kan påverka barnets kognitiva och kroppsliga utveckling. Det saknas andra alternativa insatser för yngre barn. ARFID är en heterogen diagnos som inkluderar barn med långvarig näringsbrist, och det behövs därför en individuell bedömning för att identifiera rätt personer för insatsen.

Behandlingen passar främst för de med selektivitet på grund av exempelvis sensoriska eller fobiska symtom (aversioner, obehag eller rädslor relaterade till mat).

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) är ett allvarligt tillstånd som kännetecknas av ett kraftigt begränsat matintag gällande mängd och/eller variation i kosten, utan koppling till kroppsmisnöje eller rädsla för viktuppgång. Tillståndet leder till allvarliga näringsmässiga, medicinska och psykosociala konsekvenser. ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt som hos barn kan resultera i tillväxthämning. Tillståndet debuterar ofta före sex års ålder.

ARFID är ett paraplybegrepp för en symtombild med varierande orsak. Matintaget begränsas vanligtvis på grund av (1) låg aptit/ointresse för att äta, (2) sensoriskt obehag som matens egenskaper framkallar (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende), och/eller (3) rädsla för negativa konsekvenser av att äta (exempelvis rädsla för att sätta i halsen).

Åtgärden: Matträning med exponering för att äta fler livsmedel, där familjen (närstående eller anhöriga) inkluderas, utgår från en observation av barnets och familjens beteenden vid en måltid. En central del är att identifiera de svårigheter som föreligger under måltiden och arbeta med dem. För att förändra ätbeteendet till det bättre så behöver vården anpassas utifrån individens problematik genom att bland annat observera vad barnet faktiskt äter och tycker om och ta vara på det i behandlingen.

Matträningen bygger på upprepad exponering för mat som tidigare inte tolererats, exempelvis via ättrappa (tolerera, integrera, lukta, beröra, smaka och

slutligen äta), med motorisk och sensorisk träning efter behov. Insatsen förutsätter samspel och kommunikation med familjen, och utbildning riktade mot närstående är vanligt förekommande. Personcentrerad vård är en förutsättning för åtgärden då den behöver anpassas utifrån exempelvis barnets identifierade problematik, ålder, mognad, samt förekomst av eventuell samsjuklighet. Olika specifika modeller av matträning förekommer, exempelvis “Sequential Oral Sensory” (SOS), “food chaining” och sensorisk träning, men även mer generisk form av matträning med personalstöttning vid och inför måltid, gradvis exponering och successivt ökad självständighet.

Åtgärden ska ej förväxlas med matstöd som normalt utförs inom ätstörningsvården.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av matträning med exponering (för att äta fler livsmedel), där närstående inkluderas i behandlingen hos barn och ungdomar med ARFID är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för barn och ungdomar med ARFID leder matträning med exponering, där närstående inkluderas i behandlingen, till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att det vare sig finns systematiska översikter (SÖ), metaanalyser eller randomiserade kontrollerade studier (RCT) som utvärderar effekten av terapi med matträning med familjen vid ARFID. I litteratursökning har visserligen ett mindre antal SÖ identifierats där matträning med familjen tas upp [1, 2], men inkluderade patienter i studierna i dessa SÖ är genomgående andra diagnosgrupper eller tillstånd, exempelvis “pediatric feeding disorder”, “picky eating”, autism och tvångs-syndrom. Det finns visserligen en hög grad av överlappning mellan ARFID och tillstånd så som “pediatric feeding disorder” eller “picky eating”, och samsjukligheten mellan ARFID och autism är stor, men detta innebär inte att studier av barn med dessa svårigheter per automatik kan användas för att avgöra huruvida matträning är hjälpsamt eller inte vid ARFID.

Det finns vidare en mindre fallserie [3] omfattande endast sex barn med ARFID där beteendeträning vid måltid har jämförts med mer allmänt hållna

- Kontrollgrupp: Ingen behandling, väntelista, sedvanlig vård
- Utfallsmått:
 - Primära: remission, livskvalitet (EDQOL), symtomskattningsskalor (PARDI, EDI), funktionsskattningsskala (CIA, CGAS), antal nya matsorter som kan intas
 - Sekundära: BMI/vikt, viktuppgång, patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ, RCT, studier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Litteratursökningen för frågeställningen genomfördes i ett kombinerat format tillsammans med frågeställningen om familjebaserad terapi vid ARFID (AR4), då det förväntades en möjlig överlappning mellan forskningsområdena. Nedan anges således antal granskade artiklar för båda frågeställningarna tillsammans, medan de specifika artiklar som varit av intresse för just den aktuella frågeställningen beskrivs närmare under rubriken “*Vilka studier ingår i granskningen?*”.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	297
Artiklar som lästes i fulltext	9
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/tiab	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Food Neophobia*[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR selective eating disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab] OR picky eating[tiab] OR food refusal*[tiab] OR tube-depend*[tiab] OR food selectivit*[tiab] OR fussy eating[tiab]	2,654
2.	Mesh/tiab	Adolescent[MeSH] OR Child[MeSH] OR "Minors"[Mesh] OR Infant[MeSH] OR infant*[tiab] OR infanc*[tiab] OR pupil*[tiab] OR child[tiab] OR children*[tiab] OR childhood[tiab] OR preschool*[tiab] OR pre-school*[tiab] OR kids[tiab] OR baby[tiab] OR babies[tiab] OR boy[tiab] OR boys[tiab] OR girl*[tiab] OR toddler*[tiab] OR adolescen*[tiab] OR preadolescenc*[tiab] OR pre-adolescenc*[tiab] OR preadolescenc*[tiab] OR teen[tiab] OR teens[tiab] OR teenager*[tiab] OR preteen*[tiab] OR pre-teen*[tiab] OR pediatric*[tiab] OR paediatric*[tiab] OR schoolchild*[tiab] OR school student*[tiab] OR minors[tiab] OR youth*[tiab] OR pubescent[tiab] OR pupil*[tiab]	4,628,779
3.		1 AND 2	1,762
4.	FT/pt	LETTER [PT] OR EDITORIAL [PT] OR COMMENT [PT] OR HISTORICAL ARTICLE [PT] OR REPORT [TI] OR	3,274,422

WITHDRAWN [TI] OR RETRACTION OF PUBLICATION
[PT] OR RETRACTION OF PUBLICATION AS TOPIC
[MESH] OR RETRACTED PUBLICATION [PT] OR REPLY
[TI] OR PUBLISHED ERRATUM [PT]

5.		3 NOT 4	1,691
6.	Mesh/tiab	"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	476,788
7.		5 AND 6 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	43
8.	Mesh/tiab	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	2,993,457
9.		5 AND 8 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	144

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	MeSH descriptor: [Avoidant Restrictive Food Intake Disorder] explode all trees	7
2.	FT/TI, AB	(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depend*):ti,ab,kw	227
3.		1 OR 2	275
4.	FT/TI	(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depend*):ti	66

5.		1 OR 4	68
6.	Mesh	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees OR MeSH descriptor: [Child] explode all trees OR MeSH descriptor: [Minors] explode all trees OR MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	189468
7.	FT/TI, AB	(infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*);fi,ab,kw	334270
8.		6 OR 7	334270
9.		3 AND 8	CDSR 0 Central 190
10.		5 AND 8	CDSR 0 Central 58

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: CINAHL with fulltext Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	(MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder")	109
2.	FT/TI, AB	TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*) OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*)	1,439
3.		1 OR 2	1,460
4.	DE	(MH "Adolescence") OR (MH "Child") OR (MH "Infant") OR (MH "Child, Preschool")	1,005,158
5.	FT/TI, AB	TI (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR	952,694

		youth* OR pubescent OR pupil*) OR AB (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*)	
6.		4 OR 5	1,365,178
7.		3 AND 6	1,079
8.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	195,224
9.		7 AND 8 Academic journals ; English	23
10.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
11.		7 AND 10 Filters: Academic journals ; English	89

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: Ebsco

Datum: 2023-06-12

Ämne: Ätstörning ARFID

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB	TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depen*) OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depen*)	1,684

2.	DE	DE "Adolescent Health" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Youth Mental Health" OR DE "Child Health" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy"	35,410
3.	FT/TI, AB	TI (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescenc* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*) OR AB (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescenc* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*)	1,183,675
4.		1 AND (2 OR 3)	1,195
5.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	91,675
6.		5 AND 6 AND Filter: Academic journals	20
7.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
8.		5 AND 7 AND Filters: Academic journals ; English	71

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Epistemonikos Databasleverantör: Epistemonikos

Datum: 2023-06-08

Ämne: Ätstörning ARFID

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI,	(title:(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*) OR abstract:(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*)) AND ((title:(infant* OR infanc* OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*) Publication type: systematic review	31

*) FT/TI = fritextsökning i fältet för titel

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Estrem et al, 2022 [1]	Ej relevant population
Tereshko et al, 2022 [2]	Ej relevant population
Babik et al, 2021 [3]	Ej RCT, liten studiepopulation

Referenser

1. Estrem HH, Park J, Thoyre S, McComish C, McGlothen-Bell K. Mapping the gaps: A scoping review of research on pediatric feeding disorder. *Clinical nutrition ESPEN*. 2022; 48:45-55.
2. Tereshko L, Leaf JB, Weiss MJ, Rich A, Pistorino M. A systematic literature review of antecedent and reinforcement-based behavioral feeding interventions without the implementation of escape extinction. *Behavioral Interventions*. 2021; 36(2):496-513.
3. Babik K, Ostaszewski P, Horvath A. Nutritional versus behavioural intervention in children with avoidant/restrictive food intake disorder. *Psychiatria i psychologia kliniczna*. 2021; 21(1):3-14.
4. Breiner CE, Miller ML, Hormes JM. ARFID parent training protocol: A randomized pilot trial evaluating a brief, parent-training program for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(12):2229-35.

Id AR5: KBT

Tillstånd: ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), barn (från 10 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för ARFID

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Personer med ARFID är en heterogen grupp och det behövs en individuell bedömning för att identifiera rätt personer för insatsen.

Kommentar: Insatsen är aktuell för personer som har mognad och förmåga att tillgodogöra sig behandlingen. Vid omfattande svårigheter behöver KBT-behandlingen i regel kombineras med andra insatser.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) är ett allvarligt tillstånd som kännetecknas av ett kraftigt begränsat matintag gällande mängd och/eller variation i kosten, utan koppling till kroppsmisshälsa eller rädsla för viktuppgång. Tillståndet leder till allvarliga näringsmässiga, medicinska och psykosociala konsekvenser. ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt som hos barn kan resultera i tillväxthämning. Tillståndet debuterar ofta före sex års ålder.

ARFID är ett paraplybegrepp för en symtombild med varierande orsak. Matintaget begränsas vanligtvis på grund av (1) låg aptit/ointresse för att äta, (2) sensoriskt obehag som matens egenskaper framkallar (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende), och/eller (3) rädsla för negativa konsekvenser av att äta (exempelvis rädsla för att sätta i halsen).

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett samlingsbegrepp för en rad olika psykologiska behandlingsformer som fokuserar på att identifiera in-
vanda, negativa tanke- och beteendemönster som upprätthåller psykologiska problem samt att bryta dessa mönster genom att omstrukturera tankar och utveckla nya copingstrategier. Behandling med KBT för personer med ARFID syftar till att öka förmågan att hantera och övervinna rädslor, aversioner och obehag relaterade till mat för att öka matintaget samt förbättra näringsstatusen, välmående och den övergripande funktionen hos individen. Detta sker till exempel genom att utmana undvikande negativa tankar och beteenden i samband med mat.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av KBT anpassad för behandling vid ARFID hos barn och vuxna med ARFID är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för barn (från 10 års ålder) och vuxna med ARFID leder KBT anpassad för behandling vid ARFID till att en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?
Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), metaanalyser eller randomiserade kontrollerade studier (RCT) som utvärderar effekten av KBT vid ARFID. Litteraturen om behandling med KBT för personer med ARFID består för närvarande av fallrapporter, retrospektiva observationsstudier och proof of concept-studier [1-7]. Det saknas därmed empiriskt stöd kring KBT-behandlingar för ARFID.

En KBT-behandling speciellt anpassad för ARFID (CBT-AR) har utvecklats för öppenvårdspatienter från 10 år och uppåt [8]. CBT-AR har publicerats i manualiserad form [9] och det finns preliminär evidens för CBT-AR:s genomförbarhet, acceptans och effektivitet hos ungdomar 10-17 år [3] samt hos vuxna [6]. I studien med ungdomar med ARFID påbörjade 20 av 25 patienter som uppfyllde studiekriterierna behandlingen med CBT-AR. Av dessa fullföljde 17 patienter behandlingen, och vid behandlingsavslut ansågs samtliga som "mycket förbättrad" eller "väldigt mycket förbättrad", och de uppfyllde inte längre kriterierna för ARFID. Patienterna inkluderade i genomsnitt 17 nya livsmedel i sin kost under behandlingen. Patienter med undervikt (n=14) visade en signifikant viktökning på cirka 6 kg. I studien med vuxna med ARFID påbörjade 15 av 18 patienter som uppfyllde studiekriterierna behandlingen med CBT-AR. Av dessa fullföljde 14 patienter behandlingen. Vid behandlingsavslut ansågs 12 av 15 (80 %) som "mycket förbättrad" eller "väldigt mycket förbättrad", och 7 av 15 (47 %) uppfyllde inte längre kriterierna för ARFID. Patienterna inkluderade i genomsnitt 18 nya livsmedel i sin kost under behandlingen. Patienter med undervikt (n=4) visade en signifikant viktökning på cirka 6 kg. Patienterna bedömde trovärdigheten av behandlingen (mätt efter första behandlingstillfället) och tillfredsställelsen med behandlingen (mätt vid behandlingsavslut) som mycket höga.

Ytterligare okontrollerade observationsstudier hos barn och unga med ARFID som vårdas inom dagvårdsprogram rapporterar preliminär evidens för effekten av KBT med fokus på exponering [2], samt av familjeorienterad

KBT [4, 5]. Det har också rapporterats lovande preliminära resultat för en KBT-behandling med fokus på exponering som är speciellt anpassad för vuxna med ARFID och funktionella magtarmsjukdomar [1].

Även om det för närvarande inte finns några empiriskt stödda KBT-behandlingar för ARFID, lyfter vetenskapliga studier fram vikten av att behandlingen ska vara individualiserad och vägledas av en biopsykosocial formulering som tar hänsyn till ätstörningens orsakande faktorer samt patientens preferenser [10]. KBT för ARFID kan särskilt vara aktuell för patienter där rädslan för negativa konsekvenser av att äta är den huvudsakliga motivatorn till undvikande ätbeteende, i enlighet med den starka evidensbasen för KBT-behandling vid ångest [11].

Det pågår två RCT-studier för att undersöka KBT vid ARFID, registrerade på www.clinicaltrials.gov: en studie jämför KBT med kostrådgivning hos barn och ungdomar med ARFID (NCT05954728), och den andra studien undersöker KBT hos vuxna med ARFID och funktionell dyspepsi (NCT05587127).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *För barn och ungdomar (från 10 år) med ARFID leder KBT anpassad för behandling vid ARFID till att en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 82 procent av 33 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *För vuxna med ARFID leder KBT anpassad för behandling vid ARFID till att en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 89 procent av 38 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kognitiv beteendeterapi anpassad för ARFID för barn (från 10 år) och vuxna med ARFID, jämfört med sedvanlig vård, väntelista eller ingen behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: ARFID, barn (från 10 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för ARFID
- Kontrollgrupp: Ingen behandling, sedvanlig vård, väntelista
- Utfallsmått:

- Primära: Remission, livskvalitet (EDQOL), symtomskattningsskalor (PARDI, EDI), funktionsskattningsskalor (CIA, CGAS), antal nya matsorter som kan intas
- Sekundära: BMI/vikt, viktuppgång, patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	16 SÖ, 53 övriga
Artiklar som lästes i fulltext	0 SÖ, 6 övriga
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-04-14			
Ämne: Vilken effekt har KBT för ungdomar och vuxna med ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Food Neophobia*[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR selective eating disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab] OR picky eating[tiab] OR food refusal*[tiab] OR tube-depend*[tiab] OR food selectivit*[tiab]	2,555
2.	Mesh/FT	"Cognitive Behavioral Therapy"[Mesh] OR Behavior Therapy[Mesh:NoExp] OR "Psychotherapy, Group"[Mesh:NoExp] OR CBT[tiab] OR CBT-AR[tiab] OR cognitive therap*[tiab] OR cognitive behavio*[tiab] OR behavior therap*[tiab] OR behaviour therap*[tiab] OR cognitive treatment[tiab] OR behavior treatment[tiab] OR behaviour treatment[tiab] OR behavioral therap*[tiab] OR behavioural therap*[tiab] OR behavior intervention*[tiab] OR behavior intervention*[tiab] OR behavioral intervention*[tiab] OR behavioural intervention*[tiab] OR behavioral treatment*[tiab] OR behavioural treatment*[tiab] OR cognitive psychotherap*[tiab] OR cognition psychotherap*[tiab] OR cognition therap*[tiab]	114,530
3.		1 AND 2	209
4.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
5.		3 AND 4	14
6.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR	

clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])

7.	3 AND 6	27
8.	"Proof of Concept Study"[Mesh] OR "Feasibility Studies"[Mesh] OR ((Concept Study Proof[tiab] OR Study Proof[tiab] OR Proof of Concept [tiab] OR Feasibility Stud*[tiab]) NOT Medline[sb])	
9.	3 AND 8 (NOT 5 OR 7)	3

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i titel- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-04-14			
Ämne: Vilken effekt har KBT för ungdomar och vuxna med ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	MeSH descriptor: [Avoidant Restrictive Food Intake Disorder] explode all trees	7
2.	FT/TI, AB, KW	(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR tube-depend* OR "food selectivit*"):ti,ab,kw	260
3.		1 OR 2	260
4.	Mesh	MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] explode all trees OR MeSH descriptor: [Behavior Therapy] this term only OR MeSH descriptor: [Psychotherapy, Group] this term only	19454
5.	FT/TI, AB, KW	(CBT OR CBT-AR OR "cognitive therap*" OR "cognitive behavio*" OR "behavior therap*" OR "behaviour therap*" OR "cognitive treatment" OR "behavior treatment" OR "behaviour treatment" OR "behavioral therap*" OR "behavioural therap*" OR "behavior intervention*" OR "behaviour intervention*" OR "behavioral intervention*" OR "behavioural intervention*" OR "behavioral treatment*" OR "behavioural treatment*" OR "cognitive psychotherap*" OR "cognition psychotherap*" OR "cognition therap*"):ti,ab,kw	17001
6.	FT/TI, AB, KW	4 OR 5	30624
7.		3 AND 6	CDSR 0 Central 35

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-04-14			
Ämne: Vilken effekt har KBT för ungdomar och vuxna med ARFID			
Söknr	Termtyp*)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	(MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder")	112
2.	FT/TI, AB	TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR tube-depend* OR "food selectivit*") OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR tube-depend* OR "food selectivit*")	3,020
3.		1 OR 2	3,044
4.	Mesh/FT	(MH "Cognitive Therapy+") OR (MH "Behavior Therapy") OR (MH "Psychotherapy, Group") OR (DE "Cognitive Therapy") OR (DE "Behavior Therapy") OR (MM "Group Psychotherapy")	116,538
5.	Mesh/FT	TI (CBT OR CBT-AR OR "cognitive therap*" OR "cognitive behavio*" OR "behavior therap*" OR "behaviour therap*" OR "cognitive treatment" OR "behavior treatment" OR "behaviour treatment" OR "behavioral therap*" OR "behavioural therap*" OR "behavior intervention*" OR "behaviour intervention*" OR "behavioral intervention*" OR "behavioural intervention*" OR "behavioral treatment*" OR "behavioural treatment*" OR "cognitive psychotherap*" OR "cognition psychotherap*" OR "cognition therap*") OR AB (CBT OR CBT-AR OR "cognitive therap*" OR "cognitive behavio*" OR "behavior therap*" OR "behaviour therap*" OR "cognitive treatment" OR "behavior treatment" OR "behaviour treatment" OR "behavioral therap*" OR "behavioural therap*" OR "behavior intervention*" OR "behaviour intervention*" OR "behavioral intervention*" OR "behavioural intervention*" OR "behavioral treatment*" OR "behavioural treatment*" OR "cognitive psychotherap*" OR "cognition psychotherap*" OR "cognition therap*")	112,872
6.		4 OR 5	183,656
7.		3 AND 6	337
8.		TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR	

	"meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
9.	7 AND 8 ; Academic journals ; English	11
10.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
11.	7 AND 10 ; Academic journals ; English	20
12.	(MH "Pilot Studies") OR TI ("proof of concept*" OR feasibility stud*" OR "concept study proof*" OR "study proof*") OR AB ("proof of concept*" OR feasibility stud*" OR "concept study proof*" OR "study proof*")	
13.	7 AND 12 (NOT 9 OR 10) ; Academic journals ; English	2

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Billman et al, 2022 [5]	Besvarar ej frågeställningen
Burton Murray et al, 2023 [1]	Besvarar ej frågeställningen
Dumont et al, 2019 [2]	Besvarar ej frågeställningen
Lane-Loney et al, 2022 [4]	Besvarar ej frågeställningen
Thomas et al, 2021 [6]	Besvarar ej frågeställningen
Thomas et al, 2022 [3]	Besvarar ej frågeställningen

Referenser

1. Burton Murray H, Weeks I, Becker KR, Ljótsson B, Madva EN, Eddy KT, et al. Development of a brief cognitive-behavioral treatment for avoidant/restrictive food intake disorder in the context of disorders of gut-brain interaction: Initial feasibility, acceptability, and clinical outcomes. *Int J Eat Disord.* 2023; 56(3):616-27.
2. Dumont E, Jansen A, Kroes D, de Haan E, Mulken S. A new cognitive behavior therapy for adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder in a day treatment setting: A clinical case series. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(4):447-58.
3. Thomas JJ, Becker KR, Kuhnle MC, Jo JH, Harshman SG, Wons OB, et al. Cognitive-behavioral therapy for avoidant/restrictive food intake disorder: Feasibility, acceptability, and proof-of-concept for children and adolescents. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(10):1636-46.

4. Lane-Loney SE, Zickgraf HF, Ornstein RM, Mahr F, Essayli JH. A cognitive-behavioral family-based protocol for the primary presentations of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID): Case examples and clinical research findings. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2022; 29(2):318-34.
5. Billman MG, Forrest LN, Johnson M, Quail MA, King S, Mausteller K, et al. Preliminary effectiveness of a cognitive-behavioral, family-centered partial hospitalization program for children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2022; 55(11):1621-6.
6. Thomas JJ, Becker KR, Breithaupt L, Murray HB, Jo JH, Kuhnle MC, et al. Cognitive-behavioral therapy for adults with avoidant/restrictive food intake disorder. *J Behav Cogn Ther*. 2021; 31(1):47-55.
7. Shimshoni Y, Lebowitz ER. Childhood avoidant/restrictive food intake disorder: Review of treatments and a novel parent-based approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2020; 34(3):200-24.
8. Thomas JJ, Wons OB, Eddy KT. Cognitive-behavioral treatment of avoidant/restrictive food intake disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2018; 31(6):425-30.
9. Thomas JJ, Eddy KT. *Cognitive Behavioral Therapy for Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*. Cambridge: Cambridge University Press; 2019.
10. Howard M, Hembry P, Rhind C, Siddall A, Uddin MF, Bryant-Waugh R. Cognitive behaviour therapy (CBT) as a psychological intervention in the treatment of ARFID for children and young people. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2023; 16:e5.
11. Kaczurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015; 17(3):337-46.

Id AR4: Familjebaserad terapi anpassad för ARFID

Tillstånd: ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), barn och ungdomar (0-17 år)

Åtgärd: Familjebaserad terapi anpassad för ARFID

Prioritet: FoU

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men det pågår vetenskapliga studier på området.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder) är ett allvarligt tillstånd som kännetecknas av ett kraftigt begränsat matintag gällande mängd och/eller variation i kosten, utan koppling till kroppsmisnöje eller rädsla för viktuppgång. Tillståndet leder till allvarliga näringsmässiga, medicinska och psykosociala konsekvenser. ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt som hos barn kan resultera i tillväxthämning. Tillståndet debuterar ofta före sex års ålder.

ARFID är ett paraplybegrepp för en symtombild med varierande orsak. Matintaget begränsas vanligtvis på grund av (1) låg aptit/ointresse för att äta, (2) sensoriskt obehag som matens egenskaper framkallar (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende), och/eller (3) rädsla för negativa konsekvenser av att äta (exempelvis rädsla för att sätta i halsen).

Åtgärden: Familjebaserade terapi är en manualbaserad behandling som inkluderar hela familjen i behandling och är indelad i faser. Behandlingen syftar till att hjälpa föräldrarna att inledningsvis ta över ansvaret för patientens ätande och stödja sitt barn så att det vågar äta normalt. Senare i behandlingen tar ungdomen successivt över mer ansvar för sitt ätande och familjen får hjälp och stöttning i att bibehålla eller ytterligare förbättra födointag för att motverka risken för framtida ohälsa. Flera olika modeller för familjebaserad terapi vid ARFID, så som FBT-ARFID [1] och SPACE-ARFID [2] har utvecklats. Dessa modeller skiljer sig i vissa avseenden från familjebaserad terapi vid anorexia nervosa eller andra ätstörningar, exempelvis ligger fokus vanligtvis mer på att vidga matrepertoaren och åstadkomma mer varierade ätbeteenden än att uppnå full viktnormalisering.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av familjebaserad terapi anpassad för ARFID hos barn och ungdomar med ARFID är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen. Det förväntas troligen ny forskning på området inom den närmaste tiden.

Socialstyrelsen har valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer. Socialstyrelsens bedömning är dock att det saknades beprövad erfarenhet i panelen för att bedöma ifall åtgärden kan leda till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande hos barn och ungdomar med ARFID.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att det vare sig finns systematiska översikter (SÖ), metaanalyser eller randomiserade kontrollerade studier (RCT) som utvärderar effekten av familjebaserad terapi vid ARFID. Familjebaserad terapi vid ARFID nämns i två SÖ.

I den ena, en kanadensisk riktlinje om behandling av barn och ungdomar med ätstörning, rapporteras att det endast identifierats två fallrapporter om familjebaserad terapi vid ARFID [3]. I den andra nämns en RCT som utvärderat familjebaserad terapi vid ARFID [4]. Vid närmare granskning visar det sig dock att denna studie snarare är en "feasibility study" där förutsättningarna för en framtida större RCT på området har undersökts [1]. Patienter i åldrarna 5-12 år (n=28) randomiserades till FBT-ARFID eller "usual care" och i studien presenteras resultat som visar att andelen som genomförde behandlingen (79 procent) var acceptabelt och att utfall så som viktnormalisering, ARFID-symptom (enligt PARDI-skalan) och föräldrarnas självförtroende i att klara av att hantera barnets svårigheter med maten förändrades i en mer gynnsam riktning för interventionsgruppen. Detta får dock i sitt sammanhang ses som preliminära fynd och författarnas slutsats är att familjebaserad terapi vid ARFID som metod är redo att prövas i en större RCT, snarare än att det finns evidens för att metoden fungerar.

Det finns också ytterligare en publicerad pilotstudie där SPACE-ARFID, en intervention med inslag av familjebaserad terapi, erbjöds till 15 familjer med barn med ARFID [2]. Slutsatserna är att insatsen var genomförbar och accepterades av familjerna samt att ätstörningssymptomen minskade hos barnen. Studien saknar dock en jämförelsegrupp och är snarare ytterligare en "feasibility study" där förutsättningarna för en framtida större RCT på området har undersökts.

Övriga RCTer som har identifierats i den initiala litteratursökningen berör allihop tillstånd så som "picky eating", "pediatric feeding disorder" etcetera. Det är troligt att många av deltagarna i dessa studier skulle kunna uppfylla

diagnoskriterierna för ARFID, dock knappast alla – exempelvis definieras “picky eating” vanligtvis som ett bredare tillstånd än den sensoriska sensitivitet som ofta föreligger vid ARFID. Därmed går det inte att utifrån inkluderad studiepopulation i dessa studier uttala sig om effekterna av insatserna för personer med ARFID.

Det pågår en RCT-studie som ämnar undersöka effekterna av familjebaserad terapi för barn med ARFID (registrerade på www.clinicaltrials.gov: NCT04450771). I denna studie jämförs telemedicinsk familjebaserad terapi (FBT-ARFID) med manualiserad individuell terapi (Psychoeducational Motivation Therapy) för barn med ARFID [5]. Denna pågående studie bygger vidare på en ovan nämnd ”feasability study” [1].

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *För barn (under 13 år) med ARFID leder familjebaserad terapi anpassad för ARFID till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 90 procent av 40 svarande instämde i påståendet, men bland kommentarerna går det att utläsa att många som svarat på påståendet inte avsett familjebaserad terapi.

Påstående 2: *För ungdomar (13-17 år) med ARFID leder familjebaserad terapi anpassad för ARFID till en påtagligt förbättrad symtombild med ett mer normaliserat ätande.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 90 procent av 39 svarande instämde i påståendet, men bland kommentarerna går det att utläsa att många som svarat på påståendet inte avsett familjebaserad terapi.

Socialstyrelsen anser att konsensus för ett påstående är uppnått när minst 30 personer har svarat och minst 75 procent av dessa är samstämmiga i sina svar. För dessa påståenden gör Socialstyrelsen bedömningen att konsensus inte har uppnåtts, eftersom vår bedömning är att färre än 30 personer i panelen har beprövad erfarenhet av åtgärden familjebaserad terapi hos barn och ungdomar med ARFID.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har familjebaserad terapi för barn och ungdomar med ARFID, jämfört med sedvanlig vård, väntelista eller ingen behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: ARFID, barn och ungdomar (0-17 år)
- Intervention/åtgärd: Familjebaserad terapi anpassad för ARFID

- Kontrollgrupp: Ingen behandling, väntelista, sedvanlig behandling
- Utfallsmått:
 - Primära: Remission, livskvalitet (EDQOL), symtomskattningsskalor (PARDI, EDI), funktionsskattningsskala (CIA, CGAS), antal nya matsorter som kan intas
 - Sekundära: BMI/vikt, viktuppgång, patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: SÖ, RCT, studier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Litteratursökningen för frågeställningen genomfördes i ett kombinerat format tillsammans med frågeställningen om terapi med matträning med familjen vid ARFID (AR3), då det förväntades en möjlig överlappning mellan forskningsområdena. Nedan anges således antal granskade artiklar för båda frågeställningarna tillsammans, medan de specifika artiklar som varit av intresse för just den aktuella frågeställningen beskrivs närmare under rubriken "Vilka studier ingår i granskningen?".

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	297
Artiklar som lästes i fulltext	9
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/tiab	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Food Neophobia*[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR selective eating disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab] OR picky eating[tiab] OR food refusal*[tiab] OR tube-depend*[tiab] OR food selectivit*[tiab] OR fussy eating[tiab]	2,654
2.	Mesh/tiab	Adolescent[MeSH] OR Child[MeSH] OR "Minors"[Mesh] OR Infant[MeSH] OR infant*[tiab] OR infanc*[tiab] OR pupil*[tiab] OR child[tiab] OR children*[tiab] OR childhood[tiab] OR preschool*[tiab] OR pre-school*[tiab] OR kids[tiab] OR baby[tiab] OR babies[tiab] OR boy[tiab] OR boys[tiab] OR girl*[tiab] OR toddler*[tiab] OR adolescen*[tiab] OR preadolescen*[tiab] OR pre-adolescen*[tiab] OR preadolescen*[tiab] OR teen[tiab] OR teens[tiab] OR teenager*[tiab] OR preteen*[tiab] OR pre-teen*[tiab] OR pediatric*[tiab] OR paediatric*[tiab] OR schoolchild*[tiab] OR school student*[tiab] OR minors[tiab] OR youth*[tiab] OR pubescent[tiab] OR pupil*[tiab]	4,628,779
3.		1 AND 2	1,762
4.	FT/pt	LETTER [PT] OR EDITORIAL [PT] OR COMMENT [PT] OR HISTORICAL ARTICLE [PT] OR REPORT [TI] OR	3,274,422

WITHDRAWN [TI] OR RETRACTION OF PUBLICATION
[PT] OR RETRACTION OF PUBLICATION AS TOPIC
[MESH] OR RETRACTED PUBLICATION [PT] OR REPLY
[TI] OR PUBLISHED ERRATUM [PT]

5.		3 NOT 4	1,691
6.	Mesh/tiab	"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	476,788
7.		5 AND 6 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	43
8.	Mesh/tiab	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	2,993,457
9.		5 AND 8 AND Filters applied: Danish, English, Norwegian, Swedish	144

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh	MeSH descriptor: [Avoidant Restrictive Food Intake Disorder] explode all trees	7
2.	FT/TI, AB	(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depend*):ti,ab,kw	227
3.		1 OR 2	275
4.	FT/TI	(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivi*" OR tube-depend*):ti	66

5.		1 OR 4	68
6.	Mesh	MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees OR MeSH descriptor: [Child] explode all trees OR MeSH descriptor: [Minors] explode all trees OR MeSH descriptor: [Infant] explode all trees	189468
7.	FT/TI, AB	(infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*);fi,ab,kw	334270
8.		6 OR 7	334270
9.		3 AND 8	CDSR 0 Central 190
10.		5 AND 8	CDSR 0 Central 58

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: CINAHL with fulltext Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-06-12			
Ämne: Ätstörning ARFID			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE	(MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder")	109
2.	FT/TI, AB	TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*) OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*)	1,439
3.		1 OR 2	1,460
4.	DE	(MH "Adolescence") OR (MH "Child") OR (MH "Infant") OR (MH "Child, Preschool")	1,005,158
5.	FT/TI, AB	TI (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR	952,694

		youth* OR pubescent OR pupil*) OR AB (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*)	
6.		4 OR 5	1,365,178
7.		3 AND 6	1,079
8.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	195,224
9.		7 AND 8 Academic journals ; English	23
10.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
11.		7 AND 10 Filters: Academic journals ; English	89

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: Ebsco

Datum: 2023-06-12

Ämne: Ätstörning ARFID

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT/TI, AB	TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depen*) OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depen*)	1,684

2.	DE	DE "Adolescent Health" OR DE "Adolescent Psychiatry" OR DE "Adolescent Psychology" OR DE "Adolescent Psychotherapy" OR DE "Youth Mental Health" OR DE "Child Health" OR DE "Child Psychiatry" OR DE "Child Psychology" OR DE "Child Psychotherapy"	35,410
3.	FT/TI, AB	TI (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*) OR AB (infant* OR infanc*OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescen* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*)	1,183,675
4.		1 AND (2 OR 3)	1,195
5.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	91,675
6.		5 AND 6 AND Filter: Academic journals	20
7.		TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	
8.		5 AND 7 AND Filters: Academic journals ; English	71

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Epistemonikos Databasleverantör: Epistemonikos

Datum: 2023-06-08

Ämne: Ätstörning ARFID

Söknr Termtyp *) Söktermer

Databas/
Antal ref. **)

1.	FT/TL,	(title:(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*) OR abstract:(ARFID OR "Food Neophobia*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "selective eating disorder*" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "fussy eating" OR "food refusal*" OR "food selectivit*" OR tube-depend*)) AND ((title:(infant* OR infanc* OR pupil* OR child OR children* OR childhood OR preschool* OR pre-school* OR kids OR baby OR babies OR boy OR boys OR girl* OR toddler* OR adolescen* OR preadolescenc* OR pre-adolescenc* OR teen OR teens OR teenager* OR preteen* OR pre-teen* OR pediatric* OR paediatric* OR schoolchild* OR "school student*" OR minors OR youth* OR pubescent OR pupil*)	31
Publication type: systematic review			

*) FT/TL = fritextsökning i fältet för titel

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Lock et al, 2019 [1]	Genomförbarhetsstudie (feasibility study)
Shimshoni et al, 2020 [2]	Genomförbarhetsstudie (feasibility study)

Referenser

1. Lock J, Sadeh-Sharvit S, L'Insalata A. Feasibility of conducting a randomized clinical trial using family-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2019; 52(6):746-51.
2. Shimshoni Y, Silverman WK, Lebowitz ER. SPACE-ARFID: A pilot trial of a novel parent-based treatment for avoidant/restrictive food intake disorder. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(10):1623-35.
3. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *J Eat Disord*. 2020; 8:4.
4. Datta N, Matheson BE, Citron K, Van Wye EM, Lock JD. Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2022:1-12.
5. Van Wye E, Matheson B, Citron K, Yang HJ, Datta N, Bohon C, et al. Protocol for a randomized clinical trial for Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in low-weight youth. *Contemp Clin Trials*. 2023; 124:107036.

Id AR2: Multiprofessionellt arbetssätt

Tillstånd: ARFID (avoidant/restrictive food intake disorder), barn och vuxna, omfattande svårighet

Åtgärd: Multiprofessionellt arbetssätt

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen är en förutsättning för patientsäkerhet och sammanhållen vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Hälsotillståndet innebär många varierande symtom, och kräver därmed olika typer av insatser från olika professioner och vårdinstanser.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: avoidant restrictive food intake disorder) är ett allvarligt tillstånd som kännetecknas av ett kraftigt begränsat matintag gällande mängd och/eller variation i kosten, utan koppling till kroppsmisnöje eller rädsla för viktuppgång. Tillståndet leder till allvarliga näringsmässiga, medicinska och psykosociala konsekvenser. ARFID resulterar ofta i undernäring och undervikt som hos barn kan resultera i tillväxthämning. Tillståndet debuterar ofta före sex års ålder.

ARFID är ett paraplybegrepp för en symtombild med varierande orsak. Matintaget begränsas vanligtvis på grund av (1) låg aptit/ointresse för att äta, (2) sensoriskt obehag som matens egenskaper framkallar (till exempel smak, lukt, konsistens eller utseende), och/eller (3) rädsla för negativa konsekvenser av att äta (exempelvis rädsla för att sätta i halsen).

Vissa personer med ARFID har omfattande svårigheter och har behov av flera eller mer omfattande insatser. Omfattande svårighet är till exempel medicinska komplikationer, så som svält och tillväxthämning.

Åtgärden: Ett multiprofessionellt arbetssätt syftar till att skapa kontinuitet i vård och omsorg, underlätta för multiprofessionella utredningar och bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, finna problem och hitta lösningar samt att personens behov av vård och omsorg tillgodoses ur ett helhetsperspektiv.

Ett multiprofessionellt arbetssätt innebär att olika kompetenser kan involveras i allt från bedömning, diagnostik, insatser och uppföljning utifrån patientens behov. Olika professioner kan bidra med olika kompetens till arbetssättet. Alla professioner behöver inte vara organiserade inom samma enhet eller träffa patienten, utan kan konsulteras vid behov. För att det multiprofessionella arbetssättet ska fungera förutsätter det en välfungerande samverkan och samarbete. Exempelvis kan läkare, logoped, dietist, kurator, psykolog, arbetsterapeut, fysioterapeut och sjuksköterska konsulteras vid behov.

I de fall där en person har behov av insatser både inom hälso- och sjukvård och socialtjänst kan även personal från socialtjänsten konsulteras eller inkluderas i arbetssättet.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av ett multiprofessionellt arbetssätt för att hjälpa barn och vuxna med ARFID som innebär omfattande svårigheter är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att ett multiprofessionellt arbetssätt vid utredning och behandling leder till att fler personer med ARFID får en sammanhållen och adekvat vård, vilket i sin tur leder till att fler påtagligt förbättras i sin symtombild.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), metaanalyser eller randomiserade kontrollerade studier (RCT) som utvärderar effekten av multiprofessionella arbetssätt vid ARFID. Socialstyrelsen kan därmed inte uttala sig om effekten av multiprofessionellt teambaserat arbete för personer med ARFID.

I ett flertal identifierade vetenskapliga studier lyfts däremot behovet av multiprofessionellt arbete, samt beskriver deras tillvägagångssätt, för vården av personer med ARFID [1, 2]. Ett multiprofessionellt teambaserat arbetssätt lyfts fram då ARFID är ett heterogent tillstånd vad gäller patientens ålder, orsaker till det restriktiva ätbeteendet, samt konsekvenserna av ätbeteendet. Samsjukligheten med både fysiska och psykiska tillstånd är hög och varierar mellan individer med sjukdomen. Dessutom är avgränsningen till andra fysiska och psykiska tillstånd (differentialdiagnos) ofta svårt. För att ställa korrekt diagnos och kunna erbjuda de varierande interventioner som kan behövas krävs därför oftast tvärprofessionell kunskap, även om inte alla individer med ARFID kommer att behöva ett multiprofessionellt behandlingsteam.

Internationella konsensusrekommendationer baserade på tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet har publicerats för att vägleda hälso- och sjukvård då det i stort saknas RCT-studier för att bedöma effekten av olika interventioner för personer med ARFID. Enligt dessa rekommenderas att det tvärdisciplinära samarbetet till att som minimum inkludera psykologisk -, medicinsk - samt näringsmässig/dietist kompetens [3, 4]. Behovet av multidisciplinär arbetssätt vid behandling anses vara högre i yngre åldrar samt vid högre svårighetsgrad och medicinsk komplexitet. För äldre patienter med mindre svår presentation kan *en* vårdprofession (exempelvis läkare, psykolog eller dietist som har relevant kunskapen för patientens specifika presentation

av ARFID) vara tillräcklig för att säkerställa en god behandling [4]. För multisjuka barn som är beroende på sondmatning och som behandlas i dag- eller slutenvård är multidisciplinära arbetssätt vid behandling mycket vanligt, och utöver läkare, psykologer, och dietister förekommer ofta även logopedier och arbetsterapeuter vid vårdinsatsen [5, 6].

En studie ger specifik vägledning för att etablera sammanhållen, multidisciplinär och multimodal bedömning och behandling inom öppenvården för barn och ungdomar med ARFID Bryant-Waugh, Loomes [3]. Studien baseras på klinisk erfarenhet vid Maudsley Hospital i Storbritannien

Ovan nämnda studier baseras på klinisk erfarenhet och konsensus, och ligger inte till grund för underlagets slutsatser.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *Ett multiprofessionellt arbetssätt vid utredning och behandling leder till att fler personer med ARFID får en sammanhållen och adekvat vård, vilket i sin tur leder till att fler påtagligt förbättras i sin symtombild.*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 97 procent av 115 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har multiprofessionellt arbetssätt för barn och vuxna med ARFID med omfattande svårighet, jämfört med avsaknad av ett sådant arbetssätt, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: ARFID, barn och vuxna, omfattande svårighet
- Intervention/åtgärd: Multiprofessionellt arbetssätt
- Kontrollgrupp: Inget multiprofessionellt arbetssätt
- Utfallsmått:
 - Primära: remission, livskvalitet (EDQOL), symtomskattningsskalor (PARDI, EDI), funktionsskattningsskala (CIA, CGAS), antal nya matsorter som kan intas
 - Sekundära: BMI/vikt, viktuppgång, patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
- Studietyp: RCT, SÖ, övriga studier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	126

Artiklar som lästes i fulltext	24
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 0 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-06-15			
Ämne: ARFID, barn och vuxna			
AR2: Multiprofessionellt teambaserat arbete			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Food Neophobia*[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR selective eating disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab] OR picky eating[tiab] OR food refusal*[tiab] OR tube-depend*[tiab] OR food selectivit*[tiab] OR fussy eating[tiab]	2658
2.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR feeding disorder*[tiab]	1092
3.	Mesh/FT	"Cooperative Behavior"[Mesh] OR "Interprofessional Relations"[Mesh] OR "Interdisciplinary Communication"[Mesh] OR "Intersectoral Collaboration"[Mesh] OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp] OR "Partnership Practice"[Mesh] OR "Patient Care Team"[Mesh] OR "Referral and Consultation"[Mesh] OR referral*[tiab] OR cooperat*[tiab] OR co-operat*[tiab] OR cross-agenc*[tiab] OR cross-sector*[tiab] OR cross-organi*[tiab] OR interorgani*[tiab] OR inter-organi*[tiab] OR joint effort*[tiab] OR joint work*[tiab] OR different authorit*[tiab] OR different agencies[tiab] OR separate agencies[tiab] OR multiple agenc*[tiab] OR multi-agenc*[tiab] OR partnership[tiab] OR team*[tiab] OR crossdisciplinary[tiab] OR crossprofessional[tiab] OR cross-professional[tiab] OR integrated care[tiab] OR integrated disease management[tiab] OR integrated management[tiab] OR integrated treatment[tiab] OR integrat*[ti] OR integration of care[tiab] OR inter-disciplinary[tiab] OR interdisciplinary[tiab] OR interprofessional[tiab] OR inter-professional[tiab] OR multi-disciplinary[tiab] OR multidisciplinary[tiab] OR multiprofessional[tiab] OR multi-professional[tiab] OR patient center*[tiab] OR patient centre*[tiab] OR patient focus*[tiab] OR collaborat*[tiab]	1131443
4.		1 AND 3	289
5.	Mesh/FT	"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	478680

6.		4 AND 5	12
7.	Mesh/FT	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR compar*[tiab]	8674428
8.		2 AND 3 AND 7	44
9.	Mesh/FT	"Avoidant Restrictive Food Intake Disorder"[Mesh] OR ARFID[tiab] OR Avoidant Restrictive Food Intake Disorder[tiab] OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder"	479
10.		3 AND 9	65

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-06-15			
Ämne: ARFID, barn och vuxna			
AR2: Multiprofessionellt teambaserat arbete			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	FT	(ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*"):ti,ab,kw	115
2.	FT	(referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross-agenc* OR cross-sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter-organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi-agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*):ti,ab,kw	82927
3.		1 AND 2	Trials: 15

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PsycInfo, PsycArticles, CINAHL Databasleverantör: EBSCO			
Datum: 2023-06-15			
Ämne: ARFID, barn och vuxna			
AR2: Multiprofessionellt teambaserat arbete			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT	(DE "Feeding Disorders" OR DE "Food Refusal") OR (DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR TI (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "selective eating disorder" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR "tube-depend*" OR "food selectivit*" OR "fussy eating") OR AB (ARFID OR "Food Neophobia*" OR "selective eating disorder" OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*" OR "picky eating" OR "food refusal*" OR "tube-depend*" OR "food selectivit*" OR "fussy eating")	3364
2.	DE/FT	(DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR TI (ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*") OR AB (ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder" OR "feeding disorder*")	1685
3.	DE/FT	(DE "Interdisciplinary Treatment Approach" OR DE "Integrated Services") OR (DE "Teamwork") OR (DE "Multimodal Treatment Approach") OR DE "Cooperation" OR (MH "Multidisciplinary Care Team+") OR (MH "Teamwork") OR (MH "Cooperative Behavior") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MM "Collaboration") OR (MH "Interprofessional Relations+") OR TI (referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross-agenc* OR cross-sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter-organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi-agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*) OR AB (referral* OR cooperat* OR co-operat* OR cross-agenc* OR cross-sector* OR cross-organi* OR interorgani* OR inter-organi* OR "joint effort*" OR "joint work*" OR "different authorit*" OR "different agencies" OR "separate agencies" OR multiple agenc* OR multi-	773579

		agenc* OR partnership OR team* OR crossdisciplinary OR crossprofessional OR cross-professional OR "integrated care" OR "integrated disease management" OR "integrated management" OR "integrated treatment" OR "integration of care" OR inter-disciplinary OR interdisciplinary OR interprofessional OR inter-professional OR multi-disciplinary OR multidisciplinary OR multiprofessional OR multi-professional OR "patient center*" OR "patient centre*" OR "patient focus*" OR collaborat*)	
4.		1 AND 3	352
5.	FT	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	287242
6.		4 AND 5	10
7.	FT	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	947387
8.		2 AND 3 AND 7	14
9.	DE/FT	(DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR ARFID OR "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder" OR "Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder"	610
10.		3 AND 9	42

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Referenser

1. Richmond TK, Carmody J, Freizinger M, Milliren CE, Crowley PM, Jhe GB, et al. Assessment of Patients With ARFID Presenting to Multi-Disciplinary Tertiary Care Program. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023; 76(6):743-8.
2. Norris ML, Obeid N, Santos A, Valois DD, Isserlin L, Feder S, et al. Treatment Needs and Rates of Mental Health Comorbidity in Adolescent Patients With ARFID. *Front Psychiatry.* 2021; 12:680298.

3. Bryant-Waugh R, Loomes R, Munuve A, Rhind C. Towards an evidence-based out-patient care pathway for children and young people with avoidant restrictive food intake disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*. 2021; 31(1):15-26.
4. Eddy KT, Harshman SG, Becker KR, Bern E, Bryant-Waugh R, Hilbert A, et al. Radcliffe ARFID Workgroup: Toward operationalization of research diagnostic criteria and directions for the field. *Int J Eat Disord*. 2019; 52(4):361-6.
5. Sharp WG, Volkert VM, Scahill L, McCracken CE, McElhanon B. A Systematic Review and Meta-Analysis of Intensive Multidisciplinary Intervention for Pediatric Feeding Disorders: How Standard Is the Standard of Care? *J Pediatr*. 2017; 181:116-24.e4.
6. Volkert VM, Burrell L, Berry RC, Waddle C, White L, Bottini S, et al. Intensive multidisciplinary feeding intervention for patients with avoidant/restrictive food intake disorder associated with severe food selectivity: An electronic health record review. *Int J Eat Disord*. 2021; 54(11):1978-88.

Anorexi

Id AN2: Familjebaserad terapi för barn och ungdomar

Tillstånd: Anorexia nervosa, barn och ungdomar (upp till 18 år)

Åtgärd: Familjebaserad terapi

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen leder till att fler barn och ungdomar tillfrisknar enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I den familjebaserade terapin är vårdnadshavaren aktiv i behandlingen. Det är en styrka, eftersom vårdnadshavare är en viktig resurs som stöd i behandlingen.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Den familjebaserade terapin enligt FBT och FT-AN inkluderade hela familjen i behandling och är indelad i faser. Behandlingen syftar till att hjälpa föräldrarna att inledningsvis ta över ansvaret för patientens ätande och stödja sitt barn så att det vågar äta normalt. Senare i behandlingen tar ungdomen successivt över mer ansvar för sitt ätande och familjen får hjälp och stöttning i att hitta tillbaka till ett normalt liv och förbygga risken för återinsjuknande.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att FBT möjligen är lika bra som, eller bättre, än ego-orienterad individualterapi gällande remission hos barn och ungdomar med anorexia nervosa. Effekten gäller både direkt efter insatsen, efter 6 månader och efter ett år. Det vetenskapliga underlaget har låg tillförlitlighet. Det går inte att bedöma effekten av FBT på utfallsmåtteten livskvalitet, funktion och mortalitet eftersom det saknas vetenskapliga studier.

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt om insatsen istället jämförs mot andra aktiva insatser eller med sedvanlig vård. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen är mycket låg.

Då ego-orienterad individualterapi inte är en för svenska kontext aktuell jämförelse – och då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden - har Socialstyrelsen valt att komplettera underlaget genom att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för barn och ungdomar (under 18 år) med anorexia nervosa leder behandling med familjebaserad terapi (enligt FBT eller FT-AN), jämfört med annan psykologisk behandling, till att fler tillfrisknar.

Kommentar

Den vetenskapliga evidensen för familjebaserad behandling, i förhållande till andra aktiva behandlingar, är i dagsläget oklar. Endast tre relevanta studier identifierades. Av dessa hade en studie måttlig risk för bias och två studier hade allvarliga metodologiska brister. Eftersom författarna redovisade olika mått på remission, viktförändring och ätstörningspsykopatologi skulle det vara missvisande att väga samman dessa resultat.

När det gäller den specifika jämförelsen FBT mot ego-orienterad individualterapi finns det en studie med måttlig risk för bias med 121 deltagare som visar på en möjlig positiv effekt när det gäller remission för deltagare som fått FBT. Ego-orienterad individualterapi är en aktiv jämförelse med samma intensitet och omfattning som FBT, den kan dock inte likställas med annan individuell terapi som KBT eller med den sedvanliga vården som ges i Sverige.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår tre randomiserade kontrollerade studier (RCT) som svarar på frågeställningen. Följande studier ingår i underlaget:

En RCT genomförd i USA av Lock et al [1] med måttlig risk för bias. I studien ingår 121 ungdomar med diagnosticerad anorexi enligt DSM-IV (utan krav på amenorré) (medelålder=14,4 år, SD=1.6, 91% flickor). I studien jämfördes familjebaserad terapi (FBT) med en individualterapi för ungdomar. Utfallsmåtten var remission, BMI och ätstörningspsykopatologi, och mättes direkt efter insatsen samt efter 6 och 12 månaders uppföljning. Den familjebaserade terapin gavs vid 24 tillfällen á 60 minuter under 12 månader

och inkluderade hela familjen i behandlingen. Den första fasen handlade om att stötta föräldrarna i att hantera sitt barns viktuppgång. Den andra fasen fokuserade på att föra över kontrollen över ätandet till ungdomen själv. Den tredje och sista fasen handlade om att skapa en hälsosam relation mellan ungdomen och föräldrarna. Den individuella terapin (ego-orienterad individuellterapi) gavs vid 32 tillfällen á 45 minuter. De individuella sessionerna fokuserade på patientens egen styrka, coping strategier, individualisering från familjen, identitetsfrågor, samt fysisk, social och emotionell mognad. Vid upp till åtta tillfällen hade föräldrarna egna sessioner med terapeuten för att följa upp framsteg och behov hos ungdomen och diskutera faktorer kopplat till föräldraskapet.

En RCT genomförd i Kanada av Geist et al [2] med hög risk för bias. I studien ingår 25 flickor. Inklusionskriteriet var en aktuell vikt på <90% av IBW och att självvald återhållsamhet i ätandet hade en tydlig roll i igångsättning eller vidmakthållandet av den låga vikten. I studien jämfördes familjeterapi (FT) (medelålder=14,3 år, SD=1,5) med psykoedukation i grupp för familjer (medelålder=14,9 år, SD=1,7). Utfallsmåtten var bland annat ätstörningspsykopatologi (EDI-2) och kroppsvikt och mättes 16 veckor efter att insatsen startade. Familjeterapin bestod av 8 tillfällen á 45 minuter (varannan vecka) under 4 månader. Alla familjemedlemmar deltog i terapin. Fokus låg bland annat på att stötta föräldrarna att ta en aktiv roll i att hantera ätstörningsproblematiken, att normalisera ätbeteenden och öka kommunikationen inom familjen. Vidare fokuserade terapin på att stärka ungdomens mognad och autonomi inom ett välfungerande familjesystem. Kontrollgruppens insats var lika omfattande tidsmässigt och fokuserade på att utbilda ungdomarna och deras föräldrar kring ätstörningspsykopatologi, utveckling under tonåren och sunt ätande/viktuppgång, samt erbjuda en grupp för diskussioner om hur man kan implementera positiva förändringar.

En RCT genomförd i USA av Robin et al [3, 4] med hög risk för bias. I studien ingår 37 ungdomar med diagnosticerad anorexi enligt DSM-III-R. I studien jämfördes behavioral family systems therapy (BFST) (n=19, medelålder=14,9) med en ego-orienterad individuell terapi (EOIT) (n=18, medelålder=13,4). Utfallsmåtten var BMI, menstruation, attityder till att äta och mättes direkt efter insatsen och 1 år efter avslutad insats. Familjeterapin pågick under ca 72 minuter varje vecka under 8 månader och sedan varannan månad under ca 8 månader och de som deltog var patienten och föräldrarna. Föräldrarna fick lära sig att ta ansvar för barnets ätande och viktuppgång. Föräldrarna coachades i att ta fram ett program för att gå upp i vikt. I nästa fas fokuserade terapeuten på familjestrukturen, samt de tankar och känslor hos patienten som hänger samman med ätstörningen. När patienten återfått normalvikt handlade fokus på att ge tillbaka kontrollen över ätande till patienten själv, bland annat genom fokus på problemlösande tekniker. BFST är i stort sett identisk med FBT som har manualiserats av Lock och Le Grange [5].

Den ego-orienterande individuella terapin inkluderade veckovisa individuella sessioner på ca 45 minuter under ca 16 månader och varannan månad deltog föräldrarna vid sessionerna. De individuella sessionerna fokuserade på patientens egen styrka, coping strategier, individualisering från familjen, för-

virring kring den egna identiteten, samt fysisk, social och emotionell mognad. Sessionerna tillsammans med familjen handlade bland annat om att informera föräldrarna om olika aspekter kopplat till ätstörningen.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *För barn och ungdomar (under 18 år) med anorexi leder behandling med familjebaserad terapi enligt FBT eller FT-AN till att fler tillfrisknar, jämfört med annan psykologisk behandling.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 94 procent av 95 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *Att vid anorexia utföra familjebaserad terapi i enlighet med en manual leder till bättre resultat än att inte utföra den enligt manual.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes **inte** eftersom endast 72,5 procent av 80 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall			Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Remission ($\geq 95\%$ BMI och EDE score inom 1 SD av normalgränsen)	Ego-baserad individualterapi	FBT	RD=0,19 (KI 95% 0,03 till 0,35) direkt efter insatsen RD=0,21 (KI 95% 0,05 till 0,37) efter 6 månader. Fördel FBT	121 (1) [1]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet -1 RoB ¹ -1 publikationsbias ² Möjligen lika bra som eller bättre än Ego-baserad individualterapi	
BMI percentile (50% normalviktig, anorexia under 10%)	Ego-baserad individualterapi	FBT	MD=-8,00 (KI 95% 7,00 till 9,00) direkt efter insatsen MD=-2,30 (KI 95% -1,07 till 3,53) efter 6 månader. Fördel FBT	121 (1) [1]		Detta utfallsmått evidensgraderas inte eftersom BMI utgör en del av remissionsmättet
Ästörningspsykopatologi mätt med Eating disorder examination (EDE)	Ego-baserad individualterapi	FBT	MD=-0,49 (KI 95% -0,93 till -0,06) direkt efter insatsen; MD=-0,24 (KI 95% -0,70 till 0,22) efter 6 månader. Fördel FBT	121 (1) [1]		Detta utfallsmått evidensgraderas inte eftersom ätstörningspatologi utgör en del av remissionsmättet

¹ **Risk för bias:** deltagare och behandlare går inte att blinda, relativt få deltagare

² **Publikationsbias** endast en studie av upphovsmännen till FBT

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studie-design, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	BMI	Ätstörningspsykopatologi	Remission	Övrigt
Lock m.fl. 2010 [1] RCT måttlig risk för bias.	I studien ingår 121 ungdomar med diagnostiserad anorexi enligt DSM-IV (utan krav på amme amenorré) (medelålder=14,4 år, SD=1.6, 91% flickor).	I: Family based treatment (FBT) kortversion med 10 sessioner (n=61) K: Individu- alterapi för ungdomar (ego-orientated therapy) (n=60)	BMI percentile (50% normalviktig, anorexia under 10%) för ålder och kön (Baseline adjusted estimated mean and standard error) Efter insatsen: I: 31.4 (2.8) K: 23.4 (2.8) Uppföljning efter 6 mån: I: 31.4 (3.5) K: 29.1 (3.4) Uppföljning efter 12 mån: I: 32.2 (3.4) K: 29.0 (3.4)	Ätstörningspsykopatologi mätt med Eating disorder examination (EDE) (medelvärde och standardavvikelse) Efter insatsen: I: 0.71 (0.16) K: 1.20 (0.15) Baseline adjusted mean difference: 8.0 (KI 95% 0.1 till 15.9) Uppföljning efter 6 mån: I: 0.78 (0.17) K: 1.01 (0.16) Baseline adjusted mean difference: 2.3 (KI 95% -7.4 till 12.0) Uppföljning efter 12 mån: I: 0.79 (0.16) K: 1.04 (0.16)	Remission ($\geq 95\%$ mBMI och EDE score inom 1 SD av normalgränsen) Efter insatsen: I: 41,8% (6.7) K: 22,6% (5.7) Uppföljning efter 6 mån: I: 39,9% (7.0) K: 18,3% (5.2) Uppföljning efter 12 mån: I: 49,3% (7.2) K: 23,2% (0.16)	

				Baseline adjusted mean difference: 3.2 (KI 95% -6.4 till 12.8)	
Geist m.fl. 2000 [2] RCT hög risk för bias	I studien ingår 25 flickor. Inklusionskriteriet var en aktuell vikt på <90% av IBW och att självvald återhållsamhet i ätandet hade en tydlig roll i igångsättning eller vidmakthållandet av den låga vikten. I studien jämförde man familjeterapi (FT) (medelålder=14,3 år, SD=1.5) med en psykoeducation i grupp för familjer (medelålder=14,9 år, SD=1.7)	I: Familjeterapi (FT) kortversion med 8 sessioner (n=12) K: Psykoeducation i grupp för familjer (n=13)	Procent av ideal kroppsvikt (medelvärde i gruppen och standardavvikelse) Efter insatsen: I: 91.3 (7.3) K: 96.3 (8.2)	Eating Disorder Inventory-2 (EDI) subskala: "Drive for thinness" (obs denna subskala presenterar bara en aspekt av ätstörningspsykopatologi det är inte lämpligt att slå ihop detta mått med studier som redovisar EDI-total) Efter insatsen: I: 12.3 (7.5) K: 13.3 (7.6)	Funktion inom familjen mätt med Family Assessment Measure-III (FAM) – General functioning (medelvärde och standardavvikelse) Efter insatsen: I: 52.2 (8.5) K: 55.8 (7.7)
Robin m.fl. -94, -99 [3, 4] RCT, hög risk för bias	I studien ingår 37 flickor med diagnosticerad anorexi enligt DSM-III-R. BFST: medelålder=14.9; EOIT=medelålder=13.4)	I: Familjeterapi (n=19) K: Individuell terapi (n=18)	BMI (medelvärde och standardavvikelse) Efter insatsen: I: 19.9 (1.9) K: 18.9 (1.9) Uppföljning efter 1 år:	Ätstörningspsykopatologi mätt med Eating disorder inventory (EDI) subskala: interoceptive awareness (obs denna subskala avser att mäta "ego-	Remission % som hade uppnått den 25e percentilen av åldersadekvat BMI Efter insatsen: I: 16 K: 15

		<p>I: 20.7 (2.7) K: 19.8 (3.1)</p>	<p>functioning" det är inte lämpligt att slå ihop detta mått med studier som redovisar EDI-total) (medelvärde och standardavvikelse)</p> <p>Efter insatsen: I: 6.7 (7.3) K: 2.4 (2.6)</p> <p>Uppföljning efter 1 år: I: 4.0 (6.1) K: 0.5 (0.9)</p>	<p>Uppföljning efter 1 år: I: 16 K: 17</p>
--	--	--	--	--

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad familjebaserad terapi för barn och ungdomar (upp till 18 år) med anorexia nervosa, jämfört med andra aktiva insatser (ej KBT) eller sedvanliga insatser, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, barn och ungdomar (upp till 18 år)
- Intervention/åtgärd: Familjebaserad terapi (FBT eller FT-AN; enligt manual)
- Kontrollgrupp: Aktiv kontroll (ej KBT, finns separat frågeställning AN3.1) eller sedvanlig insats
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (huvudsakligen EDEQ, men även CIA eller EDI)
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [6] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades tre relevanta studier.

(Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	19
Artiklar som kvalitetsgranskades	4 (från NICE)
Artiklar som inkluderades i underlaget	4 (från NICE)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

I underlaget exkluderade SBU studier som inte utvärderar en fullständig variant av FBT (Godart) [7, 8] eller som jämför olika versioner av FBT t ex FBT som ges till hela familjen tillsammans eller anpassad form av FBT som ges separat till barn och föräldrar (t ex Le Grange et al 2016 [9]). SBU har även exkluderat studier där populationen är blandad när det gäller typ av ätstörning (t ex Eisler et al 1997 [10]) och där ingen särredovisning har gjorts, studier som utvärderar FBT mot KBT (Nyman-Carlsson et al 2019 [11], se frågeställning AN3), samt studier publicerade före år 1990.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Ball 2004 [12]	Fel jämförelse (KBT)
Eisler 1997 [10]	Blandad population utan särredovisning
Godart 2022 [7]	Ej fullständig FBT.

Godart 2012 [8]	Ej fullständig FBT.
Le Grange 2016 [9]	Fel jämförelse.
Le Grange 2015 [13]	Ej relevant form av FBT. Bulimia nervosa.
Lock 2021 [14]	Fel intervention (FBT i videoformat). Fel jämförelse (vägledad självhjälps FBT)
Loeb 2020 [15]	Ej relevant, bland annat ingen AN-diagnos.
Matheson 2022 [16]	Fel jämförelse (digital FBT)
Matheson 2020 [17]	Sekundär analys, ej relevant. Bulimia nervosa.
Nyman-Carlsson 2019 [11]	Fel jämförelsegrupp (KBT)
Nyman-Carlsson 2020 [18]	Fel jämförelsegrupp (KBT)
Pauli 2022 [19]	Fel intervention.
Schmidt 2007 [20]	Fel jämförelse (KBT). Bulimia nervosa.
Truttmann 2020 [21]	Ej relevant, bland annat fel intervention.

Referenser

1. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1025-32.
2. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(2):173-8.
3. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*. 1994; 15(2):111-6.
4. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12):1482-9.
5. Knatz S. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa (2nd ed.)*. Eating Disorders. 2013; 21(3):283-5.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London; 2017.
7. Godart N, Dorard G, Duclos J, Curt F, Kaganski I, Minier L, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing systemic family therapy (FT-S) added to treatment as usual (TAU) with TAU

- alone in adolescents with anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022; 63(11):1368-80.
8. Godart Nea. A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE*. 2012; 1(7).
 9. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(8):683-92.
 10. Eisler ID, C. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa A 5-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:1025-30.
 11. Nyman-Carlsson E, Birgegard A, Engstrom I, Gustafsson SA, Nevenon L. Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomised controlled trial. *Eur*. 2019; 27(1):76-85.
 12. Ball JM, P. A Randomized Controlled Study of Cognitive Behavior Therapy and Behavioral Family Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *Eating Disorders*. 2004; 12:303–14.
 13. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(11):886-94 e2.
 14. Lock J, Couturier J, Matheson BE, Datta N, Citron K, Sami S, et al. Feasibility of conducting a randomized controlled trial comparing family-based treatment via videoconferencing and online guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(11):1998-2008.
 15. Loeb KL, Weissman RS, Marcus S, Pattanayak C, Hail L, Kung KC, et al. Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Symptoms in High-Risk Youth: a Partially-Randomized Preference-Design Study. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 10.
 16. Matheson BE, Datta N, Welch H, Citron K, Couturier J, Lock JD. Parent and clinician perspectives on virtual guided self-help family-based treatment (GSH-FBT) for adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(7):2583-93.
 17. Matheson BE, Gorrell S, Bohon C, Agras WS, Le Grange D, Lock J. Investigating Early Response to Treatment in a Multi-Site Study for Adolescent Bulimia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11.
 18. Nyman-Carlsson E, Norring C, Engstrom I, Gustafsson SA, Lindberg K, Paulson-Karlsson G, et al. Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(8):1011-25.
 19. Pauli D, Flutsch N, Hilti N, Schraer C, Soumana M, Haberling I, et al. Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *Eur*. 2022; 30(2):168-77.

20. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(4):591-8.
21. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online succat (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(6):1-18.

Id AN3.2: KBT anpassad för behandling av ätstörning för ungdomar

Tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (13–17 år)

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan enligt erfarenhetsbaserad kunskap ge god effekt på tillfrisknande för ungdomar som av vårdpersonal bedöms som mogna, motiverade till behandling och har sjukdomsinsikt. Den är aktuell när förutsättningar saknas för familjebaserad terapi eller om familjebaserad terapi inte haft effekt.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning, bland annat KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen. Vid tillämpning av KBT-E för ungdomar så förutsätter det ofta involvering och engagemang i behandlingen från närstående.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning hos ungdomar med anorexia nervosa jämfört med familjebaserad terapi är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat Body Mass Index (BMI), ätstörningsdiagnostiskt index, ätstörningspsykopatologi är mycket låg.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att ätstörningsanpassad KBT har bättre effekt på tillfrisknande för ungdomar (13-17 år)¹ med anorexia nervosa jämfört med sedvanlig behandling,² när förutsättningar saknas för familjebaserad terapi eller familjebaserad terapi inte haft effekt.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en svensk RCT av Nyman-Carlsson et al från 2020 med medelhög risk för bias [2]. I studien ingår 74 ungdomar (medelålder 18,9 år) med diagnosticerad anorexia nervosa (BMI maximalt 17,5) som antingen fick familjeterapi enligt FT-YA (n=37) eller KBT (n=37) inom öppenvården. Utfallen i studien var BMI, ätstörningsdiagnos utifrån DSM-IV, ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R)) och ätstörnings- samt generell psykopatologi (mätt med EDI-3). Utfallen mättes 18 månader efter att insatsen startade och vid en uppföljning efter ytterligare 18 månader.

FT-YA (Family therapy for young adults - FT-YA) har utvecklats från en manualiserad metod och anpassats till unga vuxna, i anpassningen är det större fokus på individuella sessioner för ungdomen respektive föräldrarna, och man har exkluderat familjemåltider inom behandlingen. Två psykoterapeuter erbjuder varje familj maximalt 40 sessioner a´ 90 minuter. Studien utvärderar Cognitive behavioral therapy – young adolescents (CBT-YA), som bygger på det innehåll och struktur som CBT-E har (CBT-E hade inte utvecklats när denna studie genomfördes) och kan ges vid upp till 60 tillfällen.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att

¹ När patienten enligt klinisk bedömning är mogen, motiverad till behandling och har sjukdomsinsikt.

² Sedvanlig behandling definieras enligt följande: samtalsbehandling med fokus på ätstörningen som inte följer en specifik teoretisk metod eller manual.

tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *Ätstörningsanpassad KBT har bättre effekt på tillfrisknande för ungdomar (13-17 år)* med anorexia nervosa jämfört med sedvanlig behandling[#], när förutsättningar saknas för familjebaserad terapi eller familjebaserad terapi inte haft effekt.*

** när patienten enligt klinisk bedömning är mogen, motiverad till behandling och har sjukdomsinsikt.*

Sedvanlig behandling definieras enligt följande: samtalsbehandling med fokus på ätstörningen som inte följer en specifik teoretisk metod eller manual.

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 84 procent av 85 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Body Mass Index (BMI)	CBT-YA	FT-YA	<p>Estimated least square mean difference (Ls-Mean Diff).</p> <p><u>Post treatment</u></p> <p>Ls-Mean Diff=0.28 (CI 95% -0.51 till 1.06) p=0.49</p> <p><u>Uppföljning efter 18 månader</u></p> <p>Ls-Mean Diff=-0.64 (CI 95% -1.43 till -0.15) p=0.11</p>	n=74 (1) [2]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare
Ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R))	CBT-YA	FT-YA	<p><u>Post treatment</u></p> <p>Ls-Mean Diff=0.05 (CI 95% -0.06 till 0.16) p=0.36</p> <p><u>Uppföljning efter 18 månader</u></p> <p>Ls-Mean Diff=-0.05 (CI 95% -0.09 till 0.13) p=0.74</p>	n=74 (1) [2]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Ätstörningspsykopatologi (mätt med EDI-3)	CBT-YA	FT-YA	<u>Post treatment</u> Ls-Mean Diff=0.10 (CI 95% -9.46 till 9.56) p=0.99 <u>Uppföljning efter 18 månader</u> Ls-Mean Diff=1.40 (CI 95% -8.13 till 10.89) p=0.78	n=74 (1) [2]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	BMI	Ätstörningsdiagnostiskt index (RAB-R)	Ätstörningspsykopatologi (EDI-3)	Övrigt
Nyman-Carlsson m.fl. 2020 [2] RCT Sverige Medelhög risk för bias	Ungdomar (n=74) med diagnosticerad anorexi enligt DSM-IV (BMI max 17.5) , medelåldern var 18.9 år (SD=1.95) Insatserna genomfördes inom svensk öppenvård.	I: FT-YA K: CBT-YA	Body Mass Index (BMI) Estimated least square mean difference (Ls-Mean Diff). Post treatment Ls-Mean Diff=0.28 (CI 95% -0.51 till 1.06) p=0.49 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=-0.64 (CI 95% -1.43 till -0.15) p=0.11 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	Ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R)) Post treatment Ls-Mean Diff=0.05 (CI 95% -0.06 till 0.16) p=0.36 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=-0.05 (CI 95% -0.09 till 0.13) p=0.74 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	Ätstörningspsykopatologi (mätt med EDI-3) Post treatment Ls-Mean Diff=0.10 (CI 95% -9.46 till 9.56) p=0.99 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=1.40 (CI 95% -8.13 till 10.89) p=0.78 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning för ungdomar (13-17 år) med anorexia nervosa, jämfört med familjebaserad terapi, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (13-17 år)
- Intervention/åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning
- Kontrollgrupp: Familjebaserad terapi (FBT, FT-AN eller FBT-TAY; enligt manual)
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (huvudsakligen EDEQ, men även CIA eller EDI)
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [3] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades inga relevanta studier.

(Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	16
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	1

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

En RCT-studie av Ball och Mitchell [4] exkluderades på grund av hög risk för att resultaten var snedvridna. Studien inkluderade få deltagare (13 vs 12 deltagare i respektive grupp), det saknades information om randomisering, det fanns ingen blindning och inget protokoll med information om hur och varför utfallsmått valts ut.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Ball 2004 [4]	Hög risk för bias
Eisler 1997 [5]	Fel jämförelse
Geist 2000 [6]	Fel jämförelse
Godart 2022 [7]	Fel jämförelse
Godart 2012 [8]	Fel jämförelse
Le Grange 2016 [9]	Fel jämförelse
Lock 2021 [10]	Fel jämförelse

Lock 2010 [11]	Fel jämförelse
Loeb 2020 [12]	Fel jämförelse
Matheson 2022 [13]	Fel jämförelse (digital FBT)
Nyman-Carlsson 2019 [14]	Prognos
Pauli 2022 [15]	Fel jämförelse
Robin 1994 [16]	Fel jämförelse
Robin 1999 [17]	Fel jämförelse
Truttmann 2020 [18]	Ej relevant

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders: Guilford Publications; 2008.
2. Nyman-Carlsson E, Norring C, Engstrom I, Gustafsson SA, Lindberg K, Paulson-Karlsson G, et al. Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(8):1011-25.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
4. Ball JM, P. A Randomized Controlled Study of Cognitive Behavior Therapy and Behavioral Family Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *Eating Disorders*. 2004; 12:303–14.
5. Eisler ID, C. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa A 5-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:1025-30.
6. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(2):173-8.
7. Godart N, Dorard G, Duclos J, Curt F, Kaganski I, Minier L, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing systemic family therapy (FT-S) added to treatment as usual (TAU) with TAU alone in adolescents with anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022; 63(11):1368-80.
8. Godart Nea. A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE*. 2012; 1(7).
9. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(8):683-92.
10. Lock J, Couturier J, Matheson BE, Datta N, Citron K, Sami S, et al. Feasibility of conducting a randomized controlled trial comparing family-based treatment via videoconferencing and online guided self-

- help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(11):1998-2008.
11. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moyer A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1025-32.
 12. Loeb KL, Weissman RS, Marcus S, Pattanayak C, Hail L, Kung KC, et al. Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Symptoms in High-Risk Youth: a Partially-Randomized Preference-Design Study. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 10.
 13. Matheson BE, Datta N, Welch H, Citron K, Couturier J, Lock JD. Parent and clinician perspectives on virtual guided self-help family-based treatment (GSH-FBT) for adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(7):2583-93.
 14. Nyman-Carlsson E, Birgegård A, Engström I, Gustafsson SA, Nevenon L. Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomised controlled trial. *Eur*. 2019; 27(1):76-85.
 15. Pauli D, Flutsch N, Hilti N, Schraer C, Soumana M, Haberling I, et al. Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *Eur*. 2022; 30(2):168-77.
 16. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moyer AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*. 1994; 15(2):111-6.
 17. Robin AL, Siegel PT, Moyer AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12):1482-9.
 18. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online support (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(6):1-18.

Id AN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning för vuxna

Tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen leder till att symtomen minskar, och att fler tillfrisknar enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen bedöms ha en bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med sedvanlig vård i öppenvården. KBT är en anpassningsbar behandling som kan fokusera på olika problemområden inom ätstörningar och symtom, vilka kan ändras över tid.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning, bland annat KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning hos vuxna med anorexia nervosa är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som analyserar BMI, remission, livskvalitet, mortalitet eller symtomskattningsskalor.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för vuxna med anorexia nervosa leder behandling med ätstörningsanpassad KBT till att fler tillfrisknar, jämfört med sedvanlig behandling.¹

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier uppfyllde relevanskriterierna för att inkluderas i underlaget.

Studier exkluderades bland annat på grund av att de inte utvärderade en tillräckligt omfattande KBT-insats [2], information saknades om insatsens omfattning eller upplägg [3], studien hade en aktiv jämförelsen (till exempel SSCM) [4-7], den jämförande insatsen motsvarade inte den sedvanliga vård som ges i Sverige idag [8, 9], eller för att studien var icke-randomiserad [10].

Inga pågående studier som bedömdes relevanta för frågeställningen har identifierats på clinicaltrials.gov.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *För vuxna (≥18 år) med anorexia nervosa leder behandling med ätstörningsanpassad KBT till att fler tillfrisknar, jämfört med sedvanlig behandling#.*

Sedvanlig behandling definieras enligt följande: samtalsbehandling med fokus på ätstörningen som inte följer en specifik teoretisk metod eller manual.

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 80 procent av 97 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att KBT genererar bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med sedvanlig vård i en öppenvårdskontext, för personer med anorexia nervosa över 18 år. Inga signifikanta skillnader i effekt gick dock att säkerställa.

¹ Sedvanlig behandling definieras enligt följande: samtalsbehandling med fokus på ätstörningen som inte följer en specifik teoretisk metod eller manual.

Slutsatsen bygger på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, genomförd av SBU.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning för vuxna med anorexi nervosa, jämfört med sedvanlig vård, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna
- Intervention/åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning
- Kontrollgrupp: Sedvanlig vård
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (huvudsakligen EDEQ, men även CIA eller EDI)
- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [11] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades inga relevanta studier.

Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277 (8 från NICE guidelines 2018)
Artiklar som lästes i fulltext	9
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Gu m.fl. 2021 [2]	Fel intervention
Gowers m.fl. 2007 [3]	Fel intervention
Carter m.fl. 2011 [4]	Fel jämförelse
Nyman-Carlsson m.fl. 2020 [5]	Fel jämförelse
Pike m.fl. 2003 [6]	Fel jämförelse
Touyz m.fl. 2013 [7]	Fel jämförelse
McIntosh m.fl. 2005 [8]	Fel jämförelse
Zipfel m.fl. 2014 [9]	Fel jämförelse
Pegado m.fl. 2018 [10]	Fel studiedesign

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*: Guilford Publications; 2008.
2. Gu L, Zou Y, Huang Y, Liu Q, Chen H, Chen J. The effect of group cognitive behavior therapy on Chinese patients with anorexia nervosa: an open label trial. *J Eat Disord*. 2021; 9(1):114.
3. Gowers SG, Clark A, Roberts C, Griffiths A, Edwards V, Bryan C, et al. Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2007; 191:427-35.
4. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(7):647-54.
5. Nyman-Carlsson E, Norring C, Engstrom I, Gustafsson SA, Lindberg K, Paulson-Karlsson G, et al. Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychother*. 2020; 30(8):1011-25.
6. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K, Wilson GT, Bauer J. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(11):2046-9.
7. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2013; 43(12):2501-11.
8. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(4):741-7.
9. Zipfel S, Wild B, Gross G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 383(9912):127-37.
10. Pegado P, Alckmin-Carvalho F, Leme D, Carneiro F, Kypriotis P, Camacho P, et al. Development, applicability and effects of a pilot program of group cognitive-behavioral therapy in Brazilian adolescents with anorexia nervosa. *Revista de Psiquiatria Clinica*. 2018; 45(3):57-60.
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London; 2017.

Id AN3.1: Åldersanpassad familjebaserad terapi för unga vuxna

Tillstånd: Anorexia nervosa, unga vuxna (18-25 år)

Åtgärd: Åldersanpassad familjebaserad terapi

Prioritet: 5

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan ge goda behandlingsresultat för de unga vuxna vars familjesituation möjliggör behandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kan också underlätta övergången till vuxenpsykiatri vid 18 års ålder för vissa personer.

Kommentar: Insatsen passar för en del av gruppen unga vuxna, exempelvis utifrån individens behov eller förutsättningar.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Tillståndet avser de unga vuxna vars familjesituation möjliggör behandlingen, exempelvis de som lever med familjen.

Åtgärden: Familjebaserad terapi för unga vuxna har utvecklats från familjebaserad terapi för ungdomar, FBT och FT-AN. Ett antal metoder är utvecklade med framtagna manualer, exempelvis *Family/Individual Therapy for Young Adults* (FT-YA, även benämnd som Göteborgsmodellen), *Family-Based Therapy for Young adults vid anorexia nervosa* (FBTY) och *Family-Based Treatment for Transition Age Youth* (FBT-TAY).

Behandlingsmetoderna inkluderade familj och nära anhöriga i behandling och är indelad i faser. Behandlingen syftar till att hjälpa och stödja patienten att klara av att äta normalt, där familjen engageras i behandlingen i samar-

bete med patient och behandlare. Behandling anpassas utifrån patientens ålder och mognad. En skillnad jämfört med behandling av barn och ungdomar är att ansvaret ligger kvar hos patienten.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av familjebaserad terapi jämfört med ätstörningsanpassad KBT hos unga vuxna med anorexia nervosa är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat Body Mass Index (BMI), ätstörningsdiagnostiskt index och ätstörningspsykopatologi är mycket låg.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för unga vuxna (18–25 år) med anorexia nervosa är familjebaserad terapi som grundar sig på FBT eller FT-AN aktuell och uppnår goda behandlingsresultat när den unge vuxne lever med familjen och familjesituationen möjliggör sådan behandling.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en svensk RCT av Nyman-Carlsson et al från 2020 med medelhög risk för bias [1]. I studien ingår 74 ungdomar (medelålder 18,9 år) med diagnosticerad anorexia nervosa (BMI maximalt 17,5) som antingen fick familjeterapi enligt FT-YA (n=37) eller KBT (n=37) inom öppenvården. Utfallen i studien var BMI, ätstörningsdiagnos utifrån DSM-IV, ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R)) och ätstörnings- samt generell psykopatologi (mätt med EDI-3). Utfallen mättes 18 månader efter att insatsen startade och vid en uppföljning efter ytterligare 18 månader.

FT-YA (Family therapy for young adults - FT-YA) har utvecklats från en manualiserad metod och anpassats till unga vuxna, i anpassningen är det större fokus på individuella sessioner för ungdomen respektive föräldrarna, och man har exkluderat familjemåltider inom behandlingen. Två psykoterapeuter erbjuder varje familj maximalt 40 sessioner á 90 minuter. Studien utvärderar Cognitive behavioral therapy – young adolescents (CBT-YA), som bygger på det innehåll och struktur som CBT-E har (CBT-E hade inte utvecklats när denna studie genomfördes) och kan ges vid upp till 60 tillfällen.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att

tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *För unga vuxna (18–25 år) med anorexia nervosa är familjebaserad terapi som grundar sig på FBT eller FT-AN aktuell och uppnår goda behandlingsresultat när den unge vuxne lever med familjen och familjesituationen möjliggör sådan behandling*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 91 procent av 67 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Body Mass Index (BMI)	CBT-YA	FT-YA	<p>Estimated least square mean difference (Ls-Mean Diff).</p> <p><u>Post treatment</u> Ls-Mean Diff=0.28 (CI 95% -0.51 till 1.06) p=0.49</p> <p><u>Uppföljning efter 18 månader</u> Ls-Mean Diff=-0.64 (CI 95% -1.43 till -0.15) p=0.11</p>	n=74 (1) [1]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare
Ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R))	CBT-YA	FT-YA	<p><u>Post treatment</u> Ls-Mean Diff=0.05 (CI 95% -0.06 till 0.16) p=0.36</p> <p><u>Uppföljning efter 18 månader</u> Ls-Mean Diff=-0.05 (CI 95% -0.09 till 0.13) p=0.74</p>	n=74 (1) [1]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Ätstörningspsykopatologi (mätt med EDI-3)	CBT-YA	FT-YA	<u>Post treatment</u> Ls-Mean Diff=0.10 (CI 95% -9.46 till 9.56) p=0.99 <u>Uppföljning efter 18 månader</u> Ls-Mean Diff=1.40 (CI 95% -8.13 till 10.89) p=0.78	n=74 (1) [1]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	BMI	Ätstörningsdiagnostiskt index (RAB-R)	Ätstörningspsykopatologi (EDI-3)	Övrigt
Nyman-Carlsson m.fl. 2020 [1] RCT Sverige Medelhög risk för bias	Ungdomar (n=74) med diagnosticerad anorexia nervosa enligt DSM-IV (BMI max 17.5) , medelåldern var 18,9 år (SD=1.95). Insatserna genomfördes inom svensk öppenvård.	I: FT-YA K: CBT-YA	Body Mass Index (BMI) Estimated least square mean difference (Ls-Mean Diff). Post treatment Ls-Mean Diff=0.28 (CI 95% -0.51 till 1.06) p=0.49 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=-0.64 (CI 95% -1.43 till -0.15) p=0.11 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	Ätstörningsdiagnostiskt index (utifrån den semi-strukturerade intervjun Ratings of Anorexia and Bulimia Revised (RAB-R)) Post treatment Ls-Mean Diff=0.05 (CI 95% -0.06 till 0.16) p=0.36 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=-0.05 (CI 95% -0.09 till 0.13) p=0.74 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	Ätstörningspsykopatologi (mätt med EDI-3) Post treatment Ls-Mean Diff=0.10 (CI 95% -9.46 till 9.56) p=0.99 Uppföljning efter 18 månader Ls-Mean Diff=1.40 (CI 95% -8.13 till 10.89) p=0.78 Förbättringar inom båda grupperna men inga signifikanta skillnader mellan grupperna	

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad familjebaserad terapi för ungdomar (18–25 år) med anorexia nervosa, jämfört med manualbaserad KBT anpassad för ätstörning med inkluderat familjestöd, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, unga vuxna (18-25 år)
- Intervention/åtgärd: Åldersanpassad familjebaserad terapi (FBT, FT-AN eller FBT-TAY; enligt manual)
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (inkl. familjestöd) (KBT-E)
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (huvudsakligen EDEQ, men även CIA eller EDI)
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [2] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades inga relevanta studier.

(Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	16
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	1

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

En RCT-studie av Ball och Mitchell [3] exkluderades på grund av hög risk för att resultaten var snedvridna. Studien inkluderade få deltagare (13 vs 12 deltagare i respektive grupp), det saknades information om randomisering, det fanns ingen blindning och inget protokoll med information om hur och varför utfallsmått valts ut.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Ball 2004 [3]	Hög risk för bias
Eisler 1997 [4]	Fel jämförelse
Geist 2000 [5]	Fel jämförelse
Godart 2022 [6]	Fel jämförelse
Godart 2012 [7]	Fel jämförelse
Le Grange 2016 [8]	Fel jämförelse
Lock 2021 [9]	Fel jämförelse

Lock 2010 [10]	Fel jämförelse
Loeb 2020 [11]	Fel jämförelse
Matheson 2022 [12]	Fel jämförelse (digital FBT)
Nyman-Carlsson 2019 [13]	Prognos
Pauli 2022 [14]	Fel jämförelse
Robin 1994 [15]	Fel jämförelse
Robin 1999 [16]	Fel jämförelse
Truttmann 2020 [17]	Ej relevant

Referenser

1. Nyman-Carlsson E, Norring C, Engstrom I, Gustafsson SA, Lindberg K, Paulson-Karlsson G, et al. Individual cognitive behavioral therapy and combined family/individual therapy for young adults with Anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(8):1011-25.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London; 2017.
3. Ball JM, P. A Randomized Controlled Study of Cognitive Behavior Therapy and Behavioral Family Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *Eating Disorders*. 2004; 12:303–14.
4. Eisler ID, C. Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa A 5-Year Follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54:1025-30.
5. Geist R, Heinmaa M, Stephens D, Davis R, Katzman DK. Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Can J Psychiatry*. 2000; 45(2):173-8.
6. Godart N, Dorard G, Duclos J, Curt F, Kaganski I, Minier L, et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial comparing systemic family therapy (FT-S) added to treatment as usual (TAU) with TAU alone in adolescents with anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022; 63(11):1368-80.
7. Godart Nea. A Randomized Controlled Trial of Adjunctive Family Therapy and Treatment as Usual following Inpatient Treatment for Anorexia Nervosa Adolescents. *PLoS ONE*. 2012; 1(7).
8. Le Grange D, Hughes EK, Court A, Yeo M, Crosby RD, Sawyer SM. Randomized Clinical Trial of Parent-Focused Treatment and Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016; 55(8):683-92.
9. Lock J, Couturier J, Matheson BE, Datta N, Citron K, Sami S, et al. Feasibility of conducting a randomized controlled trial comparing family-based treatment via videoconferencing and online guided self-help family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(11):1998-2008.

10. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Moye A, Bryson SW, Jo B. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(10):1025-32.
11. Loeb KL, Weissman RS, Marcus S, Pattanayak C, Hail L, Kung KC, et al. Family-Based Treatment for Anorexia Nervosa Symptoms in High-Risk Youth: a Partially-Randomized Preference-Design Study. *Frontiers in psychiatry*. 2020; 10.
12. Matheson BE, Datta N, Welch H, Citron K, Couturier J, Lock JD. Parent and clinician perspectives on virtual guided self-help family-based treatment (GSH-FBT) for adolescents with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2022; 27(7):2583-93.
13. Nyman-Carlsson E, Birgegard A, Engstrom I, Gustafsson SA, Nevenon L. Predictors of outcome among young adult patients with anorexia nervosa in a randomised controlled trial. *Eur*. 2019; 27(1):76-85.
14. Pauli D, Flutsch N, Hilti N, Schraer C, Soumana M, Haberling I, et al. Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study. *Eur*. 2022; 30(2):168-77.
15. Robin AL, Siegel PT, Koepke T, Moye AW, Tice S. Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*. 1994; 15(2):111-6.
16. Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Dennis AB, Sikand A. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(12):1482-9.
17. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online support (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(6):1-18.

Id AN1: Insats med utökat motiverande inslag i behandlingen

Tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna

Åtgärd: Insats med utökat motiverande inslag i behandlingen, i form av motiverande samtal (MI) eller motivational enhancement therapy (MET)

Prioritet: 9

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatser med tillägg av utökat motiverande inslag med MI eller MET leder möjligen inte till förbättrat resultat av behandlingen. Insatsen kan vara ett alternativ när behandlingen inte ger önskad effekt.

Kommentar: Att arbeta med allians och motivation är en grundläggande komponent i många behandlingsprogram. Utökade motivationshöjande inslag kan vara aktuellt utifrån en individuell bedömning.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Ambivalens och bristande motivation att delta och engagera sig i behandlingen och förändringsarbetet är vanligt förekommande vid anorexia nervosa, vilket kan leda till att behandlingen inte ger önskad effekt eller avbryts.

Åtgärden: Flera behandlingsprogram betonar vikten av motivation till beteendeförändring, och behandlingsmetoder har utvecklats för att öka motivationen till beteendeförändring vid ätstörningar. De mest välkända och renodlade är Motiverande samtal (MI) och Motivational Enhancement Therapy (MET), vars syfte är att identifiera ambivalenta tankar som individen är öppen för att arbeta med. Behandlarens roll är sammanfattningsvis att hjälpa klienten att formulera en egen förståelse av sitt problem, egna argument för

förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen. Flera insatser vid anorexia nervosa, till exempel Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), använder sig av motiverande inslag vid behandling.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Vid anorexia nervosa hos vuxna har insatser med motiverande inslag, jämfört mot sedvanlig vård eller SSCM:

- Möjligen ingen skillnad avseende förändring i BMI över 6 månader (5 studier, n=469, MD=-0,04 (-0,24 till 0,16), p=0,68) (låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekten på ätstörningspsykopatologi (mycket låg tillförlitlighet, se kommentar).

Det går inte att bedöma effekten på motivation till beteendeförändring (mycket låg tillförlitlighet), och övriga relevanta utfall¹ (det saknas studier).

Kommentar

Sammantaget pekar resultaten på att det inte är någon kliniskt relevant skillnad i effekt mellan åtgärden och jämförelsealternativet avseende BMI. För BMI motsvarar konfidensintervallet en minskning på 0,6 kg till en ökning på 0,4 kg, för en person som är 1,60 m lång, vilket inte bedöms vara en kliniskt relevant skillnad. Dock är tillförlitligheten till resultatet lågt vilket beror på; bristande överförbarhet (omfattning och intensitet i interventionerna i studierna skiljer sig åt, från 4 till 20 tillfällen) och att det är hög risk för bias i flertalet av de ingående studierna.

För ätstörningspsykopatologi är effektens konfidensintervall [95% KI: SMD från -0,31 till 0,24] så brett att det inte går att utesluta kliniskt relevanta förbättringar eller försämringar av behandlingen. Tillsammans med övriga osäkerheter (hög risk för bias i ingående studier och bristande överförbarhet) gällande detta utfall bedömdes därför tillförlitligheten som mycket låg.

Det bör även noteras att majoriteten av studierna inte är utformade för att utvärdera effekten av enbart den *motiverande* delen av en insats, flera av de utvärderade insatserna innehåller andra terapeutiska element i både interventions och jämförelsegrupp. När det gäller två av studierna [1, 2] har även jämförelsealternativet vissa motiverande inslag. Detta sammantaget gör att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt av Fetahi mfl från 2022 med hög vetenskaplig kvalitet [3]. Översikten utvärderar insatser med motive-

¹ Se rubriken *Frågeställning och PICO*

rande inslag som till exempel Motivational interviewing (MI) och Motivational enhancement therapy (MET) och dess effekter på utfallsmåtten motivation att förändra beteende, ätstörningspatologi och BMI. I detta underlag har vi inkluderat sex RCT:er från översikten där minst 65% av deltagarna är diagnostiserade med anorexia nervosa. RCT:erna utvärderar Recovery-MANTRA som tillägg till sedvanlig vård vs. sedvanlig vård [4], Recovery-MANTRA vs. SSCM [1, 2], MI och sedvanlig vård vs. sedvanlig vård [5], MI och sedvanlig vård och väntelista vs. Sedvanlig vård och väntelista [6], samt MI som en del av Motivation-enhancing psychotherapy vid slutenvård av patienter med anorexia nervosa (MANNA) vs. sedvanlig vård [7].

Insatsens omfattning varierade mellan studierna från 4 till 20 tillfällen, respektive session varade i genomsnitt under 50 minuter. Insatsen kunde ges genom information i böcker och filmer eller genom att deltagarna aktivt deltog i rollspel och olika former av träning. Medelåldern i studierna var 27 år. Fem av studierna genomfördes inom öppenvården i Canada, Tyskland eller Storbritannien (3 studier) och en studie inom slutenvården i Australien. Fyra studier bedömdes ha hög risk för bias [4-7] av översiktsförfattarna och två studier bedömdes ha medelhög risk för bias [1, 2].

Resultat för utfallsmåtten ätstörningspsykopatologi respektive BMI kunde slås ihop i meta-analyser. I underlaget redovisar SBU de data från studierna som anges i översikten [3]. Fyra studier redovisar resultat för motivation till beteendeförändring, resultaten redovisas i en meta-analys. Översikten redovisar inga resultat för utfallsmåtten påbörjad behandling eller avhopp från behandlingen.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

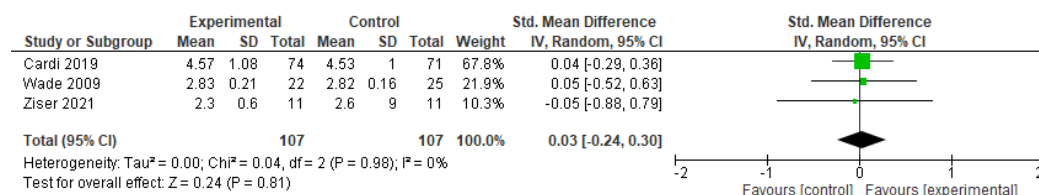
Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp	Interventionsgrupp				
Motivation till beteendeförändring upp till 6 veckor efter insatsen	Sedvanlig vård	RecoveryMANTRA, Motivational interview, MANNA	SMD=0.03 [-0.24 till 0.30], p=0.81	n=214, 3 originalstudier [4, 5, 7] från 1 SÖ [3].	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 risk of bias (studierna har hög risk för bias enligt översikt, flera olika subskalor har använts) -1 överförbarhet (insatserna är olika utformade)
Ätstörningspsykopatologi mätt med EDEQ vid uppföljning upp till 6 månader	Sedvanlig vård eller SSCM	RecoveryMANTRA, Motivational interview, MANNA	SMD=-0.03 [-0.31 till 0.24], p=0.83	n=469, 5 originalstudier [1, 2, 4, 5, 7] från 1 SÖ [3].	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 risk of bias -1 överförbarhet (insatserna är olika utformade)
Body Mass Index (BMI) vid uppföljning upp till 6 månader	Sedvanlig vård eller SSCM	RecoveryMANTRA, Motivational interview, MANNA	MD=-0,04 (-0,24 till 0,16), p=0,68	n=469, 5 originalstudier [1, 2, 4, 5, 7] från 1 SÖ [3].	⊕⊕○○ (låg tillförlitlighet) för att det inte är någon skillnad mellan insats med motiverande inslag och jämförelsegruppen	-1 risk of bias -1 överförbarhet (insatserna är olika utformade)

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i intervention (I)- och kontrollgrupp (K)	Motivation till beteendeförändring	Ätstörningspsykopatologi	Body Mass Index (BMI)	Övrigt
Fetahi m.fl. 2022 [3] systematisk översikt, låg risk för bias	SBU har tagit ut data från 6 RCT:er där populationen består av minst 65% med anorexia nervosa-diagnos, medelåldern i studierna var 27,14 år. Alla studier utom en genomfördes inom öppenvården.	I: Recovery-MANTRA, Motivational interview, MANNA K: Sedvanlig vård eller SSCM	SMD=0,14 (-0,11 till 0,39), p=0,28	SMD=0,03 (-0,31 till 0,24), p=0,28	MD=-0,04 (-0,24 till 0,16), p=0,68	

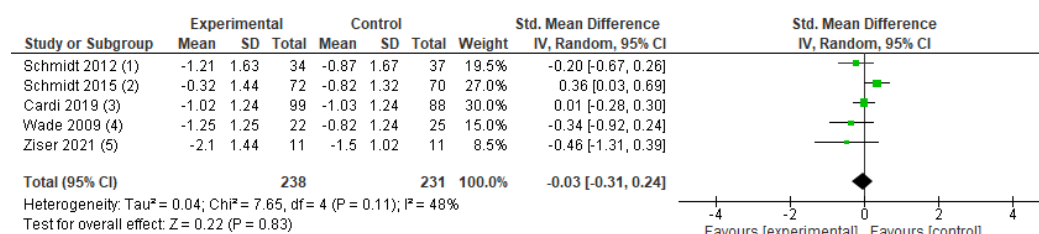
Metaanalys

Motivation till beteendeförändring



Figur 1. Motivation till beteendeförändring mätt med: The Autonomous and Controlled Motivations for Treatment Questionnaire (ACTMQ) vid 6 veckor [4], ANSOCQ vid 6 veckor [5], URICA-Short form – maintenance efter insatsen [7]. Övriga studier använde för olika skalor för att sammanställas i meta-analysen.

Ätstörningspsykopatologi

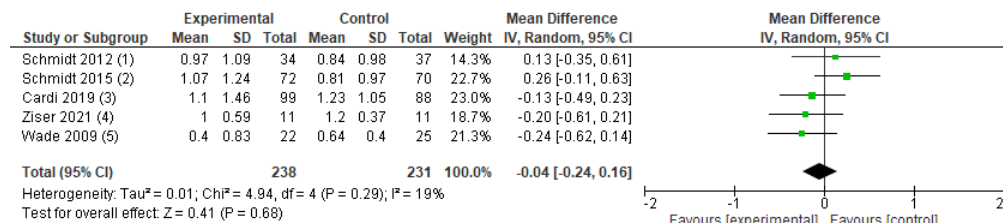


Footnotes

- (1) RecoveryMANTRA 20 tillfällen vs SSCM 20 tillfällen
- (2) RecoveryMANTRA 20 tillfällen vs SSCM 20 tillfällen
- (3) RecoveryMANTRA 6 tillfällen vs TAU
- (4) Motivational interviewing 4 tillfällen vs TAU
- (5) MANNA 10 tillfällen vs TAU

Figur 2. Ätstörningspsykopatologi mätt med: "Eating disorder examination questionnaire" EDE-Q [1, 4, 7], den semi-strukturerade intervjun "Eating disorder examination" (EDE) [2, 5], vid uppföljningen upp till 6 månader. Data från studierna är tagna från översikten [3].

BMI



Footnotes

- (1) RecoveryMANTRA 20 tillfällen vs SSCM 20
- (2) RecoveryMANTRA 20 tillfällen vs SSCM 20
- (3) RecoveryMANTRA 6 tillfällen vs TAU
- (4) Motivational interview 4 tillfällen vs TAU
- (5) MANNA 10 tillfällen vs TAU

Figur 3. Body Mass Index rapporterades av deltagaren själv, en kliniker, forskarteamet eller via patientjournaler. Utfallsmåttet mättes vid uppföljning upp till 6 månader. Data tagna från studierna är tagna från översikten [3].

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har motiverande samtal (MI eller MET) eller annan insats med utökade motiverande inslag i behandlingen för person med anorexia nervosa som har bristande motivation till förändringsarbete eller behandling, jämfört med att inte ge utökad insats för att öka på motivationen, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna
- Intervention/åtgärd: Insats med utökad motiverande inslag i behandlingen, i form av MI eller MET
- Kontrollgrupp: Ingen MI, MET eller motiverande insats, annan behandling utan motiverande inslag, TAU.
- Utfallsmått: påbörjad ätstörningsbehandling, drop-out från behandling (följsamhet), motivation, ätstörningspsykopatologi och BMI
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudie med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	2418
Artiklar som lästes i fulltext	90
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 SÖ

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltext-granskning	Orsak till exklusion
Amodeo 2019 [8]	Samtliga bedömdes som ej relevant för den aktuella frågeställningen: uppfyller ej PICO, ej accepterad studiedesign eller fel typ av frågeställning.
Appolinario 2019 [9]	
Atwood and Friedman 2020 [10]	
Barakat 2019 [11]	
Baudinet 2021 [12]	
Blanchet 2019 [13]	
Bryan 2021 [14]	
Buerger 2021 [15]	
Butler and Heimberg 2020 [16]	
Carr 2019 [17]	
Carretier 2021 [18]	
Cartagena and Marcos 2021 [19]	
Cassoli 2020 [20]	
Chang 2021 [21]	
Ciao 2021 [22]	
Coelho 2019 [23]	
Correll 2021 [24]	
Couturier 2020 [25]	
Dahlenburg 2019 [26]	
Daniela 2021 [27]	
Datta 2022 [28]	
Delaquis 2022 [29]	
Di Sante 2022 [30]	
Duan 2022 [31]	
Dufour 2022 [32]	

Fülep 2021 [33]
Galloway 2022 [34]
Gan 2022 [35]
Greenwood 2022 [36]
Grenon 2019 [37]
Grohmann and Laws 2021 [38]
Haderlein 2022 [39]
Hagan 2020 [40]
Harith 2022 [41]
Harrer 2019 [42]
Harris and Samuel 2020 [43]
Heal and Smith 2022 [44]
Heal and Gosden 2022 [45]
Hilbert 2019 [46]
Hilbert 2020 [47]
Hubbard 2022 [48]
Jardine 2022 [49]
Joshua 2023 [50]
Kaidesoja 2022 [51]
Keegan 2022 [52]
Keshen 2022 [53]
Kotilahti 2020 [54]
Leichsenring 2022 [55]
Linardon 2019 [56]
Linardon 2019 [57]
Linardon 2020 [58]
Maglia 2021 [59]

Marquez 2021 [60]
Melbye 2020 [61]
Moberg 2021 [62]
Moghimi 2021 [63]
Monteleone 2022 [64]
Mulchandani 2021 [65]
Murray 2019 [66]
Murray 2019 [67]
Newman 2021 [68]
O'Mara 2023 [69]
Omiwole 2019 [70]
Onnink 2022 [71]
Osoro 2022 [72]
Pruccoli 2022 [73]
Ravitz 2019 [74]
Ray 2020 [75]
Reas and Grilo 2021 [76]
Reilly 2020 [77]
Resmark 2019 [78]
Rozakou-Soumalia 2021 [79]
Sansfacon 2020 [80]
Schlegl 2020 [81]
Schneider 2021 [82]
Solmi 2020 [83]
Solmi 2021 [84]
Svaldi 2019 [85]
Taylor 2021 [86]
Taylor 2021 [87]
Thomas 2021 [88]

Turgon 2019 [89]
Turk and Waller 2020 [90]
Valdez-Aguillar 2021 [91]
van den Berg 2019 [92]
Vogel 2021 [93]
Yildiz 2020 [94]
Zhou 2022 [95]
Zinser, 2022 [96]

Referenser

- Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H, et al. The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(4):796-807.
- Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012; 201(5):392-9.
- Fetahi E, Sogaard AS, Sjogren M. Estimating the Effect of Motivational Interventions in Patients with Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine.* 2022; 12(4):1-20.
- Cardi V, Albano G, Ambwani S, Cao L, Crosby RD, Macdonald P, et al. A randomised clinical trial to evaluate the acceptability and efficacy of an early phase, online, guided augmentation of outpatient care for adults with anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2020; 50(15):2610-21.
- Wade TD, Frayne A, Edwards SA, Robertson T, Gilchrist P. Motivational change in an inpatient anorexia nervosa population and implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry.* 2009; 43(3):235-43.
- Weiss CV, Mills JS, Westra HA, Carter JC. A preliminary study of motivational interviewing as a prelude to intensive treatment for an eating disorder. *J Eat Disord.* 2013; 1:34.
- Ziser K, Rheindorf N, Keifenheim K, Becker S, Resmark G, Giel KE, et al. Motivation-Enhancing Psychotherapy for Inpatients With Anorexia Nervosa (MANNA): A Randomized Controlled Pilot Study. *Front Psychiatry.* 2021; 12:632660.
- Amodeo G, Cuomo A, Bolognesi S, Goracci A, Trusso MA, Piccinni A, et al. Pharmacotherapeutic strategies for treating binge eating disorder. Evidence from clinical trials and implications for clinical practice. *Expert Opinion on Pharmacotherapy.* 2019; 20(6):679-90.

9. Appolinario JC, Nardi AE, McElroy SL. Investigational drugs for the treatment of binge eating disorder (BED): an update. *Expert Opinion on Investigational Drugs*. 2019; 28(12):1081-94.
10. Atwood ME, Friedman A. A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(3):311-30.
11. Barakat S, Maguire S, Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Touyz S. Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2019; 52(10):1077-94.
12. Baudinet J, Eisler I, Dawson L, Simic M, Schmidt U. Multi-family therapy for eating disorders: A systematic scoping review of the quantitative and qualitative findings. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(12):2095-120.
13. Blanchet C, Guillaume S, Bat-Pitault F, Carles ME, Clarke J, Dodin V, et al. Medication in AN: A Multidisciplinary Overview of Meta-Analyses and Systematic Reviews. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 8(2):25.
14. Bryan DC, Cardi V, Willmott D, Teehan EE, Rowlands K, Treasure J. A systematic review of interventions to support transitions from intensive treatment for adults with anorexia nervosa and/or their carers. *Eur*. 2021; 29(3):355-70.
15. Buerger A, Vloet TD, Haber L, Geissler JM. Third-wave interventions for eating disorders in adolescence - systematic review with meta-analysis. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 2021; 8(1):20.
16. Butler RM, Heimberg RG. Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2020; 78:101851.
17. Carr A. Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: The current evidence base. *Journal of Family Therapy*. 2019; 41(2):153-213.
18. Carretier E, Blanchet C, Moro MR, Lachal J. [Comorbid major depressive disorder of anorexia nervosa in adolescence: A scoping review of treatment strategies]. *Encephale*. 2021; 47(1):72-8.
19. Cartagena SG, Marcos YQ. Revisión sistemática de la eficacia de la Terapia Centrada en la Compasión en trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2021; 21(2):241-52.
20. Cassioli E, Sensi C, Mannucci E, Ricca V, Rotella F. Pharmacological treatment of acute-phase anorexia nervosa: Evidence from randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology*. 2020; 34(8):864-73.
21. Chang P, Delgadillo J, Waller G. Early response to psychological treatment for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2021; 86:102032.
22. Ciao AC, Munson BR, Pringle KD, Roberts SR, Lalgee IA, Lawley KA, et al. Inclusive dissonance-based body image interventions for college

- students: Two randomized-controlled trials of the EVERYbody Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2021; 89(4):301-15.
23. Coelho JS, Beach B, O'Brien K, Lam PY, Marshall S. Effectiveness of family-based treatment for pediatric eating disorders in a tertiary care setting. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*. 2019; 7(2):105-15.
 24. Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krinitski D, Arrondo G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry*. 2021; 20(2):244-75.
 25. Couturier J, Isserlin L, Norris M, Spettigue W, Brouwers M, Kimber M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2020; 8:4.
 26. Dahlenburg SC, Gleaves DH, Hutchinson AD. Treatment outcome research of enhanced cognitive behaviour therapy for eating disorders: a systematic review with narrative and meta-analytic synthesis. *Brunner-Mazel Eating Disorders Monograph Series*. 2019; 27(5):482-502.
 27. Daniela M, Robinson L, Gordon G, Werthmann J, Campbell IC, Schmidt U. The outcomes of mindfulness-based interventions for Obesity and Binge Eating Disorder: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Appetite*. 2021; 166:105464.
 28. Datta N, Matheson BE, Citron K, Van Wye EM, Lock JD. Evidence Based Update on Psychosocial Treatments for Eating Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2022:1-12.
 29. Delaquis CP, Joyce KM, Zalewski M, Katz LY, Sulymka J, Agostinho T, et al. Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 300:305-13.
 30. Di Sante J, Akeson B, Gossack A, Knauper B. Efficacy of ACT-based treatments for dysregulated eating behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Appetite*. 2022; 171:105929.
 31. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022; 13:949823.
 32. Dufour R, Novack K, Picard L, Chadi N, Booij L. The use of technology in the treatment of youth with eating disorders: A scoping review. *Journal of Eating Disorders*. 2022; 10(1):182.
 33. Fülep M, Pilárik L, Novák L, Mikoška P. Terapie zaměřená na emoce: Systematický přehled experimentálních studií účinnosti = The effectiveness of Emotion-Focused Therapy: A systematic review of experimental studies. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*. 2021; 65(5):459-73.
 34. Galloway R, Watson H, Greene D, Shafran R, Egan SJ. The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2022; 51(2):170-84.

35. Gan JKE, Wu VX, Chow G, Chan JKY, Klainin-Yobas P. Effectiveness of non-pharmacological interventions on individuals with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education & Counseling*. 2022; 105(1):44-55.
36. Greenwood H, Krzyzaniak N, Peiris R, Clark J, Scott AM, Cardona M, et al. Telehealth Versus Face-to-face Psychotherapy for Less Common Mental Health Conditions: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JMIR Mental Health*. 2022; 9(3):e31780.
37. Grenon R, Carlucci S, Brugnera A, Schwartze D, Hammond N, Ivanova I, et al. Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*. 2019; 29(7):833-45.
38. Grohmann D, Laws KR. Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021; 149:110592.
39. Haderlein TP. Efficacy of technology-based eating disorder treatment: A meta-analysis. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*. 2022; 41(1):174-84.
40. Hagan KE, Christensen KA, Forbush KT. A preliminary systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials of cognitive remediation therapy for anorexia nervosa. *Eating Behaviors*. 2020; 37:101391.
41. Harith S, Backhaus I, Mohbin N, Ngo HT, Khoo S. Effectiveness of digital mental health interventions for university students: an umbrella review. *PeerJ*. 2022; 10:e13111.
42. Harrer M, Adam SH, Baumeister H, Cuijpers P, Karyotaki E, Auerbach RP, et al. Internet interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2019; 28(2):e1759.
43. Harris E, Samuel V. Acceptance and Commitment Therapy: A Systematic Literature Review of Prevention and Intervention Programs for Mental Health Difficulties in Children and Young People. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2020; 34(4):280-305.
44. Heal DJ, Smith SL. Prospects for new drugs to treat binge-eating disorder: Insights from psychopathology and neuropharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2022; 36(6):680-703.
45. Heal DJ, Gosden J. What pharmacological interventions are effective in binge-eating disorder? Insights from a critical evaluation of the evidence from clinical trials. *International Journal of Obesity*. 2022; 46(4):677-95.
46. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2019; 87(1):91-105.
47. Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis on the long-term effectiveness of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(9):1353-76.

48. Hubbard JB. Psychotherapy outcome for eating disorders: A meta-analysis: ProQuest Information & Learning; 2022.
49. Jardine J, Bowman R, Doherty G. Digital Interventions to Enhance Readiness for Psychological Therapy: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*. 2022; 24(8):e37851.
50. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Is schema therapy effective for adults with eating disorders? A systematic review into the evidence. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2023:1-19.
51. Kaidesoja M, Cooper Z, Fordham B. Cognitive behavioral therapy for eating disorders: A map of the systematic review evidence base. *International Journal of Eating Disorders*. 2022; 31:31.
52. Keegan E, Waller G, Wade TD. A systematic review and meta-analysis of a 10-session cognitive behavioural therapy for non-underweight eating disorders. *Clinical Psychologist*. 2022; 26(3):241-54.
53. Keshen A, Bartel S, Frank GKW, Svedlund NE, Nunes A, Dixon L, et al. The potential role of stimulants in treating eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2022; 55(3):318-31.
54. Kotilahti E, West M, Isomaa R, Karhunen L, Rocks T, Ruusunen A. Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders: Systematic review. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(8):1280-302.
55. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Ioannidis JPA. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*. 2022; 21(1):133-45.
56. Linardon J, Kothe EJ, Fuller-Tyszkiewicz M. Efficacy of psychotherapy for bulimia nervosa and binge-eating disorder on self-esteem improvement: Meta-analysis. *Eur*. 2019; 27(2):109-23.
57. Linardon J, Fitzsimmons-Craft EE, Brennan L, Barillaro M, Wilfley DE. Dropout from interpersonal psychotherapy for mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*. 2019; 29(7):870-81.
58. Linardon J, Shatte A, Messer M, Firth J, Fuller-Tyszkiewicz M. E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2020; 88(11):994-1007.
59. Maglia M, Corello G, Caponnetto P. Evaluation of the Effects of Telepsychotherapy in the Treatment and Prevention of Eating Disorders in Adolescents. *International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource]*. 2021; 18(23):29.
60. Marquez MC, Sanchez JM, Salazar AM, Martinez CV, Valderrama F, Rojas-Gualdron DF. Efficacy and Safety of Antipsychotics and Antidepressants in the Treatment of Anorexia Nervosa: a Systematic Review. *Revista Colombiana De Psiquiatria*. 2021; 19:19.
61. Melbye S, Kessing LV, Bardram JE, Faurholt-Jepsen M. Smartphone-Based Self-Monitoring, Treatment, and Automatically Generated Data in

- Children, Adolescents, and Young Adults With Psychiatric Disorders: Systematic Review. *JMIR Mental Health*. 2020; 7(10):e17453.
62. Moberg LT, Solvang B, Saele RG, Myrvang AD. Effects of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal treatments for eating disorders: a meta-analytic inquiry into the role of patient characteristics and change in eating disorder-specific and general psychopathology in remission. *Journal of Eating Disorders*. 2021; 9(1):74.
 63. Moghimi E, Davis C, Rotondi M. The Efficacy of eHealth Interventions for the Treatment of Adults Diagnosed With Full or Subthreshold Binge Eating Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*. 2021; 23(7):e17874.
 64. Monteleone AM, Pellegrino F, Croatto G, Carfagno M, Hilbert A, Treasure J, et al. Treatment of eating disorders: A systematic meta-review of meta-analyses and network meta-analyses. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2022; 142:104857.
 65. Mulchandani M, Shetty N, Conrad A, Muir P, Mah B. Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. *Systematic Reviews*. 2021; 10(1):275.
 66. Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials - CORRIGENDUM. *Psychological Medicine*. 2019; 49(4):701-4.
 67. Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D. Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*. 2019; 49(4):535-44.
 68. Newman MG, Agras WS, Haaga DAF, Jarrett RB, Barkham M, Lutz W, et al. *Cognitive, behavioral, and cognitive behavioral therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2021.
 69. O'Mara M, Greene D, Watson H, Shafran R, Kenworthy I, Cresswell C, et al. The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 2023; 78:101777.
 70. Omiwole M, Richardson C, Huniewicz P, Dettmer E, Paslakis G. Review of Mindfulness-Related Interventions to Modify Eating Behaviors in Adolescents. *Nutrients*. 2019; 11(12):02.
 71. Onnink CM, Konstantinidou Y, Moskovich AA, Karekla MK, Merwin RM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022; 26:11-28.
 72. Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(3):815-36.

73. Pruccoli J, Bergonzini L, La Tempa A, Parmeggiani A. Antipsychotics in the Treatment of Children and Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review. *Biomedicines*. 2022; 10(12):07.
74. Ravitz P, Watson P, Lawson A, Constantino MJ, Bernecker S, Park J, et al. Interpersonal Psychotherapy: A Scoping Review and Historical Perspective (1974-2017). *Harvard Review of Psychiatry*. 2019; 27(3):165-80.
75. Ray MK, Grammer AC, Davison G, Fitzsimmons-Craft EE, Wilfley DE. Psychotherapy for binge eating. Department of Psychiatry, Washington University in St. Louis School of Medicine, St. Louis, MO, United States: Springer International Publishing; 2020.
76. Reas DL, Grilo CM. Psychotherapy and Medications for Eating Disorders: Better Together? *Clinical Therapeutics*. 2021; 43(1):17-39.
77. Reilly EE, Orloff NC, Luo T, Berner LA, Brown TA, Claudat K, et al. Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions. *Eating Disorders*. 2020; 28(2):122-41.
78. Resmark G, Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Zeeck A. Treatment of anorexia nervosa—New evidence-based guidelines. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 8(2).
79. Rozakou-Soumalia N, Darvariu S, Sjogren JM. Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personalized Medicine*. 2021; 11(9):18.
80. Sansfacon J, Booij L, Gauvin L, Fletcher E, Islam F, Israel M, et al. Pretreatment motivation and therapy outcomes in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(12):1879-900.
81. Schlegl S, Voderholzer U, Maier J, Naab S, Lock J. [Efficacy, Moderators and Mediators of Manualized Family-Based Treatments in Adolescents with Eating Disorders: A Systematic Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 2020; 70(3):112-21.
82. Schneider E, Higgs S, Dourish CT. Lisdexamfetamine and binge-eating disorder: A systematic review and meta-analysis of the preclinical and clinical data with a focus on mechanism of drug action in treating the disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2021; 53:49-78.
83. Solmi M, Fornaro M, Ostinelli EG, Zangani C, Croatto G, Monaco F, et al. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*. 2020; 19(2):214-32.
84. Solmi M, Wade TD, Byrne S, Del Giovane C, Fairburn CG, Ostinelli EG, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychological interventions for the treatment of adult outpatients with anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2021; 8(3):215-24.

85. Svaldi J, Schmitz F, Baur J, Hartmann AS, Legenbauer T, Thaler C, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 2019; 49(6):898-910.
86. Taylor CB, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. Corrigendum to: 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*. 2021; 31:i94.
87. Taylor CB, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. 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*. 2021; 31(31):i3-i10.
88. Thomas N, McDonald C, Boer K, Brand RM, Nedeljkovic M, Seabrook L. Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2021; 94(3):854-83.
89. Turgon R, Ruffault A, Juneau C, Blatier C, Shankland R. Eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis of the efficacy of mindfulness-based programs. *Mindfulness*. 2019; 10(11):2225-44.
90. Turk F, Waller G. Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 79:101856.
91. Valdez-Aguillar M, Vázquez-Arévalo R, Mancilla-Díaz JM, del Carmen Beas Jara M. Effectiveness of psychological interventions in women with binge eating disorder: a systematic review. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2021; 11(2):141-57.
92. van den Berg E, Houtzager L, de Vos J, Daemen I, Katsaragaki G, Karyotaki E, et al. Meta-analysis on the efficacy of psychological treatments for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2019; 27(4):331-51.
93. Vogel EN, Singh S, Accurso EC. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *Journal of Eating Disorders*. 2021; 9(1):131.
94. Yildiz E. The effects of acceptance and commitment therapy on lifestyle and behavioral changes: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020; 56(3):657-90.
95. Zhou X, Bambling M, Edirippulige S. A mixed-method systematic review of text-based telehealth interventions in eating disorder management. *Journal of Health Research*. 2022; 36(6):1149-65.
96. Zinser J, O'Donnell N, Hale L, Jones CJ. Multi-family therapy for eating disorders across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Eur*. 2022; 30(6):723-45.

Id AN8: Tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel

Tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna

Åtgärd: Tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel

Prioritet: 10

Motivering: Hälсотillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen har möjligen ingen påvisad tilläggseffekt på ätstörningssymtom. Den skulle kunna vara aktuell för enskilda individer under förutsättning att andra insatser inte har haft effekt.

Kommentar: Bedömningen gäller om det inte finns någon påvisad psykiatrisk samsjuklighet.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Åtgärden syftar på behandling av anorexia nervosa med läkemedel inom klassen selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som tillägg till en pågående psykologisk behandling, exempelvis KBT eller familjeterapi. Läkemedlet tas vanligen som en (eller flera) tablett(er) per dag efter en inledande upptrappning, enligt läkares ordination för behandling av de olika depressioner och ångesttillstånd där dessa läkemedel är indicerade (dvs samtidigt förekommande med anorexi).

Det finns flera olika godkända SSRI-läkemedel i Sverige. Förutom läkemedel med den aktiva substansen fluoxetin finns läkemedel med citalopram, paroxetin, sertralin, fluvoxamin och escitalopram. Ingen av dessa har en indikation som specifikt omfattar anorexia nervosa, men är heller inte specifikt kontraindicerade vid detta tillstånd.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med anorexia nervosa ger tilläggsbehandling med SSRI, jämfört med placebo

- möjligen ingen skillnad i effekt på ätstörningspsykopatologi: Medelskillnad i Yale Brown Cornell Obsessive Compulsive Scale for Eating Disorders (YBOCS-ED) är 0,63 [-1,84 till 3,10] skalsteg (låg tillförlitlighet).

För personer över 15 år med anorexia nervosa går det inte att dra några slutsatser om effekten av tilläggsbehandling med SSRI, jämfört med placebo, avseende följande utfall:

- kroppsvikt (mycket låg tillförlitlighet)
- livskvalitet (mycket låg tillförlitlighet)
- remission (mycket låg tillförlitlighet)
- mortalitet (det saknas relevanta studier).

Kommentar

För individer med anorexia nervosa pekar den sammantagna evidensen på att man inte kan förvänta sig någon större patientnytta på ätstörningsrelaterade utfall av tilläggsbehandling med SSRI-preparat jämfört med placebo. I denna slutsats beaktas att läkemedelsanvändning alltid innebär en risk för biverkningar, och att patientnyttan måste överväga denna risk.

Eventuella effekter på depressions- eller ångest-relaterade utfall har inte inkluderats i sammanställningen.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Biverkningar redovisas inte systematiskt i de inkluderade studierna. För en komplett beskrivning av observerade biverkningar se Fass.se för de aktuella läkemedlen.

Vilka studier ingår i granskningen?

I sammanställningen av åtgärdens effekt ingår fyra randomiserade kontrollerade studier (RCT:s) med sammanlagt 211 randomiserade patienter med anorexia nervosa, samtliga kvinnor över 15 år [1-4].

En av de inkluderade studierna bedömdes ha låg risk för bias, och de övriga måttlig till hög risk beroende på utfall. I tre studier jämfördes fluoxetine med placebo, och i en citalopram med väntelista. I två av studierna med fluoxetine påbörjades läkemedelsbehandlingen efter att patienterna har gått igenom en viktåterställande behandling (dag- eller slutenvård) och pågick därefter i upp till ett år, i en av studierna parallellt med KBT-behandling. I den tredje fluoxetine-studien påbörjades läkemedelsbehandlingen i samband med den viktåterställande behandling, och pågick därefter i upp till 7 veckor parallellt med psykologisk behandling inom slutenvård. Studien med citalopram hade väntelista som jämförelsegrupp och pågick i tre månader, parallellt med kostråd och samtalsterapi, i öppenvårdsform. Enligt författarna var denna studie inte anpassad för patienter med ett mycket lågt BMI.

Inga pågående studier har identifierats på clinicaltrials.gov.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Relativ effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (SSRI-preparat)					
Remission	4 (9%) av 44 i remission	7 (14%) av 49 i remission	Riskskillnad (%) : 5 [-8 till 18] (ingen statistiskt signifikant skillnad)	RR: 1,57 [0,49 till 5,01] (ej statistiskt signifikant riskkvot)	93 studiedeltagare i 1 studier [4] .	⊕○○○ Avdrag Överförbarhet ¹ : -1 Precision ² : -1 Publikationsbias ³ : -1	Resultat baserat på enskild studie där patienterna var vikt-återställda.
Viktförändring	I den största studien var förändringen från baslinjen icke-signifikant	I den största studien var förändringen från baslinjen icke-signifikant	SMD: 0,15 [-0,15 till 0,46]	--	211 studiedeltagare i 4 studier [1-4].	⊕○○○ Avdrag: Överförbarhet ¹ : -1 Precision ² : -2	
Förändring i ätstörningspsykopatologi (YBOCS-ED).	Medelförändring (skalsteg): 7,97 [-3,29 till 19,24]	Medelförändring (skalsteg): 8,36 [-1,05 till 17,76]	Medelskillnad (skalsteg): 0,63 [-1,84 till 3,10]	--	159 studiedeltagare i 3 studier [1, 3, 4].	⊕⊕○○ Avdrag: Överförbarhet ¹ : -1 Precision ² : -1	Ökning innebär en försämring. Skalområde: 0-40.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Relativ effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (SSRI-preparat)					
			(ingen statistiskt signifikant skillnad)				
Förändring i livskvalitet	Medelförändring från baslinjen (skalsteg): 0,08±17	Medelförändring från baslinjen (skalsteg): 2,07±16	Medelskillnad vid uppföljning (skalsteg): -0,45 [-5,75 till 4,85]	--	93 studiedeltagare i 1 studier [4] .	⊕○○○ Avdrag: Överförbarhet ¹ : -1 Precision ² : -1 Publikationsbias ³ : -1	Ökning innebär en förbättring.
Mortalitet.	--	--	--	--	Inga identifierade studier.	--	

¹ Överförbarhetsproblem till den generella populationen som ingår i PICO kan inte uteslutas då varje enskild studie omfattar en väldigt specifik population, har ett specifikt upplägg, samt att det finns relativt få studier. Dock föreligger ingen betydande statistisk heterogenitet. Heterogeniteten i studiernas upplägg kan istället påverka överförbarheten/generaliserbarheten (detta är ett särskilt problem med få studier): enbart två olika typer av SSRI-preparat, enbart kvinnor, olika uppföljningstider, behandlingar som sätts in vid olika stadier av sjukdomen (före eller efter viktåterställning), att behandling ges under olika vårdformer (sluten- eller öppenvård), att behandlingen ges som tillägg till olika typer av grundbehandling, eller utan direkt grundbehandling.

² Konfidensintervall omfattar både positiv och negativ effekt som kan ha viss klinisk relevans.

³ Enbart en studie; eventuell publikationsbias kan inte uteslutas.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi (EDI)	Remission, återfall och andel som fullföljer behandlingen	Livskvalitet	Kommentar
Walsh et al. 2006 [4], dubbelblind RCT, USA och Kanada. Låg risk för bias. n=93 12 månaders behandling efter initial viktåterställning inom slutenvård eller dagvård. (Återfallsförebyggande behandling.)	Kvinnor 16-45 år (23,3±4,6 år) med AN. <u>Medelvärde vid baslinjen±SD (båda grupperna):</u> •BMI 20,3±0,5 (efter viktåterställning); 15,4±1,8 (innan viktåterställning). •YBOCS-ED: 14,3±4,7 •EDI total: 71,9±22,6 •EDI drive for thinness: 12,2±4,1 •BDI: 16±8	I (n=49): KBT + Fluoxetine. K(n=44): KBT + placebo. Dostitrering från 20 mg/dag till 60 mg/dag under 1 vecka. 80 mg/dag vid behov. Minskad dos vid biverkning. Medeldos vid 12 månader: I: 63,5±15,8 mg/dag K: 71,4±13,2 mg/dag	<u>BMI±SD.</u> 12 månader I: 19,08±2,1 K: 18,36±1,6	<u>EDI total±SD</u> 12 månader I: 60,93±32,36 K: 65,29±38 Vid baslinjen/preassessment I: 72,69±31,26 K: 71±32,64 <u>EDI drive for thinness±SD</u> 12 månader I: 10,56±6,48 K: 11,63±7,49 Vid baslinjen/preassessment I: 12,62±5,75 K: 11,7±5,91	<u>Andel fullt återställda enligt Morgan-Russell</u> I: 7 av 49 K: 4 av 44 <u>Andel med "good status" enligt Morgan-Russell</u> I: 15 av 49 K: 13 av 44 <u>Risk för återfall</u> HR Fluoxetine: Placebo: 1,12 [0,65 till 2,0]. (Justerat värde.)	<u>Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire±SD</u> 12 månader I: 51,7±12,33 K: 52,15±13,62 Baslinjen I: 49,63±11,16 K: 52,07±8,82	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi (EDI)	Remission, återfall och andel som fullföljer behandlingen	Livskvalitet	Kommentar
		Flera veckors viktåterställande behandling (dagvård/slutenvård) föregick den experimentella behandlingen som krävde BMI≥19.		Justerad förändring från baslinjen±SE I: -0,24±0,89 K: -0,035±0,7 <u>YBOCS-ED±SD</u> 12 månader I: 13,40±8,68 K: 13,90±9,56 Vid baslinjen I: 15,41±6,30 K: 13,09±6,97	<u>Andel som fullföljer behandling</u> I: 21 av 49 K: 19 av 44		
Kaye et al. 2001 [3], dubbelblind RCT, USA. Måttlig risk för bias. n=35	Ungdomar och vuxna kvinnor (22,5±5,4 år) med AN. <u>Medelvärde vid baslinjen±SD (båda grupperna):</u>	I (n=16): Fluoxetine K (n=19): Placebo Startdos 20 mg/dag. Upptitrering vid behov	<u>Procent av normal kroppsvikt±SD</u> 12 månader, patienter som fullföljer I (n=10): 5,3±5,3 K (n=3): 11,2±11,9	<u>Förändring från baslinjen YBOCS-ED±SD</u> 12 månader, patienter som fullföljer I (n=10): -8,4±11,1 K(n=3): -14,3±13,7 12 månader, patienter som hoppat av	<u>Andel som fullföljer behandling</u> I: 10 av 16 K: 3 av 19	--	--

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi (EDI)	Remission, återfall och andel som fullföljer behandlingen	Livskvalitet	Kommentar
12 månaders behandling efter initial viktåterställning i slutenvård. (Återfallsförebyggande behandling.)	<ul style="list-style-type: none"> •Procent av normal kroppsvikt: 89±5 (efter viktåterställning) •YBOCS-ED: 14,6±7,3 (efter viktåterställning) •HDRS: 13,8±7,5 	<p>1 gång/månad. Dosminskning vid behov.</p> <p>Dosering varierade mellan 20mg/varannan dag till 60 mg/dag.</p>	<p>12 månader, patienter som hoppat av</p> <p>I (n=6): -1.2±3.3</p> <p>K (n=16): -0.2±6.7</p>	<p>I (n=6): 4,2±7,4</p> <p>K (n=16): 0,8±10,8</p>			
Attia et al. 1998 [1], dubbelblind RCT, USA. Måttlig risk för bias. n=31 7 veckors behandling som påbörjas under pågående viktåterställande	<p>Kvinnor 16-45 år (26,2±7,4 år) med AN.</p> <p><u>Medelvärde vid baslinjen±SD (båda grupperna)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •BMI: 15±4,2 kg/m² •YBOCS-ED: 19,8±5,1 •Anorexic Behavior Scale score: 46±13 •BDI: 21±6 	<p>I (n=15): Fluoxetine + psykologisk behandling</p> <p>K (n=16): Placebo + psykologisk behandling</p> <p>Dostitrering från 20 mg/dag till 60 mg/dag under 1 vecka. Minskad</p>	<p><u>Andel av normal kroppsvikt±SD (%)</u></p> <p>Vid uppföljning</p> <p>I: 86.6±6.3</p> <p>K: 87.4±4.7</p> <p>Vid baslinjen</p> <p>I: 73.3±5.8</p> <p>K: 71.8±5.0</p>	<p><u>YBOCS-ED±SD</u></p> <p>Vid uppföljning</p> <p>I: 15.7±6.1</p> <p>K: 14.8±4.2</p> <p>Vid baslinjen</p> <p>I: 20.9±5.7</p> <p>K: 18.7±4.3</p> <p><u>Anorexic Behavior Scale scor±SD</u></p> <p>Vid uppföljning</p>	<p><u>Andel som fullföljer behandlingen</u></p> <p>I: 11 av 15</p> <p>K: 12 av 16</p>	--	

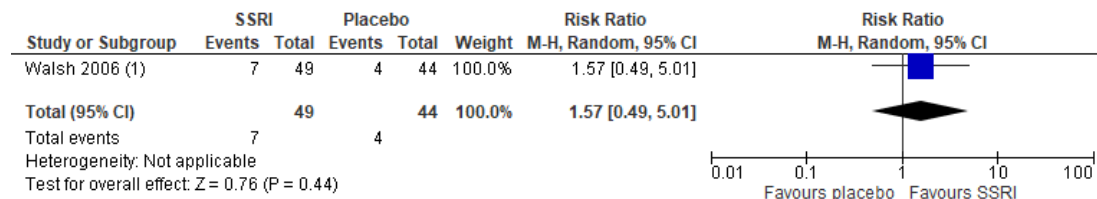
Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi (EDI)	Remission, återfall och andel som fullföljer behandlingen	Livskvalitet	Kommentar
<p>behandling (medicinskt stabila, men ej viktåterställda) på slutenvårdsklinik.</p>		<p>dos vid biverkning.</p> <p>Behandlingen fortsatte tills $\geq 90\%$ ideal kroppsvikt uppnått och behållits i 1 vecka.</p>	<p><u>Förändring i procent av normal kroppsvikt\pmSD</u></p> <p>I: 0,35\pm0,17 K: 0,42\pm0,11</p>	<p>I: 38.5\pm11.6 K: 39.7\pm9.5</p> <p>Vid baslinjen I: 49.0\pm14.3 K: 43.2\pm11.2</p>			
<p>Fassino 2002 [2], oblandad RCT, Italien.</p> <p>Måttlig risk för bias (BMI och vikt) n=52</p> <p>3 månaders behandling för patienter under standardbehandling</p>	<p>Kvinnor 16-35 år (25\pm5 år) med AN.</p> <p><u>Medelvärde vid baslinjen\pmSD (båda grupperna)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •BMI: 16,3\pm0,8 kg/m² •BDI: 13,6\pm5 	<p>I (n=26): Citalopram + diet och terapi</p> <p>K (n=26): Väntelista (endast diet och terapi)</p> <p>3 månaders behandling.</p>	<p><u>Medelvärde BMI\pmSD (kg/m²)</u></p> <p>Vid baslinjen I: 16,19\pm0,81 K: 15,62\pm1,42</p> <p>Efter 3 månader I: 17,47\pm1,41 K: 16,33\pm1,68</p>	<p>Hög risk för bias (inkluderas ej i analysen, endast subskalor redovisade i studien)</p>	--	--	

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi (EDI)	Remission, återfall och andel som fullföljer behandlingen	Livskvalitet	Kommentar
(kost och terapi) i öppenvård.		Startdos 10 mg/dag, ökning till 20 mg/dag efter 6 dagar.	<u>Medelvärde vikt±SD (kg)</u> Vid baslinjen I: 43,48±3,93 K: 42,48±4,60 Efter 3 månader I: 46,47±5,33 K: 43,92±4,86				

¹YBOCS-ED, Yale Brown Cornell Obsessive Compulsive Scale for Eating Disorders; EDI, Eating Disorder Inventory; BDI, Beck Depression Inventory; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale.

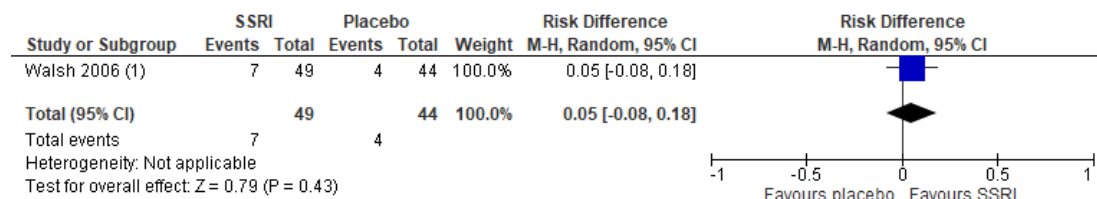
Metaanalys

Remission (andel efter 1 års behandling)



Footnotes

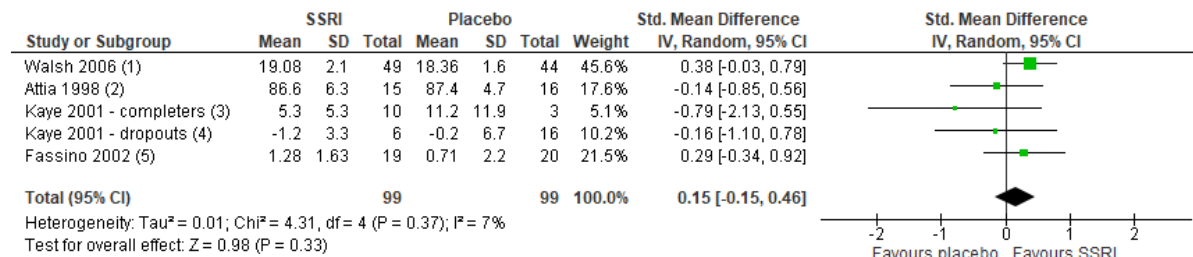
(1) Värde vid uppföljning, 12 månader. KBT som grundbehandling.



Footnotes

(1) Värde vid uppföljning, 12 månader. KBT som grundbehandling.

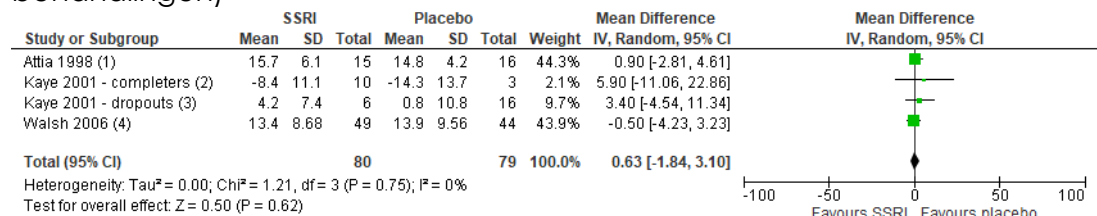
Viktförändring efter behandlingen



Footnotes

- (1) BMI, medelvärde 12 månader. KBT som grundbehandling.
- (2) Procent av normal kroppsvikt, medelvärde 7 veckor.
- (3) Procent av normal kroppsvikt, medelförändring 12 månader
- (4) Procent av normal kroppsvikt, medelförändring sista mätning
- (5) BMI, medelförändring från baslinjen efter 3 månader. Jämfört med väntelista.

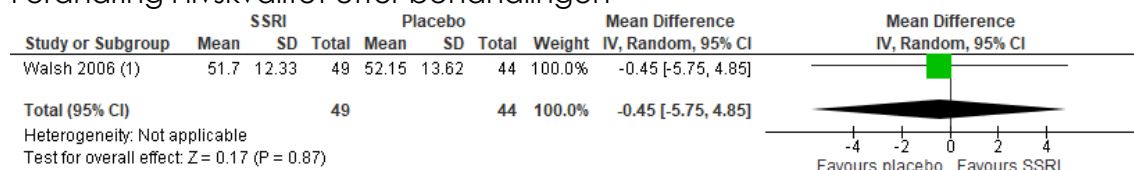
Ätstörningspsykopatologi YBOCS-ED (skillnad i förändring efter behandlingen)



Footnotes

- (1) Värde vid uppföljning, 7 veckor
- (2) Förändring vid uppföljning, 12 månader
- (3) Förändring vid uppföljning, sista mätning
- (4) Värde vid uppföljning, 12 månader

Förändring i livskvalitet efter behandlingen



Footnotes

(1) Värde vid uppföljning, 12 månader. KBT som grundbehandling.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel för vuxna med anorexia nervosa, jämfört med ingen sådan behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna
- Intervention/åtgärd: Tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel
- Kontrollgrupp: Ingen tilläggsbehandling med SSRI-läkemedel
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA)
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [5] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades fyra relevanta studier [1-4].

Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1252
Artiklar som lästes i fulltext	23
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 (samt 3 från NICE riktlinjer)
Artiklar som inkluderades i underlaget	4 från NICE riktlinjer

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Citrome 2018 [6]	Samtliga bedömdes som ej relevant för den aktuella frågeställningen: uppfyller ej PICO, ej accepterad studiedesign eller typ av frågeställning.
Bakhrushina 2022 [7]	
Davis 2016 [8]	
Duan 2022 [9]	
McElroy 2017 [10]	

Walsh 2021 [11]
Uniacke 2020 [12]
Davis 2017 [13]
Sheehan 2018 [14]
Schneider 2022 [15]
Kornstein 2019 [16]
Robertson 2020 [17]
Guerdjikova 2019 [18]
Sjögren 2021 [19]
Boswell 2021 [20]
Guerdjikova 2016 [21]
McElroy 2016 [22]
McElroy 2016 [23]
Hudson 2017 [24]
Quilty 2019 [25]
Gill and Kaplan 2021 [26]
Keshen 2021 [27]
Gasior 2017 [28]

Referenser

1. Attia E, Haiman C, Walsh BT, Flater SR. Does fluoxetine augment the inpatient treatment of anorexia nervosa? *Am J Psychiatry*. 1998; 155(4):548-51.
2. Fassino S, Leombruni P, Daga G, Brustolin A, Migliaretti G, Cavallo F, et al. Efficacy of citalopram in anorexia nervosa: a pilot study. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002; 12(5):453-9.
3. Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, et al. Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry*. 2001; 49(7):644-52.
4. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006; 295(22):2605-12.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
6. Citrome L, Kando JC, Bliss C. Relationships between clinical scales and binge eating days in adults with moderate to severe binge eating disorder in two phase III studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14:537-46.
7. Bakhrushina EO, Antipova YV, Anurova MN, Demina NB, Krasnyuk II. BIOPHARMACEUTICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF INNOVATIVE MEDICINAL FORM OF FLUOXETIN FOR

- TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA. *Russian Journal of Biopharmaceuticals*. 2022; 14(4):12-6.
8. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(5):473-81.
 9. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022; 13:949823.
 10. McElroy SL, Hudson JI, Gasior M, Herman BK, Radewonuk J, Wilfley D, et al. Time course of the effects of lisdexamfetamine dimesylate in two phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled trials in adults with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(8):884-92.
 11. Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa. *The American journal of psychiatry*. 2021; 178(9):848-53.
 12. Uniacke B, Attia E, Kaplan A, Walsh BT. Weight suppression and weight maintenance following treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(6):1002-6.
 13. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. 'Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder': Erratum. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(4):454-.
 14. Sheehan DV, Gasior M, McElroy SL, Radewonuk J, Herman BK, Hudson J. Effects of lisdexamfetamine dimesylate on functional impairment measured on the sheehan disability scale in adults with moderate-to-severe binge eating disorder: Results from two randomized, placebo-controlled trials. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2018; 15(5):22-9.
 15. Schneider E, Martin E, Rotshtein P, Qureshi KL, Chamberlain SR, Spetter MS, et al. The effects of lisdexamfetamine dimesylate on eating behaviour and homeostatic, reward and cognitive processes in women with binge-eating symptoms: an experimental medicine study. *Translational Psychiatry*. 2022; 12(1).
 16. Kornstein SG, Bliss C, Kando J, Madhoo M. Clinical characteristics and treatment response to lisdexamfetamine dimesylate versus placebo in adults with binge eating disorder: Analysis by gender and age. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2019; 80(2).
 17. Robertson B, Wu J, Fant RV, Schnoll SH, McElroy SL. Assessment of Amphetamine Withdrawal Symptoms of Lisdexamfetamine Dimesylate Treatment for Adults With Binge-Eating Disorder. *Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2020; 22(2).

18. Guerdjikova AI, Blom TJ, Mori N, Matthews A, Cummings T, Casuto LL, et al. Lisdexamfetamine in Pediatric Binge Eating Disorder: A Retrospective Chart Review. *Clinical Neuropharmacology*. 2019; 42(6):214-6.
19. Sjögren M, Kizilkaya I, Støving RK. Inpatient weight restoration treatment is associated with decrease in post-meal anxiety. *Journal of Personalized Medicine*. 2021; 11(11).
20. Boswell RG, Gueorguieva R, Grilo CM. Change in impulsivity is prospectively associated with treatment outcomes for binge-eating disorder. *Psychological medicine*. 2021:1-9.
21. Guerdjikova AI, Mori N, Blom TJ, Keck PE, Williams SL, Welge JA, et al. Lisdexamfetamine dimesylate in binge eating disorder: a placebo controlled trial. *Human Psychopharmacology*. 2016:382-91.
22. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur*. 2016; 24(3):223-31.
23. McElroy SL, Hudson J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Whitaker T, Gasior M. Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(5):1251-60.
24. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell C, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(9):903-10.
25. Quilty LC, Allen TA, Davis C, Knyahnytska Y, Kaplan AS. A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder. *Psychiatry Research*. 2019; 273:467-74.
26. Gill SK, Kaplan AS. A retrospective chart review study of symptom onset, diagnosis, comorbidities, and treatment in patients with binge eating disorder in Canadian clinical practice. *Eating and Weight Disorders*. 2021; 26(4):1233-42.
27. Keshen AR, Dixon L, Ali SI, Helson T, Nunes A, Milliken H, et al. A feasibility study evaluating lisdexamfetamine dimesylate for the treatment of adults with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(5):872-8.
28. Gasior M, Hudson J, Quintero J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, McElroy SL. A phase 3, multicenter, open-label, 12-month extension safety and tolerability trial of lisdexamfetamine dimesylate in adults with binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2017; 37(3):315-22.

Id AN11: Förstärkt öppenvård

Tillstånd: Anorexia nervosa, person i behov av intensifierade insatser

Åtgärd: Förstärkt öppenvård

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Enligt erfarenhetsbaserad kunskap kan insatsen leda till likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård för patienter som deltar aktivt i behandlingen. Insatsen kan ge bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med heldygnsvård.

Förstärkt öppenvård gör det möjligt att bättre anpassa behandlingen till patientens vårdbehov utan att läggas in på sjukhus och låter patienten behålla delar av sitt sociala sammanhang. För patienter som slussas ut från slutenvård ger det en möjlighet till träning och anpassning till vardagen.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Vård vid anorexia nervosa kan bedrivas inom öppenvård eller heldygnsvård. Förstärkt öppenvård, i form av dagvård eller individuellt anpassad vård, innebär intensifierad vård inom den specialiserade ätstörningsvården, där innehållet och antalet behandlingstillfällen anpassas utifrån patientens vårdbehov och livssituation.

Dessa insatser innefattar ätträning (exempelvis assisterade måltider), regelbundna medicinska kontroller, samt ett psykosocialt och pedagogiskt omhändertagande under dagtid några till flera dagar i veckan.

Insatserna förutsätter involvering och engagemang i behandlingen från närstående vid vård av barn och ungdomar.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av förstärkt öppenvård jämfört med heldygnsvård hos personer med anorexia nervosa i behov av intensifierade insatser är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna som analyserar remission, viktåterhämtning och vårdkonsumtion är mycket låg.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer med anorexia nervosa med behov av insatser flera gånger i veckan och som deltar aktivt i sin behandling ger förstärkt stöd i öppenvård likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en systematisk översikt [1]. Inga ytterligare relevanta randomiserade kontrollerade studier utöver dem som redan ingår i den systematiska översikten har identifierats.

Den inkluderade systematiska översikten publicerades 2019 och innefattar fem randomiserade kontrollerade studier, varav tre berör diagnosen anorexia nervosa och gör jämförelser som är relevanta för frågeställningen [2-4]. Sammantaget ingick 421 patienter med anorexia nervosa i åldrarna 11–18 år i dessa tre studier. Den stora merparten av deltagarna var flickor/kvinnor; endast en av studien inkluderade överhuvudtaget pojkar/män, som då utgjorde en mindre del av studiedeltagarna. Kroppsvikten för deltagarna i de tre studierna var i medeltal 75%, 78% respektive 77% av förväntad kroppsvikt vid studiestart. Den genomsnittliga sjukdomsdurationen för deltagarna var 1 år, 13 månader respektive 7,6 månader.

I den systematiska översikten jämförs heldygnsvård med två former av förstärkt stöd i öppenvård: 1) dagsjukvård (på engelska “partial hospital care” eller “day hospital care”), vilket i den inkluderade översikten definieras som mer än två kontakter per vecka och då mer än tre timmar åt gången, innefattande assisterade måltider, samt 2) tät öppenvårdskontakt, vilket definieras som upp till två kontakter per vecka i form av individuella besök, gruppbesök eller familjebesök i den specialiserade ätstörningsvården.

Värt att notera är att de två studier som inkluderats i den systematiska översikten för jämförelse mellan heldygns- och öppenvård skiljer sig något åt i upplägget. I den ena studien randomiserades deltagarna till antingen specialiserad heldygnsvård, specialiserad öppenvård eller icke-specialiserad öppenvård inom barn- och ungdomspsykiatri [2]. I den andra studien vårdades alla deltagare inledningsvis inom den specialiserade heldygnsvården till medicinsk stabilisering, varpå de randomiserades till fortsatt heldygnsvård fram till viktåterhämtning eller till specialiserad öppenvård [3].

Även i den inkluderade studie som jämför specialiserad heldygns- och dagvård vårdades alla patienter inledningsvis inom heldygnsvården i tre veckor, varpå de antingen överfördes till dagvård eller kvarstannade i heldygnsvård [4]. Denna studie är en *non-inferiority* studie vars slutsatser är att dagvård inte är sämre än heldygnsvård för viktåterhämtning.

I underlaget redovisas data från de studier som anges i den systematiska översikten [1]. I fråga om viktnormalisering fann den systematiska översikten en liten eller ingen skillnad vid 12 månader då man jämförde heldygnsvård med tät öppenvård eller med en kombination av kortare heldygnsvård följt av tät öppenvård; två originalstudier ingick i denna jämförelse och evidensgraden bedömdes som låg. Socialstyrelsens har gjort en egen sammanställning där meta-analysen inte sammanväger de två studierna till ett estimat på grund av de skillnader i studieupplägg som redovisats ovan. Socialstyrelsen bedömer att evidensgraden är mycket låg för viktnormalisering.

Vid jämförelse mellan heldygnsvård och dagsjukvård fann man ingen tydlig skillnad i fråga om viktuppgång mellan de båda vårdformerna; endast en originalstudie ingick i denna jämförelse. Sammanfattningsvis drar författarna till den systematiska översikten slutsatsen att evidensläget är otillräckligt för att bedöma huruvida någon av de tre vårdformerna är överlägsen i behandling av anorexia nervosa.

Gruppen som erhåller icke-specialiserad öppenvård i Gowers et al [2] redovisas inte i underlagets meta-analys då de inte bedömdes svara på frågeställningen (med förstärkt stöd avses i underlaget bland annat specialiserad vård). Inga ytterligare studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

En utökad sökning efter icke-randomiserade kontrollerade studier identifierade inte heller några studier som inkluderades i underlaget. Ett antal studier som besvarar frågeställningen identifierades, men dessa har alla brister varför de inte inkluderas i underlaget. Två studier, en från UK och en från Italien, utvärderar införandet av dagvårdsprogram för behandling av anorexia nervosa och effekterna av vård inom det nya programmet jämförs med retrospektiv data från patienter behandlade inom heldygnsvård innan införandet av de nya programmen [5, 6]. Förekomst av förväxlingsfaktorer (confounders), exempelvis hur patienter remitterats till de olika vårdprogrammen och vikt när vård initierades, gör det svårt att dra tillförlitliga slutsatser utifrån resultaten i den italienska studien [5]. I den brittiska studien finns förekomst av liknande förväxlingsfaktorer, bland annat skillnad i vikt vid inläggning [6]. I en tredje identifierad naturalistisk studie från UK jämförs heldygnsvård och dagvård för patienter med anorexia nervosa lider inte av samma förväxlingsfaktorer som de andra studierna, men andra problem som bortfall och för få rekryterade patienter enligt poweranalys [7]. Alla tre studier är dessutom små med 34, 27 och 35 analyserade patienter. Socialstyrelsens bedömning är att dessa identifierade studier inte påverkar slutsatserna.

En pågående studie identifierades vid litteratursökningen [8]. Enligt studieprotokollet inkluderas unga (8–13 år) patienter med anorexia nervosa för att randomiseras till heldygnsvård eller dagvård, och studien planeras att vara färdig i maj 2025 (enligt clinicaltrials.gov 21 april 2023). Ytterligare en regi-

strerad studie som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen [9], men denna studie behövde avbrytas på grund av bland annat problem med rekrytering under covid-19 pandemin [10].

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *För barn och ungdomar med anorexia nervosa med behov av insatser flera gånger i veckan och som deltar aktivt i sin behandling ger förstärkt stöd i öppenvård likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 92 procent av 116 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *För vuxna med anorexia nervosa med behov av insatser flera gånger i veckan och som deltar aktivt i sin behandling ger förstärkt stöd i öppenvård likvärdig eller bättre effekt på tillfrisknande jämfört med heldygnsvård.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 92 procent av 128 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att förstärkt öppenvård dominerar heldygnsvård, vilket innebär att förstärkt öppenvård kan generera bättre effekt till en lägre kostnad jämfört med heldygnsvård. Inga signifikanta skillnader för vare sig effekter eller kostnader gick dock att säkerställa mellan förstärkt öppenvård och heldygnsvård, för personer med anorexia nervosa.

Slutsatsen bygger på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Summering av effekt och evidensstyrka – dagvård jämfört med heldygnsvård

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (Riskratio, RR; oddskvot, OR; hazardkvot, HR; relative risk reduction, RRR; relativ procentuell förändring)	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (heldygnsvård)	Interventionsgrupp (dagvård)					
Remission (intermediär eller bättre, generell Morgan-Russel score)	33 av 85 (39%)	33 av 82 (40%)		RR 0,96 (95% KI 0,66 till 1,4)	167 (1), ref	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 risk för bias ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³
Viktåterhämtning (BMI efter 1 år)	17,8 (sd 1,7), n=75	18,1 (sd 2,0), n=86	MD 0,3 (95% KI -0,27 till 0,87) 0,3 BMI-enheter högre vikt i I-gruppen, ej statistisk skillnad		161 (1), ref	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 risk för bias ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³

¹ Bristande blinding och bortfall (ca 15%)

² Endast en studie

³ Konfidensintervall omfattar både positiv och negativ effekt.

Summering av effekt och evidensstyrka – öppenvård jämfört med heldygnsvård

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad i effekt eller risk mellan grupperna)	Relativ effekt (Riskratio, RR)	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (heldygnsvård)	Interventionsgrupp (öppenvård)					
Remission efter 1 år (olika mått ¹)	30 av 55 (55%) ² 19 av 33 (58%) ³	30 av 55 (55%) ² 18 av 36 (50%) ³		RR (95% KI) 1,00 (0,71 till 1,41) 0,87 (0,56 till 1,35)	110 (1), [2] 69 (1), [3]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 risk för bias ³ -1 överförbarhet ⁵ -1 precision ⁶
Viktåterhämtning efter 1 år (procent av förväntad vikt)	86,7% (9,9) 93,6%	88,2% (10,6) 95,5%	MD (95% KI) 1,48 (-2,47 till 5,43) 1,9 (-2,29 till 6,09)		104 (1), [2] 82 (1), [3]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 risk för bias ³ -1 överförbarhet ⁵ -1 precision ⁶
Vårdkonsumtion			MD (95% KI) -18 (-66,6 till 30,6) -20,2 (-39,8 till -0,6)		92 (1), [2] 82 (1), [3]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 risk för bias ³ -1 överförbarhet ⁵ -1 precision ⁶

Resultaten slås inte samman utan presenteras separat då studiernas interventionen bedöms vara allt för olika.

¹ Remission mäts med olika metoder i de ingående studierna

² Remission definieras som att ha uppnått intermediär eller bättre nivå enligt Morgan-Russel broad scale

³ Remission definieras som att ha uppnått 95% av förväntad kroppsvikt (anpassad för ålder, kön och längd)

⁴ Bristande blinding och bortfall (ca 15%)

⁵ Endast en studie

⁶ Konfidensintervall omfattar både positiv och negativ effekt.

Översikt av inkluderade studier – dagvård jämfört med heldygnsvård

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Andel som uppnår remission	Viktåterhämtning	Förbättring på symptomskattningsskalor	Mortalitet	Vårdkonsumtion
<p>Hay et al, 2019, [1]</p> <p>SÖ innefattande en RCT för denna jämförelse:</p> <p>Herpertz-Dahlmann et al, [4], 2014, Tyskland.</p> <p>SÖ av god kvalitet, ingående studie medelhög risk för bias: bortfall (ca 15%) och bristande blindning.</p>	<p>Alla patienter diagnostiserade med anorexia nervosa (DSM-IV), vikt under 10e percentilen och första gången för sjukhusinläggning. Ungdomar (11-18 år), endast flickor/kvinnor, n=172.</p> <p>Vid studiestart: medelålder 15,2 år, sjukdomsduration i medel 53 veckor.</p> <p>12 mån uppföljning.</p>	<p>Alla: 3 veckors heldygnsvård initialt för medicinsk observation/stabilisering.</p> <p>I: Dagsjukvård, följt av öppenvård vid viktstabilisering.</p> <p>K: Fortsatt heldygnsvård, följt av öppenvård vid viktstabilisering.</p>	<p>Generell Morgan-Russel score, andel intermediär eller bättre (baserat på BMI och menstruationsstatus):</p> <p>I: 33/82 (40%) K: 33/85 (39%)</p> <p>Ingen skillnad mellan grupperna (RR 0,96, 95% CI 0,66-1,4).</p>	<p>BMI, medelvärde (sd)</p> <p>Vid baslinjen:</p> <p>I: 15,3 (1,5), n=87 K: 15,2 (1,5), n=85</p> <p>Efter 1 år:</p> <p>I: 18,1 (2,0), n=86 K: 17,8 (1,7), n=75</p> <p>Patienter i dagsjukvård ökade marginellt mer i vikt, men skillnaden var icke-signifikant (MD -0,30, 95% CI -0,87 till 0,27).</p>	<p>Rapporteras ej.</p>	<p>Rapporteras ej.</p>	<p>Rapporteras ej.</p>

Översikt av inkluderade studier – öppenvård jämfört med heldygnsvård

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Andel som uppnår remission	Viktåterhämtning	Förbättring på symptomskattningsskalor	Mortalitet	Vårdkonsumtion (antal dagar inom heldygnsvård)
<p>Hay et al, 2019, [1]</p> <p>SÖ innefattande två RCT:er för denna jämförelse:</p> <p>Gowers et al, 2010, [2], UK (studie 1)</p> <p>Madden et al, 2014, [3], Australien (studie 2)</p> <p>SÖ av god kvalitet, ingående studier låg till medelhög risk</p>	<p>Alla patienter diagnostiserade med anorexia nervosa (DSM-III eller DSM-IV).</p> <p><u>Studie 1</u> Ungdomar (11-17 år), 92% flickor/kvinnor, n=167. Vid studiestart: medelålder 14,9 år, sjukdomsduration i medel 13 mån. Uppföljning vid 1, 2 och 5 år.</p> <p><u>Studie 2</u> Ungdomar (11-18 år), 95% flickor/kvinnor</p>	<p><u>Studie 1</u> I1: Specialiserad öppenvård. I2: Icke-specialiserad öppenvård K: Heldygnsvård.</p> <p><u>Studie 2</u> I: Heldygnsvård till medicinsk stabilisering, därefter specialiserad öppenvård. K: Heldygnsvård, följt av öppenvård vid viktstabilisering.</p>	<p><u>Studie 1</u> Morgan-Russel broad scale, andel intermediär eller bättre: 1 år I1: 30/55 (55%) I2: 41/55 (75%) K: 30/55 (55%)</p> <p>I1 vs K: RR 1,00 [95% KI 0,71 till 1,41]</p> <p><u>Studie 2</u> Andel som uppnår remission¹: I: 18/36 (50%) K: 19/33 (58%)</p>	<p><u>Studie 1</u> Medelvärde (sd) procent av förväntad vikt: Baslinje I1: 77,1 (8,1), n=55 I2: 78,8 (7,9), n=55 K: 78,2 (8,1), n=57</p> <p>1 år I1: 88,2 (10,6), n=52 I2: 90,9 (13,3), n=50 K: 86,7 (9,9), n=52</p> <p>I1 vs K (1 år): MD 1,48 procentenheter [95% KI -2,47 till 5,43]</p> <p><u>Studie 2</u></p>	<p>Rapporteras ej.</p>	<p>Rapporteras ej.</p>	<p><u>Studie 1</u> Medelvärde (sd) för antal nätter inom heldygnsvård per 24 månader: I1: 55 (114), n=45 I2: 89 (159), N=43 K: 73 (124), n=47</p> <p>Medelvärde (sd) för antal öppenvårdsbesök per 24 månader) I1: 26 (22), n=45 I2: 31 (24), n=43 K: 23 (20), n=47</p> <p><u>Studie 2</u> Medelvärde för antal sjukhusdagar per 12 månader: I: 45,2</p>

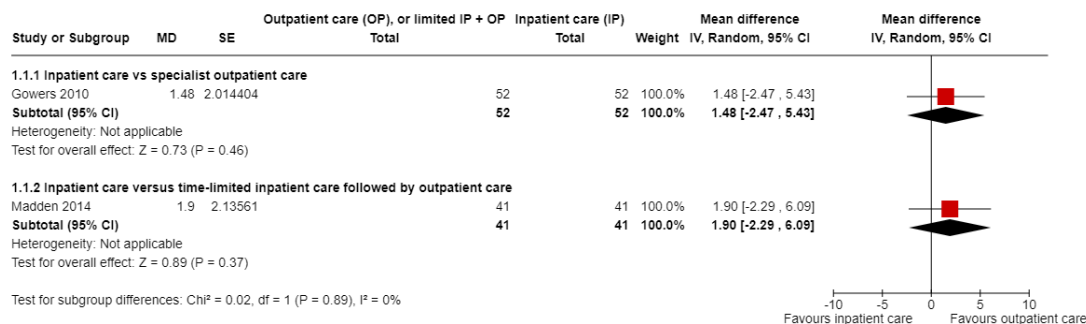
<p>för bias: bristande blindning och bortfall.</p>	<p>nor, n=82. Vid studiestart: medelålder 14,9 år, sjukdomsduration i medel 7,6 mån. 12 månaders uppföljning.</p>		<p>RR 0,87 [95% KI 0,56 till 1,35] Minskad risk att uppnå remission i K-gruppen, ej statistiskt signifikant</p>	<p>Medelvärde (sd) procent av förväntad vikt (hämtat från originalstudie): Baslinje I: 77,3 (6,7) K: 79,3 (6,0) Vid utskrivning från heldygnsvård I: 84,4 K: 92,0 1 år I: 95,5 K: 93,6 MD (1 år) 1,9 procentenheter (95% KI -2,3 till 6,1), n.s.</p>		<p>K: 65,5 Medelvärdeskillnad: -20,2 (95% KI -40,1 till -0,3), p=0,046</p>
--	---	--	---	--	--	---

¹Remission definieras som att ha uppnått 95% av förväntad kroppsvikt (anpassad för ålder, kön och längd)

Metaanalys

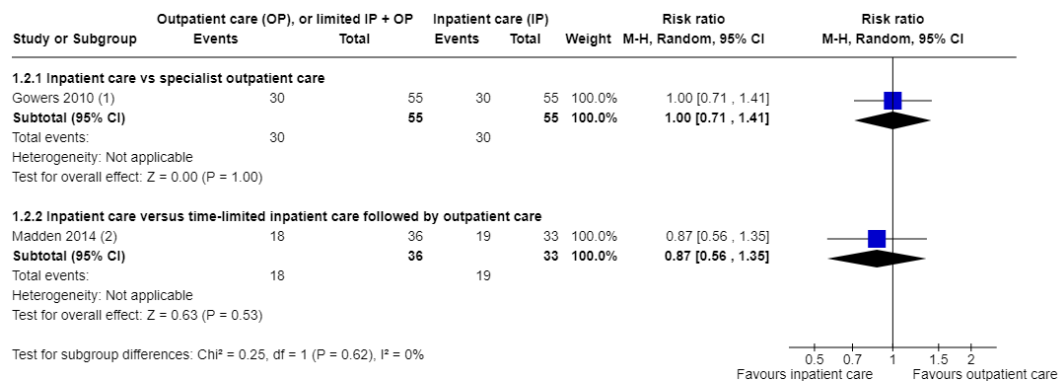
Nedan presenteras metaanalyser för effekten av öppenvård jämfört med heldygnsvård. Detta eftersom Socialstyrelsen gjort egna metaanalyser, då de som presenterades i den systematiska översikten [1] inkluderade andra jämförelser i metaanalyserna. Metaanalyser för jämförelsen mellan dagvård och heldygnsvård finns i den systematiska översikten.

Viktåterhämtning, öppenvård jämfört med heldygnsvård



Figur 1. Viktåterhämtning efter 1 år mätt i procent av förväntad vikt (anpassad för ålder, kön och längd) [2, 3]. Data för Madden et al är hämtade direkt från originalstudier då den systematiska översikten [1] redovisade resultat från studier på olika sätt samt inkluderade jämförelser som ej var aktuella för frågeställningen.

Remission, öppenvård jämfört med heldygnsvård

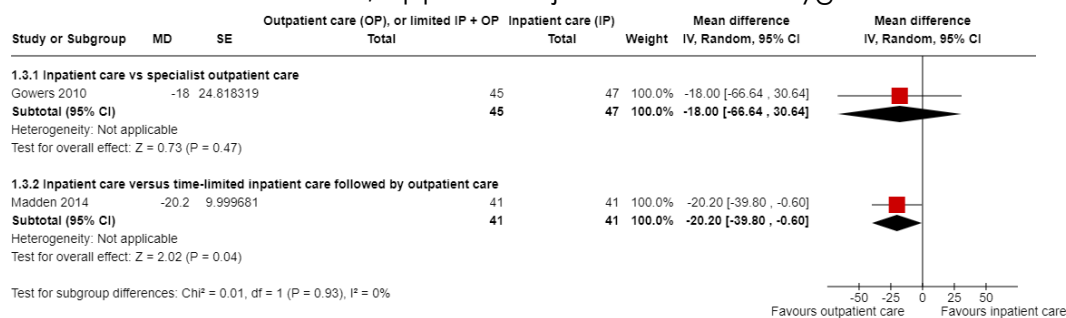


Footnotes

- (1) Andel som enligt Morgan-Russel broad scale uppnått intermediär eller bättre nivå
- (2) Andel som uppnått 95% av förväntad kroppsvikt

Figur 2. Remission efter 1 år. Remission definieras som att ha uppnått intermediär eller bättre nivå enligt Morgan-Russel broad scale [2] och att ha uppnått 95% av förväntad kroppsvikt (anpassad för ålder, kön och längd) [3]. Data hämtade från den systematiska översikten [1].

Konsumtion av slutenvård, öppenvård jämfört med heldygnsvård



Figur 3. Konsumtion av slutenvård efter 1–2 år. Antal nätter inom heldygnsvård per 24 månader [2] och antal sjukhusdagar per 12 månader [3]. Data hämtade från originalstudier.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har förstärkt öppenvård för personer med anorexia nervosa i behov av intensifierade insatser, jämfört med att behandlas inom slutenvården, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, person i behov av intensifierade insatser
- Intervention/åtgärd: Förstärkt öppenvård (dagsjukvård eller tät öppenvård)
- Kontrollgrupp: Slutenvård
- Utfallsmått:
 - Primära: Remission, BMI/vikt, mortalitet, symtomskattningsskalor (EDEQ, CIA), livskvalitet
 - Sekundära: Vårdkonsumtion (exempelvis tid till friskförklarande)
- Studietyp: Systematiska översikter, RCT, icke-randomiserade studier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	125
Artiklar som lästes i fulltext	18
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 SÖ (inkluderandes 3 RCT)

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-03-08; 2023-05-12			
Ämne: Öppenvård (dagsjukvård eller tät öppenvård) för personer med anorexia nervosa			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Anorexia Nervosa"[Mesh] OR "Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR anorexia*[tiab] OR eating disorder*[tiab]	59,836
2.	Mesh/FT	"Inpatients"[Mesh] OR "Hospitalization"[Mesh:NoExp] OR inpatient*[tiab] OR hospitalized[tiab] OR residential program*[tiab]	360,107
3.		1 AND 2	3,245
4.	Mesh/FT	"Day Care, Medical"[Mesh] OR Day program*[tiab] OR partial hospitalization*[tiab] OR day patient treatment[tiab] OR day hospital treatment[tiab] OR intensive outpatient program*[tiab] OR intensive treatment program*[tiab]	6,542
5.		3 AND 4 English	101
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	5
7.		5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	13
Sökning 2023-05-12 på observationsstudier:			
8.		5 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Time Factors"[Mesh] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Case Reports" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case series[tiab] OR evaluat*[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab]	78

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-03-08			
Ämne: Öppenvård (dagsjukvård eller tät öppenvård) för personer med anorexia nervosa			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Anorexia Nervosa] explode all trees OR MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] this term only OR (anorexia* OR "eating disorder*"):ti,ab,kw	8 823
2.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Inpatients] explode all trees OR MeSH descriptor: [Hospitalization] this term only OR (inpatient* OR hospitalized OR "residential program*"):ti,ab,kw	230 120
3.		1 AND 2	1 095
4.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Day Care, Medical] explode all trees OR ("Day program*" OR "partial hospitalization*" OR "day patient treatment" OR "day hospital treatment" OR "intensive outpatient program*" OR "intensive treatment program*"):ti,ab,kw	638
5.		3 AND 4	35 CDSR 1 Central 25

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-03-08; 2023-05-12 (för observationsstudier)			
Ämne: Öppenvård (dagsjukvård eller tät öppenvård) för personer med anorexia nervosa			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/MH/FT	(DE "Anorexia Nervosa") OR (DE "Eating Disorders") OR (MH "Anorexia") OR (MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Eating Disorders") OR TI (anorexia* OR "eating disorder*") OR AB (anorexia* OR "eating disorder*")	65,653
2.	DE/MH/FT	((DE "Residential Care Institutions") OR (DE "Psychiatric Hospitalization")) OR (DE "Psychiatric Units") OR (MH "Inpatients") OR (MH "Hospitalization") OR TI (inpatient* OR hospitalized OR "residential program*" OR residential care") OR AB (inpatient* OR hospitalized OR "residential program*" OR residential care)	295,697
3.		1 AND 2	4,165
4.	DE/MH/FT	(DE "Partial Hospitalization") OR (MH "Day Care") OR TI ("Day program*" OR "partial hospitalization*" OR "day patient treatment" OR "day hospital treatment" OR "intensive outpatient program*" OR "intensive treatment program*") OR AB ("Day program*" OR "partial hospitalization*" OR "day patient treatment" OR "day hospital treatment" OR "intensive outpatient program*" OR "intensive treatment program*")	7,093
5.		3 AND 4 Narrow by Language: - English	168

6.	5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	3
7.	5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	15
Sökning 2023-05-12 på observationsstudier:		
8.	5 AND TI ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) OR AB ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional)	61

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Baudine J, et al. 2021 [11]	Ej relevanta jämförelser
Kotilahti E, et al. 2020 [12]	Ej relevanta jämförelser
Pehlivan M, et al. 2022 [13]	Ej SÖ, ej relevanta jämförelser
Zanna V, et al. 2021	Risk för förväxlingsfaktorer
Birchall H, et al. 2002	Risk för förväxlingsfaktorer
Cotter LJ, et al. 2016	Hög risk för bias

Referenser

1. Hay PJ, Touyz S, Claudino AM, Lujic S, Smith CA, Madden S. Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; (1).

2. Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B, Griffiths A, et al. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOuCAN trial. *Health Technol Assess*. 2010; 14(15):1-98.
3. Madden S, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Kohn M, Lock J, Le Grange D, et al. A randomized controlled trial of in-patient treatment for anorexia nervosa in medically unstable adolescents. *Psychol Med*. 2015; 45(2):415-27.
4. Herpertz-Dahlmann B, Schwarte R, Krei M, Egberts K, Warnke A, Wewetzer C, et al. Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial. *Lancet*. 2014; 383(9924):1222-9.
5. Zanna V, Cinelli G, Criscuolo M, Caramadre AM, Castiglioni MC, Chianello I, et al. Improvements on Clinical Status of Adolescents With Anorexia Nervosa in Inpatient and Day Hospital Treatment: A Retrospective Pilot Study. *Front Psychiatry*. 2021; 12:653482.
6. Birchall H, Palmer RL, Waite J, Gadsby K, Gatward N. Intensive day programme treatment for severe anorexia nervosa--the Leicester experience. *Psychiatric Bulletin*. 2002; 26(9):334-6.
7. Cotter LJ, Lacey HJ, Morgan JF, Sly R, Ussher MH. Comparing treatment programmes for anorexia. *British Journal of Healthcare Management*. 2016; 22(1):34-9.
8. Nct. "COTIDEA COmparison Between Continued Inpatient Treatment Versus Day Patient Treatment (Partial Hospitalization) After Short Inpatient Care in Early Onset Anorexia Nervosa: a Non-inferiority Trial A Non-inferiority Study". <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04479683>. 2020.
9. Irish M, Dalton B, Potts L, McCombie C, Shearer J, Au K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of a 'stepping into day treatment' approach versus inpatient treatment as usual for anorexia nervosa in adult specialist eating disorder services (DAISIES trial): a study protocol of a randomised controlled multi-centre open-label parallel group non-inferiority trial. *Trials*. 2022; 23(1):1-18.
10. Phillips M, Ince B, Webb H, Dalton B, McCombie C, Irish M, et al. Autopsy of a failed trial part 1: A qualitative investigation of clinician's views on and experiences of the implementation of the DAISIES trial in UK-based intensive eating disorder services. *Eur Eat Disord Rev*. 2023.
11. Baudinet J, Simic M. Adolescent Eating Disorder Day Programme Treatment Models and Outcomes: A Systematic Scoping Review. *Front Psychiatry*. 2021; 12:652604.
12. Kotilahti E, West M, Isomaa R, Karhunen L, Rocks T, Ruusunen A. Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders: Systematic review. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(8):1280-302.

13. Pehlivan MJ, Miskovic-Wheatley J, Le A, Maloney D, Research Consortium NED, Touyz S, et al. Models of care for eating disorders: findings from a rapid review. *J Eat Disord.* 2022; 10(1):166.

Id AN9: Individanpassat stöd för långvarigt sjuka

Tillstånd: Långvarigt svårt sjuk i anorexia nervosa, otillräcklig effekt av tidigare behandling, vuxna

Åtgärd: Individanpassat stöd för att förbättra livskvalitet

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan göra det möjligt för patienten att behålla och eventuellt förbättra sin livskvalitet, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den kan även bidra till minskad risk för allvarlig försämring och de skadliga följderna som ätstörningen kan orsaka. Insatsen kan också möjliggöra en trygg och förtroendeingivande kontakt med vården, vilken kan skapa förutsättningar för nya försök till viktåterhämtande behandling i framtiden.

Kommentar: Insatsen avser vuxna personer som i nuläget är oförmögna att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning och för vilka det ofta saknas alternativ. Ätstörningsbehandling med fokus på viktåterhämtning kan bli aktuell, exempelvis när patienten blir motiverad.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Personer med långvarig, svår anorexia nervosa har haft diagnosen anorexia nervosa i minst sju år och har trots tre eller fler behandlingsförsök fortsatt en mycket svår sjukdom. Vid detta tillstånd kan personen i stunden vara oförmögen att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning.

Personer med tillståndet har ofta allvarliga medicinska komplikationer och psykiatriska tillstånd, och har därmed en markant minskning av förväntad livslängd.

Åtgärden: Åtgärden syftar till att anpassa insatser utifrån patientens bedömda behov och förutsättningar med fokus på att förbättra livskvaliteten när patienten inte är beredd att fokusera på viktuppgång. Insatser utförs normalt inom den specialiserade vården och bör lämpligen innefatta:

- Fokus på stödjande funktioner för att främja livskvalitet
- Sätta upp tydliga förväntningar och mål tillsammans med patienten
- Överenskommelse om vad som bör ske vid en försämring
- Stöd- och vårdsamordning, med tillgång till kompetens från flera professioner
- Regelbundna somatiska kontroller som utgår från en överenskommelse med patienten om att hen ska vara i ett stabilt tillstånd.

Åtstörningsbehandling med fokus på viktåterhämtning kan bli aktuell, exempelvis när patienten blir motiverad. Det är därför viktigt med kontinuitet i kontakten med vården för att kunna etablera en trygg och förtroendeingivande kontakt. Det är även viktigt att säkerställa att patienten tidigare erbjudits god behandling, samt att fastställa varför tidigare behandling inte fungerat eller avbrutits.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av individanpassat stöd för att förbättra livskvaliteten hos vuxna som varit långvarigt svårt sjuka i anorexia nervosa med otillräcklig effekt av tidigare behandling är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för vuxna med långvarigt svår anorexia nervosa, som i nuläget är oförmögna att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning, ökar individanpassat stöd möjligheten att uppnå en förbättrad livskvalitet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen. Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ) eller randomiserade kontrollerade studier (RCT). I granskningen inkluderas således inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

Ett antal studier lästes i fulltext men exkluderades därefter. I en SÖ från Hay et al, 2012, sammanställs aktuell forskning avseende behandling för svår och långvarig anorexia nervosa [1]. Denna SÖ konstaterar att forskningsunderlaget är svagt och har låg kvalitet, och att det saknas publicerade RCT-studier. Istället diskuterades fynd från ett antal öppna icke-kontrollerade studier, varför denna SÖ exkluderas från underlaget. I en annan SÖ från Kotilahti et al., 2020, identifierades en RCT-studie (vilken presenteras nedan), som dock inte uppfyller inklusionkriterier för att tas med i denna granskning [2]. Även en tredje mini-översikt från Zhu et al., 2020, konstaterades också att det saknas studier som besvarar frågeställningen [3].

En RCT-studie identifierades, vilken också nämns i samtliga översikter ovan. Studien jämför två olika insatser (SSCM och KBT-E) för svår och långvarig anorexia nervosa, men de olika interventionerna har båda anpassats för gruppen som är långvarigt sjuk i anorexia nervosa [4]. Därmed svarar studien inte på frågan hur individanpassat stöd står sig i jämförelse med sedvan-

lig behandling. I ytterligare en artikel diskuteras olika vägar för omhändertagande av svår och långvarig ätstörning [5]. Dessa rekommendationer baseras dock inte på kontrollerade studier, varpå den inte uppfyller kriterier för inklusion.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *För vuxna med långvarigt svår anorexi, som i nuläget är oförmögna att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning, ökar individanpassat stöd möjligheten att uppnå en förbättrad livskvalitet, jämfört med att inte få individanpassat stöd.*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 96 procent av 172 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har individanpassat stöd (exempelvis med case management) med fokus på förbättrad livskvalitet för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa som har haft otillräcklig effekt av tidigare behandling, jämfört med inget individanpassat stöd, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Långvarigt svårt sjuk i anorexia nervosa (SEED-AN/SEAN), otillräcklig effekt av tidigare behandling, vuxna
- Intervention/åtgärd: Individanpassat stöd för att förbättra livskvalitet (exempelvis case management)
- Kontrollgrupp: Inget individanpassat stöd (exempelvis TAU), ingen behandling
- Utfallsmått:
 - Primära: Mortalitet, livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter interventionen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM)
 - Sekundära: BMI/vikt, remission, symtomskattningsskalor (SEDI, EDEQ, CIA), risk för sjukhusinläggning
- Studietyp: systematiska översikter, randomiserade kontrollerade studier

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	73
Artiklar som lästes i fulltext	5
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-03-03

Ämne: Individanpassat stöd för att förbättra livskvalitet för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	("Anorexia Nervosa/psychology"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa/rehabilitation"[Mesh] OR "Anorexia Nervosa/therapy"[Mesh] OR "Anorexia/psychology"[Mesh] OR "Anorexia/rehabilitation"[Mesh] OR "Anorexia/therapy"[Mesh] OR anorexia nervosa*[tiab] OR anorexia*[ti] OR SEED-AN[tiab] OR enduring eating disorder*[tiab]) OR ((SE-ED[tiab] OR SEED[tiab]) AND (eating disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab]))	20,310
2.	FT/tiab	severe[tiab] OR enduring[tiab] OR treatment resistan*[tiab] OR chronic [tiab] OR long-term[tiab] OR longterm[tiab] OR longstanding[tiab] OR long-standing[tiab] OR failed treatment attempt*[tiab] OR treatment fail*[tiab]	3,295,886
3.		1 AND 2	20,310
4.	Mesh/FT	"Patient-Centered Care"[Mesh] OR "Patient Participation"[Mesh] OR "Case Management"[Mesh] OR "Social Support"[Majr] OR case manag*[tiab] OR care pathway*[tiab] OR care map[tiab] OR care maps[tiab] OR managed care[tiab] OR care planning[tiab] OR care coordinat*[tiab] OR coordinated care[tiab] OR coordinated program*[tiab] OR social support[tiab] OR support*[ti]	385,571
5.	FT/tiab	(Individualis*[tiab] OR individualiz*[tiab] OR Patient Centered[tiab] OR Person Centered [tiab] OR Patient Focused[tiab] OR Client Centered [tiab] OR ClientCentred[tiab] OR personaliz*[tiab] OR personalis*[tiab] OR Patient Participation[tiab] OR patient involvement[tiab] OR patient engagement[tiab]) AND (care[tiab] OR support*[tiab] OR program*[tiab] OR service*[tiab])	87,579
6.		4 OR 5	385,571
7.		3 AND 6 AND NOT cancer*[ti]	55
8.		"Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	
9.		7 AND 8	1
10.		Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	
11.		7 AND 10	10

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: PsycInfo, PsycArticles Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-03-03			
Ämne: Individanpassat stöd för att förbättra livskvalitet för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT/TI, AB	DE "Anorexia Nervosa" OR TI (anorexia* OR SEED-AN OR "enduring eating disorder*") OR AB (anorexia* OR SEED-AN OR "enduring eating disorder*")	24,363
2.	FT/TI, AB	TI (SE-ED OR SEED OR SEAN) OR AB (SE-ED OR SEED OR SEAN))	6,420
3.	FT/TI, AB	TI ("eating disorder*" OR anorexia*) OR AB ("eating disorder*" OR anorexia*)	37,009
4.		2 AND 3	52
5.		1 OR 4	24,368
6.	FT/TI, AB	TI (severe OR enduring OR "treatment resistan*" OR chronic OR long-term OR longterm OR longstanding OR long-standing OR "failed treatment attempt*" OR "treatment fail*") OR AB (severe OR enduring OR "treatment resistan*" OR chronic OR long-term OR longterm OR longstanding OR long-standing OR "failed treatment attempt*" OR "treatment fail*")	451,013
7.	FT/tiab	5 AND 6	3,366
8.		DE "Case Management" OR DE "Patient Centered Care" OR DE "Client Participation" OR DE "Social Support" OR TI ("case manag*" OR "care pathway*" OR "care map" OR "care maps" OR "managed care" OR "care planning" OR "care coordinat*" OR "coordinated care" OR "coordinated program*" OR "social support" OR support*) OR AB ("case manag*" OR "care pathway*" OR "care map" OR "care maps" OR "managed care" OR "care planning" OR "care coordinat*" OR "coordinated care" OR "coordinated program*" OR "social support")	159,035
9.	Mesh/FT	TI (Individualis* OR individualiz* OR "Patient Centered" OR "Person Centered" OR "Patient Focused" OR "Client Centered" OR ClientCentred OR personaliz* OR personalis* OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "patient engagement") OR AB (Individualis* OR individualiz* OR "Patient Centered" OR "Person Centered" OR "Patient Focused" OR "Client Centered" OR ClientCentred OR personaliz* OR personalis* OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "patient engagement")	68,472
10.		TI (care OR support* OR program* OR service*) OR AB (care OR support* OR program* OR service*)	1,557,970
11.		9 AND 10	34,892
12.		8 OR 11	189,013
13.		7 AND 12 Academic journals ; English	49

14.	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
15.	13 AND 14	2
16.	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
17.	13 AND 16	13

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cinahl Databasleverantör: Ebsco Datum: 2023-03-03			
Ämne: Individanpassat stöd för att förbättra livskvalitet för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT	(MH "Anorexia/RH/TH/PF") OR (MH "Anorexia Nervosa") OR TI (anorexia* OR SEED-AN OR "enduring eating disorder*") OR AB (anorexia* OR SEED-AN OR "enduring eating disorder*")	10,178
2.	DE/FT/TI, AB	TI (SE-ED OR SEED OR SEAN) OR AB (SE-ED OR SEED OR SEAN))	10,128
3.	FT/TI, AB	TI ("eating disorder*" OR anorexia*) OR AB ("eating disorder*" OR anorexia*)	19,577
4.	FT/TI, AB	2 AND 3	41
5.		1 OR 4	10,190
6.	FT/TI, AB	TI (severe OR enduring OR "treatment resistan*" OR chronic OR long-term OR longterm OR longstanding OR long-standing OR "failed treatment attempt*" OR "treatment fail*") OR AB (severe OR enduring OR "treatment resistan*" OR chronic OR long-term OR longterm OR longstanding OR long-standing OR "failed treatment attempt*" OR "treatment fail*")	722,217
7.		5 AND 6	1,819
8.	DE/FT/TI, AB	(MH "Case Management") OR (MH "Case Managers") (MH "Patient Centered Care") OR (MH "Support, Social") OR (MH "Support, Psychosocial") OR TI ("case manag*" OR "care pathway*" OR "care map" OR "care maps" OR "managed care" OR "care planning" OR "care coordinat*" OR "coordinated care" OR "coordinated program*" OR	222,333

"social support" OR support*) OR AB ("case manag*" OR "care pathway*" OR "care map" OR "care maps" OR "managed care" OR "care planning" OR "care coordinat*" OR "coordinated care" OR "coordinated program*" OR "social support")

9.	FT/TI, AB	TI (Individualis* OR individualiz* OR "Patient Centered" OR "Person Centered" OR "Patient Focused" OR "Client Centered" OR ClientCentred OR personaliz* OR personalis* OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "patient engagement") OR AB (Individualis* OR individualiz* OR "Patient Centered" OR "Person Centered" OR "Patient Focused" OR "Client Centered" OR ClientCentred OR personaliz* OR personalis* OR "Patient Participation" OR "patient involvement" OR "patient engagement")	77,865
10.	FT/TI, AB	TI (care OR support* OR program* OR service*) OR AB (care OR support* OR program* OR service*)	1,823,616
11.		9 AND 10	45,841
12.		8 OR 11	261,853
13.		7 AND 12 Academic journals ; English	39
14.	FT/TI, AB	TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	
15.		13 AND 14	1
16.	FT/TI, AB	TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	
17.		13 AND 16	13

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Hay et al., 2012 [1]	Innehåller inga primärstudier som är relevanta
Kotilahti et al., 2020 [2]	Innehåller inga primärstudier som är relevanta
Reay et al., 2022 [5]	Innehåller inga primärstudier som är relevanta

Touyz et al., 2013 [4]	Fel intervention, både SSCM och CBT-E har viss anpassning utifrån SEED-AN
Zhu et al., 2020 [3]	Innehåller inga primärstudier som är relevanta

Referenser

1. Hay PJ, Touyz S, Sud R. Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012; 46(12):1136-44.
2. Kotilahti E, West M, Isomaa R, Karhunen L, Rocks T, Ruusunen A. Treatment interventions for Severe and Enduring Eating Disorders: Systematic review. *Int J Eat Disord*. 2020; 53(8):1280-302.
3. Zhu J, Yang Y, Touyz S, Park R, Hay P. Psychological Treatments for People With Severe and Enduring Anorexia Nervosa: A Mini Review. *Front Psychiatry*. 2020; 11:206.
4. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2013; 43(12):2501-11.
5. Reay M, Holliday J, Stewart J, Adams J. Creating a care pathway for patients with longstanding, complex eating disorders. *J Eat Disord*. 2022; 10(1):128.

Id AN10: Självvald inläggning för personer som varit långvarigt sjuka

Tillstånd: Långvarigt svårt sjuk i anorexia nervosa, otillräcklig effekt av tidigare behandling, vuxna

Åtgärd: Självvald inläggning (SI)

Prioritet: 5

Motivering: Hälsotillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Insatsen kan stärka patientens delaktighet i och medbestämmande av sin vård, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen ska inte förekomma som enskild insats utan ska vara en del i en individanpassad långsiktig vårdplan för vissa patienter. Det finns osäkerhet om nyttan av insatsen på lång sikt.

Kommentar: Insatsen förutsätter att det finns kontinuitet och kompetens hos vårdpersonalen.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Personer med långvarig, svår anorexia nervosa har haft diagnosen anorexia nervosa i minst sju år och har trots tre eller fler behandlingsförsök fortsatt en mycket svår sjukdom. Vid detta tillstånd kan personen i stunden vara oförmögen att följa ett behandlingsprogram som fokuserar på viktåterhämtning.

Personer med tillståndet har ofta allvarliga medicinska komplikationer och psykiatriska tillstånd, och har därmed en markant minskning av förväntad livslängd.

Åtgärden: Självvald inläggning (SI) är en metod som även kallas för brukarstyrd inläggning. Metoden ger personen möjlighet att själva välja om och när denne vill bli inlagd på en vårdavdelning för psykiatrisk heldygnsvård, genom en överenskommelse med vården. Hälso- och sjukvården bör planera tillgången till vårdplatser på ett sådant sätt att en patient inte riskerar att nekas plats när denne vill använda självvald inläggning.

Metoden är tänkt att ge patienten ökad kontroll över sin vård och behandling. Genom att delta aktivt i beslutsprocessen och vara delaktig i planeringen av vården kan individen känna sig mer engagerad och delaktig i vägen mot ett tillfrisknande. Metoden möjliggör också ett ökat samarbete mellan vårdgivaren och personen med ätstörningen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av SI hos vuxna långvarigt svårt sjuka i anorexia nervosa med otillräcklig effekt av tidigare behandling, är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat antal heldygnsvårdsinläggningar, antal dagar i heldygnsvård, antal öppenvårdsbesök och dagar med tvångsvård under 12 mån efter interventionen är mycket låg. Det saknas relevanta studier som analyserar andra betydelsefulla utfallsmått, såsom patientens livskvalitet, upplevda hälsa efter behandlingen, upplevelse av vården eller symtomskattningsskalor.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för vuxna med långvarigt svår anorexia nervosa, som har haft otillräcklig effekt av tidigare behandling, leder metoden självvald inläggning till att:

- stärka patientens delaktighet och medbestämmande av sin vård
- bidra till ökad sjukdomsinsikt hos patienten
- förbättra patientens livskvalitet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en svensk icke randomiserad kontrollerad studie (Strand et al., 2020) med 29 patienter som erbjudits och accepterat självvald inläggning [1]. Dessa jämförs med en matchad kontrollgrupp på 113 patienter. Samtliga hade diagnosticerats med anorexi, och även om det inte framgår i artikeln hur många som bedömdes ha Severe and Enduring Eating Disorders (SEED) så anger författaren (Mattias Strand) på förfrågan att ca 85% SEED-kriterier som enligt författaren bl.a. innefattar en sjukdomsduration på minst 3 år kombinerat med minst 2 evidensbaserade behandlingsförsök.

Studien utvärderade förändring av vårdkonsumtion och sjukskrivning under 12 månader efter interventionen. Data på de utfall som kvalitetsgranskades hämtades från Socialstyrelsens patientregister, Statistiska Centralbyråns (SCB) Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier (LISA) och från journaler. En mindre andel av kontrollgruppen som haft heldygnsvårdsinläggningar under de senaste 12 månaderna användes också, eftersom den bedömdes vara mer jämförbar med interventionsgruppen. Denna mindre andel benämndes Moderate-utilization comparison group, medan hela kontrollgruppen kallades för Low-utilization comparison group.

Av fem utfall som kvalitetsgranskades hade fyra låg risk för bias och gick vidare för gradering av tillförlitligheten med hjälp av GRADE. De fyra utfallen med låg risk för bias i kvalitetsgranskningen var: 1) Antal heldygnsvårdsinläggningar, 2) Antal dagar i heldygnsvård, 3) Antal öppenvårdsbesök och 4) Antal dagar med tvångsvård. Det utfall som bedömdes ha hög risk för bias var: Antal sjukskrivningar.

Två studier exkluderades efter läsning i fulltext (Strand et al., 2015 [2]; Strand et al., 2021 [3]). Den förra var en SÖ som avsåg fel population (självvald inläggning inom andra psykiatriska verksamheter än ätstörning). Den senare var en kohortstudie som utvärderar samma resultatmönster som i den inkluderade studien, men ur ett vårdgivar- och kostnadsperspektiv, och inkluderade ej patientutfall.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *För vuxna med långvarigt svår anorexia leder metoden självvald inläggning till att stärka patientens delaktighet och medbestämmande av sin vård.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 100 procent av 43 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *För vuxna med långvarigt svår anorexia leder metoden självvald inläggning till att bidra till ökad sjukdomsinsikt hos patienten.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 93 procent av 42 svarande instämde i påståendet.

Påstående 3: *För vuxna med långvarigt svår anorexia leder metoden självvald inläggning till att förbättra patientens livskvalitet.*

Konsensus för påstående 3 uppnåddes eftersom 95 procent av 37 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Medelvärde i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp			Skillnad i medelvärde mellan grupperna	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp 1 - Moderate-utilization comparison group (n=27)	Kontrollgrupp 2 - Low- utilization comparison group (n = 113)	Interventionsgrupp (n=29)				
Antal HV-inläggningar under 12 mån efter intervention	Före: 2.2 Efter: 2.1	Före: 0.5 Efter: 0.7	Före: 2.3 Efter: 6.3	K1 minskar 6,7%, p=0,746 K2 ökar 36,8%, p=0,108 I ökar 171,7%, p=0,001	142 (1 studie) [1]	⊕○○○	Studiedesign ¹ : -2 Tillförlitlighet ² : -1 Överförbarhet ³ : -1
Antal dagar i HV under 12 mån efter intervention	Före: 71.0 Efter: 62.4	Före: 17.0 Efter: 22.9	Före: 139.7 Efter: 68.2	K1 minskar 12,1%, p=0,336 K2 ökar 34,7%, p=0,259 I minskar 51,1%, p=0,001	142 (1 studie) [1]	⊕○○○	Studiedesign ¹ : -2 Tillförlitlighet ² : -1 Överförbarhet ³ : -1
Antal öppenvårdsbesök under 12 mån efter intervention	Före: 6.7 Efter: 6.5	Före: 3.4 Efter: 4.0	Före: 11.5 Efter: 12.8	K1 minskar 2,8%, p=0,761 K2 ökar 18,5%, p=0,157 I ökar 11,7%, p=0,330	142 (1 studie) [1]	⊕○○○	Studiedesign ¹ : -2 Tillförlitlighet ² : -1 Överförbarhet ³ : -1
Dagar med tvångsvård under 12 mån efter intervention	Före: 18.4 Efter: 6.1	Före: 4.4 Efter: 3.2	Före: 10.3 Efter: 9.4	K1 minskar 70,0%, p=0,310 K2 minskar 28,0%, p=0,838 I minskar 9,3%, p=0,917	142 (1 studie) [1]	⊕○○○	Studiedesign ¹ : -2 Tillförlitlighet ² : -1 Överförbarhet ³ : -1

¹ Studiedesign. Avdrag eftersom studien inte är en RCT studie.

² Tillförlitlighet. I kvalitetsgranskningen fick effektmåttet måttlig risk för bias på grund av att den enskilda studien fick hög risk för bias för domänen confounding. Exempelvis justeras inte för kön, socioekonomisk status, region, psykiatrisk samsjuklighet eller undertyp av anorexia nervosa.

Selektionen av exponerade (patientgruppen) och oexponerade (kontrollgruppen) rekryteras inte från samma studiebas, där patientgruppen rekryteras från en enskild klinik i Stockholm medan kontrollgruppen identifieras via register från hela Sverige. Enligt författarna hade patientgruppenen högre grad av sjukvårdskonsumtion än de båda mycket högre nivå av tidigare sjukvårdsanvändning än de båda kontrollgrupperna.

³Överförbarhet. Avdrag eftersom enbart en studie ingår i bedömningen.

I artikeln framgår inte hur stor andel av patientgruppen eller kontrollgruppen som utgörs av SEED-AN. Författaren har dock meddelat att 85 % av patientgruppen utgörs av SEED-AN. För kontrollgruppen är det svårare att avgöra hur stor andel som har SEED-AN eller anorexia nervosa.

Förkortningar: HV=heldygnsvård, i=intervention, k=kontroll, n=antal, TAU=treatment as usual

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i intervention (I)- och kontrollgrupp (K)	Antal HV-inläggningar under 12 mån efter intervention (medelvärde)	Antal dagar i HV 12 mån efter intervention (medelvärde)	Antal öppenvårdsbesök under 12 mån efter intervention (medelvärde)	Dagar med tvångsvård under 12 mån efter intervention (medelvärde)	Övrigt
Strand et al 2020 [1] Icke randomiserad kontrollerad studie Sverige Måttlig risk för bias	<p>Patienter med ätstörning (AN). N = 142.</p> <p>Intervention (I) n=29</p> <p>Kontrollgrupp 1 (K1) - Moderate-utilization comparison group som fått heldygnsvård (HV) inom 12 mån före intervention) n=27</p> <p>Kontrollgrupp 2 (K2) - Low- utilization comparison group n = 113</p> <p>Deltagare inkluderades i studien åren 2013–2019 och följdes upp i 12 månader.</p>	<p>I=självald inläggning i heldygnsvård (HV)</p> <p>K=TAU</p>	<p>K1 minskar 6,7%, p=0,746</p> <p>K2 ökar 36,8%, p=0,108</p> <p>I ökar 171,7%, p=0,001</p>	<p>K1 minskar 12,1%, p=0,336</p> <p>K2 ökar 34,7%, p=0,259</p> <p>I minskar 51,1%, p=0,001</p>	<p>K1 minskar 2,8%, p=0,761</p> <p>K2 ökar 18,5%, p=0,157</p> <p>I ökar 11,7%, p=0,330</p>	<p>K1 minskar 70,0%, p=0,310</p> <p>K2 minskar 28,0%, p=0,838</p> <p>I minskar 9,3%, p=0,917</p>	<p>Andelen i interventionsgruppen som uppfyller kriterier för SEED [4] är ca 85% (Strand, personligt meddelande 230510)</p>

Förkortningar: HV=heldygnsvård, i=intervention, k=kontroll, n=antal, TAU=treatment as usual

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har självvald inläggning för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa som har haft otillräcklig effekt av tidigare behandling, jämfört med ingen självvald inläggning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Långvarigt svårt sjuk i anorexia nervosa (SEED-AN/SEAN), otillräcklig effekt av tidigare behandling, vuxna
- Intervention/åtgärd: Självvald inläggning (ibland kallad brukarstyrd inläggning)
- Kontrollgrupp: Ej självvald inläggning (exempelvis sedvanlig vård)
- Utfallsmått:
 - Primära: Vårdkonsumtion (tid i slutenvård), livskvalitet (t ex CIA), patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM), mortalitet
 - Sekundär: Antal tvångsåtgärder, symtomskattningsskalor (SEDI, EDEQ)
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	43
Artiklar som lästes i fulltext	3
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	1

Databas: CINAHL, APA PsycArticles, APA PsycInfo Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-02-28

Ämne: Vilken effekt har självvald inläggning för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa (SEED-AN)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	(MM "Eating Disorders") OR (MM "Anorexia Nervosa") OR DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR TI (anorexia* OR "eating disorder*" OR "disordered eating" OR "SEED-AN") OR AB (anorexia* OR "eating disorder*" OR "disordered eating" OR "SEED-AN")	70226
2.	Mesh/FT	"Self-referr*" OR "self-admission*" OR "patient-controlled hospital admission*" OR "patient-controlled admission*" OR "brief admission*"	2804
3.		1 AND 2 English	25

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM
Datum: 2023-02-28
Ämne: Vilken effekt har självvald inläggning för vuxna med långvarig, svår anorexia nervosa (SEED-AN)

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Anorexia Nervosa"[Mesh] OR eating disorder*[tiab] OR anorexia*[tiab] OR anorectic[tiab] OR SEED-AN[tiab]	62020
2.	Mesh/FT	Self-referr*[tiab] OR self-admission*[tiab] OR patient-controlled hospital admission*[tiab] OR patient-controlled admission*[tiab] OR brief admission*[tiab]	2804
3.		1 AND 2 English	25

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Strand et al., 2015 [2]	SÖ som avser fel population (självvald inläggning inom andra psykiatriska verksamheter än ätstörning).
Strand et al., 2021 [3]	Kohort-studie som utvärderar samma resultatmönster som i den inkluderade studien, men ur ett vårdgivar- och kostnadsperspektiv. Inkluderade inte heller patientrelaterade utfall.

Referenser

1. Strand M, Bulik CM, Gustafsson SA, von Hausswolff-Juhlin Y, Welch E. Self-admission to inpatient treatment in anorexia nervosa: Impact on healthcare utilization, eating disorder morbidity, and quality of life. *Int J Eat Disord.* 2020; 53(10):1685-95.
2. Strand M, von Hausswolff-Juhlin Y. Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nord J Psychiatry.* 2015; 69(8):574-86.
3. Strand M, Bulik CM, Gustafsson SA, Welch E. Self-admission in the treatment of eating disorders: an analysis of healthcare resource reallocation. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21(1):465.
4. Wonderlich SA, Bulik CM, Schmidt U, Steiger H, Hoek HW. Severe and enduring anorexia nervosa: Update and observations about the current clinical reality. *International Journal of Eating Disorders.* 2020; 53(8):1303-12.

Hetsättningsstörning

Id H4: KBT anpassad för behandling av ätstörning

Tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att färre hetsäter jämfört med vid ingen behandling.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Ett sådant exempel är KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen. KBT i form av vägledad självhjälp ingår inte.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med hetsättningsstörning ger behandling med KBT direkt efter avslutad behandling, jämfört väntelista

- troligen fler som når remission. (40 [konfidensintervall: 30 till 50] fler individer per 100 som når remission. Sammantagen evidens har måttligt tillförlitlighet.)
- möjligen en minskning i ätstörningspsykopatologi mätt med EDE-Q. (MD -0,51 [konfidensintervall: -0,93 till -0,08] skalsteg. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet.)
- möjligen en minskning i hetsättningsfrekvens. (SMD -0,84 [konfidensintervall: -1,12 till -0,55] standardiserade skalsteg. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet.)

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att dra slutsatser om effekten av behandling med KBT, jämfört med väntelista, på utfallet livskvalitet (det saknas relevanta studier).

Kommentar

Effekterna på remission, ätstörningspsykopatologi och hetsättningsfrekvens bedöms vara kliniskt relevanta. Det ska dock betonas att dessa effekter gäller direkt efter avslutad behandling och att långtidseffekten inte har kunnat bedömts eftersom det saknas studier av tillräcklig kvalitet där både interventionsgrupp och kontrollgrupp följs upp under längre tid. Den sammantagna effekten gäller KBT som utförts i olika format, med olika behandlingslängder och olika sessionsantal. Slutsatserna om åtgärdens effekt är i linje med en tidigare rapport från SBU [2].

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) publicerade 2016 en rapport där effekten av behandling av hetsättningsstörning med KBT jämfört med väntelista utvärderades. I rapporten inkluderades KBT i gruppformat [3-6], KBT som individuell behandling [7], samt KBT i form av vägledad självhjälp [8-14]. Behandlingen i de olika studierna varierade avseende format, behandlingstid, sessionsantal och sessionslängd, samt graden av terapeutstöd i den vägledda självhjälpen. Trots detta bedömdes det att studierna var tillräckligt lika för att vägas samman. Samtliga studier som ingick i SBU:s rapport har bedömts ha låg eller måttlig risk för bias.

I sammanvägningen av effekt i detta underlag inkluderas studier där KBT gavs som individuell terapi [7], och studier där det gavs i gruppformat [3-6]. KBT i form av vägledad självhjälp ingår i frågeställning H1 och har inte inkluderats i detta underlag. I likhet med SBU:s rapport från 2016 inkluderas och sammanvägs studier på KBT med skillnader avseende exempelvis behandlingstid, sessionsantal och sessionslängd. Ingen av de ingående studierna redovisade långtidsuppföljningar (6 månader eller längre efter avslutad intervention) av både kontroll och interventionsgrupp.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare och antal studier [referens]	Evidensstyrka ¹	Kommentar
	Väntelista	KBT					
Remission	18 av 136 når remission	73 av 136 når remission	<u>Riskskillnad (%)</u> : 40 [30 till 50] <i>(40 fler per 100 når remission med KBT jämfört med väntelista)</i>	<u>Riskkvot</u> : 3,52 [2,19 till 5,65] <i>(Sannolikheten för remission är 3,52 gånger så hög med KBT)</i>	272 deltagare i 4 studier [ref]	⊕⊕⊕○ <u>Avdrag</u> Precision: -1	Effekt direkt efter avslutad behandling, effekten efter lägre tid kan inte bedömas.
Förändring i ätstörningspsykopatologi	--	--	<u>Medelskillnad (skalsteg på EDE-Q)</u> : -0,51 [-0,93 till -0,08] <i>(Ätstörningspsykopatologin minskar mer med KBT än med väntelista)</i>	--	269 deltagare i 4 studier [ref]	⊕⊕○○ Avdrag: Överförbarhet: -1 Precision: -1	Effekt direkt efter avslutad behandling, effekten efter lägre tid kan inte bedömas.
Förändring i vikt	--	--	<u>Standardiserad medelskillnad (SMD)</u> : -0,09 [-0,56 till 0,37] <i>(Ingen signifikant skillnad mellan grupperna)</i>	--	220 deltagare i 3 studier [ref]	⊕○○○ Avdrag: Sammstämmighet: -1 Precision: -2	Effekt direkt efter avslutad behandling, effekten efter lägre tid kan inte bedömas.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare och antal studier [referens]	Evidensstyrka ¹	Kommentar
	Väntelista	KBT					
Förändring i hetsättningsfrekvens	--	--	<u>Standardiserad medelskillnad (SMD):</u> -0,84 [-1,12 till -0.55] (Hetsättningsfrekvensen minskar mer med KBT än med väntelista)	--	270 deltagare i 4 studier [ref]	⊕⊕○○ Avdrag: Överförbarhet: -1 Precision: -1	Effekt direkt efter avslutad behandling, effekten efter lägre tid kan inte bedömas.
Livskvalitet	--	--	--	--	--	Inga relevanta studier identifierade	

¹ Samma bedömning som i SBU 2016: Behandling av hetsättningsstörning [2].

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi	Remission	Livskvalitet	Episoder	Kommentar
Dingemans -07 [3] RCT med oklar blindning, multicenter, Nederländerna. N=52. Uppföljning: efter behandling och 1 år (interventionsgrupp).	Inklusionskriterier: BED enligt DSM-IV. Medelålder: 37,6 år. Medel-BMI: 38,9±7,9. 94% kvinnor.	I: KBT (n=30) K: Väntelista (n=22) KBT: 15 sessioner á 2 timmar per vecka i 10 veckor, sedan 1 session varannan vecka i 10 veckor. Väntelista: 20 veckor.	BMI (Ingen signifikant skillnad mellan grupperna, dock rapporteras inte det numeriska värdet)	EDE-Q ¹	Andel som ej hetsäter (OBE abstinence)	Ej rapporterat	Objektiv överätning per 28 dagar	Enligt tidigare bedömning av SBU [2] har samtliga inkluderade utfall låg eller måttlig risk för bias.
Peterson -09 [5] RCT med blindade bedömare, USA. N=129. Uppföljning: Efter behandling,	Inklusionskriterier: BED enligt DSM-IV, BMI≥25. Medelålder: 48 år. Medel-BMI: 38,7. 90% kvinnor.	I: KBT i grupp (n=60) K: väntelista (n=69) KBT: 15 gruppsessioner á 80 minuter i 20 veckor (första	BMI	EDE-Q	Remission rate	Ej rapporterat	Objektiv överätning per 28 dagar	Enligt tidigare bedömning av SBU [2] har samtliga inkluderade

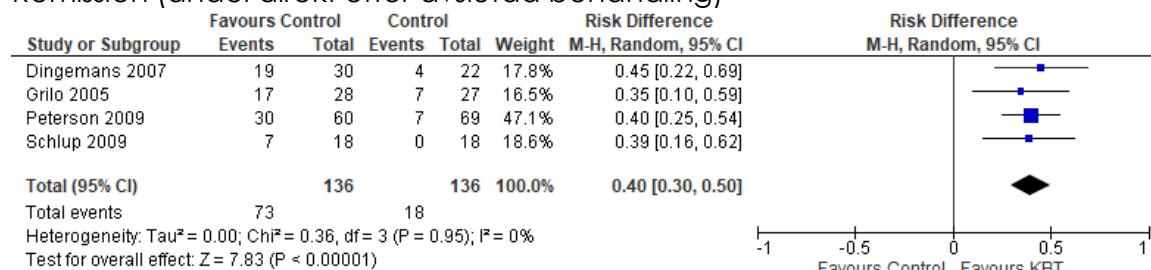
Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi	Remission	Livskvalitet	Episoder	Kommentar
samt 6 och 12 månader för interventionsgrupp.		10 veckorna 1 gång/vecka, sedan varannan vecka). 2-11 personer per grupp. Väntelista: 20 veckor.						utfall låg eller måttlig risk för bias.
Schlup -09 [6] Fisher -14 [4] RCT med oklar blindning, Schweiz. N=36. Uppföljning: Efter behandling (samt 4 år för interventionsgrupp).	Inklusionskriterier: BED enligt DSM-IV, 18-70 år, Medelålder: 44,3±10,3 år. Medel-BMI: 33,4±7,6.	I: KBT (n=18) K: Väntelista (n=18). KBT: Kortversion av KBT med 8 sessioner á 90 minuter per vecka i 8 veckor. Väntelista: 8 veckor.	BMI	EDE-Q	Frekvens av patienter som ej hetsäter (abstinence rate)	Ej rapporterat	Objektiva episoder	Enligt tidigare bedömning av SBU [2] har samtliga inkluderade utfall låg eller måttlig risk för bias.

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Vikt eller BMI	Ätstörningspsykopatologi	Remission	Livskvalitet	Episoder	Kommentar
Grilo -05 [7] Dubbelblind RCT, USA. N=108 Öppenvård. Uppföljning: efter behandling, 6 månader och 12 månader (inte för placebo).	Inklusionskriterier: BED enligt DSM-IV, ålder 18–60 år, 100%–200% av ideal kroppsvikt Medelålder: 44±8,6 år Medel-BMI: 36,3±7,9 78% kvinnor	I₁ : Fluoxetine (n=27) I₂ : KBT + Fluoxetine (n=26) K : KBT + placebo (n=28) 16 veckors behandling KBT: 1 session á 60 min per vecka i 16 veckor. Flouxetine: 60 mg/dag.	BMI	EDE-Q	Remission rate	Rapporteras ej.	Hetsätningsepisoder per månad (EDE-Q)	Enligt tidigare bedömning av SBU [2] har samtliga inkluderade utfall låg eller måttlig risk för bias.

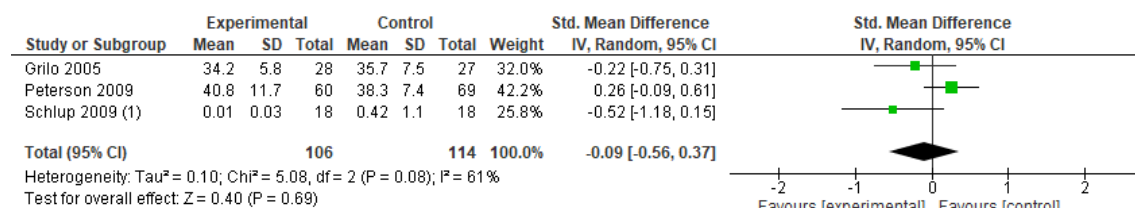
¹EDE-Q, Eating Disorder Examination questionnaire; OBE, Objective Binge Eating.

Metaanalys

Remission (andel direkt efter avslutad behandling)



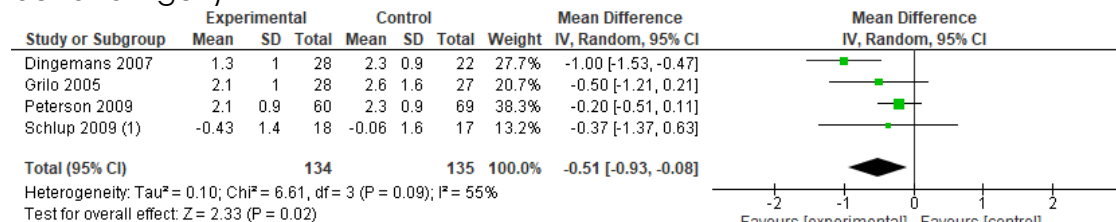
Viktförändring direkt efter behandlingen



Footnotes

(1) SD från p-värde

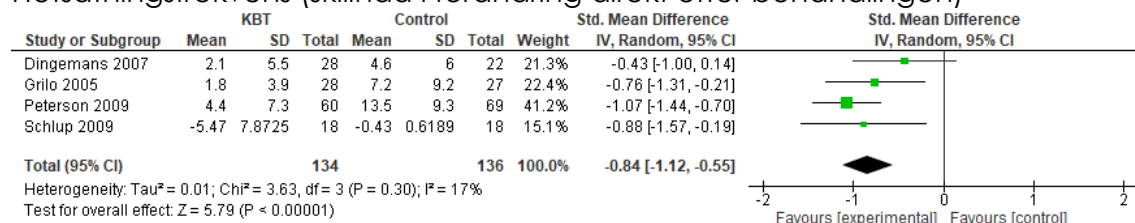
Ätstörningspsykopatologi EDE-Q (skillnad i förändring direkt efter behandlingen)



Footnotes

(1) sd ej rapporterat, satt till högsta absoluta värde i övriga studier.

Hetsättningsfrekvens (skillnad i förändring direkt efter behandlingen)



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har KBT anpassad för behandling av ätstörning för ungdomar (över 15) och vuxna med hetsätningsstörning, jämfört med väntelista eller sedvanlig vård, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning
- Kontrollgrupp: Väntelista eller sedvanlig vård (TAU)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), biverkningar (vissa SSRI-preparat som kan leda till viktökning), BMI/vikt
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Studier publicerade innan 2016 identifierades genom SBU:s utvärdering av vård vid hetsätningsstörning från 2016 [2].

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå (2016-2023)	1277
Artiklar som lästes i fulltext (2016-2023)	16
Artiklar som inkluderades i underlaget (2016-2023)	0
Artiklar som inkluderades i underlaget (-2023)	4 (från SBU 248/2016)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Utöver de studier som ingick i SBU:s utvärdering från 2016 har ytterligare två studier som först bedömdes relevanta identifierats [15, 16]. Efter närmare granskning bedömdes det dock att interventionen i den ena studien inte var relevant (en modifierad variant av KBT i gruppformat med fokus på impulsivitet) [15]. Denna studie exkluderades därför. Den andra studien undersökte en KBT-baserad metod i gruppformat med fokus på att ändra kroppsuppfattning genom exponering jämfört med väntelista [16]. Denna bedömdes ha oacceptabelt hög risk för bias och exkluderades därför. Ingen av de ingående studierna redovisade långtidsuppföljningar (6 månader eller längre efter avslutad intervention) av både kontroll och interventionsgrupp.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Anderson 2020 [17]	Aktiv kontrollgrupp
Cachelin 2019 [18]	Fel intervention (vägledd självhjälp)
Hay 2022 [19]	Aktiv kontrollgrupp
Hildebrandt 2020 [20]	Fel intervention (vägledd självhjälp)
Jackson 2018 [21]	Aktiv kontrollgrupp
Lewer 2017 [16]	Hög Risk för bias
Palavras 2021 [22]	Aktiv kontrollgrupp

Peterson 2020 [23]	Aktiv kontrollgrupp
Schag 2019 [15]	Fel intervention (KBT-baserad metod IMPULS bedöms ej relevant för frågeställningen)
Ter Huurne 2021 [24]	Fel intervention (vägledad självhjälp), Långtidsuppföljning utan kontrollgrupp
Wagner 2016 [25]	Fel intervention (vägledad självhjälp)
Wyssen 2021 [26]	Fel intervention (vägledad självhjälp)

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*: Guilford Publications; 2008.
2. Behandling av hetsättningsstörning. SBU Utvärderar. Rapport 248/2016.; 2016.
3. Dingemans AE, Spinhoven P, van Furth EF. Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45(11):2551-62.
4. Fischer S, Meyer AH, Dremmel D, Schlup B, Munsch S. Short-term cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: long-term efficacy and predictors of long-term treatment success. *Behav Res Ther.* 2014; 58:36-42.
5. Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry.* 2009; 166(12):1347-54.
6. Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2009; 47(7):628-35.
7. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry.* 2005; 57(3):301-9.
8. Carrard I, Crepin C, Rouget P, Lam T, Golay A, Van der Linden M. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2011; 49(8):482-91.
9. Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: a controlled effectiveness study. *J Consult Clin Psychol.* 1998; 66(4):616-23.
10. Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2005; 43(11):1509-25.
11. Grilo CM, Masheb RM, White MA, Gueorguieva R, Barnes RD, Walsh BT, et al. Treatment of binge eating disorder in racially and ethnically diverse obese patients in primary care: randomized placebo-controlled clinical trial of self-help and medication. *Behav Res Ther.* 2014; 58:1-9.

12. Kelly AC, Carter JC. Self-compassion training for binge eating disorder: a pilot randomized controlled trial. *Psychol Psychother.* 2015; 88(3):285-303.
13. Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2007; 15(3):175-84.
14. ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, van der Palen J, VanDerNagel JE, DeJong CA. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2015; 17(6):e152.
15. Schag K, Rennhak SK, Leehr EJ, Skoda E-M, Becker S, Bethge W, et al. IMPULS: Impulsivity-focused group intervention to reduce binge eating episodes in patients with binge eating disorder—A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics.* 2019; 88(3):141-53.
16. Lewer M, Kosfelder J, Michalak J, Schroeder D, Nasrawi N, Vocks S. Effects of a cognitive-behavioral exposure-based body image therapy for overweight females with binge eating disorder: a pilot study. *Journal of Eating Disorders.* 2017; 5:43.
17. Anderson LM, Smith KM, Schaefer LM, Crosby RD, Cao L, Engel SG, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2020; 88(7):631-42.
18. Cachelin FM, Gil-Rivas V, Palmer B, Vela A, Phimphasone P, de Hernandez BU, et al. Randomized controlled trial of a culturally-adapted program for Latinas with binge eating. *Psychol Serv.* 2019; 16(3):504-12.
19. Hay P, Palavras MA, da Luz FQ, Dos Anjos Garnes S, Sainsbury A, Touyz S, et al. Physical and mental health outcomes of an integrated cognitive behavioural and weight management therapy for people with an eating disorder characterized by binge eating and a high body mass index: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2022; 22(1):355.
20. Hildebrandt T, Michaeledes A, Mayhew M, Greif R, Sysko R, Toro-Ramos T, et al. Randomized Controlled Trial Comparing Health Coach-Delivered Smartphone-Guided Self-Help With Standard Care for Adults With Binge Eating. *Am J Psychiatry.* 2020; 177(2):134-42.
21. Jackson JB, Pietrabissa G, Rossi A, Manzoni GM, Castelnuovo G. Brief strategic therapy and cognitive behavioral therapy for women with binge eating disorder and comorbid obesity: A randomized clinical trial one-year follow-up. *J Consult Clin Psychol.* 2018; 86(8):688-701.
22. Palavras MA, Hay P, Mannan H, da Luz FQ, Sainsbury A, Touyz S, et al. Integrated weight loss and cognitive behavioural therapy (CBT) for the treatment of recurrent binge eating and high body mass index: a randomized controlled trial. *Eat Weight Disord.* 2021; 26(1):249-62.
23. Peterson CB, Engel SG, Crosby RD, Strauman T, Smith TL, Klein M, et al. Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using

- standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(9):1418-27.
24. Ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, DeJong CAJ, VanDerNagel JEL, van der Palen J. Long-term effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2021; 26(3):911-9.
 25. Wagner B, Nagl M, Dolemeyer R, Klinitzke G, Steinig J, Hilbert A, et al. Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Treatment Program for Binge-Eating Disorder. *Behavior Therapy*. 2016; 47(4):500-14.
 26. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Burgy N, Forrer F, Vanhulst P, Lalanne D, et al. BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *Eur*. 2021; 29(6):937-54.

Id H7: IPT

Tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Interpersonell psykoterapi (IPT)

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen har möjligen likvärdig effekt som kognitiv beteendeterapi (KBT) på andel som slutar hetsäta. Det finns mindre klinisk erfarenhet av IPT än KBT vid behandling av hetsättningsstörning.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Interpersonell psykoterapi (IPT) är en manualbaserad och tidsbegränsad terapiform (16-20 sessioner) som kan utföras individuellt och i grupp. Metoden syftar till att individen ska uppleva minskade symtom genom ökad tillgång till sitt sociala nätverk, minskad mellanmänsklig stress, förbättrad förmåga till känslomässig bearbetning och förbättrade interpersonella färdigheter.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Den tillförlitlighetsbedömning med slutsatser om effekt som gjordes i Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU:s) rapport Behandling av hetsättningsstörning från 2016 [1] kvarstår då det inte tillkommit nya studier som förändrar tillförlitligheten.

Vetenskaplig evidens:

För personer över 15 år med hetsättningsstörning ger behandling med IPT efter avslutad behandling, jämfört med KBT:

- Möjligen en likvärdig effekt på andel individer som uppnått remission (RD – 0,02 [95 % konfidensintervall: -0,13 till 0,09]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet).

- Möjligen en likvärdig effekt på hetsättningsfrekvens (MD 0,08 [95 % konfidensintervall: -0,15 till 0,31]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet).
- Möjligen en likvärdig effekt på BMI (MD -0,25 [95 % konfidensintervall: -1,39 till 0,90]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet)

För personer över 15 år med hetsättningsstörning ger behandling med IPT ett år efter avslutad behandling, jämfört med KBT

- Möjligen en likvärdig effekt på andel individer som uppnått remission ett år (RD - 0,00 [95 % konfidensintervall: -0,12 till 0,12]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet).
- Möjligen en likvärdig effekt på hetsättningsfrekvens ett år (MD - 0,04 [95 % konfidensintervall: -0,27 till 0,20]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet).
- Möjligen en likvärdig effekt på BMI ett år (MD -0,33 [95 % konfidensintervall: -1,55 till 0,89]. Sammantagen evidens har låg tillförlitlighet)

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att bedöma effekten av behandling med IPT, jämfört med KBT:

- remission, hetsätning och BMI efter längre än 1 år efter avslutad behandling. (Sammantagen evidens har mycket låg tillförlitlighet)
- ätstörningsspecifik psykopatologi efter avslutad behandling, vid 1 års uppföljning eller vid uppföljning längre än 1 år efter avslutad behandling. (Sammantagen evidens har mycket låg tillförlitlighet)
- depressiv symtomatologi efter avslutad behandling, vid 1 års uppföljning eller vid uppföljning längre än 1 år efter avslutad behandling. (Sammantagen evidens har mycket låg tillförlitlighet)
- ätstörningsspecifik psykopatologi längre än 1 år efter avslutad behandling. (Sammantagen evidens har mycket låg tillförlitlighet)

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att dra några slutsatser om effekten av behandling med IPT, jämfört med KBT, för utfallen livskvalitet och andra symtomskattningsskalor (det saknas relevanta studier).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I underlaget ingår två relevanta RCT:er [2, 3]. Interventionsgruppen och jämförelsegruppen skiljer sig mellan studierna för andelen sessioner som utförts i studien av Wilson 2010 (på 10 sessioner) [3] jämfört med studien av Wilfey 2002 (20 sessioner) [2]. Studierna ingår i SBU:s rapport om behandling av hetsättningsstörning [1], där studierna och tillförlitlighetbedömningen av sammanvägda effekter beskrivs i detalj.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har IPT för ungdomar (över 15 år) och vuxna med hetsättningsstörning, jämfört med KBT anpassad för behandling av ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: IPT
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Studier publicerade innan 2016 identifierades genom SBU:s utvärdering av vård vid hetsättningsstörning från 2016 [1].

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för år 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext för år 2016-2023	0
Artiklar som inkluderades i underlaget för år 2016-2023	0
Artiklar som inkluderades i underlaget till och med år 2023	2 (från SBU 248/2016)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Inga studier exkluderades efter fulltextgranskning

Referenser

1. Behandling av hetsättningsstörning. SBU Utvärderar. Rapport 248/2016.; 2016.
2. Wilfley DE, Welch RR, Stein RI, Spurrell EB, Cohen LR, Saelens BE, et al. A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the treatment of overweight individuals with binge-eating disorder. Arch Gen Psychiatry. 2002; 59(8):713-21.
3. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67(1):94-101.

Id H3: Behandling med SSRI

Tillstånd: Hetsättningsstörning, vuxna

Åtgärd: Behandling med SSRI

Prioritet: 7

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att fler slutar hetsäta direkt efter avslutad läkemedelsbehandling, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt vad gäller effekten över längre tid.

Insatsen kan vara aktuell för de som saknar förutsättningar för psykologisk behandling eller som inte får effekt med psykologisk behandling. Val av SSRI-preparat förutsätter en individuell bedömning.

Kommentar: Psykologisk behandling är förstahandsval på gruppnivå. Det vetenskapliga underlaget för effekten av SSRI som tillägg till psykologisk behandling är otillräckligt.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Åtgärden syftar på behandling av hetsättningsstörning med läkemedel inom klassen selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) som tillägg till en pågående psykologisk behandling, exempelvis KBT. Läkemedlet tas vanligen som en (eller flera) tablett(er) per dag efter en inledande upp-trappning, enligt läkares ordination för behandling av de olika depressions och ångesttillstånd där dessa läkemedel är indicerade (dvs samtidigt förekommande med anorexi).

Det finns flera olika godkända SSRI-läkemedel i Sverige. Förutom läkemedel med den aktiva substansen fluoxetin finns läkemedel med citalopram, paroxetin, sertralin, fluvoxamin och escitalopram. Ingen av dessa har en indikation som specifikt omfattar hetsättningsstörning.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med hetsättningsstörning ger behandling **med SSRI-preparat jämfört med placebo**

- möjligen fler som når remission direkt efter avslutad behandling.
- Riskskillnad 15 procent [konfidensintervall 2 till 27]. (Sammantaget resultat har låg tillförlitlighet.)
- minskad hetsättningsfrekvens direkt efter avslutad behandling.
- SMD $-0,45$ [konfidensintervall $-0,82$ till $-0,09$]. (Sammantaget resultat har låg tillförlitlighet.)

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att bedöma effekten av behandling med **SSRI-preparat jämfört med placebo** vid längre uppföljningstider än direkt efter avslutad behandling för utfallen remission och hetsättningsfrekvens (det saknas relevanta studier).

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att bedöma effekten av behandling med **SSRI-preparat jämfört med placebo** för utfallen BMI och ätstörningspsykopatologi (sammantagna resultat har mycket låg tillförlitlighet) samt livskvalitet (det saknas relevanta studier).

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att bedöma effekten av behandling med **SSRI som tillägg till en psykologisk behandling jämfört med ingen tilläggsbehandling** för utfallen remission, kroppsvikt, hetsättningsfrekvens, ätstörningspsykopatologi och livskvalitet (det vetenskapliga underlaget är otillräckligt med enbart en identifierad studie).

Kommentar

De slutsatser om effekt som gjordes i Statens beredning för medicinsk och social utvärderings (SBU:s) rapport Behandling av hetsättningsstörning från 2016 [1] kvarstår då det inte tillkommit nya studier som förändrar den sammantagna bedömningen. I rapporten konstateras att SSRI kan vara en verklig behandling som ökar andelen patienter som når remission och minskar hetsättningsfrekvensen på kort sikt, men att det vetenskapliga stödet är begränsat. Det konstateras även att det saknas studier som undersöker långtidseffekterna av SSRI.

Det vetenskapliga underlaget baseras på studier där studiepopulationen är över 18 år gamla. Socialstyrelsen väljer därför att rikta rekommendationen mot vuxna med tillståndet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Enligt SBU:s rapport från 2016 var signifikant fler i fluvoxamingruppen i studien av Hudson och medarbetare som rapporterade besvär med insomni, illamående och ovanliga drömmar än i placebogrupper [2]. I studien av Guerdjikova och medarbetare (2008) fanns inga signifikanta skillnader mellan escitalopram- och placebogrupper i andelen patienter med biverkningar [3]. De rapporterade biverkningarna (bland annat insomni, huvudvärk, illamående, nedstämdhet, yrsel, muntorrhet, ovanliga drömmar och minskad sexlust) tillhör gruppen vanliga biverkningar som är kända vid användning av SSRI-preparat.

För en komplett beskrivning av observerade biverkningar se Fass.se för de aktuella läkemedlen.

Vilka studier ingår i granskningen?

SBU publicerade 2016 en rapport om behandling av hetsättningsstörning [1]. I rapporten ingick en sammanställning av effekten av behandling med SSRI och inkluderade sex studier som bedömdes relevanta och med en acceptabel risk för bias [2-7]. Av de inkluderade studierna var det bara en studie som jämförde tillägg av SSRI till en pågående psykologisk behandling [4], de övriga jämförde enbart SSRI med placebo. Studierna omfattade effekten av fluoxetine [4], escitalopram [3], fluvoxamine [2, 7], sertraline [5] och citalopram [6]. Studier som inkluderades i sammanvägningen i SBU:s rapport bedömdes ha låg eller måttlig risk för bias.

Eftersom inga nya relevanta studier har identifierats i den aktuella granskningen kvarstår slutsatserna i SBU:s tidigare granskning. Detaljerad beskrivning av de ingående studierna, sammanvägning av effekt, samt bedömning av tillförlitlighet beskrivs i detalj i SBU:s rapport [1].

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har behandling med SSRI för vuxna med hetsättningsstörning, jämfört med ingen tilläggsbehandling, placebo eller sedvanlig vård, på relevanta utfallsmått?

Population/tillstånd: Hetsättningsstörning, vuxna

- Intervention/åtgärd: Behandling med SSRI
- Kontrollgrupp: Ingen tilläggsbehandling, placebo eller sedvanlig vård (TAU)
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), episoder (hetsätning), biverkningar (vissa SSRI-preparat som kan leda till viktökning)
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Studier publicerade innan 2016 identifierades genom SBU:s utvärdering av vård vid hetsättningsstörning från 2016 [1].

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1252
Artiklar som lästes i fulltext för åren 2016-2023	23
Artiklar som kvalitetsgranskades för åren 2016-2023	0
Artiklar som inkluderades i underlaget (från SBU 2016)	0 (6)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Bakhrushina 2022 [8]	Ej klinisk studie
Boswell 2021 [9]	Sekundär analys av Grilo 2005, och Gril 2012
Citrome 2018 [10]	Sekundär analys av McElroy 2016
Davis 2016 [11]	Fel läkemedel (lisdex)
Davis 2017 [12]	Ej relevant
Duan 2022 [13]	Fel studietyp (översikt)
Gasior 2017 [14]	Fel läkemedel (lisdex)
Gill and Kaplan 2021 [15]	Fel läkemedel (lisdex)
Guerdjikova 2016 [16]	Fel läkemedel (lisdex)
Guerdjikova 2019 [17]	Fel läkemedel (lisdex)
Hudson 2017 [18]	Fel läkemedel (lisdex)
Keshen 2021 [19]	Fel läkemedel (lisdex), fel population (BN)
Kornstein 2019 [20]	Fel läkemedel (lisdex)
McElroy 2016 [21]	Fel läkemedel (lisdex)
McElroy 2016 [22]	Fel läkemedel (lisdex)
McElroy 2017 [23]	Fel läkemedel (lisdex)
Quilty 2019 [24]	Fel läkemedelklass
Robertson 2020 [25]	Fel läkemedel
Schneider 2022 [26]	Fel läkemedel (lisdex)
Sheehan 2018 [27]	Fel läkemedel
Sjögren 2021 [28]	Ej läkemedelsstudie
Uniacke 2020 [29]	Fel population (AN)
Walsh 2021 [30]	Fel population (AN)

Referenser

1. Behandling av hetsättningsstörning. SBU Utvärderar. Rapport 248/2016.; 2016.
2. Hudson JI, McElroy SL, Raymond NC, Crow S, Keck PE, Jr., Carter WP, et al. Fluvoxamine in the treatment of binge-eating disorder: a multicenter placebo-controlled, double-blind trial. *Am J Psychiatry*. 1998; 155(12):1756-62.
3. Guerdjikova AI, McElroy SL, Kotwal R, Welge JA, Nelson E, Lake K, et al. High-dose escitalopram in the treatment of binge-eating disorder with obesity: a placebo-controlled monotherapy trial. *Hum Psychopharmacol*. 2008; 23(1):1-11.
4. Grilo CM, Masheb RM, Wilson GT. Efficacy of cognitive behavioral therapy and fluoxetine for the treatment of binge eating disorder: a

- randomized double-blind placebo-controlled comparison. *Biol Psychiatry*. 2005; 57(3):301-9.
5. McElroy SL, Casuto LS, Nelson EB, Lake KA, Soutullo CA, Keck PE, Jr., et al. Placebo-controlled trial of sertraline in the treatment of binge eating disorder. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(6):1004-6.
 6. McElroy SL, Hudson JI, Malhotra S, Welge JA, Nelson EB, Keck PE, Jr. Citalopram in the treatment of binge-eating disorder: a placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(7):807-13.
 7. Pearlstein T, Spurrell E, Hohlstein LA, Gurney V, Read J, Fuchs C, et al. A double-blind, placebo-controlled trial of fluvoxamine in binge eating disorder: a high placebo response. *Arch Womens Ment Health*. 2003; 6(2):147-51.
 8. Bakhrushina EO, Antipova YV, Anurova MN, Demina NB, Krasnyuk II. BIOPHARMACEUTICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF INNOVATIVE MEDICINAL FORM OF FLUOXETIN FOR TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA. *Russian Journal of Biopharmaceuticals*. 2022; 14(4):12-6.
 9. Boswell RG, Gueorguieva R, Grilo CM. Change in impulsivity is prospectively associated with treatment outcomes for binge-eating disorder. *Psychological medicine*. 2021:1-9.
 10. Citrome L, Kando JC, Bliss C. Relationships between clinical scales and binge eating days in adults with moderate to severe binge eating disorder in two phase III studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14:537-46.
 11. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(5):473-81.
 12. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. 'Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder': Erratum. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(4):454-.
 13. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022; 13:949823.
 14. Gasior M, Hudson J, Quintero J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, McElroy SL. A phase 3, multicenter, open-label, 12-month extension safety and tolerability trial of lisdexamfetamine dimesylate in adults with binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2017; 37(3):315-22.
 15. Gill SK, Kaplan AS. A retrospective chart review study of symptom onset, diagnosis, comorbidities, and treatment in patients with binge eating disorder in Canadian clinical practice. *Eating and Weight Disorders*. 2021; 26(4):1233-42.

16. Guerdjikova AI, Mori N, Blom TJ, Keck PE, Williams SL, Welge JA, et al. Lisdexamfetamine dimesylate in binge eating disorder: a placebo controlled trial. *Human Psychopharmacology*. 2016;382-91.
17. Guerdjikova AI, Blom TJ, Mori N, Matthews A, Cummings T, Casuto LL, et al. Lisdexamfetamine in Pediatric Binge Eating Disorder: A Retrospective Chart Review. *Clinical Neuropharmacology*. 2019; 42(6):214-6.
18. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell C, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(9):903-10.
19. Keshen AR, Dixon L, Ali SI, Helson T, Nunes A, Milliken H, et al. A feasibility study evaluating lisdexamfetamine dimesylate for the treatment of adults with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(5):872-8.
20. Kornstein SG, Bliss C, Kando J, Madhoo M. Clinical characteristics and treatment response to lisdexamfetamine dimesylate versus placebo in adults with binge eating disorder: Analysis by gender and age. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2019; 80(2).
21. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur*. 2016; 24(3):223-31.
22. McElroy SL, Hudson J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Whitaker T, Gasior M. Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(5):1251-60.
23. McElroy SL, Hudson JI, Gasior M, Herman BK, Radewonuk J, Wilfley D, et al. Time course of the effects of lisdexamfetamine dimesylate in two phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled trials in adults with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(8):884-92.
24. Quilty LC, Allen TA, Davis C, Knyahnytska Y, Kaplan AS. A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder. *Psychiatry Research*. 2019; 273:467-74.
25. Robertson B, Wu J, Fant RV, Schnoll SH, McElroy SL. Assessment of Amphetamine Withdrawal Symptoms of Lisdexamfetamine Dimesylate Treatment for Adults With Binge-Eating Disorder. *Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2020; 22(2).
26. Schneider E, Martin E, Rotshtein P, Qureshi KL, Chamberlain SR, Spetter MS, et al. The effects of lisdexamfetamine dimesylate on eating behaviour and homeostatic, reward and cognitive processes in women with binge-eating symptoms: an experimental medicine study. *Translational Psychiatry*. 2022; 12(1).

27. Sheehan DV, Gasior M, McElroy SL, Radewonuk J, Herman BK, Hudson J. Effects of lisdexamfetamine dimesylate on functional impairment measured on the sheehan disability scale in adults with moderate-to-severe binge eating disorder: Results from two randomized, placebo-controlled trials. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2018; 15(5):22-9.
28. Sjögren M, Kizilkaya I, Støving RK. Inpatient weight restoration treatment is associated with decrease in post-meal anxiety. *Journal of Personalized Medicine*. 2021; 11(11).
29. Uniacke B, Attia E, Kaplan A, Walsh BT. Weight suppression and weight maintenance following treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(6):1002-6.
30. Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa. *The American journal of psychiatry*. 2021; 178(9):848-53.

Id H5: KBT i grupp

Tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning i grupp (jämfört med KBT individuellt)

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att lika många eller färre personer slutar hetsäta som vid individuell terapi. Behandling i grupp ger mindre utrymme för individanpassningar, och det är därför viktigt att bedöma individens behov av att få träffa andra med hälsotillståndet och förmåga att ta del av gruppbehandlingen.

Kommentar: Förutsätter att det finns ett patientunderlag.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Ett sådant exempel är KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Detta underlag syftar på KBT som ges i gruppformat (jämfört med KBT som individuell terapi). KBT i form av vägledad självhjälp ingår inte.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med hetsättningsstörning ger KBT i grupp jämfört med KBT som individuell terapi:

- möjligen lika många eller färre som når remission (resultat har låg tillförlitlighet).

För personer över 15 år med hetsättningsstörning går det inte att bedöma effekten av KBT i grupp jämfört med KBT som individuell terapi för utfallsmåtten hetsätning, ätstörningspsykopatologi och vikt då de sammanvägda resultaten har mycket låg tillförlitlighet. Det saknas relevanta studier för att utvärdera effekten på utfallsmåttet livskvalitet.

Kommentar

Sammantaget antyder underlaget att KBT i grupp möjligen är lika bra som KBT som ges individuellt avseende antalet patienter som når remission. För övriga utfall går det inte att dra några slutsatser baserat på det granskade materialet. Osäkerheten grundar sig främst på att endast en studie som jämför KBT i grupp med KBT som individuell terapi har identifierats.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I underlaget ingår en studie med 144 patienter med diagnosen hetsättningsstörning, eller hetsättningsstörning med lägre frekvens eller duration (subthreshold BED), som randomiserades till KBT som individuell terapi, eller till KBT i grupp [2]. Cirka 90 procent av patienterna är kvinnor.

Studien rapporterar utfall för båda grupperna på remission (andel som inte uppfyller diagnoskriteriet för BED), hetsättningsdagar, vikt och ätstörningspsykopatologi, dels direkt efter avslutad behandling (24 veckor) och 3 år efter avslutad behandling. Studien bedöms ha låg risk för bias för samtliga utfall som ingår i granskningen.

I en annan frågeställning i riktlinjerna (Id H4: KBT jämfört väntelista eller sedvanlig vård (TAU) vid hetsättningsstörning) ingår en studie med KBT i gruppformat, och tre studier med individuell KBT. En av slutsatserna i det underlaget var att fler når remission jämfört med väntelista, tillförlitligheten var måttlig. I sammanvägningen av effekt för den jämförelsen så syns inga skillnader i effekt med avseende på KBT i grupp eller KBT individuellt (ingen signifikant subgruppskillnad). Detta kan betraktas som ett svagt indirekt stöd för att KBT i grupp och KBT individuellt möjligen har jämförbar effekt för de sammanvägda utfallen.

Inga relevanta pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Uffall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT individuellt)	Interventionsgrupp (KBT grupp)				
Remission (andel som inte uppfyller diagnoskriteriet för BED)	<u>Antal:</u> Efter behandling: 24 (33%) av 72 Uppföljning 3 år: 26 (36%) av 72	<u>Antal:</u> 12 (17%) av 72 20 (28%) av 72	<u>Riskskillnad:</u> -0,17 [-0,31 till -0,03]* -0,08 [-0,24 till 0,07] Per 100 behandlade: 31 till 3 färre 24 färre till 7 fler *Signifikant	<u>Riskkvot:</u> 0,50 [0,27 till 0,92]* 0,77 [0,47 till 1,25] *Signifikant	144 deltagare i 1 studie [2].	⊕⊕○○ Avser tillförlitligheten till att KBT i grupp är jämförbar eller något sämre än KBT individuellt, direkt efter behandling och vid uppföljning Avdrag: Precision ¹ : -1 Publikationsbias ² : -1
Ätstörningspsykopatologi (EDE-Q)	<u>Median-värde:</u> Baslinje: 3,0 Efter behandling: 2,9 Uppföljning 3 år: 2,7	<u>Median-värde:</u> 3,2 2,1 1,3	<u>Skillnad:</u> Signifikant större minskning för KBT individuell.	--	144 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○(efter behandling och vid uppföljning) Avdrag: Precision ^{1A} : -2 Publikationsbias ² : -1
Vikt (BMI)	<u>Median-värde:</u> Baslinje: 38,0 Efter behandling: 36,5	<u>Median-värde:</u> 38,2 37,4	<u>Skillnad:</u> Inte signifikant	--	144 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○(efter behandling och vid uppföljning) Avdrag:

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT individuellt)	Interventionsgrupp (KBT grupp)				
	Uppföljning 3 år: 36	37,0				Precision ^{1A} : -2 Publikationsbias ² : -1
Hetsättning (episoder/månad)	<u>Median-värde:</u> Baslinje: 8,0 Efter behandling: 4,0 Uppföljning 3 år: 4,0	<u>Median-värde:</u> 8,0 4,0 4,0	<u>Skillnad:</u> Inte signifikant	--	144 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ (efter behandling och vid uppföljning) Avdrag: Precision ^{1A} : -2 Publikationsbias ⁵ : -1
Livskvalitet	--	--	--	--	--	Relevanta studier saknas

¹Precision: Breda konfidensintervall som omfattar liten till stor effekt, eller liten positiv effekt till en negativ effekt. På grund av en liten total patientpopulation och endast en studie blir det numeriska effektstimatet osäkert. Dock bedöms det som troligt att effektskillnaden kvalitativt ligger nära noll, eller är negativ (KBT i grupp är inte bättre än KBT individuellt). Indirekt evidens ger visst stöd för att effekterna av KBT i grupp och KBT individuellt är jämförbara.

^{1A}Precision: Osäkerhet kring konfidensintervall och medelvärden eftersom studien endast rapporterar median med tillhörande kvartiler, fördelningen av datasetet är osäker. På grund av en liten total patientpopulation och endast en studie blir det numeriska effektstimatet osäkert. Det går inte att bedöma precisionen med acceptabel tillförlitlighet. Fler studier behövs.

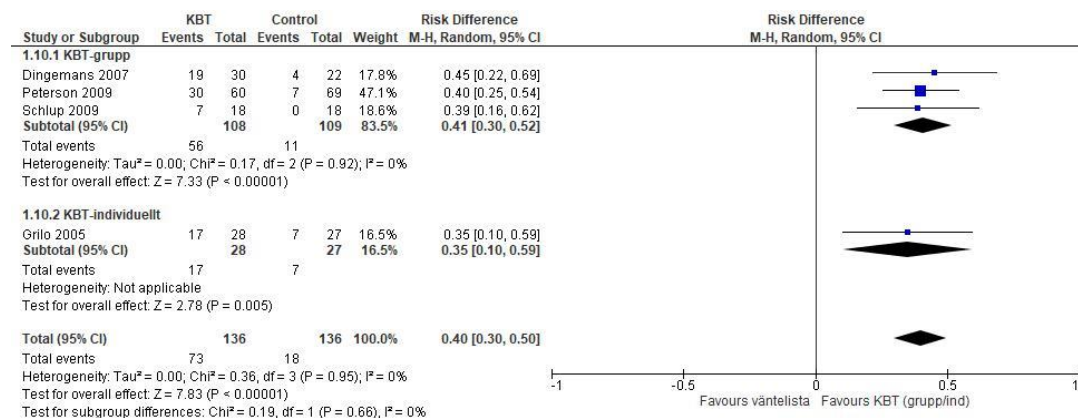
²Publikationsbias: risken för publikationsbias kan varken bedömas eller utslutas baserat på enbart en enskild studie.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Åtstörningspsykiatri	Hetsätning	Vikt
<p>Ricca 2010 [2] RCT med obe- roende och blindade be- dömare, 2-år- mad, single- center, Italien.</p> <p>N=144</p> <p>Uppföljning: Vid behand- lingsavslut (24 veckor), samt efter 3 år.</p>	<p><u>Inklusion:</u> 18-60 år med BED en- ligt DSM-IV, eller subkli- nisk diagnos enligt "structured Clinical In- terview for DSM-IV".</p> <p><u>Vid baslinjen:</u> Andel kvinnor: 88% Medelålder: 47±17 år</p> <p>Andel s-BED: 44% Episoder/månad: 8 (median-värde) BMI: 38 (median- värde)</p>	<p>I (n=72): KBT individu- ellt K (n=72): KBT i grupp</p> <p>KBT individuellt: base- ras på manual av Fair- burn. 22 sessioner á 50 minuter under 24 veckor.</p> <p>KBT i grupp: baseras på manual av Fair- burn. 20 gruppsses- sioner á 60 minuter un- der 22 veckor. Upp till 12 individer per grupp.</p>	<p>Full recovery: ej uppfylld diagnos (både BED och S-BED).</p> <p>Post och follow-up rap- porteras.</p> <p>Signifikant skillnad mel- lan grupperna vid be- handlingsavslut (Fler med individuell KBT), men inte vid uppfölj- ning.</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>The Eating Disorder Examination Ques- tionnaire (EDE-Q). Självrapporterat.</p> <p>Pre, post och follow- up rapporteras.</p> <p>Signifikant skillnad mellan grupperna (Individuell KBT min- skar mer)</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>Binges per month. Klinikerskattning baserat på frågor från EDE-intervju.</p> <p>Pre, post och follow-up rapport- eras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>BMI</p> <p>Pre, post och follow-up rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p> <p>Låg risk för bias.</p>

Metaanalys med subgrupper

Remission



Figur 1. Utfallet är remission. KBT jämfört med väntelista vid hetsätningsstörning (samma data som fråga H4 i riktlinjerna, men med uppdelning i subgrupper). Tre studier är med KBT i gruppformat, en studie är med individuell KBT. Ingen signifikant skillnad i effekt mellan subgrupperna.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har KBT anpassad för behandling av ätstörning i grupp för ungdomar (över 15 år) och vuxna med hetsätningsstörning, jämfört med att få individuell behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning i grupp (KBT-E eller KBT-BN)
- Kontrollgrupp: Individuell KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [3] relevansbedömdes utifrån PICO. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet).

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext	0

Artiklar som kvalitetsgranskades	1 från NICE
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 från NICE

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Inga studier exkluderades efter granskning i fulltext.

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders: Guilford Publications; 2008.
2. Ricca V, Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C, Ravaldi C, Rotella CM, et al. Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*. 2010; 55(3):656-65.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

Id H1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att färre hetsäter jämfört med vid ingen behandling och att fler patienter upplever minskade ätstörningssymtom.

Insatsen gör det möjligt att fler snabbare kan få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan den också vara en fullgod behandling.

Kommentar: Det finns starkare evidens för insatsen vid hetsättningsstörning än vid bulimia nervosa.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Ett manualbaserat självhjälpsprogram är en strukturerad insats baserad på en KBT-manual. Självhjälpsprogrammet kan innehålla moduler med exempelvis text, skrivövningar, filmer och ljudspår. Manualen kan distribueras i form av en bok eller som digitalt format (exempelvis via internet). Självhjälpen innefattar ofta flera delar, där de första inkluderar psykoeducation och senare delar ger stöd för att förändra personens beteende och förhållande till mat och ätande. Självhjälpen innefattar psykoeducation, självmonitorering och konkreta förslag på beteendeförändringar i syfte att normalisera ätandet och att hantera ångest och andra svåra känslor. Insatsen innehåller ett begränsat stöd (generellt maximalt 6 timmar) från hälso- och sjukvårdspersonal (exempelvis i form av motivation och stödinsatser).

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Vid hetsättningsstörning leder manualbaserade självhjälpsprogram med behandlarstöd, jämfört med väntelista, direkt efter avslutad behandling till

- att troligtvis 36 fler per 100 når remission (riskskillnad 0,36 [95% KI 0,26 till 0,45]) (måttlig tillförlitlighet)
- troligtvis en minskad hetsättningsfrekvens (SMD -0,80 [95% KI -1,06 till -0,55]) (måttlig tillförlitlighet)
- möjligtvis en minskning av ätstörningsspecifik psykopatologi (MD -0,83 skalsteg på EDE-Q [95% KI -1,41 till -0,25]) (låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälpsprogram med behandlarstöd, jämfört med väntelista, på effektmåttet livskvalitet och BMI för personer med hetsättningsstörning (mycket låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälpsprogram utan behandlarstöd, jämfört med väntelista, på effektmåtten remission, hetsättningsfrekvens, ätstörningsspecifik psykopatologi och BMI för personer med hetsättningsstörning (mycket låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälpsprogram utan behandlarstöd, jämfört med väntelista, på effektmåttet livskvalitet för personer med hetsättningsstörning då det saknas vetenskapliga studier.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två systematiska översikter (SÖ:s) och åtta randomiserade kontrollerade (RCT) studier som utvärderar effekterna av självhjälpsprogram jämfört med väntelista för 413 personer med hetsättningsstörning. I en studie erbjuds de personer som randomiserats till väntelista att ta del av självhjälpsprogrammet och räknas därför även in i interventionsgrupperna, varför totala antalet möjliga observationer är 434.

En välgjord SÖ från 2019 som utvärderar olika typer av självhjälpsprogram för personer med hetsättningsstörning identifierades [1]. Dessutom publicerade Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) 2016 rapporten *Behandling av hetsättningsstörning* där effekten av KBT-baserade självhjälpsprogram utvärderas [2]. Ur dessa två SÖ identifierades sju RCT-studier som besvarar frågeställningen [3-9], och en kompletterande litteratursökning för studier publicerade från 2018 identifierade ytterligare en RCT-studie [10]. Vi undersökte också vilka studier som inkluderats i NICE rapport *Eating Disorders: recognition and treatment* från 2017, men inga ytterligare studier identifierades [11].

Studierna utvärderar effekterna av guideade självhjälpsprogram jämfört med väntelista för personer över 18 år med hetsättningsstörning eller subklinisk hetsättningsstörning. I tre studier inkluderas personer med subklinisk hetsättningsstörning, definierat som minst en objektiv hetsätningsepisod i veckan de senaste tre [3] eller sex månaderna [8] alternativt minst två objektiva hetsätningsepisoder per månad [9]. En stor andel av individerna i studierna var

överviktiga eller obesa. Majoriteten av individer i studierna var kvinnor, endast fyra studier inkluderar män som då utgjorde en minoritet av studiepopulationen.

Interventionsgruppen erbjuds guidade självhjälsprogram baserade på kognitiv beteendeterapi (KBT) [3-7, 9, 10], som i sex av sju studier baseras på eller inspireras av boken *Overcoming Binge Eating* [12], eller dialektisk beteendeterapi (DBT) [8]. De olika självhjälsprogrammen hade varierande längd: 3, 10, 12, 13, 16 veckor eller 6 månader. Patienterna fick del av självhjälsprogrammen i form av en bok, Powerpointpresentation, CD-ROM, någon typ av tryckt manual eller internet. Graden av stöd under självhjälsprogrammen varierade också: helt utan stöd (icke-guidad) [4, 6, 7, 9] till olika grad av guidning genom veckovisa email [3] eller 6–8 möten (15–25 minuter) som levererades face-to-face eller över telefon [4, 5, 8, 10]. En studie inkluderar två interventionsarmar som erbjuds antingen guidad och icke-guidad självhjälp [4].

Kontrollgruppen i majoriteten av studier placerades på väntelista och erbjöds interventionen efter att interventionsgruppen avslutat behandling. I en studie får kontrollgruppen behandling med placebo, och där får interventionsgruppen behandling med icke-guidat självhjälsprogram plus placebo [6].

Värt att nämna är att flera studier inkluderade ytterligare behandlingsarmar som erbjöds andra interventioner än vad som ingår i frågeställningen. Dessa armar har därför inte inkluderats i underlaget. I en studie inkluderas ett självhjälsprogram inriktat mot viktförlust [5], en studie inkluderar två armar som erbjuds behandling med sibutramin (ett läkemedel för viktminskning som inte längre används i Sverige på grund av allvarliga biverkningar) [6], en studie inkluderar ett självhjälsprogram för självmedkänslaträning (*self-compassion*) [7] och en studie inkluderar en arm som erbjuds KBT-behandling i gruppformat [9].

I underlaget redovisas självhjälp med och utan behandlarstöd i två separata sammanvägningar.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget är av för låg kvalitet för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten för manualbaserad självhjälp för personer med hetsättningsstörning, jämfört med sedvanlig behandling.

Slutsatsen baseras på resultaten från en enskild studie [13] och en sammanställning av all vetenskaplig litteratur för frågeställningen har inte genomförts. Bedömningen är genomförd av SBU.

Summering av effekt och evidensstyrka – självhjälpssystem **med** behandlarstöd

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (väntelista)	Interventionsgrupp (självhjälp)					
Remission (utvärderat efter avslutad behandling)	11 av 125 når remission	74 av 159 når remission	<u>Riskskillnad (%)</u> 36 [26 till 45] (36 fler per 100 når remission)	<u>Riskkvot</u> 4,09 [2,27 till 7,37] (4,09 gånger högre sannolikhet att nå remission)	284 (5), [3-5, 8, 10]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet	-1 Summan av smärre brister ¹
Hetsättningsfrekvens (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Standardiserad medelskillnad (SMD)</u> -0,80 [-1,06 till -0,55] (Minskar mer med självhjälp)	-	284 (5), [3-5, 8, 10]	⊕⊕⊕○ Måttlig tillförlitlighet	-1 Summan av smärre brister ¹
Ätstörningspsykopatologi (EDE-Q) (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Medelskillnad (skalsteg EDE-Q)</u> -0,83 [-1,41 till -0,25] (Minskar mer med självhjälp)	-	192 (3), [3, 4, 8]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet	-1 Precision -1 Summan av smärre brister ³
BMI (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Medelskillnad</u> -0,13 [-1,65 till 1,91]	-	224 (4), [3-5, 10]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-2 Precision ⁴ -1 Summan av smärre brister ⁵

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (väntelista)	Interventionsgrupp (självhjälp)					
Livskvalitet (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Standardiserad medelvärdeskillnad (SMD)</u> 0,46 [-0,48 till 1,40]	-	134 (2), [3, 8]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-2 Precision ⁶ -1 Heterogenitet ⁷

Remission: Inga hetsättningsepisoder de senaste 28 dagarna

Hetsättningsfrekvens: Antal hetsättningsepisoder de senaste 28 dagarna eller veckan, alternativt antal dagar med hetsättningsepisoder per vecka

Livskvalitet: Mätt med Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) short form och Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS)

¹ Summan av smärre brister (-1): precision (flera mindre studier och brett konfidensintervall), risk för bias (bortfall)

² Precision (-1): Brett konfidensintervall från -1,41 till -0,25 enheter bättre effekt

³ Smärre brister: heterogenitet ($I^2=75\%$), risk för bias (bortfall), få små studier

⁴ Precision (-2): Stor osäkerhet kring estimatet med ett brett konfidensintervall (innefattar stor positiv och negativ effekt)

⁵ Summan av smärre brister (-1): Små studier med stor variation i BMI mellan grupperna vid baslinjen, viss heterogenitet och risk för bias (bortfall)

⁶ Precision (-2): Endast två studier, relativt små, brett konfidensintervall som överlappar god till ingen (eller liten negativ) effekt

⁷ Heterogenitet (-1): Stor spridning i resultat mellan de två studierna

Summering av effekt och evidensstyrka – självhjälsprogram **utan** behandlarstöd

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (väntelista)	Interventionsgrupp (självhjälp)					
Remission (utvärderat efter avslutad behandling)	23 av 82 når remission	10 av 73 når remission	<u>Riskskillnad (%)</u> 13 [-8 till 34] <i>(13 fler per 100 når remission, ej statistiskt signifikant skillnad)</i>	<u>Risikkvot</u> 2,23 [0,48 till 10,28] <i>(2,23 gånger högre sannolikhet att nå remission, ej statistisk signifikant skillnad)</i>	155 (3), [4, 6, 9]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-1 Heterogenitet ¹ -2 Precision ²
Hetsättningsfrekvens (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Standardiserad medelskillnad (SMD)</u> -0,20 [-0,58 till 0,17] <i>(Minskar mer med självhjälp, ej statistiskt signifikant skillnad)</i>	-	174 (4), [4, 6, 7, 9]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-1 Heterogenitet ³ -2 Precision ²
Ätstörningspsykopatologi (EDE-Q) (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Medelskillnad (skalsteget EDE-Q)</u> -0,38 [-0,87 till 0,1] <i>(Minskar mer med självhjälp, ej statistiskt signifikant skillnad)</i>	-	130 (3), [4, 6, 7]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-1 Summan av smärre brister ⁴ -2 Precision ²

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95% KI]	Relativ effekt [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (väntelista)	Interventionsgrupp (självhjälp)					
BMI (utvärderat efter avslutad behandling)	-	-	<u>Medelskillnad</u> -0,41 [-3,34 till 2,53]	-		⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	-2 Precision ⁵ -1 Summan av smärre brister ⁶

Remission: Inga hetsätningsepisoder de senaste 28 dagarna

Hetsätningfrekvens: Antal hetsätningsepisoder de senaste 28 dagarna eller veckan, alternativt antal dagar med hetsätningsepisoder per vecka

Livskvalitet: Mätt med Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) short form och Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS)

¹ Heterogenitet (-1): stor heterogenitet ($I^2=73\%$)

² Precision (-2): Flera små studier där sammanvägt resultat har brett konfidensintervall och innefattar ingen skillnad

³ Heterogenitet (-1): stor heterogenitet ($I^2=85\%$)

⁴ Summan av smärre brister (-1): risk för bias (bortfall), viss heterogenitet (25%)

⁵ Precision (-2): Stor osäkerhet kring estimatet med ett brett konfidensintervall (innefattar stor positiv och negativ effekt)

⁶ Summan av smärre brister (-1): Små studier med stor variation i BMI mellan grupperna vid baslinjen, viss heterogenitet och risk för bias (bortfall)

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Ätstörningspsykopatologi (EDE-Q) [medel (sd)]	Remission (abstinens; andel som inte hetsäter efter interventionen) [andel]	Episoder av hetsätning [medel (sd)]	Livskvalitet [medel (sd)]	BMI [medel (sd)]	Övrigt
Cachelin, 2019, [10] RCT USA Måttlig risk för bias	Kvinnor med hetsätningstörning N=40 Ålder (medel): 27 år, sd 8,9 BMI (medel): 29,4, sd 7,2 Inklusionskriterier: Kvinnor, 18-55 år, latinamerikanskt ursprung, BMI ≥ 18, hetsätningstörning 12 veckor uppföljning	I: KBT-baserad guidad självhjälp, ges bok av Fairburn [12], guidning över telefon av studenter i psykologi á 8 sessioner (25 min/tillfälle) n=21 K: Väntelista n=19	-	Inga OBE/28 dagar I: 47,6% (10 av 21) K: 5,3% (1 av 19)	OBE/28 dagar Baslinje I: 13,3 (13,6) K: 13,1(13,1) Efter 12 veckor I: 3,0 (5,0) K: 11,4 (8,9)	-	Baslinje I: 29,9 (6,4) K: 28,9 (8,2) Efter behandling I: 30,4 (6,8) K: 29,6 (8,6)	Öklar randomiseringsprocess, bortfall ca 25% (ITT-analys), ej blindad

Carrard, 2011, [3]	Kvinnor med hetsät-ningsstörning (58%) eller subklinisk hetsät-ningsstörning (42%) N=74	I: KBT-baserad guidad självhjälp genom 11 moduler över internet inspirerat av Fairburn [12], sex månader på sig att genomföra programmet, guidning av psykolog över email veckovis n=37	EDE-Q tot Baslinje I: 3,6 (0,8) K: 3,3 (1,0)	Inga OBE/28 dagar I: 35,1 % (13 av 37) K: 8,1 % (3 av 37)	OBE/28 dagar Baslinje I: 17,4 (15,6) K: 14,8 (9,6)	Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) short form 6 månader I: 5,5 (7,4) K: 9,1 (8,8)	Baslinje I: 29,8 (5,9) K: 27,7 (5,5) 6 månader I: 29,2 (6,0) K: 27,9 (5,4)	Ej blindad, visst bortfall (ITT-analys)
Schweiz	Ålder (medel): 36 år, sd 11,4		Efter 6 månader I: 2,5 (1,1) K: 2,9 (1,0)		6 månader I: 5,5 (7,4) K: 9,1 (8,8)	Baslinje I: 66,9 (15,3) K: 71,6 (16,3)		
Risk för bias bedömd av SBU [2]	BMI (medel): 28,8, sd 5,7 Inklusionskriterier: Kvinnor, 18-60 år, hetsät-ningsstörning eller subklinisk sådan (≥1 OBE/vecka senaste 3 mån)	K: Väntelista n=37				6 månader I: 71,7 (16,7) K: 71,8 (18,0)		
	6 månaders uppföljning					Högre poäng indikerar bättre livskvalitet		
Carter, 1998, [4]	Kvinnor med hetsät-ningsstörning N=72	I1: Icke-guidad KBT-baserad självhjälp, ges bok av Fairburn [12], ej övrigt stöd under interventionen	EDE-Q4 global Baslinje I1: 3,7 (0,8) I2: 3,6 (0,8)	Inga OBE/28 dagar I1: 43% (15 av 35)	OBE/28 dagar Baslinje I1: 19,7 (12,9) I2: 17,8 (10,6)	-	Baslinje I1: 30,6 (6,6) I2: 32,2 (6,4) K: 31,5 (6,6)	Ej blindad (utvärderare blindade), bortfall 12% (ITT)
RCT	Ålder (medel): 39,7 år, sd 10							

UK	BMI (medel): 31,6, sd 6,6	n=35	K: 3,6 (1,0)	I2: 50% (17 av 34)	K: 21,6 (12,5)		Efter 12 veckor I1: 30,7 (6,6) I2: 31,7 (6,1) K: 31,9 (7,4)	
Risk för bias bedömd av SBU [2]	Inklusionskriterier: Kvinnor, 18-65 år, hetsättningsstörning 12 veckors uppföljning	I2: Guidad självhjälp, ges bok av Fairburn [12], guidning av personal inom primärvård (ej klinisk kvalifikation) á 6-8 sessioner (ca 25 min/tillfälle) n=34 K: Väntelista n=24 (dessa randomiseras till I1 eller I2 och ingår ovan)	Efter 12 veckor I1: 2,7 (1,3) I2: 2,1 (1,2) K: 3,5 (0,8)	K: 8% (2 av 24)	Efter 12 veckor I1: 9,3 (11,7) I2: 4,3 (7,8) K: 13,5 (10,3)			
Grilo, 2005, [5]	Personer (81% kvinnor) med hetsättningsstörning N=52 Ålder (medel): 46,6 år, sd 8,9	I: Guidad KBT-baserad självhjälp, ges bok av Fairburn [12], guidning av doktorander (erfarna med KBT) vid 6 tillfällen (15-20 min) n=37	-	Inga OBE/28 dagar I: 59,5% (22 av 37) K: 26,7% (4 av 15)	OBE/28 dagar Baslinje I: 12,1 (9,0) K: 14,0 (4,8)	-	Baslinje I: 33,4 (5,7) K: 36,2 (6,6) Efter 12 veckor I: 33,1 (5,8) K: 35,8 (7,0)	Ej blindad, 87% slutför behandling (ITT-analys)
USA	BMI (medel): 34,2, sd 6,0	K: Väntelista			Efter 12 veckor I: 2,8 (5,1) K: 8,1 (6,9)			
Risk för bias bedömd av SBU [2]								

Studien inkluderar en tredje arm som ej tas med i detta underlag	Inklusionskriterier: Hetsättningsstörning, 18-60 år, BMI ≥ 27 12 veckors uppföljning	n=15						
Grilo, 2014, [6] RCT USA Risk för bias bedömd av SBU [2] Studien inkluderar två ytterligare armar som ej tas med i detta underlag	Personer (73% kvinnor) med hetättningsstörning N=52 Ålder (medel): 44,4 år, sd 12,4 BMI (medel): 38,1, sd 5,6 Inklusionskriterier: Hetsättningsstörning, 18-65 år, BMI ≥30-< 50 16 veckors uppföljning	I: Icke-guidad KBT-baserad självhjälp + placebo. De ges bok av Fairburn [12], ingen guidning under programmet (men instruktioner ges innan programmet startar) n=25 K: Placebo n=27	EDE global Baslinje I: 2,5 (0,9) K: 2,6 (0,9) Efter 16 veckor I: 1,7 (1,2), n=23 K: 2,1 (1,2), n=22	Inga OBE/28 dagar I: 24% (6 av 25) K: 29,6% (8 av 27)	OBE/28 dagar Baslinje I: 14,6 (12,8) K: 21,1 (19,2) Efter 16 veckor I: 6,4 (7,6), n=23 K: 5,3 (9,9), n=22	-	Baslinje I: 36,5 (5,3) K: 39,3 (5,5) Efter 16 veckor I: 35,9 (5,6), n=23 K: 39,6 (5,7), n=22	Ej blindad, rapporterar ej data för alla patienter för kontinuerliga utfallsmått (modified ITT), ojämnt bortfall (I: 8%, K: 26%)

Kelly, 2015, [7]	Person (majoriteten kvinnor) med hetsät-ningsstörning N=26 Ålder* (medel): 45 år, sd 15 BMI* (medel): 33,1, sd 7,1 *inkluderar de 15 patienter i armen som exkluderats från detta underlag Inklusionskriterier: Hetsätningstörning, ≥18 år 3 veckors uppföljning	I: Icke-guidad KBT-baserad självhjälp, tillgång till powerpoint-presentation inspirerad från bok av Fairburn [12]. n=13 K: Väntelista n=13	EDE-Q global Efter 3 veckor I: 2,45, se 0,11 K: 2,51, se 0,12	-	OBE/vecka Efter 3 veckor I: 1,9, se 0,76 K: 4,23, se 0,78	-	Efter 3 veckor I: 33,08, se 1,11 K: 33, se 1,12	Oklar randomisering och blindning, ITT-analys
Masson, 2013, [8]	Personer (88% kvinnor) med hetsätningstörning eller subklinisk hetsätningstörning N=60	I: Guidad DBT-baserad självhjälp, tryckt manual, guidning genom introducerande möte (45 min) samt 6 möten (20 min) över telefon	EDE-Q total scale score Baslinje I: 4,7 (0,7) K: 4,6 (0,9)	Inga OBE/28 dagar I: 40% (12 av 30) K: 3,3% (1 av 30)	OBE/28 dagar Baslinje I: 19,6 (11,9) K: 18,7 (13,2)	Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS) Baslinje I: 118,9 (21,1)	-	Utvärderare blindade, stort bortfall (I: 30%, K: 10%), ITT-analys

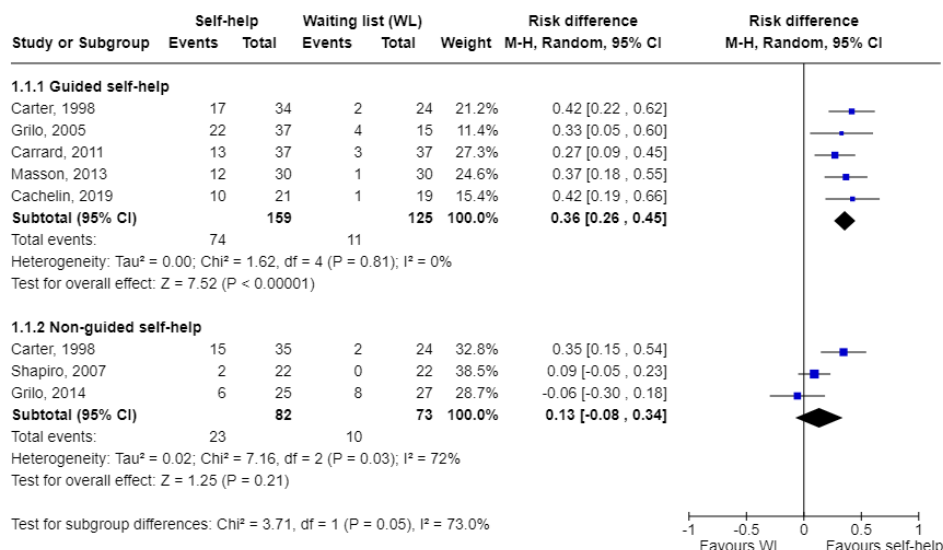
Risk för bias bedömd av SBU [2]	<p>Ålder (medel): 42,8 år, sd 10,5</p> <p>BMI (medel): 38,0, sd 8,8</p> <p>Inklusionskriterier: Hetsättningsstörning eller subklinisk sådan (≥ 1 OBE/vecka i 6 mån), ≥ 18 år, BMI $> 17,5$, högskoleutbildad</p> <p>13 veckors uppföljning</p>	<p>n=30</p> <p>K: Väntelista n=30</p>	<p>Efter 13 veckor</p> <p>I: 3,7 (1,0)</p> <p>K: 4,4 (1,0)</p>	<p>Efter 13 veckor</p> <p>I: 6,0 (9,4)</p> <p>K: 14,4 (11,9)</p>	<p>K: 117,0 (17,6)</p> <p>Efter 13 veckor</p> <p>I: 137,3 (23,5)</p> <p>K: 117,2 (17,7)</p> <p>Högre värde indikerar bättre livskvalitet</p>	
Shapiro, 2007, [9]	<p>Personer (93% kvinnor) med hetsättningsstörning (70%) eller subklinisk hetsättningsstörning (30%)</p> <p>N=44</p> <p>Ålder (medel): 39,8 år, sd 12,0</p> <p>BMI (medel): 37,2, sd 7,6</p>	<p>I: Icke-guidad KBT-baserad självhjälp, CD-ROM n=22</p> <p>K: Väntelista n=22</p>	<p>-</p>	<p>Inga OBE/28 dagar</p> <p>I: 13,3% (2 av 22)</p> <p>K: 0% (0 av 22)</p>	<p>Binge days/week</p> <p>Baslinje</p> <p>I: 3,38 (1,24)</p> <p>K: 2,67 (0,73)</p> <p>p=0,03</p> <p>Efter 10 veckor</p> <p>I: 2,58 (1,56)</p> <p>K: 2,50 (1,20)</p>	<p>-</p> <p>Baslinje</p> <p>I: 39,63 (7,88)</p> <p>K: 34,70 (6,61)</p> <p>p=0,03</p> <p>Efter 10 veckor</p> <p>I: 38,63 (9,00)</p> <p>K: 34,39 (6,35)</p>

Studien inkluderar en tredje arm som ej tas med i detta underlag	Inklusionskriterier: Hetsättningsstörning eller subklinisk sådan (≥ 2 OBE/månad), 18-60 år, BMI ≥ 27 10 veckors uppföljning				Ns			
--	--	--	--	--	----	--	--	--

BMI = body mass index, DBT = dialektal beteendeterapi, EDE-Q = eating disorder examination questionnaire (ätstörningsspecifikt undersökningsformulär), KBT = kognitiv beteendeterapi, ns = non statistically significant (ej statistiskt signifikant), OBE = objective binge episodes (hetsätningsepisoder)

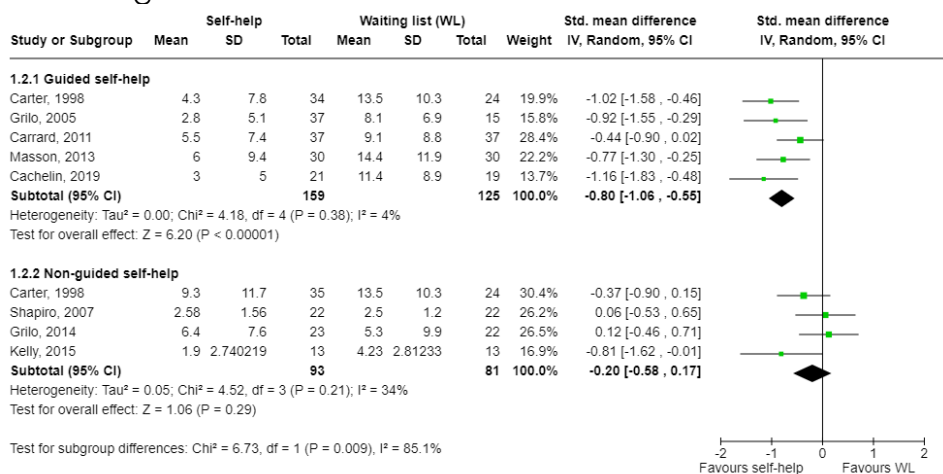
Metaanalys

Remission



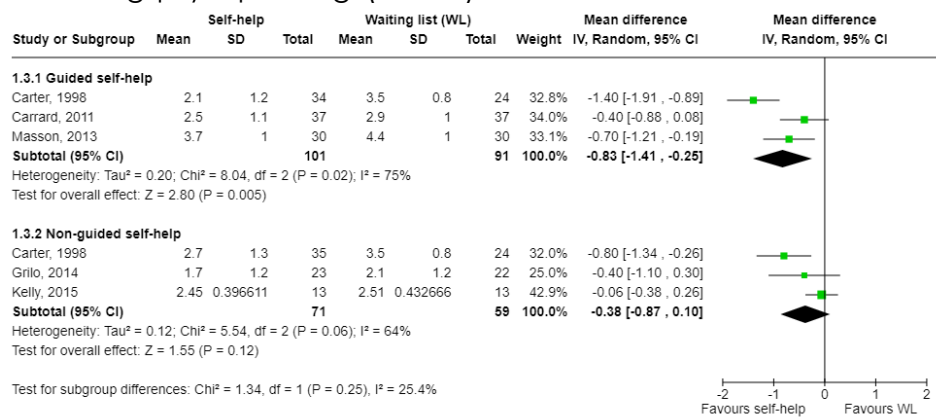
Figur 1. Remission vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista. Remission definieras som andel personer som inte hetsätit under de senaste 28 dagarna.

Hetsättningsfrekvens



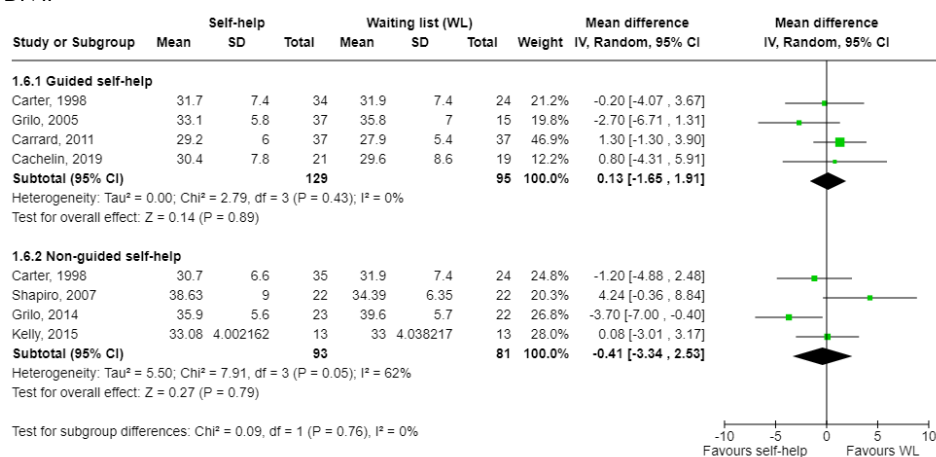
Figur 2. Hetsättningsfrekvens vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista. Hetsättningsfrekvens definieras som antal hetsätningsepisoder under de senaste 28 dagarna [3-6, 8, 10] eller veckan [7], eller som antal dagar med hetsätning under den senaste veckan [9]. Data redovisas som standardiserade medelvärdeskskillnader.

Ätstörningspsykopatologi (EDE-Q)



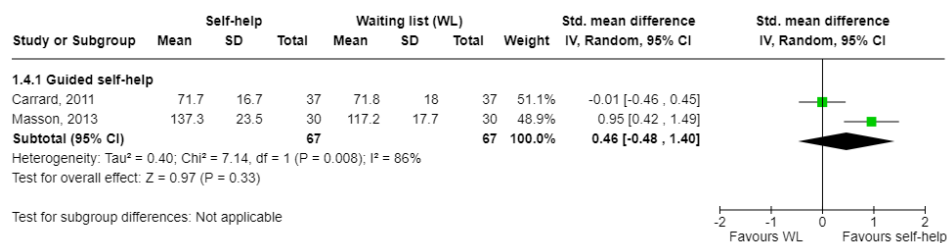
Figur 3. Ätstörningspsykopatologi vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista. Ätstörningsspecifik psykopatologi utvärderat med EDE-Q (global eller total scores).

BMI



Figur 4. BMI vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista.

Livskvalitet



Figur 5. Livskvalitet vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista. Livskvalitet utvärderades med olika instrument, Impact of Weight on Quality of Life (IWQOL) short form [3] och Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS) [8]. Högre värde indikerar bättre livskvalitet enligt båda skalorna. Data redovisas som standardiserade medelvärdeskillnader.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad självhjälp med behandlarstöd för ungdomar (över 15 år) och vuxna med hetsätningsstörning, jämfört med väntelista eller ingen behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd (maximalt 6h terapeutiskt stöd)
- Kontrollgrupp:
 - Primära: Väntelista, ingen behandling
 - Sekundära: Ätstörningsanpassad KBT (online eller fysiskt), t.ex. KBT-E och KBT-BN
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdokumentation

En gemensam litteratursökningen gjordes för självhjälp vid hetsätningsstörning (H1) och bulimia nervosa (BN1).

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	3 SÖ + 98 primärstudier
Artiklar som lästes i fulltext	3 SÖ + 23 primärstudier
Artiklar som kvalitetsgranskades	2 SÖ + 2 RCT (övriga kvalitetsgranskade i SBU rapport [2])
Artiklar som inkluderades i underlaget	2 SÖ + 8 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-03-27			
Ämne: Självhjälp för bulimia nervosa och hetsätningsstörning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		"Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia"[Mesh] OR bulimia*[tiab] OR bulimic[tiab]	26,760
2.		"Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh] OR binge-eating[tiab]	23,697
3.		1 OR 2	29,259
4.		("Self Care/methods"[Mesh:NoExp] OR "Internet-based intervention"[Mesh] OR web-based intervention*[tiab] OR online intervention*[tiab] OR self-care method*[tiab] OR guided self-help[tiab] OR manualized self-help[tiab] OR (guidance*[tiab] AND self-help[tiab]))	12,802

5.	3 AND 4	242
6.	5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	29
7.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	100

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-03-29			
Ämne: Självhjälp för bulimia nervosa och hetsätningsstörning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] this term only OR MeSH descriptor: [Bulimia Nervosa] explode all trees OR MeSH descriptor: [Bulimia] explode all trees OR (bulimia* OR bulimic):ti,ab,kw	2300
2.		MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] this term only OR MeSH descriptor: [Binge-Eating Disorder] explode all trees OR (binge-eating):ti,ab,kw	2179
3.		1 OR 2	2877
4.		MeSH descriptor: [Self Care] this term only and with qualifier(s): [methods - MT] OR MeSH descriptor: [Internet-Based Intervention] explode all trees OR ("web-based intervention*" OR "online intervention*" OR "self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help"):ti,ab,kw OR (guidance* AND "self-help"):ti,ab,kw	5029
5.		3 AND 4	158
			1 CDSR
			157 Central

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords. **) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-03-29			
Ämne: Självhjälp för bulimia nervosa och hetsättningsstörning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Samsökning i 3 databaser med fritexttermer			
1.	FT/TI, AB, SU	TI ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic) OR AB ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic) OR SU ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic)	58,869
2.	FT/TI, AB, SU	TI ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*") OR AB ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*") OR SU ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*")	55,549
3.		1 OR 2	60,165
4.	FT/TI, AB	TI ("internet-based intervention*" OR "internet intervention*" OR "web-based intervention*" OR "web based intervention*" OR "online intervention*") OR AB ("internet-based intervention*" OR "internet intervention*" OR "web-based intervention*" OR "web based intervention*" OR "online intervention*") AND TI ("guided self-help" OR "manualized self-help") OR AB ("guided self-help" OR "manualized self-help")	34
5.	FT/TI, AB	TI Guidance* OR AB Guidance* AND TI (self-help OR "self help") OR AB (self-help OR "self help")	31,469
6.	FT/TI, AB	TI ("Self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help") OR AB ("Self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help")	1,069
7.		4 OR 5 OR 6	31,733
8.		3 AND 7	699
9.		8 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	38
10.		8 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") Narrow by Language: - English	169

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
De Bar, 2011 [14]	Ej relevant jämförelse (usual care)
de Zwaan, 2017 [15]	Ej relevant jämförelse (aktiv jämförelse)
Duarte, 2017 [16]	Hög risk för bias
Grilo, 2013 [17]	Ej relevant jämförelse (usual care)
Grilo, 2022 [18]	Ej korrekt population (46% med hetsätningstörning)
Hildebrandt, 2020 [19]	Ej relevant jämförelse (aktiv jämförelse)
Jones, 2008 [20]	Ej relevant intervention
Linardon, 2021 [21]	Ej korrekt population (ca 20% med hetsätningstörning)
Peterson, 1998 [22]	Hög risk för bias
Peterson, 2009 [23]	Ej relevant intervention (gruppbehandling)
Striegel-Moore, 2010 [24]	Delvis fel population (ca 10% BN: ingen särredovisning av resultat) och ej relevant jämförelse (TAU)
Ter Huurne, 2015 [25]	Ej relevant intervention (internetbaserad KBT)
Wagner, 2016 [26]	Ej relevant intervention (internetbaserad KBT)
Wilson, 2010 [27]	Ej relevant jämförelse (aktiv jämförelse)
Wyssen, 2021 [28]	Ej korrekt design för att utvärdera effekterna av självhjälp jämfört med väntelista

Referenser

- Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, Pietrowsky R, Tuschen-Caffier B, Vocks S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2019; 87(1):91-105.
- Behandling av hetsätningstörning. SBU Utvärderar Rapport 248/2016. 2016.
- Carrard I, Crepin C, Rouget P, Lam T, Golay A, Van der Linden M. Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2011; 49(8):482-91.
- Carter JC, Fairburn CG. Cognitive-behavioral self-help for binge eating disorder: A controlled effectiveness study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998; 66(4):616-23.

5. Grilo CM, Masheb RM. A randomized controlled comparison of guided self-help cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2005; 43(11):1509-25.
6. Grilo CM, Masheb RM, White MA, Gueorguieva R, Barnes RD, Walsh BT, et al. Treatment of binge eating disorder in racially and ethnically diverse obese patients in primary care: Randomized placebo-controlled clinical trial of self-help and medication. *Behaviour Research and Therapy.* 2014; 58:1-9.
7. Kelly AC, Carter JC. Self-compassion training for binge eating disorder: A pilot randomized controlled trial. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice.* 2015; 88(3):285-303.
8. Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM, Safer DL. A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2013; 51(11):723-8.
9. Shapiro JR, Reba-Harrelson L, Dymek-Valentine M, Woolson SL, Hamer RM, Bulik CM. Feasibility and acceptability of CD-ROM-based cognitive-behavioural treatment for binge-eating disorder. *Eur Eat Disord Rev.* 2007; 15(3):175-84.
10. Cachelin FM, Gil-Rivas V, Palmer B, Vela A, Phimphasone P, de Hernandez BU, et al. Randomized controlled trial of a culturally-adapted program for Latinas with binge eating. *Psychol Serv.* 2019; 16(3):504-12.
11. National Institute for Health and Care Excellence. NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment.* London; 2017.
12. Fairburn CG. *Overcoming binge eating.* New York: The Guilford Press; 1995.
13. Lynch FL, Striegel-Moore RH, Dickerson JF, Perrin N, DeBar L, Wilson GT, et al. Cost-effectiveness of guided self-help treatment for recurrent binge eating. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2010; 78(3):322.
14. DeBar LL, Striegel-Moore RH, Wilson GT, Perrin N, Yarborough BJ, Dickerson J, et al. Guided self-help treatment for recurrent binge eating: replication and extension. *Psychiatr Serv.* 2011; 62(4):367-73.
15. de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Svaldi J, Friederich HC, Schmidt F, et al. Effect of Internet-Based Guided Self-help vs Individual Face-to-Face Treatment on Full or Subsyndromal Binge Eating Disorder in Overweight or Obese Patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 2017; 74(10):987-95.
16. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Stubbs RJ. Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clin Psychol Psychother.* 2017; 24(6):O1437-O47.
17. Grilo CM, White MA, Gueorguieva R, Barnes RD, Masheb RM. Self-help for binge eating disorder in primary care: a randomized controlled trial with ethnically and racially diverse obese patients. *Behav Res Ther.* 2013; 51(12):855-61.

18. Grilo CM, Ivezaj V, Duffy AJ, Gueorguieva R. 24-Month follow-up of randomized controlled trial of guided-self-help for loss-of-control eating after bariatric surgery. *Int J Eat Disord.* 2022; 55(11):1521-31.
19. Hildebrandt T, Michaeledes A, Mayhew M, Greif R, Sysko R, Toro-Ramos T, et al. Randomized Controlled Trial Comparing Health Coach-Delivered Smartphone-Guided Self-Help With Standard Care for Adults With Binge Eating. *Am J Psychiatry.* 2020; 177(2):134-42.
20. Jones M, Luce KH, Osborne MI, Taylor K, Cunning D, Doyle AC, et al. Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics.* 2008; 121(3):453-62.
21. Linardon J, Messer M, Shatte A, Greenwood CJ, Rosato J, Rathgen A, et al. Does the Method of Content Delivery Matter? Randomized Controlled Comparison of an Internet-Based Intervention for Eating Disorder Symptoms With and Without Interactive Functionality. *Behav Ther.* 2022; 53(3):508-20.
22. Peterson CB, Mitchell JE, Engbloom S, Nugent S, Mussell MP, Miller JP. Group cognitive-behavioral treatment of binge eating disorder: a comparison of therapist-led versus self-help formats. *International Journal of Eating Disorders.* 1998; 24(2):125-36.
23. Peterson CB, Mitchell JE, Crow SJ, Crosby RD, Wonderlich SA. The efficacy of self-help group treatment and therapist-led group treatment for binge eating disorder. *Am J Psychiatry.* 2009; 166(12):1347-54.
24. Striegel-Moore RH, Wilson GT, DeBar L, Perrin N, Lynch F, Rosselli F, et al. Cognitive behavioral guided self-help for the treatment of recurrent binge eating. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78(3):312-21.
25. ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, van der Palen J, VanDerNagel JE, DeJong CA. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2015; 17(6):e152.
26. Wagner B, Nagl M, Dolemeyer R, Klinitzke G, Steinig J, Hilbert A, et al. Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Cognitive-Behavioral Treatment Program for Binge-Eating Disorder. *Behav Ther.* 2016; 47(4):500-14.
27. Wilson GT, Wilfley DE, Agras WS, Bryson SW. Psychological treatments of binge eating disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2010; 67(1):94-101.
28. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Bürky N, Forrer F, Vanhulst P, Lalanne D, et al. BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(6):937-54.

Id H6: Ätstörningsanpassad KBT utförd som distanskontakt via videolänk

Tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning utförd i digitalt format över video (jämfört med KBT face-to-face / fysiskt)

Prioritet: 7

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen kan ge likvärdiga behandlingsresultat som om behandlingen ges vid fysiska möten (face-to-face) för de som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Videomöten gör behandling tillgänglig för personer som exempelvis har begränsade möjligheter att ta sig till ett fysiskt möte eller upplever skam. Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål, men är inte utvärderad systematiskt.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Hetsättningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsättningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Ett sådant exempel är KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Åtgärden innebär att KBT ges i digitalt format med direktkontakt mellan patient och terapeut över video (även kallat telemedicin). I övrigt skiljer inte formatet sig från KBT där patient och terapeut möts fysiskt.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av KBT i digitalt format jämför med KBT där patient och terapeut möts fysiskt hos personer med bulimia nervosa över 15 år otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att åtstörningsanpassad KBT i digitalt format över video kan för patienter med hetsättningsstörning som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling ge likvärdiga behandlingsresultat jämfört med om behandlingen ges i fysiska möten (face-to-face).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier uppfyllde relevanskriterierna för att inkluderas i underlaget.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid åtstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Åtstörningsanpassad KBT i digitalt format över video kan för patienter med hetsättningsstörning som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling ge likvärdiga behandlingsresultat jämfört med om behandlingen ges i fysiska möten (face-to-face).*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 78 procent av 45 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *Åtstörningsanpassad KBT i digitalt format över video kan för patienter med hetsättningsstörning som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling öka följsamheten till behandlingen jämfört med om behandlingen ges i fysiska möten (face-to-face).*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes inte eftersom endast 58 procent av 38 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har KBT anpassad för behandling av ätstörning utförd i digitalt format över video) för ungdomar (över 15 år) och vuxna med hetsättningsstörning, jämfört med om behandlingen ges fysiskt, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning utförd i digitalt format över video (jämfört med KBT face-to-face / fysiskt)
- Kontrollgrupp: Fysisk KBT anpassad för behandling av ätstörning (ledd av terapeut, face-to-face) (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [2] och i SBU:s rapport om hetsättningsstörning från 2016 [3] relevansbedömdes utifrån PICO, inga relevanta studier identifierades i dessa. (Litteratursökning och urval av studier i riktlinjerna från NICE och SBU:s tidigare rapport bedömdes relevanta för frågeställning som avses i detta underlag.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext	2
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Två studier exkluderades [4, 5] efter granskning i fulltext eftersom intervention i studierna utgjordes av vägledad självhjälp vilket inte är den intervention som definierats i PICO. Riktlinjerna innehåller en annan frågeställning om manualbaserad självhjälp med behandlarstöd för personer med hetsättningsstörning (id: H1).

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders: Guilford Publications; 2008.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

3. Behandling av hetsättningsstörning. SBU Utvärderar. Rapport 248/2016.; 2016.
4. de Zwaan M, Herpertz S, Zipfel S, Svaldi J, Friederich H-C, Schmidt F, et al. Effect of Internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients: The INTERBED randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2017; 74(10):987-95.
5. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Burgy N, Forrer F, Vanhulst P, Lalanne D, et al. BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. Eur. 2021; 29(6):937-54.

Bulimi

Id BN4: KBT anpassad för behandling av ätstörning

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till minskade ätstörningssymtom direkt vid avslutad behandling jämfört med vid ingen behandling. Det saknas annan insats med bättre vetenskapligt stöd. Insatsen bedöms ha en bättre effekt, men till en högre kostnad jämfört med ingen behandling. Ätstörningsanpassad KBT kan hantera symtom som ändras över tid och olika problemområden för patientgruppen.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbnings, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Ett sådant exempel är KBT-E (KBT Enhanced). KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med bulimia nervosa ger KBT jämfört med väntelista direkt efter avslutad behandling

- Möjligen en minskad ätstörningspsykopatologi (låg tillförlitlighet).

För personer över 15 år med bulimia nervosa går det inte att bedöma effekten av KBT jämfört med väntelista för utfallsmåtten remission samt dagar med hetsätning och självrensning då de sammanvägda resultaten har mycket låg tillförlitlighet. Det saknas relevanta studier för att bedöma effekterna på utfallsmåttet livskvalitet.

Kommentar

Sammantaget pekar underlaget på en möjlig effekt på ätstörningspsykopatologi direkt efter avslutad behandling (8-10 veckor) jämfört med väntelista, men det är otillräckligt för att dra några slutsatser om effekt på längre sikt. Underlaget bygger på ett fåtal äldre studier med få patienter sammantaget, dessutom finns kvalitetsbrister som gör att det finns risk för systematisk snedvridning. KBT-metodiken i studierna omfattar färre sessioner under en kortare tidsperiod än vad som kan anses vara klinisk praxis idag (effekten kan därmed både under- och överskattas). Studieresultatens giltighet i klinisk praxis blir därmed osäker.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I underlaget ingår fyra äldre studier [1-4] med totalt 248 randomiserade patienter, varav 150 randomiserades till interventioner som är relevanta för detta underlag (KBT jämfört med väntelista eller sedvanlig vård). Studierna omfattar enbart kvinnor med bulimia nervosa. Trots att diagnosen byggde på äldre diagnoskriterier så bedömdes populationerna som relevanta utifrån dagens diagnoskriterier.

I en av de ingående studierna ges KBT i gruppformat [1], i två som individuell terapi [3, 4], och i en troligen som individuell terapi [2] (framgår ej av artikeln). I tre av studierna ges KBT under en period av 10 veckor eller kortare [1, 3, 4], med upp till 10 sessioner, och i en av studierna under en period av 16 veckor [2], med en session per vecka (dock rapporteras utfallet endast efter 8 veckor). En studie inkluderades trots att placebo-KBT utgör jämförelse [3], i de övriga 3 utgör väntelista jämförelsegrupp [1, 2, 4]. Endast en studie [3] redovisar utfall för båda grupperna efter längre tids uppföljning (6 månader efter avslutad behandling). Inga studier som jämförde KBT med sedvanlig behandling identifierades.

Tre av studierna [1, 2, 4] rapporterar effekt för utfall på hetsätning och kompensatoriskt beteende (kräkning och användande av laxermedel), och en på kombinationen av dessa [3]. Två studier rapporterar andelen som når remission [2, 3], dock med olika definitioner. Samtliga fyra studier rapporterar

effekt på ätstörningspsykopatologi [1-4], självskattat enligt olika revisioner av EDI i tre fall [1, 3, 4] eller genom klinikers bedömning i ett fall [2].

Samtliga studier bedömdes ha måttlig risk för bias för samtliga utfall som rapporteras i denna granskning [1-4]. Risken för bias orsakas bland annat av att betydande andelar av de inkluderade patienterna avbryter studierna i för-tid och att avhoppet fördelas ojämnt mellan grupperna, att studierna inte är blindade (avseende patienter, terapeuter och bedömare), och att utfallen är självrapporterade.

Inga relevanta pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget pekar mot att KBT som behandling av bulimia nervosa hos personer över 15 år genererar en bättre effekt men till en högre kostnad jämfört med ingen behandling.

Slutsatsen bygger på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, genomförd av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU).

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall direkt efter avslutad behandling	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT)	Interventionsgrupp (väntelista)				
Remission (andel med utebliven hetsätning och inget kompensatoriskt beteende under 2 veckor)	<u>Antal:</u> 10 (32%) av 31	<u>Antal:</u> 16 (48%) av 33	<u>Riskskillnad:</u> 0,17 [-0,01 till 0,36] (Ej signifikant skillnad)	<u>Riskkvot:</u> 1,43 [0,94 till 2,17] (Ej signifikant skillnad)	64 deltagare i 2 studier [2, 3].	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ⁴ : -1 Publikationsbias ⁵ : -1
Ätstörningspsykopatologi (Olika bedömningsskalor)	<u>Skalsteg förändring:</u> 6 till 11 minskning (EDI från 3 studier)	<u>Skalsteg förändring:</u> 19 till 39 minskning (EDI från 3 studier)	<u>Medelskillnad (SMD):</u> -0,49 [-0,84 till -0,14]* (Minskade symtom) (*Signifikant)	--	131 deltagare i 4 studier [1-4].	⊕⊕○○ (för minskade symtom) Avdrag: Risk of bias ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1
Hetsätningsdagar (senaste två veckor)	<u>Förändring:</u> 4,6 färre till 0,6 fler episoder (EDI från 3 studier)	<u>Förändring:</u> 1,9 till 4,8 färre (EDI från 3 studier)	<u>Medelskillnad (SMD):</u> -0,80 [-1,5 till -0,11]* (*Signifikant)	--	108 deltagare i 3 studier [1, 2, 4]	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Heterogenitet ³ : -1

Utfall direkt efter avslutad behandling	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT)	Interventionsgrupp (väntelista)				
Kompensatoriskt beteende (senaste två veckor)	<u>Förändring:</u> 0,3 till 4,6 färre (från 3 studier)	<u>Förändring:</u> 2,4 till 4,8 färre (från 3 studier)	-0,74 [-1,97 till 0,49] (Ej signifikant skillnad)	--	108 deltagare i 3 studier [1, 2, 4]	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Heterogenitet ³ : -1 Precision ⁴ : -1
Livskvalitet	--	--	--	--	--	Relevanta studier saknas

¹Risk of Bias: Stor andel patienter som avbryter behandlingen (delvis ojämnt fördelat mellan grupperna), bristande blindning (patienter, terapeuter och bedömare), samt självskattade utfall.

²Överförbarhet: Olika definitioner av utfall, samt förkortad version av KBT som inte säkert är relevant idag. Effektens betydelse blir svårtolkad och kortare KBT-behandlingar kan både överskatta och underskatta effekten.

³Heterogenitet: Hög till mycket hög statistisk heterogenitet med stor spridning i studieresultat. Effekten i populationen som helhet osäker.

⁴Precision: Icke-signifikant effekt med brett konfidensintervall som går från stor minskning till måttlig ökning. På grund av en liten total patientpopulation och få studier blir effekttestimatet högst osäkert. Fler studier behövs.

⁵Publikationsbias: risken för publikationsbias kan inte bedömas eller uteslutas baserat på enbart två enskilda studier.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Ätstörningspsykopatologi	Hetsätning eller kompensatoriskt beteende	Kommentar
<p>Griffiths 1994 [4] RCT med självskattade utfall, 3-armed studie, single-center, Australien.</p> <p>N=78</p> <p>Uppföljning: Vid behandlingsavslut (8 veckor).</p>	<p><u>Inklusion:</u> Kvinnor 17-50 år med BN enligt DSM-III-R, BMI 18-26.</p> <p><u>Medelvärden±SD vid baslinjen:</u> Ålder: 25,9±5,7 BMI: 21,9±2,0 Episoder/månad: 14,2±7,8 Kräkningar/månad: 15,8±10 År med symtom: 6,2±5,1</p>	<p>I (n=23): KBT (individuell) K (n=28): väntelista (Två av studiens tre armar.)</p> <p>KBT: Individuell terapi, 7 sessioner á 50-60 min under 8 veckor. Avkortad variant av Fairburns 16-veckorsprogram.</p> <p>K: Kontrollgruppen hade ingen formell kontakt med kliniken under 8 veckor.</p>	Rapporteras ej.	<p>The Eating Disorders Inventory (EDI) i 8 subskalor. (Samtliga subskalor har summerats i metaanalysen.) Självrapporterat.</p> <p>Pre- och post-treatment rapporteras.</p> <p>En signifikant effekt rapporterades för en av subskalorna.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Självrapporterade hetsätningsdagar och dagar med kompensatoriskt beteende (kräkning och laxermedel) under två senaste veckorna.</p> <p>Pre- och post-treatment rapporteras.</p> <p>Signifikanta skillnader rapporterades mellan KBT och väntelista.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	
Thackwray 1993 [3]	<u>Inklusion:</u> Kvinnor över 15 år med BN enligt DSM-III-R.	I (n=16): KBT (individuell) K (n=16): Placebo-terapi	Andel som självrapporterat helt uteblivna episoder	The Eating Disorders Inventory (EDI) i 4 subskalor. (Samtliga subskalor har summerats i metaanalysen.)	Självrapporterade antal episoder (hetsätning och kräkning) under senaste veckan.	

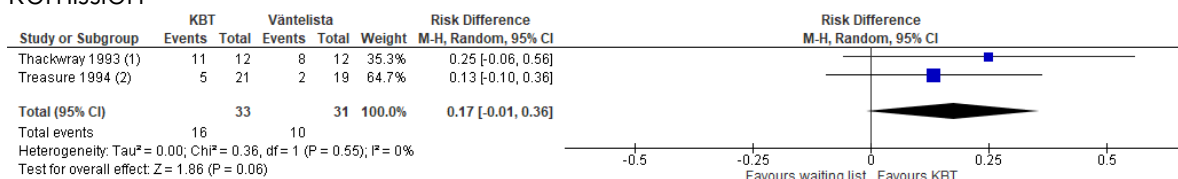
Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Åtstörningspsykopatologi	Hetsättning eller kompensatoriskt beteende	Kommentar
<p>RCT, 3-armed, självskattade utfall, single-center, USA.</p> <p>N=47</p> <p>Uppföljning: vid behandlingsavslut (8 veckor), och 6 månader efter avslutad behandling.</p>	<p><u>Medelvärden±SD vid baslinjen:</u></p> <p>Ålder: 31±10</p> <p>Episoder: 5,5±3.4/vecka</p> <p>Kräkningar:</p> <p>Sjukdomsduration: 6,7±7,3 år</p>	<p>KBT: Individuell terapi med 8 sessioner á 60 minuter under 8 veckor.</p> <p>Placebo-terapi: "Nonspecific self-monitoring treatment" med terapeutkontakt. Enligt författarna möjliggörs skattning av effekterna av självmonitoreringen och ger patienten positiva förväntningar.</p>	<p>av hetsättning och kräkning under senaste veckan.</p> <p>Pre-, post-och 6 månader rapporteras.</p> <p>Större andel med uteblivna episoder rapporteras för aktiv interventionerna vid behandlingsavslut, och för KBT vid uppföljning.</p> <p>För metaanalys antogs att andel avhoppare vara lika mellan grupperna, andelar beräknat på de kvarstående.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Självrapporterat.</p> <p>Pre-, post-och 6 månader rapporteras.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Pre-, post-och 6 månader rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna rapporteras (inga direkta gruppjämförelser presenteras). (Alla grupper förändrades signifikant från baslinjen till behandlingsavslut. Kontrollgruppen förändrades även signifikant till uppföljning.)</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Åtstörningspsykopatologi	Hetsätning eller kompensatoriskt beteende	Kommentar
Treasure 1994 [2] RCT med extern bedömare, 3-armed studie, single center, England. N=81 Uppföljning: efter 8 av 16 veckors terapi.	<u>Inklusion:</u> Kvinnor med BN- eller atypisk BN- diagnos enligt "International Classification of Diseases, 10:th revision". <u>Medelvärden±SD vid baslinjen:</u> Ålder: 26±6,6 BMI: 25,1±5 Episoder: 3 till 7 ggr/vecka Kräkningar: 1-6 ggr/vecka	I (n=21): KBT K (n=19): Väntelista KBT: 16 sessioner under 16 veckor. Bristfälligt beskriven. (Troligtvis individuell.) Väntelista: Informerades att de fick vänta på en ledig terapeut.	Klinikerskattad full remission (utebliven hetsätning, kräkning och andra vikt-kontrollerande beteenden). Oklart vilken tidsperiod som avses. Inga signifikanta skillnader rapporterades. Pre- och post-treatment rapporteras. Måttlig risk för bias.	Klinikerskattad total svårighetegrad. Från 1 (full remission) till 5 (extremt allvarlig). Medelförändring från baslinjen rapporteras. Måttlig risk för bias.	Klinikerskattad medianförändring i antal hetsätnings- och kräkningsdagar/vecka (rapporterade i intervall). (Oklart hur lång tid utfallet syftar på.) Medelförändring från baslinjen rapporteras. Inga signifikanta skillnader. Måttlig risk för bias.	
Wolf 1992 [1]	<u>Inklusion:</u> Kvinnor med BN enligt DSM-III och DSM-III-R.	I (n=15): KBT i grupp K (n=12): väntelista	Rapporteras ej.	The Eating Disorders Inventory (EDI) i 6 subskalor. (Samtliga subskalor har summerats i metaanalysen.)	Självrapporterad tvåveckors frekvens av hetsätning, samt av extrema viktkontrollåtgärder.	

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Åtstörningspsykopatologi	Hetsätning eller kompensatoriskt beteende	Kommentar
<p>RCT, 3-armed, självskattade utfall, single-center, USA.</p> <p>N=42</p> <p>Uppföljning: vid behandlingsavslut (8 veckor), samt 1 och 3 månader efter behandlingsavslut (ej för kontrollgrupp).</p>	<p><u>Medelvärden±SD vid baslinjen:</u></p> <p>Ålder: 26,3±5</p> <p>Episoder: 11±7 per 2 veckor</p> <p>Historik av hetsätning: 9±5 år</p>	<p>KBT: 8 veckors gruppterapi med 10 sessioner á 2-timmar. 2 ggr/vecka under 2 inledande veckor, sedan 1 gång/vecka i 6 veckor.</p>		<p>Självrapporterat.</p> <p>Rapporteras pre- och post-treatment, samt vid 1- och 3-månaders uppföljning. (Inga data för kontrollgrupp senare än behandlingsavslut.)</p> <p>Inga direkta gruppjämförelser presenteras. Dock rapporteras signifikanta förbättringar för aktiv behandling, men inte för kontrollgruppen.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Rapporteras pre- och post-treatment, samt vid 1- och 3-månaders uppföljning. (Inga data för kontrollgrupp senare än behandlingsavslut.)</p> <p>Inga direkta gruppjämförelser presenteras. Dock rapporteras signifikanta förbättringar för aktiv behandling, men inte för kontrollgruppen.</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	

Metaanalyser

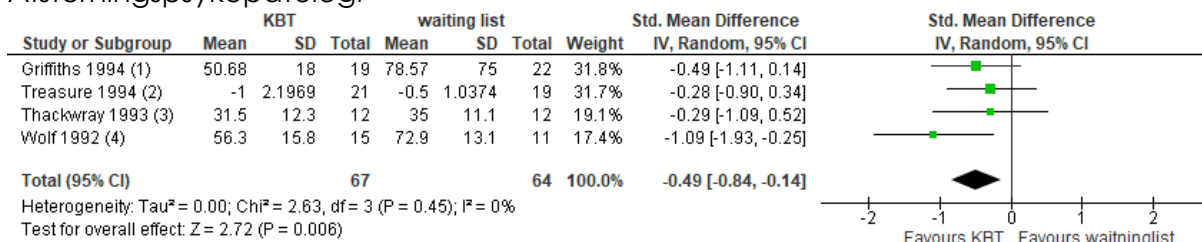
Remission



Footnotes

- (1) Helt uteblivna episoder (binge+purge), självrapport, senaste veckan, efter 8 veckors behandling. Räknat på tillgängliga data.
- (2) Klinikerskattad total remission (utebliven hetsätning, kräkning + andra viktkontrollerande beteenden). Tidsperioden oklar. Efter 8 av 16 veckors behandling. Per antal kvarstående.

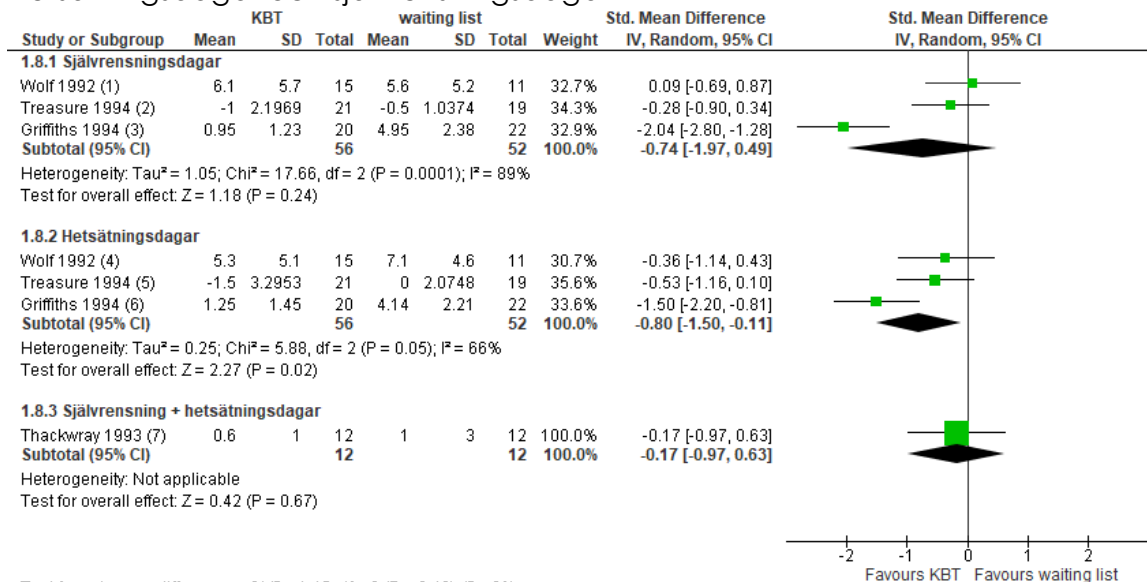
Ätstörningspsykopatologi



Footnotes

- (1) EDI, post-data 8 veckor. Individuell KBT.
- (2) Klinikerskattad total svårighetegrad, efter 8 av totalt 16 veckor. Medelförändring härlett från konfidensintervall. Individuell KBT.
- (3) EDI, 8 veckor post-treatment. Individuell KBT.
- (4) EDI, behandlingsavslut 8 veckor. Grupp-KBT.

Hetsätningsdagar och självrensningdagar



Test for subgroup differences: Chi² = 1.45, df = 2 (P = 0.48), I² = 0%

Footnotes

- (1) post-treatment-data 8 veckor, 2-veckorsfrekvens av extrema viktkontrollåtgärder. Grupp-KBT.
- (2) Medelförändring kräkning härlett från konfidensintervall, efter 8 av totalt 16 veckor.
- (3) post-treatment-data 8 veckor, purging (kräkning och laxermedel).
- (4) post-treatment-data 8 veckor, 2-veckorsfrekvens hetsätning. Grupp-KBT.
- (5) Medelförändring hetsättningsdagar härlett från konfidensintervall, efter 8 av totalt 16 veckor.
- (6) post-treatment-data 8 veckor, hetsätning.
- (7) Binge+purge under senaste veckan vid behandlingsavslut (8 veckor)

Figur 1. I diagrammet visas grupper med studieutfall på dagar med kompensatoriskt beteende, hetsättningsdagar och kombination av dessa. Sammanvägning har enbart gjorts för respektive grupp.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har kognitiv beteendeterapi anpassad för behandling av ätstörning för ungdomar (över 15) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med väntelista eller sedvanlig vård, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning
- Kontrollgrupp: Väntelista eller sedvanlig vård (TAU)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och randomiserade kontrollerade studie (RCT)

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [5] relevansbedömdes utifrån PICO. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext för åren 2016-2023 (från NICE)	4 (20 från NICE)
Artiklar som kvalitetsgranskades för åren 2016-2023 (från NICE)	1 (8 från NICE)
Artiklar som inkluderades i underlaget	4 från NICE

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Tre studier uppfyllde PICO men exkluderades då de bedömdes ha hög risk för bias [6-8]. Två nyare studier som använde en KBT-metodik som är relevant enligt dagens kliniska praxis (KBT-E) bedömdes ha måttlig risk för bias, men exkluderades då de endast omfattade 38 [9] respektive 57 procent [10] patienter med bulimia nervosa, och att utfallen inte särredovisades per diagnosgrupp för dessa utfall.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Fairburn 2009 [9]	Population med endast 385 BN, ingen särredovisning.
Freeman 1988 [7]	Hög risk för bias
Wade 2017 [10]	Population med endast 57% BN, ingen särredovisning.
Lee and Rush 1986 [8]	Hög risk för bias
Fairburn 1993 [6]	Hög risk för bias

Leitenberg 1988 [11]	För frågan fel typ av terapi
Telch 1990 [12]	För frågan fel population (non-purging BN)
Wilfley 1993 [13]	För frågan fel population (non-purging BN)
Ter Huurne 2021 [14]	För frågan fel intervention (KBT-gsh)
ter Huurne 2015 [15]	För frågan fel intervention (KBT-gsh)
Ruwaard 2013 [16]	För frågan fel intervention (KBT-gsh)
Cooper and Steere 1995 [17]	För frågan fel jämförelse
Juarascio 2021 [18]	För frågan fel jämförelse
Fairburn 1991 [19]	För frågan fel jämförelse
Bailer 2004 [20]	För frågan fel jämförelse
Le Grange 2015 [21]	För frågan fel jämförelse
Stefini 2017 [22]	För frågan fel jämförelse
Agras 2000 [23]	För frågan fel jämförelse
Mitchell 2008 [24]	För frågan fel jämförelse
Olmsted 1991 [25]	För frågan fel jämförelse, samt kvasi-randomisering
Poulsen 2014 [26]	För frågan fel jämförelse
Wonderlich 2014 [27]	För frågan fel jämförelse
Peterson 2017 [28]	För frågan fel jämförelse
Garner 1993 [29]	För frågan fel jämförelse

Referenser

1. Wolf EM, Crowther JH. An evaluation of behavioral and cognitive-behavioral group interventions for the treatment of bulimia nervosa in women. *International Journal of Eating Disorders*. 1992; 11(1):3-15.
2. Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Keilen M, et al. First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ*. 1994; 308(6930):686-9.
3. Thackwray DE, Smith MC, Bodfish JW, Meyers AW. A comparison of behavioral and cognitive-behavioral interventions for bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61(4):639-45.
4. Griffiths RA, Hadzi-Pavlovic D, Channon-Little L. A Controlled Evaluation of Hypnobehavioural Treatment for Bulimia Nervosa: Immediate Pre-Post Treatment Effects. *Eur*. 1994; 2(4):202-20.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London; 2017.
6. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. *Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of*

- interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(6):419-28.
7. Freeman CP, Barry F, Dunkeld-Turnbull J, Henderson A. Controlled trial of psychotherapy for bulimia nervosa. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1988; 296(6621):521-5.
 8. Lee NF, Rush AJ. Cognitive-Behavioral Group Therapy For Bulimia. *International journal of Eating Disorders*. 1986; 5(4):599-615.
 9. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry*. 2009; 166(3):311-9.
 10. Wade S, Byrne S, Allen K. Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(8):863-72.
 11. Leitenberg H, Rosen JC, Gross J, Nudelman S, Vara LS. Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56(4):535-41.
 12. Telch CF, Agras WS, Rossiter EM, Wilfley D, Kenardy J. Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: an initial evaluation. *J Consult Clin Psychol*. 1990; 58(5):629-35.
 13. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, et al. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61(2):296-305.
 14. Ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, DeJong CAJ, VanDerNagel JEL, van der Palen J. Long-term effectiveness of web-based cognitive behavioral therapy for patients with eating disorders. *Eat Weight Disord*. 2021; 26(3):911-9.
 15. ter Huurne ED, de Haan HA, Postel MG, van der Palen J, VanDerNagel JE, DeJong CA. Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Female Patients With Eating Disorders: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2015; 17(6):e152.
 16. Ruwaard J, Lange A, Broeksteeg J, Renteria-Agirre A, Schrieken B, Dolan CV, et al. Online cognitive-behavioural treatment of bulimic symptoms: a randomized controlled trial. *Clin Psychol Psychother*. 2013; 20(4):308-18.
 17. Cooper PJ, Steere J. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behav Res Ther*. 1995; 33(8):875-85.
 18. Juarascio AS, Parker MN, Hunt R, Murray HB, Presseller EK, Manasse SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(7):1270-7.
 19. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(5):463-9.

20. Bailer U, de Zwaan M, Leisch F, Strnad A, Lennkh-Wolfsberg C, El-Giamal N, et al. Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2004; 35(4):522-37.
21. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(11):886-94 e2.
22. Stefini A, Salzer S, Reich G, Horn H, Winkelmann K, Bents H, et al. Cognitive-Behavioral and Psychodynamic Therapy in Female Adolescents With Bulimia Nervosa: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017; 56(4):329-35.
23. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(5):459-66.
24. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther*. 2008; 46(5):581-92.
25. Olmsted MP, Davis R, Rockert W, Irvine MJ, Eagle M, Garner DM. Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther*. 1991; 29(1):71-83.
26. Poulsen S, Lunn S, Daniel SIF, Folke S, Bork Mathiesen B, Katznelson H, et al. A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa. 2014; 171:109-16.
27. Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychol Med*. 2014; 44(3):543-53.
28. Peterson CB, Berg KC, Crosby RD, Lavender JM, Accurso EC, Ciao AC, et al. The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: Examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(6):636-47.
29. Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1993; 150(1):37-46.

Id BN9: Familjebaserad terapi

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (13-17 år)

Åtgärd: Familjebaserad terapi

Prioritet: 5

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen ger goda behandlingsresultat, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I den familjebaserade terapin är vårdnadshavaren aktiv i behandlingen. Det är en styrka, eftersom vårdnadshavare är en viktig resurs som stöd i behandlingen, speciellt för yngre ungdomar.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbnings, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Den familjebaserade terapin inkluderade hela familjen i behandling och är indelad i faser. Behandlingen syftar till att hjälpa föräldrarna att inledningsvis ta över ansvaret för patientens ätande och stödja sitt barn så att det vågar äta normalt. Senare i behandlingen tar ungdomen successivt över mer ansvar för sitt ätande och familjen får hjälp och stöttning i att hitta tillbaka till ett normalt liv och förbygga risken för återinsjuknande. Det finns olika metoder för familjebaserad terapi, där de två vanligaste är FBT och FT-BN.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

SBU konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av FBT jämfört med KBT hos ungdomar med bulimia nervosa är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studierna som analyserat andel personer som inte har kräcks eller hetsätit under 4 veckor, ätstörningspsykopatologi och BMI är mycket låg.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från beprövad erfarenhet är att:

- både familjebaserad terapi (FBT eller FT-BN) och ätstörningsanpassad KBT med familjestöd ger goda behandlingsresultat för ungdomar (13-17 år) med bulimia nervosa
- att vid bulimia nervosa utföra familjebaserad terapi i enlighet med en manual leder till bättre resultat än att inte utföra den enligt manual.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två randomiserade kontrollerade studier (RCT) som svarar på frågeställningen. Följande studier ingår i underlaget:

En RCT av Le Grange et al från 2015 med måttlig risk för bias [1]. I studien ingår 110 ungdomar (medelålder=15.8 år, SD=1.5) med diagnosticerad bulimia nervosa som fick antingen FBT (n=52) eller KBT (n=58). Det primära utfallet var andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 4 veckor mätt med Eating Disorder Examination (EDE). Utfallen mättes direkt efter insatsen samt efter 6 och 12 månader. Båda insatserna gavs vid 18 tillfällen under 6 månader. FBT-BN (Family-based therapy – bulimia nervosa) utvecklades från manualen som används vid anorexi. Vissa anpassningar gjordes i manualen för att passa bättre vid bulimia nervosa, t ex lades mer fokus på känslor som skam, hemlighetshållande, dysfunktionellt ätande. Behandlingsstrategin gick främst ut på att engagera ungdomarna i ett bättre samarbete med föräldrarna för att åstadkomma beteendeförändring. CBT-A (Cognitive behavioral therapy – adolescents) är en manualiserad metod för ungdomar med bulimia nervosa. Den är utvecklad från CBT-BN för vuxna men anpassad till ungdomar. Behandlingen är uppdelad i tre stadier under 6 månader. Anpassningar för ungdomar handlade primärt om ökad kontakt mellan terapeuten och ungdomen för att bygga allians, sessioner hölls tillsammans med föräldrarna för att informera föräldrarna om tillståndet och behandlingsmetoden, konkreta illustrerande exempel t ex om utvecklingsfaktorer och anatomi.

En RCT av Schmidt et al från 2007 med måttlig risk för bias [2]. I studien ingår 85 ungdomar med diagnosticerad bulimia nervosa som fick antingen FT (n=41, m=17,9 år, sd=1.6) eller KBT baserad självhjälp (n=44, m=17,4 år, sd=1.8). Det primära utfallet var andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 4 veckor bedömt vid en intervju, sekundära utfallsmått var förekomst av andra symtom på bulimia nervosa. Utfallen mättes direkt efter insatsen (vid 6 månader) samt efter 12 månader. Familjeterapin var utvecklad från Maudsleys modell för familjeterapi vid anorexia. Enligt modellen har familjen en avgörande roll för att patienten ska bli frisk från sin ätstörning. Behandlingen är problemorienterad med fokus på familjens roll att skapa ett hälsosamt ätande, i slutet av behandlingen ska patienten själv få kontroll över sitt ätbeteende genom fokus på autonomi och oberoende. Patienterna erbjuds

13 tillfällen tillsammans med familjen och två individuella sessioner under 6 månader. KBT-behandlingen bestod av 10 sessioner en gång i vecka, tre uppföljande sessioner en gång i månaden, samt två frivilliga sessioner tillsammans med närstående. Inledningsvis fokuseras behandlingen på vilken funktion bulimia nervosa har i personens liv och att skapa motivation till förändring. Informations ges kring varför symtomen på bulimia nervosa kvarhålls genom att själv styra över tankar känslor och beteenden. Problemlösning används genom beteende experiment och målsättning. De uppföljande tillfällena handlar om att undvika återfall i sjukdomen. Patienten får också kontinuerliga hemuppgifter.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Både familjebaserad terapi (FBT eller FT-BN) och ätstörningsanpassad KBT med familjestöd ger goda behandlingsresultat för ungdomar (13-17 år) med bulimia nervosa.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 88 procent av 77 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *Att vid bulimia nervosa utföra familjebaserad terapi i enlighet med en manual leder till bättre resultat än att inte utföra den enligt manual.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 75 procent av 60 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 4 veckor innan mätning	KBT	FT eller FBT-BN	Efter insatsen RD=0.04 (95% KI -0.23 till 0.31) 6 månader efter insatsen avslutades RD=0.15 (95% KI 0.01 till 0.28) (ITT)	n=195 (2) [1, 2]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	-1 RoB -2 precision pga små studier med breda konfidensintervall
Ätstörningspsykopatologi mätt med Eating Disorder Examination (EDE)	CBT-A	FBT-BN	Efter insatsen Cohen's d=0,22, p=0,20 6 månader efter insatsens slut Cohen's d=0,14, p=.49 12 månader efter insatsens slut Cohen's d=0,31, p=.12 Ingen skillnad mellan grupperna	n=110 (1) [1]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare
BMI	KBT	FT	Direkt efter insatsen: MD=1.10 (KI -0.12 till 2,32) Efter 6 månader: MD=1.20 (KI -0.02 till 2,44)	n=85 (1) [2]	⊕○○○ mycket låg tillförlitlighet	Går inte att bedöma pga. en studie med få deltagare

Översikt av inkluderade studier

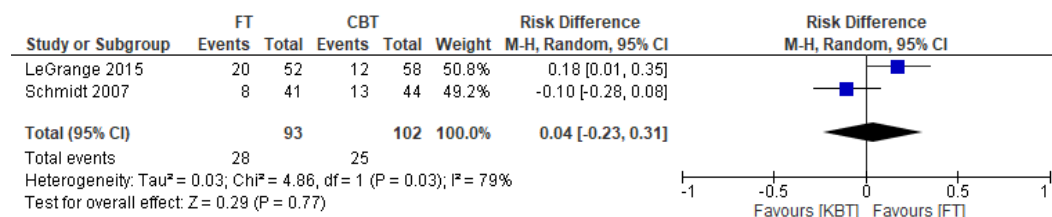
Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Andel personer som inte har kräcks eller hetsätit	Ätstörningspsykopatologi	Övrigt
Le Grange m.fl. 2015 [1] RCT, måttlig risk för bias	Ungdomar (n=110) med diagnosticerad bulimia nervosa eller partial bulimia (hetsätning eller kräkning en eller flera gånger per vecka under 6 månader eller expected body weight >85%; medelåldern var 15,8 år (SD=1,5). Insatserna genomfördes inom öppenvården.	I: FBT-BN (n=52) K: CBT-A (n=58)	Andel personer som inte har kräcks eller hetsätit under 4 veckor innan mätning (abstinens) ITT-analys Direkt efter insatsen: I: 39,4% K: 19,7% Vid 6 månader efter insatsens slut: I: 44% K: 25,4% Vid 12 månader efter insatsens slut: I: 48,5% K: 32%	Ätstörningspsykopatologi mätt med Eating Disorder Examination (EDE-global) Efter insatsen Cohen's d=0,22, p=0,20 6 månader efter insatsens slut Cohen's d=0,14, p=.49 12 månader efter insatsens slut Cohen's d=0,31, p=.12 Ingen skillnad mellan grupperna	
Schmidt m.fl. från 2007 [2], RCT, måttlig risk för bias.	I studien ingår 85 ungdomar (m=15,8 år, SD=1.5; 72% hade diagnosticerad bulimia nervosa och 28% icke specificerad ätstörning som fick antingen FT (n=41,	I: FT (n=41) K: KBT baserad självhjälp (n=44)	"Objective bingeing" bedömt med EATATE intervjun Direkt efter insatsen: I: 25% K: 41,9%	BMI (medelvärde och standardavvikelse) Direkt efter insatsen: I: 21,8 (3,6) K: 20,7 (2,0)	

m=17,9 år, sd=1.6) eller KBT base-
rad självhjälp (n=44, m=17,4 år,
sd=1.8).

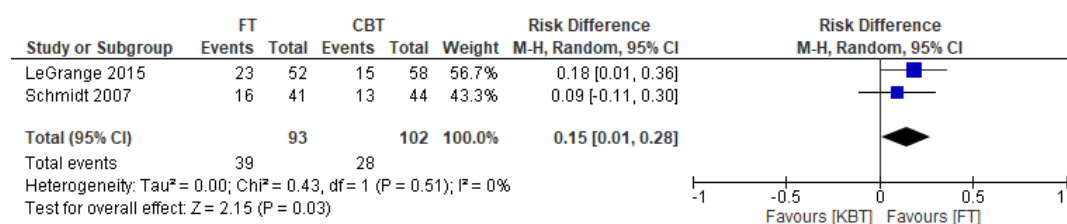
Efter 6 månader:
I: 55%
K: 52%

Efter 6 månader:
I: 21,7 (3,5)
K: 20,5 (2)

Metaanalyser



Figur 1. Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit (abstinens) under 4 veckor, mätt direkt efter insatsen



Figur 2. Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit (abstinens) under 4 veckor, mätt 6 månader efter att insatsen avslutades

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad familjbaserad terapi för ungdomar (13-17 år) med bulimia nervosa, jämfört med manualbaserad KBT anpassad för ätstörning (med inkluderat familjestöd), på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (13-17 år)
- Intervention/åtgärd: Familjbaserad terapi (FBT, FT-BN eller FBT-BN enligt manual)
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (inkl. familjestöd) (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt, mortalitet
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [3] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades två relevanta studier [1, 2].

(Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	4
Artiklar som kvalitetsgranskades	2

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Matheson 2020 [4]	Sekundär analys av Le Grange 2015
Truttman 2020 [5]	Ej relevant

Referenser

1. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(11):886-94 e2.
2. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(4):591-8.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
4. Matheson BE, Gorrell S, Bohon C, Agras WS, Le Grange D, Lock J. Investigating Early Response to Treatment in a Multi-Site Study for Adolescent Bulimia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11.
5. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online support (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(6):1-18.

Id BN7: IPT

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Interpersonell psykoterapi (IPT)

Prioritet: 6

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. IPT ger möjligen färre som tillfrisknar direkt efter avslutad behandling jämfört med kognitiv beteendeterapi (KBT), men det går inte att dra slutsatser om effekt på längre sikt. Insatsen bedöms främst vara ett alternativ för patienter som KBT inte passar för.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbningsar, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Interpersonell psykoterapi (IPT) är en manualbaserad och tidsbegränsad terapiform (16-20 sessioner) som kan utföras individuellt och i grupp. Metoden syftar till att individen ska uppleva minskade symtom genom ökad tillgång till sitt sociala nätverk, minskad mellanmänsklig stress, förbättrad förmåga till känslomässig bearbetning och förbättrade interpersonella färdigheter.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med bulimia nervosa ger behandling med IPT, jämfört med KBT, *direkt efter avslutad behandling*:

- möjligen en lägre andel individer som uppnår remission jämfört med KBT. Riskskillnad: 23 [95% konfidensintervall: 13 till 32] färre per 100 behandlade individer (låg tillförlitlighet).

För personer över 15 år med bulimia nervosa går det inte att bedöma effekten av behandling med IPT, jämfört med KBT, efter 4 månader och efter 12 månader på utfallsmåttet remission. (Sammantagen evidens har mycket låg tillförlitlighet.)

För personer över 15 år med bulimia nervosa går det inte att dra några slutsatser om effekten av behandling med IPT jämfört med KBT för utfallsmåtten livskvalitet, frekvens av episoder (kompensation), symtomskattningsskalor, BMI och vikt (det saknas relevanta studier).

Kommentar

Sammantaget visar underlaget att behandling med IPT möjligen kan ge något färre personer som förbättras (remission) jämfört med KBT direkt efter avslutad behandling. För effekt på längre sikt, samt på övriga utfall går det inte att dra några slutsatser eftersom det sammantagna underlaget är för osäkert och att det för flera av utfallen saknas relevanta studier för detta.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) av Agras och medarbetare från år 2000 som bedöms ha måttlig risk för bias [1]. I studien ingår 220 individer som diagnostiserats enligt DSM-III-R med bulimia nervosa. Individerna randomiserades till IPT (n=110) eller KBT (n=110). Det primära utfallet var andel personer som inte kräkts eller hetsätit under 28 dagar. Andra utfallsmått var EDE, BMI och depressiv symtomatologi. Studien utfördes på två sites Columbia University, New York (n=110) och Stanford University, Stanford (n=110). Endast resultatet för andel personer som inte kräkts eller hetsätit under 28 dagar beräknades med intention-to-treat (ITT).

En sökning på clinicaltrials.gov genererade inga pågående studier som kan vara relevant för tillstånd och åtgärdsraden.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (KBT)	Interventionsgrupp (IPT)				
Remission – direkt efter behandling (Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 28 dagar)	KBT:32/110	IPT: 7/110	IPT sämre än KBT RD: -0.23 [95% KI - 0.32 till -0.13]. Översatt till NNT ¹ 4 [95% KI 3 till 8] (ITT)	n=220 (1), [1]	⊕⊕○○ (låg tillförlitlighet)	-1 RoB -1 precision pga en studie som behöver upprepas
Remission – 4 månader efter behandling (Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 28 dagar)	KBT: 26/110	IPT:15/110	RD: -0.10 [95% KI - 0.20 till 0.00]	n=220 (1), [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt ett otydligt resultat som visar liten effekt eller ingen effekt
Remission – 12 månader efter behandling (Andel personer som inte har kräkts eller hetsätit under 28 dagar)	KBT: 31/110	IPT: 19/110	RD: -0.11 [95% KI - 0.22 till 0.00]	n=220 (1), [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt ett otydligt resultat som visar liten effekt eller ingen effekt

¹NNT=4 (number-needed-to-treat) innebär här att det krävs behandling av 4 individer med IPT jämfört med behandling av 4 personer med KBT för att ytterligare en person ska nå remission med KBT.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Remission	Övrigt
Agras et al, 2000, [1], RCT (multi-center) USA Måttlig risk för bias	Vuxna (ungdomar kan ingå) (n=220) med diagnosticerad BN enligt DSM-III-R, medelåldern 28.1 år, medel BMI på 23.0 kg/m ² . Individerna rekryterades från olika kliniker genom telefonsamtal. Patienterna randomiserades till två sites (Columbia University, New York och Stanford University, Stanford).	I: IPT (n=110) K: KBT (n=110) Sessioner: 19 individuella a 50 minuter. Två gånger per vecka under de två första veckorna. Veckovis under 12 veckor och därefter med två veckor mellanrum	Andel personer som inte har kräcks eller hetsätit under 28 dagar (anges som i artikeln som "recovered") ITT-analys Direkt efter insatsen: I: 6% K: 29% Vid 6 månader efter insatsen: I: 14% K: 24% Vid 12 månader efter insatsen: I: 17% K: 28%	Övriga resultat bedömdes ha hög risk för bias då det inte var beräknade ifrån ITT population.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har IPT för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med KBT anpassad för behandling av ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: Interpersonell psykoterapi (IPT)
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [4] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades 4 relevanta studier. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext för åren 2016-2023	1
Artiklar som kvalitetsgranskades för åren 2016-2023 (från NICE)	0 (5 från NICE)
Artiklar som inkluderades i underlaget	1

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Fyra publikationer bedömds ha hög risk för bias eller exkluderades på grund av att studierna inkluderade fel population för att svara på frågeställningen [5-8]. Fairburn 2015 hade en blandad population av individer med bulimia nervosa eller enbart hetsätningssötning och inga subgrupper analyserades [7]. Främsta anledningen till bedömningen hög risk för bias för Fairburn -91 och -93 [5, 6] är att endast de som fullföljde behandlingen analyserades (per protokoll), grupperna var små (individerna randomiserades till IPT n=21 och KBT n=21 [5]), samt och att bortfallet var högt (mellan 20 och 32%). Wilfley 93 [8] exkluderades eftersom den inte hade en för frågan relevant population.

Referenser

1. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57(5):459-66.

2. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(11):886-94 e2.
3. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(4):591-8.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
5. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(5):463-9.
6. Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Hope RA, O'Connor M. Psychotherapy and bulimia nervosa. Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1993; 50(6):419-28.
7. Fairburn CG, Bailey-Straebl S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, et al. A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behav Res Ther*. 2015; 70:64-71.
8. Wilfley DE, Agras WS, Telch CF, Rossiter EM, Schneider JA, Cole AG, et al. Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *J Consult Clin Psychol*. 1993; 61(2):296-305.

Id BN3: Behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin

Tillstånd: Bulimia nervosa, vuxna

Åtgärd: Behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin

Prioritet: 6

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder troligen till att fler personer minskar sin hetsätning och möjligen till att färre kräks, men det vetenskapliga underlaget är otillräckligt vad gäller effekten över längre tid. Insatsen förutsätter en individuell bedömning.

Kommentar: Psykologisk behandling har högre prioritet för tillståndet.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbnings, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Åtgärden syftar på behandling av bulimia nervosa med den selektiva serotoninåterupptagshämmaren fluoxetin. Läkemedlet tas vanligen som en tablett enligt läkares ordination.

Det finns flera olika godkända SSRI-läkemedel i Sverige för behandling till exempel av depression, dock är det endast fluoxetin som har en godkänd indikation för behandling bulimia nervosa. Fluoxetin är indicerat som komplement till psykoterapi för att minska hetsätning och självrensning.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 15 år med bulimia nervosa ger behandling med fluoxetin jämfört med placebo:

- troligen en ökad andel med 50% eller mer minskning av hetsätningsepisoder efter 8 veckor: Oddsquot 1.95 [1.41 till 2.71]. (Sammanvägt resultat har måttlig tillförlitlighet)
- möjligen en ökad andel med 50% eller mer minskning av självframkallade kräkningsepisoder efter 8 veckor: Oddsquot 2.69 [1.90 till 3.82]. (Sammanvägt resultat har låg tillförlitlighet)
- möjligen en minskad ätstörningspsykopatologi mätt genom test för matatityd (EAT) efter 8 veckor: -7.8 [-10.8 till -4.8] poäng. (Sammanvägt resultat har låg tillförlitlighet)
- möjligen ingen eller en ökad andel individer som avstår från att fortsätta läkemedelsbehandling på grund av biverkningar inom 8 veckor: Riskquot 1.60 [0.87 till 2.94]. (Sammanvägt resultat har låg tillförlitlighet)
- möjligen ingen eller liten viktnedgång efter 8 veckor: -2.46 [-4.69 till -0.22] kg. (Sammanvägt resultat har låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekterna av behandling med fluoxetin, jämfört med placebo, vid bulimia nervosa för utfallen:

- Biverkningar (dokumentation i inkluderade studier är otillräcklig)
- Livskvalitet (studier saknas)
- Remission (studier saknas)
- Ätstörningspsykopatologi mätt genom EDI (mycket låg tillförlitlighet).

För den godkända indikationen för fluoxetin (komplement till psykoterapi) vid bulimia nervosa saknas studier av tillräcklig kvalitet som också har en psykologisk behandling som är relevant för svensk klinisk praxis. Det går därmed inte att dra några slutsatser om en eventuell tilläggseffekt av fluoxetin.

Kommentar

För behandling med fluoxetin jämfört med placebo baseras slutsatsen ovan på tre studier med måttlig risk för bias. Slutsatserna för utfallen för denna jämförelse har låg eller måttlig tillförlitlighet, och avser utfall efter behandling i 8 veckor. Resultat på längre sikt saknas. Utfallen 50% minskning av hetsätning respektive kräkningsepisoder kanske inte upplevs som kliniskt meningsfull av patienten men ger en indikation.

Låg tillförlitlighet innebär att en ny studie skulle kunna ändra slutsatsen. Vidare kan utfallens tillförlitlighet för jämförelsen med placebo ytterligare försvagas (från låg till mycket låg, eller måttlig till låg) grund av bristande överförbarhet, beroende på vilken grupp som får behandlingen. Exempelvis om den tänkta gruppen avviker kraftigt från den grupp som undersökts i studierna. Effekten kan således vara både underskattad och överskattad. Vidare har gruppen som undersökts filterats för de som svarat på placebobehandling (detta är delvis beaktat som ett avdrag för risk för bias). Effekten på ätstörningspsykopatologi kan även vara indirekt kopplad till depressions-symtom som inte undersökts i detta underlag.

För ätstörningspsykopatologi finns det två utfall redovisade EDI och EAT. För utfallet EDI är tillförlitligheten mycket låg då detta endast finns redovisat i en mindre studie samt att detta utfall inte är signifikant. Vi har dock valt att redovisa detta resultat i tabellen för transparens.

Det vetenskapliga underlaget baseras på studier där majoriteten av studiepopulationen är över 18 år gamla, och endast en studie inkluderar personer från 15 år. Endast ett fåtal personer under 18 år ingår i underlaget och Socialstyrelsen väljer därför att rikta rekommendationen mot vuxna med tillståndet.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

För en komplett beskrivning av observerade biverkningar se Fass.se för de aktuella läkemedlen. Se även dokumenterade biverkningar i tabellen för studien av Levine och Goldstein [1, 2]. I studierna av Kanerva [3] respektive Mitchell [4] har biverkningar inte beskrivits. Biverkningar har inte bedömts med GRADE, dock har bortfall på grund av biverkningar bedömts. Andelen biverkningar är signifikant fler med fluoxetin i två studier för utfallen sömnlöshet, illamående, asteni, skakningar, svettningar, gäspningar, och i en studie för kissnödighet, hjärtklappning, utvidgad pupill och vasodilation, ångest, yrsel, och libidominskning.

Vilka studier ingår i granskningen

Det finns fyra studier med måttlig risk för bias som undersökt fluoxetin jämfört med placebobehandling [1-4]. En av studierna inkluderade 50 deltagare med bulimia nervosa enligt DSM-III-R. Individerna randomiserades till fluoxetin 60 mg/dag (n=24) eller till placebobehandling (n=26). Studiens huvudsyfte var att utvärdera effekten av depression och ångest samt ätstörningssymtom i samband med bulimia nervosa [3]. Utvärderingen skedde direkt efter behandling vid 8 veckor. Bortfallet var 0 % vid placebobehandling och 8 % vid läkemedelsbehandling. Författarna drar slutsatsen att det finns fler symtomförbättringar i samband med läkemedelsbehandling.

Den andra studien inkluderade 387 deltagare med bulimia nervosa enligt DSM-III-R [2]. Alla individer filtrerades för placeborespons under en vecka vilket kan ha gynnat effekterna av läkemedelsbehandling. Individerna randomiserades till fluoxetin 60 mg/dag (n=120), fluoxetin 20 mg/dag (n=120) eller till placebobehandling (n=120). I underlaget har vi valt att bara redovisa behandling med fluoxetin 60 mg/dag jämfört med placebo. Studiens huvudsyfte var att utvärdera effekten av fluoxetin vid ätstörningssymtom i samband med bulimia nervosa. Bortfallet var 37% för placebobehandling och 30 % för läkemedelsbehandling. Uppföljningstiden och behandlingen var 8 veckor. Författarna drar slutsatsen att det finns fler symtomförbättringar för ätstörningssymtom.

Den tredje studien inkluderade 398 deltagare med bulimia nervosa enligt DSM-III-R [1]. Alla individer filtrerades för placeborespons under en vecka vilket kan ha gynnat effekterna av läkemedelsbehandling. Individerna randomiserades till fluoxetin 60 mg/dag (n=296) eller till placebobehandling (n=102). Studiens huvudsyfte var att utvärdera effekten av fluoxetin vid ätstörningssymtom i samband med bulimia nervosa. Bortfallet var 52% för placebobehandling vid 16 veckors behandling och 43 % för läkemedelsbehandling. Uppföljningstiden och behandlingen var 16 veckor. Författarna drar slutsatsen att läkemedlet är säkert och effektivt för symtomförbättringar för ätstörningssymtom.

Den fjärde studien inkluderade 48 kvinnor från 18 år med bulimia nervosa randomiserade till fluoxetin eller placebo [4]. Även i denna studie filtrerades

patienterna på placeborespons. Patienterna behandlades i 16 veckor med fluoxetin 60 mg/dag (n=26), eller placebo (n=22). Det är oklart hur många patienter som fullföljde studien.

Inga pågående studier har identifierats på clinicaltrials.gov.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka (fluoxetin jämfört med placebo)

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Medelvärdeskillnad [95% KI]	Relativ effekt Oddskvot/Riskkvot [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (fluoxetin 60 mg/dag)	Fluoxetin jämfört med placebo	Fluoxetin jämfört med placebo			
Hetsätningsepisoder	Episoder/ vecka (min och maxvärde) 9.5 (1 till 150)	Episoder/ vecka (min och maxvärde) 9 (0 till 68)		Oddskvot: 1.88 [1.18 till 3.00] (bättre odds för färre episoder)	398 individer (1) [1]	⊕○○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ⁵ : -2	Data stöds även av Mitchell et al. 2001 [4].
Självframkallade kräknings episoder	Episoder/ vecka (min och maxvärde) 9 (0 till 225)	Episoder/ vecka (min och maxvärde) 9 (0 till 94)		Oddskvot: 2.10 [1.31 till 3.37] (bättre odds för färre episoder)	398 individer (1) [1]	<u>Avdrag</u> ⊕○○○ Risk för bias ¹ : -1 Precision ⁵ : -2	Data stöds även av Mitchell et al. 2001 [4].
50 % eller mer förbättring av hetsätningsepisoder efter 8 veckor	Levine 56/129 Goldstein 37/102 Kanerva 11/24	Levine 81/129 Goldstein 152/296 Kanerva 12/22		Oddskvot: 1.95 [1.41 till 2.71] (högre odds för förbättring)	656 (3) [2, 4-5]	⊕⊕⊕○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 (Avser högre odds för minskning i andelen)	Diagnoskriterier skiljer sig från dagens kriterier i studier utförda före 2013. Utfallet 50% minskning av hetsätning kanske

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Medelvärdeskillnad [95% KI]	Relativ effekt Oddsquot/Riskquot [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (fluoxetin 60 mg/dag)	Fluoxetin jämfört med placebo	Fluoxetin jämfört med placebo			
							inte upplevs som kliniskt meningsfull av patienten.
50 % eller mer förbättring av framkallade kränkningsepisoder efter 8 veckor	Levine 34/129 Goldstein 36/102	Levine 74/129 Goldstein 157/296		Oddsquot: 2.69 [1.90 till 3.82] (högre odds för förbättring)	702 (2) [2, 4]	⊕⊕○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ⁴ : -1 (Avser högre odds för minskning i andelen)	
Ätstörningspsykopatologi mätt med EDI, poäng vid 8 veckors behandling	Kanerva:61.9 (22.8) total skalpoäng Levine: oklar totalpoäng	Kanerva:50.0 (23,7) total skalpoäng Levine: oklar totalpoäng	-11.90 [-25.36 till 1.56] skalpoäng		50 individer (1) [3]	⊕○○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ³ : -2	

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Medelvärdeskillnad [95% KI]	Relativ effekt Oddsquot/Risquot [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (fluoxetin 60 mg/dag)	Fluoxetin jämfört med placebo	Fluoxetin jämfört med placebo			
Ätstörningspsykopatologi mätt med test för matattityd (EAT) vid 8 veckors uppföljning	Kanerva:35.9 (16.6) total skalpoäng Levine: -4 (poäng vi baslinje EAT (SD) 35 (13.3)	Kanerva:29.6 (13.3) total skalpoäng Levine: -4 (poäng vi baslinje EAT (SD) 35 (12.5)	-7.8 [-10.8 till -4.8] poäng		50+258 =308 individer (2) [2, 3]	⊕⊕○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ⁴ : -1 (Avser minskade symtom)	
Bortfall på grund av biverkningar efter 8 veckor	Levine 8/129 Goldstein 6/102	Levine 11/129 Goldstein 32/296		Risquot: 1.60 [0.87 till 2.94]	656 (2) [2, 4]	⊕⊕○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ⁴ : -1 (Avser ingen eller liten ökad risk att avsluta behandling inom 8 veckor)	

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Medelvärdeskillnad [95% KI]	Relativ effekt Oddsquot/Risquot [95% KI]	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (placebo)	Interventionsgrupp (fluoxetin 60 mg/dag)	Fluoxetin jämfört med placebo	Fluoxetin jämfört med placebo			
						på grund av biverkningar)	
Vikt vid 8 veckors behandling	Kanerva: 65.7 (16.1) kg Levine: 0.0 kg (vikt vid baslinje (SD) 61.1(9.8))	Kanerva: 61.2 (12.9) kg Levine: -1.6 kg (vikt vid baslinje (SD) 60.4 (9.2))	-2.46 [-4.69 till -0.22] kg		50+258 =308 individer (2) [2, 3]	⊕⊕○○ <u>Avdrag</u> Risk för bias ¹ : -1 Precision ² : -1 (Avser ingen eller liten viktminskning.)	För Levine et al. har variansvärdet överförs från baslinjen

¹ Avdrag för risk för bias. Studierna har ett ojämnt och högt bortfall samt att gruppen filtreras för de individer som svarar på placebobehandling (kan gynna läkemedelsbehandling).

² Endast två studier och ett brett konfidensintervall nära noll, dock 308 patienter.

³ Endast en studie med 50 patienter. Behöver upprepas. Brett konfidensintervall.

⁴ Endast två studier samt ett brett konfidensintervall

⁵ Endast en studie som behöver upprepas.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Resultat som redovisas	Kommentar
<p>Kanerva et al. 2009 [3], dubbelblindad, Finland.</p> <p>Måttlig risk för bias</p> <p>n=50</p> <p>Uppföljning efter 8 veckors behandling.</p>	<p>Kvinnor ≥15 år, BMI ≥ 16 kg/m², diagnostiserad med bulimia nervosa enligt DSM-III-R.</p> <p>Medelvärde ålder (samtliga); 25.2 (spann 16 till 55) år, genomsnittlig sjukdomslängd 5.7 år (spann 0.5 till 20 år). Medelvikt (SD) för fluoxetin 62.2 (15.5) kg och för KBT 63.0(17) kg</p>	<p>Två armar:</p> <p>Fluoxetin n=24 placebo n=26</p> <p>Fluoxetin 60 mg/dag (oklar upptrappning alt nedtrappning)</p>	<p>Analyserade fluoxetin n=22, Placebo n=24</p> <p>Vikt för medelvärde (SD)</p> <p>Fluoxetin 61.2 (12.9) kg Placebo 65.7 (16.1) kg</p> <p>Bulimia undersökande test (eng. Bulimic investigatory test symptom scale, BITE)</p> <p>Fluoxetin 22.3 (4.3) skalpoäng Placebo 22.1 (5.4) skalpoäng</p> <p>Attitydstest för ätning (eng. eating attitude test, EAT), total poäng</p> <p>Fluoxetin 29.6 (13.3) skalpoäng Placebo 35.9 (16.6) skalpoäng</p> <p>EDI (totalpoäng)</p> <p>Fluoxetin 50.0 (23.7) skalpoäng Placebo 61.9 (22.8) skalpoäng</p>	<p>Kort behandlings tid</p> <p>Per protocol analys</p> <p>Bortfall</p> <p>Fluoxetin 8 % Placebo 0%</p>

			<p>Andel med 50% eller mer förbättring av frekvensen för hetsätningsepisoder</p> <p>Fluoxetin 12 av 22</p> <p>Placebo 11 av 24</p> <p>Bristande energi (endast i diagram form)</p>	
<p>Levine et al. 1992[2], dubbelblindad, multicenter (13 center), USA och Kanada</p> <p>Måttlig risk för bias</p> <p>n=387 (258 ingår i underlaget)</p> <p>Uppföljning efter 8 veckors behandling</p>	<p>Kvinnor ≥18 år, med matchad medelvikt för populationen i spannet 85% till 130%, diagnostiserad med bulimia nervosa enligt DSM-III-R.</p> <p>Hela gruppen behandlades med placebo 1 vecka och de som svarade på behandlingen exkluderades (filtrering).</p>	<p>Tre armar:</p> <p>Fluoxetin 60 mg/dag n=129</p> <p>(Fluoxetin 20 mg/dag n=129</p> <p>tas ej med i underlaget)</p> <p>placebo n=129</p> <p>Fluoxetin 60 mg/dag (oklar upptrappning alt nedringning)</p>	<p>Medianförändring för hetsätningsepisoder och medianförändring för uppkastning endast i figur och varians data saknas, statistisk signifikanta skillnader till förmån för fluoxetin.</p> <p>Fluoxetin 60 mg vs placebo (variansdata saknas)</p> <p><u>Vikt:</u></p> <p>Fluoxetin -1.6 kg</p> <p>Placebo 0.0 kg (signifikant skillnad p<0.001)</p> <p><u>Attitydtest för ätning (eng. eating attitude test, EAT), total poäng</u></p> <p>Fluoxetin -8.5 skalpoäng</p> <p>Placebo -4.0 skalpoäng (signifikant skillnad p=0.01)</p> <p><u>EDI uppdelad på åtta delskalor</u></p> <p>Kroppsmissnöjdhet (övriga inte signifikanta)</p>	<p>Kort behandling</p> <p>ITT analys</p> <p>Bortfall</p> <p>Placebo 37%</p> <p>Fluoxetin 30%</p>

<p>Medelvärde (SD), endast gruppen 60 mg/dag</p> <p>Ålder</p> <p>Fluoxetin 26.4 (6.2) år</p> <p>Placebo 27.7 (8.0) år</p> <p>Vikt</p> <p>Fluoxetin 60.4 (9.2) kg</p> <p>Placebo 61.1 (9.8) kg</p> <p>Attitydtest för ätning (eng. eating attitude test, EAT), total poäng</p> <p>Fluoxetin 31.5 (12.5) skalpoäng</p> <p>Placebo 35.0 (13.3) skalpoäng</p>	<p>Följsamhet kontrollerades med blodprov.</p>	<p>Fluoxetin -3.0 skalpoäng</p> <p>Placebo 0.0 skalpoäng (signifikant skillnad $p < 0.001$)</p> <p>Snitt för alla åtta delskalor</p> <p>Fluoxetin -2.5</p> <p>Placebo -1.2</p> <p>Bulimia nervosa intensitet</p> <p>Fluoxetin -2.0 skalpoäng</p> <p>Placebo -1.0 skalpoäng (signifikant skillnad $p < 0.035$).</p> <p>Andel med 50% eller mer förbättring av frekvensen för hetsätningsepisoder</p> <p>Fluoxetin 81 av 129 (63%)</p> <p>Placebo 56 av 129 (43%)</p> <p>Andel med 50% eller mer förbättring av frekvensen för självframkallade kräkningsepisoder</p> <p>Fluoxetin 74 av 129 (57%)</p> <p>Placebo 34 av 129 (26%)</p> <p>Bortfall på grund av biverkningar</p> <p>Fluoxetin 11 av 129 (9%)</p>
---	--	--

	Bulimia intensitet Fluoxetin 6.6 (2.1) Placebo 7.2 (2.0)		Placebo 8 av 129 (6%) Biverkningar /signifikant mer förekommande vid fluoxetin behandling jämfört med placebo: Sömnlöshet, illamående, asteni, skakningar, svettningar, kissnödighet, hjärtklappning, gäspningar, utvidgad pupill och vasodilation.	
Goldstein et al. 1995 [1], dubbelblindad, multicenter (15 center), USA Måttlig risk för bias n=398 Uppföljning efter 16 veckors behandling	Kvinnor eller män ≥18 år diagnostiserad med bulimia nervosa enligt DSM-III-R. Andel kvinnor Fluoxetin: 95.3% Placebo 99.0% Hela gruppen behandlades med placebo 1 vecka och de som svarade på behandlingen exkluderades (filtrering).	Två armar: Fluoxetin 60 mg/dag n=296 placebo n=102	Fluoxetin jämfört med placebo (OR: oddskvot och 95% KI) <u>Hetsätningsepisoder</u> OR: 1.88 (1.18 till 3.0) <u>Uppstötningsepisoder</u> OR: 2.10 (1.31 till 3.37) <u>EDl totalpoäng</u> Fluoxetin -21 (oklar baslinje data) Placebo -12 (oklar baslinje data) Andel med 50% eller mer förbättring av frekvensen för hetsätningsepisoder Fluoxetin 152 av 296 (51%) Placebo 37 av 102 (36%)	ITT analys Bortfall vid 8 veckor Placebo 39% Fluoxetin 15% Bortfall vid 16 veckor Placebo 52% Fluoxetin 43%

Medelvärde (min och maxvärde),

Ålder

Fluoxetin 27 (17 till 63) år

Placebo 26 (17 till 61) år

Vikt

Fluoxetin
58 (39 till 132) kg

Placebo
58 (43 till 96) kg

Kliniskt globalt intryck (eng. Clinical global impression)

Fluoxetin
5 (3 till 7) poäng

Placebo
5 (3 till 7) poäng

Andel med 50% eller mer förbättring av frekvensen för självframkallade kräkningsepisoder

Fluoxetin 157 av 296 (53%)

Placebo 36 av 102 (35%)

Bortfall på grund av biverkningar

Fluoxetin 32 av 296 (11%)

Placebo 6 av 102 (6%)

Biverkningar /signifikant mer förekommande vid fluoxetin behandling jämfört med placebo:

Sömnlöshet, illamående, asteni, ångest, skakningar, yrsel, gäspningar, svettningar och libidominskning.

Biverkningar /signifikant mer förekommande vid placebo

Depression, muskelvärk, emotionell labilitet och konjunktivit.

<p>Mitchell et al. 2001 [4] enkelbindad, USA</p> <p>Måttlig risk för bias</p> <p>n=48</p> <p>Uppföljning efter 16 veckors behandling</p>	<p>Kvinnor ≥18 år diagnostiserad med bulimia nervosa enligt DSM-III-R.</p> <p>Hela gruppen behandlades med placebo 2 veckor och de som svarade på behandlingen (75% förbättring i självframkallade kräkningsepisoder) exkluderades (filtrering).</p> <p>Medelvärde (SD),</p> <p>Ålder</p> <p>Fluoxetin 26.6 (7.1) år</p> <p>Placebo 23.8 (6.1) år</p> <p>Vikt</p> <p>Fluoxetin</p>	<p>Fyra armar varav två relevanta för fågeställningen:</p> <p>Fluoxetin 60 mg/dag n=26</p> <p>placebo n=22</p>	<p>Episoder av självframkallad kräkning. Medel % (SD)</p> <p>Fluoxetin 52.8 (50.7)</p> <p>Placebo 22.8 (56.1)</p> <p>Episoder av hetsätning medel %(SD)</p> <p>Fluoxetin 50.3 (52.6)</p> <p>Placebo 32.4 (66.7)</p>	<p>Bortfall: Oklart hur många som fullföljt behandling med läkemedel.</p>
---	--	--	---	---

59.5 (13.9) kg

Placebo

60.7 (7.8) kg

EDI total

Fluoxetin

66.79 (16.21) po-

äng

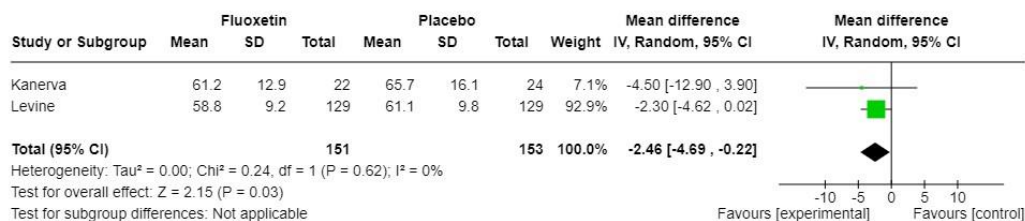
Placebo

72.11 (14.59) kg

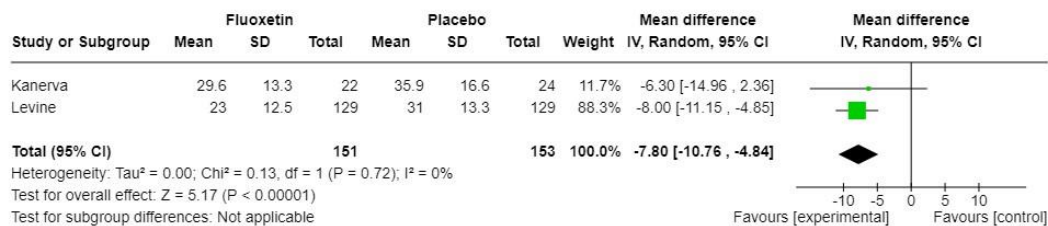
EDI, Eating Disorder Inventory.

Metaanalyser

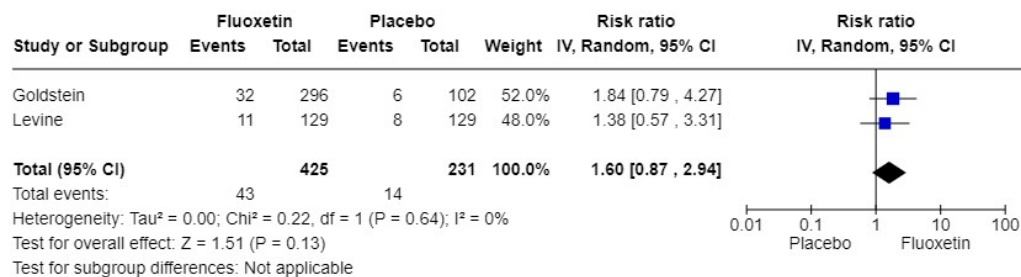
Viktförändring



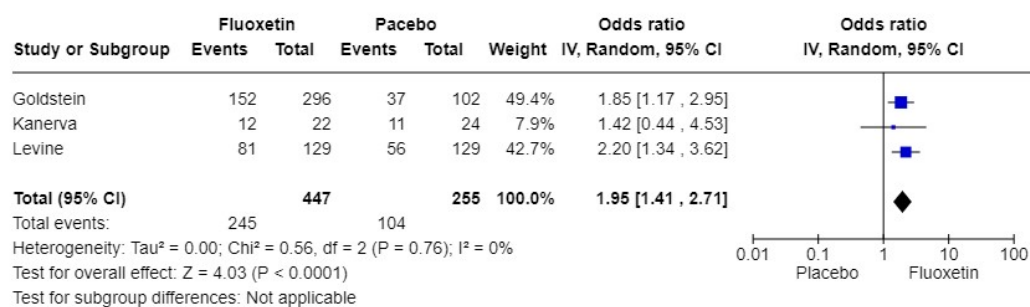
Attitydstest för ätning (EAT) poängförändring



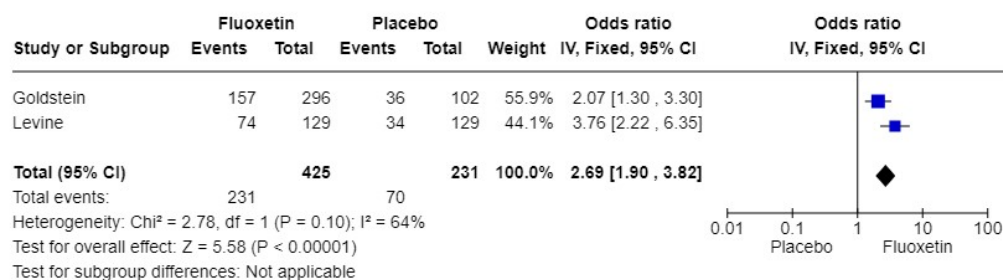
Bortfall på grund av biverknigar



Andel som förbättrats 50% mer av frekvensen för hetätningsepisoder



Andel som förbättrats 50% mer av frekvensen för självframkallade kräkningsepisoder



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin för vuxna med bulimia nervosa, jämfört med ingen tilläggsbehandling, placebo eller sedvanlig vård, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, vuxna (med eller utan pågående psykologisk behandling)
- Intervention/åtgärd: Behandling med SSRI-läkemedlet fluoxetin
- Kontrollgrupp: Ingen tilläggsbehandling, placebo eller sedvanlig vård (TAU)
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), biverkning (vissa SSRI-preparat som kan leda till viktökning)
- Studietyp: RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [5] relevansbedömdes utifrån PICO. (Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

En relevant studie identifierades genom att granska läkemedelsverkets vetenskapliga underlaget som låg till grund för marknadsföringsgodkännandet av fluoxetin [1].

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1252
Artiklar som lästes i fulltext	13
Artiklar som kvalitetsgranskades	13 (12 från NICE riktlinjer)
Artiklar som inkluderades i underlaget	3 (2 från NICE riktlinjer)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

En studie som jämför fluoxetin och placebo [6] har exkluderats på grund av hög risk för bias. Studien är liten, inte blindad och har stor andel individer

som inte fullföljer sin behandling. Studiens resultat ligger dock i linje med signifikanta förbättringar vid behandling med fluoxetin jämfört med placebo för bland annat ätstörningspsykopatologi (EAT).

Exkluderade artiklar efter full-textgranskning	Orsak till exklusion
Mitchell 2001 [4]	Intervention med tillägg med kostråd
Milano 2004 [7]	Intervention ej fluoxetin
Romano 2002 [8]	Intervention patienterna filtreras
Walsh 1997 [9]	Intervention TCA som övergår till SSRI behandling
Walsh 2004 [6]	Fel intervention. Intervention guidad själv hjälp anses inte vara adekvat psykologisk behandling. Hög risk för bias.
Leombruni 2006 [10]	Fel jämförelse och intervention. Jämförelsegruppen är SSRI.
Schmidt 2004 [11]	Fel intervention. Intervention ej fluoxetin
Beumont 1997 [12]	Fel intervention. Intervention guidad själv hjälp anses inte vara adekvat psykologisk behandling.
Kanerva 1995 [3]	Fel intervention.
Levine 1992 [2]	Fel intervention.

Referenser

1. Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH, Jr. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia Nervosa Research Group. *Br J Psychiatry*. 1995; 166(5):660-6.
2. Levine LR, Harrison GP, Wilson MG. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. *Arch Gen Psychiatry*. 1992; 49(2):139-47.
3. Kanerva R, Rissanen A, Sarna S. Fluoxetine in the treatment of anxiety, depressive symptoms, and eating-related symptoms in bulimia nervosa. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1995; 49(4):237-42.
4. Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K, Mussell MP, Seim H, Crosby R, et al. The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help in the treatment of outpatients with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol*. 2001; 21(3):298-304.
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

6. Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(3):556-61.
7. Milano W, Petrella C, Sabatino C, Capasso A. Treatment of bulimia nervosa with sertraline: a randomized controlled trial. *Adv Ther*. 2004; 21(4):232-7.
8. Romano SJ, Halmi KA, Sarkar NP, Koke SC, Lee JS. A placebo-controlled study of fluoxetine in continued treatment of bulimia nervosa after successful acute fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(1):96-102.
9. Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, et al. Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(4):523-31.
10. Leombruni P, Piero A, Brustolin A, Mondelli V, Levi M, Campisi S, et al. A 12 to 24 weeks pilot study of sertraline treatment in obese women binge eaters. *Hum Psychopharmacol*. 2006; 21(3):181-8.
11. Schmidt U, Cooper PJ, Essers H, Freeman CP, Holland RL, Palmer RL, et al. Fluvoxamine and graded psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of short-term and long-term pharmacotherapy combined with a stepped care approach to psychotherapy. *J Clin Psychopharmacol*. 2004; 24(5):549-52.
12. Beumont PJ, Russell JD, Touyz SW, Buckley C, Lowinger K, Talbot P, et al. Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: a role for supplementation with fluoxetine? *Aust N Z J Psychiatry*. 1997; 31(4):514-24.

Id BN6: Ätstörningsanpassad KBT delvis som distanskontakt via videolänk

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning delvis utförd i digitalt format över video (jämfört med KBT face-to-face / fysiskt)

Prioritet: 5

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Ätstörningsanpassad KBT-behandling som genomförs i form av en mix av fysiska möten och digitala videomöten leder till likvärdiga resultat som om behandling bara genomförs vid fysiska möten, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Detta förutsätter dock att vården bedömer att patienten kan tillgodogöra sig en digital behandling efter ett inledande fysiskt besök.

Videomöten gör behandlingen mer lättillgänglig och anpassningsbar. Mötesformen är ett bra komplement för att kunna möta olika behov och önskemål, men är inte utvärderad systematiskt.

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet påverkad av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest och/eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbnings, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Frågeställningen avser inte självhjälsprogram.

Åtgärden innebär att KBT-behandlingen innehåller både fysiska träffar och digitala träffar över video, där mer än hälften av träffarna utförs digitalt. Det digitala formatet innebär direktkontakt mellan patient och terapeut över video (även kallat telemedicin). I övrigt skiljer inte formatet sig från KBT där patient och terapeut möts fysiskt. En initial bedömning av patientens förutsättningar att tillgodogöra sig en digital behandling bör utföras vid ett fysiskt möte.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av KBT i digitalt format jämfört med KBT där patient och terapeut möts fysiskt hos personer över 15 år med bulimia nervosa är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat remission är mycket låg. Det saknas relevanta studier av god kvalitet som analyserar hetsättningsepisoder eller livskvalitet.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att ätstörningsanpassad KBT-behandling som innehåller både fysiska träffar och digitala träffar över video (där mer än hälften av träffarna utförs digitalt) ger likvärdiga behandlingsresultat, jämfört med om behandlingen enbart ges vid fysiska möten, för patienter med bulimia nervosa. Påståendet avser patienter som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling efter en initial fysisk bedömning.

Kommentar

Enbart en studie som uppfyllde PICO identifierades. På grund av brister i studiens kvalitet och andra brister i resultatets tillförlitlighet går det inte att dra några slutsatser om åtgärdens effekt utifrån det tillgängliga vetenskapliga underlaget.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studien om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En studie med en blandad population (55 procent bulimia nervosa och resterandemed andra ej specificerade ätstörningsdiagnoser) inkluderades i underlaget [2]. 128 patienter randomiserades till KBT i digitalt format (genomgående direktkontakt mellan terapeut och patient via video, n=62) med KBT där terapeut och patient möts fysiskt (n=66). Studien hade en acceptabel risk för bias avseende de flesta aspekter förutom att andelen patienten som inte fullföljde studien var stort och inte helt jämnt fördelat mellan grupperna (34 procent respektive 41 procent efter avslutad behandling, och 62 procent respektive 56 procent efter 12 månader). Tillförlitligheten till resultaten i denna

studie påverkas därmed negativt på grund av risk för snedvridning kopplad till dessa stora och delvis ojämna avhopp.

För studiens primära utfall (andel patienter med utebliven objektiv hetsätning, självrensning, samt kombinationen av dessa under 28 dagar) presenterades flera kompletterande analyser som gör att tilltron till effekten förbättras något, trots det stora bortfallen. För övriga utfall (objektiva hetsätningsepisoder, självrensning, ätstörningssymtom, livskvalitet och depressions-symtomatologi) gjordes inga sådana analyser. För de primära utfallen rapporteras att det inte är en signifikant skillnad i effekt mellan grupperna.

Eftersom studien endast omfattar 55 procent patienter med bulimia nervosa och att resultaten inte särredovisas för denna patientgrupp så påverkas även överförbarheten negativt. Giltigheten av studiens resultat för den specifika populationen med bulimia nervosa blir därmed mer osäker.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: *Ätstörningsanpassad KBT-behandling enbart utförd digitalt över video ger likvärdiga eller något sämre behandlingsresultat, jämfört med om behandlingen enbart ges vid fysiska möten, för patienter med bulimia nervosa. Påståendet avser patienter som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling efter en initial fysisk bedömning.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes inte eftersom endast 72 procent av 39 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *Ätstörningsanpassad KBT-behandling som innehåller både fysiska träffar och digitala träffar över video* ger likvärdiga behandlingsresultat, jämfört med om behandlingen enbart ges vid fysiska möten, för patienter med bulimia nervosa. Påståendet avser patienter som bedöms kunna tillgodogöra sig en digital behandling efter en initial fysisk bedömning.*

**där mer än hälften av träffarna utförs digitalt.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 86 procent av 56 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Det hälsoekonomiska underlaget är av för låg kvalitet för att kunna bedöma kostnadseffektiviteten av KBT digitalt, vid behandling av personer över 15 år med bulimia nervosa, jämfört med KBT fysiskt.

Slutsatsen bygger på en sammanställning av vetenskaplig litteratur, genomförd av SBU.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Relativ effekt	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT fysiskt)	Interventionsgrupp (KBT digitalt)				
Remission (andel patienter med utebliven hetsätning och självrensning under 28 dagar)	<u>Antal:</u> Behandlings-slut: 19 (29%) av 66 3 månader: 17 (26%) av 66 12 månader: 19 (29%) av 66	<u>Antal:</u> 17 (27%) av 62 13 (21%) av 62 14 (23%) av 62	Riskskillnad: 0,01 [-0,14 – 0,17] 0,05 [-0,10 – 0,19] 0,06 [-0,09 – 0,21]	<u>Riskkvot:</u> 1,05 [0,60 – 1,83] 1,23 [0,65 – 2,31] 1,27 [0,70 – 2,32]	128 deltagare i 1 studie [2]	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1 Publikationsbias ⁴ : -1
Övriga utfall (Frekvens av episoder, ätstörningspsykopatologi, livskvalitet)	--	--	--	--	--	Relevanta studier med acceptabel risk för bias saknas för dessa utfall. Ingen bedömning av tillförlitlighet har därför genomförts.

¹Risk of Bias: Kvalitetsbrist på grund av stor andel patienter som avbryter behandlingen (delvis ojämnt fördelat mellan grupperna) och bristande blindning (av patienter och bedömare).

²Överförbarhet: Försumbar andel män i den ingående studien, samt enbart 55% med diagnosen bulimia nervosa. Generaliserbarheten hos resultaten påverkas därmed negativt.

³Precision: Konfidensintervallen spänner från en relevant ökning till en relevant minskning av andelen som når remission (inga episoder etc under 28 dagar). På grund av en liten total patientpopulation från en enskild studie så finns det en avsevärd risk att en verklig effektskillnad inte har detekterats.

⁴Publikationsbias: risken för publikationsbias kan inte bedömas eller uteslutas baserat på enbart en enskild studie.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Ätstörningspsykopatologi	Episoder	Livskvalitet	Kommentar
<p>Mitchell 2008 [2], RCT med blinda bedömare, multicenter, USA.</p> <p>Uppföljning: direkt efter behandling, efter 3 och 12 månader.</p> <p>N=128</p>	<p><u>Inklusion:</u> Personer över 17 år med BN-diagnos enligt DSM-IV.</p> <p><u>Vid baslinjen:</u> Andel kvinnor: 98% Andel med BN: 55% Medelålder±SD: 29±7,5 Medel-BMI±SD: 23,4±3,4 Objektiva episoder senaste 28 dagarna±SD: 20,5±18,4 EDE¹ total: 3,1±0,5</p>	<p>I (n=66): Face-to-fac- KBT. K (n=62): TV-KBT.</p> <p>Face-to-fac- KBT: Fysiskt möte mellan patient och terapeut.</p> <p>TV-KBT: Patient och terapeut interagerade enbart via ett telemedicin-system.</p> <p>20 sessioner under 16 veckors tid enligt Fairburns manual. Alla terapeuter behandlade både TV- och FTF-KBT-patienter.</p>	<p>Andel patienter som under 28 dagar inte har:</p> <p>-objektiva hetsätningsepisoder -självrensning -objektiva episoder och självrensning <u>(behandlings-slut, 3- och 12 månaders uppföljning)</u></p> <p>Inga signifikanta skillnader i effekt mellan grupperna.</p> <p>Måttlig risk för bias</p>	<p>Eating disorder examination (EDE)</p> <p>Hög risk för bias</p>	<p>Objektiva hetsätningsepisoder och självtömningsepisoder.</p> <p>Hög risk för bias</p>	<p>Shortform 36.</p> <p>Hög risk för bias</p>	<p>Sammantagen risk för snedvridning bedömdes som hög för samtliga utfall förutom remission (andel patienter med uteblivna episoder mm) där kompletterande analyser minskade denna risk.</p> <p>Exempel på kvalitetsbrister i studien: kännedom om grupptillhörighet för patienter, grupptillhörighet framgår för bedömare under intervjuer, stor andel patienter som hoppar av behandlingen med fler i FTF-KBT-gruppen,</p>

¹EDE, Eating Disorder Examination.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har KBT anpassad för behandling av ätstörning delvis utförd i digitalt format över video) för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med om behandlingen ges fysiskt, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning delvis utförd i digitalt format över video (jämfört med KBT face-to-face / fysiskt)
- Kontrollgrupp: Fysisk KBT anpassad för behandling av ätstörning (ledd av terapeut, face-to-face) (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [1] relevansbedömdes utifrån PICO, en relevant studie identifierades i dessa [2]. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext	2
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 från NICE

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

En studie exkluderades [3] efter granskning i fulltext eftersom intervention utgjordes av KBT i gruppformat där deltagarna stod i kontakt med en terapeut via ett chat-forum (endast text-baserat). Detta bedömdes inte utgöra KBT i digitalt format så som det har definierats i PICO. Riktlinjerna innehåller en relaterad frågeställning om manualbaserad självhjälp med behandlarstöd för personer med bulimia nervosa (id. BN1).

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

2. Mitchell JE, Crosby RD, Wonderlich SA, Crow S, Lancaster K, Simonich H, et al. A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 2008; 46(5):581-92.
3. Zerwas SC, Watson HJ, Hofmeier SM, Levine MD, Hamer RM, Crosby RD, et al. CBT4BN: A Randomized Controlled Trial of Online Chat and Face-to-Face Group Therapy for Bulimia Nervosa. *Psychother Psychosom.* 2017; 86(1):47-53.

Id BN1: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd

Prioritet: 5

Motivering: Hälsotillståndet har en stor svårighetsgrad. Insatsen leder möjligen till att färre hetsäter och fler minskar sitt kompensatoriskt beteende, jämfört med vid ingen behandling. Insatsen kan göra det möjligt att fler snabbare kan få påbörja behandling. För de patienter som kan arbeta självständigt kan den också vara en fullgod behandling.

Kommentar: Det finns starkare evidens för insatsen vid hetsätningstörning.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbningar, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Ett manualbaserat självhjälpsprogram är en strukturerad insats baserad på en KBT-manual. Självhjälpsprogrammet kan innehålla moduler med exempelvis text, skrivövningar, filmer och ljudspår. Manualen kan distribueras i form av en bok eller som digitalt format (exempelvis via internet). Självhjälpen innefattar ofta flera delar, där de första inkluderar psykoedukation och senare delar ger stöd för att förändra personens beteende och förhållande till mat och ätande. Självhjälpen innefattar psykoedukation, självmonitorering och konkreta förslag på beteendeförändringar i syfte att normalisera ätandet och att hantera ångest och andra svåra känslor. Insatsen innehåller ett begränsat stöd (generellt maximalt 6 timmar) från hälso- och sjukvårdspersonal (exempelvis i form av motivation och stödinsatser).

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Vid bulimia nervosa leder manualbaserade självhjälpsprogram med behandlarstöd, jämfört med väntelista, direkt efter avslutad behandling till:

- att möjligtvis 34 fler per 100 inte hetsäter (riskskillnad 0,34 [95% KI 0,18 till 0,50]) (låg tillförlitlighet)
- möjligtvis en minskning av antal hetsätningsepisoder efter avslutad intervention (MD -12,4 [95% KI -20,3 till -4,5]) (låg tillförlitlighet)
- att möjligtvis 24 fler per 100 inte har kompensatoriska beteenden (riskskillnad 0,24 [95% KI 0,09 till 0,39]) (låg tillförlitlighet)
- möjligtvis en minskning av ätstörningsspecifik psykopatologi (MD -1.03 [95% KI -1,55 till -0,51]) (låg tillförlitlighet).

Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälsprogram med behandlarstöd, jämfört med väntelista, direkt efter avslutad behandling på effektmåten avsaknad av diagnos och frekvens av kompensatoriskt beteende (mycket låg tillförlitlighet). Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälsprogram utan behandlarstöd, jämfört med väntelista, direkt efter avslutad behandling på effektmåten avsaknad av diagnos, hetsätningssfrekvens, avsaknad av hetsätningsepisoder, frekvens av kompensatoriskt beteende och avsaknad av kompensatoriskt beteende (mycket låg tillförlitlighet). Det går inte att bedöma effekten av manualbaserade självhjälsprogram utan behandlarstöd, jämfört med väntelista, direkt efter avslutad behandling på effektmåttet ätstörningsspecifik psykopatologi (saknas studier).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Granskningen utgår från en systematisk översikt (SÖ) [1], där två RCT:er var relevanta för underlaget [2, 3].

Totalt granskades 50 SÖ på titel- och abstraktnivå och av dessa lästes 16 SÖ i fulltext. Den SÖ som gick vidare för kvalitetsgranskning och bedömning av tillförlitlighet, valdes då den var den senast publicerade SÖ:n som ansågs relevant utifrån PICO och att enbart RCT studier ingick. SÖ:n granskade inkluderade studier från och med 2017, och därför granskade vi också primärstudier publicerade från och med 2018. Totalt lästes 80 primärstudier på titel- och abstraktnivå och av dessa lästes 10 studier i fulltext.

Den SÖ som ingår i underlaget innehåller 79 RCT studier, varav tio studier undersökte interventionen manualbaserad självhjälp. Författarna definierade självhjälp som "Study arms using self-help strategies to overcome bulimic symptoms, mostly delivered by book or computer either with limited therapist support (guided; e.g. short meetings, e-mail support, phone calls) or non-guided. These interventions were furthermore either CBT-based or not."

Av de tio studier som undersökte interventionen manualbaserad självhjälp så jämfördes de flesta guidade interventioner mot en aktiv kontrollgrupp, vilket inte var relevant utifrån PICO. Enbart två av de tio studierna ingick i en meta-analys i SÖ:n, eftersom de studerat skillnaden mellan interventionen och en relevant jämförelsegrupp efter det att interventionen genomförts [2,

3]. En av de två RCT:erna är guidad självhjälp [3] och den andra är icke guidad självhjälp [2]. Båda var KBT-baserade. Resultatet från studierna särredovisas i underlaget eftersom självhjälp med och utan behandlarstöd redovisas i två separata sammanvägningar.

Vid kvalitetsgranskningen av SÖ:n i sin helhet bedömdes samtliga fem domäner (Syfte och kriterier för urval av studier, Identifikation och val av studier, Bedömning av studier och dataextraktion, Analys och syntes samt Jäv och intressekonflikter) ha låg risk för bias. Eftersom författarna har rapporterat risk för bias för de enskilda studierna i SÖ:n har vi utgått från deras bedömning av primärstudierna.

Inga pågående studier har identifierats vid sökning på clinicaltrials.gov.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Summering av effekt och evidensstyrka – självhjälsprogram **med** behandlarstöd

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (Väntelista)	Interventionsgrupp (Guidad självhjälp)				
Frånvaro av hetsätningsepisoder (avsaknad av hetsätningsepisoder/28 dagar)	7 av 55	25 av 54	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,34 [95% KI 0,18 till 0,50] (34 fler per 100 saknar slutar hetsäta)	109 (1), [3]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1
Hetsätningfrekvens (antal hetsätningsepisoder/28 dagar)	-	-	<u>Medelvärdeskillnad</u> -12,40 [95% KI -20,33 till -4,47] (minskar mer med självhjälp)	109 (1), [3]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1
Frånvaro av kompensatoriska beteenden (avsaknad av kompensatoriskt beteende/28 dagar)	6 av 55	19 av 54	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,24 [95% KI 0,09 till 0,39] (24 fler per 100 saknar slutar med kompensatoriskt beteende)	109 (1), [3]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1
Frekvens av kompensatoriska beteenden (antal kompensatoriska beteenden/28 dagar)	-	-	<u>Medelvärdeskillnad</u> -17,70 [95% KI -31,24 till -4,16] (minskar mer med självhjälp)	109 (1), [3]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1
Avsaknad av diagnos (inga hetsätningar eller kompensatoriskt beteende/28 dagar)	6 av 55	15 av 54	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,17 [95% KI 0,02 till 0,31] (17 fler per 100 saknar diagnos)	109 (1), [3]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (Väntelista)	Interventionsgrupp (Guidad självhjälp)				
Ätstörningsspecifik psykopatologi (EDE-Q)	-	-	<u>Medelvärdeskillnad (skalsteg EDE-Q)</u> -1,03 [95% KI -1,55 till -0,51] (minskar mer med självhjälp)	109 (1), [3]	⊕⊕○○ Låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1

¹ Tillförlitlighet: Avdrag då studien kan anses ha låg-måttlig risk för bias utifrån den bedömning av kvalitet som är utförd av Svaldi, 2019 [1]. Relativt stort bortfall.

² Överförbarhet: Avdrag eftersom enbart en studie ingår i bedömningen.

³ Precision: Avdrag på grund få events och brett konfidensintervall som är nära ingen effekt.

Summering av effekt och evidensstyrka – självhjälpssystem *utan* behandlarstöd

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (Väntelista)	Interventionsgrupp (Icke-guidad självhjälp)				
Frånvaro av hetsätningsepisoder (avsaknad av hetsätningsepisoder)	3 av 19	11 av 35	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,16 [95% KI -0,07 till 0,38] (16 fler per 100 saknar slutar hetsäta, ej statistiskt signifikant skillnad)	54 (1), [2]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1
Hetsätningfrekvens ⁴ (antal hetsätningsepisoder)	Median (25e percentil; 75e percentil]) Efter behandling: 3 (1; 4)	Median (25e percentil; 75e percentil]) Efter behandling: 1 (0; 3)	Estimat redovisas inte i studien	60 (1), [2]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ⁵ : -1

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (Väntelista)	Interventionsgrupp (Icke-guidad självhjälp)				
Frånvaro av kompensatoriska beteenden (avsaknad av kräkningar ⁶)	2 av 13	7 av 29	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,09 [95% KI 0,09 till 0,39] (9 fler per 100 slutar kompensera via kräkning, ej statistiskt signifikant skillnad)	42 (1), [2]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1
Frekvens av kompensatoriska beteenden (antal kompensatoriska beteenden (kräkning) ⁶)	Median (25e percentil; 75e percentil]) Efter behandling: 3 (0; 5)	Median (25e percentil; 75e percentil]) Efter behandling: 1 (0; 3)	Estimat redovisas inte i studien	42 (1), [2]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ⁵ : -1
Avsaknad av diagnos (inga hetsätningar eller kompensatoriskt beteende)	2 av 19	9 av 41	<u>Riskskillnad (%)</u> 0,11 [95% KI -0,07 till 0,30] (11 fler per 100 saknar diagnos, ej statistiskt signifikant skillnad)	60 (1), [2]	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet	Tillförlitlighet ¹ : -1 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -1

¹ Tillförlitlighet: Avdrag då studien kan anses ha måttlig-hög risk för bias utifrån den bedömning av kvalitet som är utförd av Svaldi, 2019 [1]. Relativt stort bortfall och per protokollanalys.

² Överförbarhet: Avdrag eftersom enbart en studie ingår i bedömningen.

³ Precision: Avdrag på grund av brett konfidensintervall som går över 0.

⁴ 0 = aldrig, 1 = mindre än 2 gånger/vecka, 2 = två gånger/vecka, 3 = tre till sex gånger/vecka, 4 = dagligen, 5 = två eller tre gånger/dag, 6 = mer än tre gånger/dag

⁵ Precision: Avdrag på grund av otydligt redovisning av estimat i studien.

⁶ Endast utvärderat för patienter som använder kräkning som kompensatoriskt beteende.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Frånvaro av hetsätningsepisoder	Frekvens av hetsätning	Frånvaro av kompensatoriska beteenden	Frekvens av kompensatoriska beteenden	Avsaknad av diagnos	Ätstörnings-specifik psykopatologi	Övrigt
Banasiak et al, 2005 [3] RCT Australien Låg till måttlig risk för bias enligt SÖ [1]	109 kvinnor med bulimia nervosa eller subklinisk bulimia nervosa Medelålder: 28,9 år, sd 8,5 Inklusionskriterier: BN eller subklinisk BN (≥1 episod av hetsätning och självrensning/vecka i tre månader), ≥18 år, kvinna Interventionen pågår i 17 veckor.	I: KBT-baserad guidad självhjälp (n=54), baserad på manual från Cooper (1995) [4] K: Väntelista (n=55)	Inga OBE/28 dagar Efter behandling I: 46% (25 av 54) K: 13% (7 av 55) P<0,001	OBE/28 dagarna [medelvärde (sd)] Baslinje I: 25,0 (26,3) K: 23,8 (22,1) Efter behandling I: 10,0 (16,6) K: 22,4 (24,9)	Inga kompensatoriska beteenden/28 dagarna Efter behandling I: 35% (19 av 54) K: 11% (6 av 55) P<0,01	Purging ¹ /28 dagar [medelvärde (sd)] Baslinje I: 46,4 (49,2) K: 40,1 (34,7) Efter behandling I: 18,2 (35,9) K: 35,9 (36,2)	Inga OBE eller kompensatoriska beteenden/28 dagar Efter behandling I: 28% (15 av 54) K: 11% (6 av 55) P<0,05	EDE-Q global score [medelvärde (sd)] Baslinje I: 3,87 (1,02) K: 3,89 (0,99) Efter behandling I: 2,46 (1,49) K: 3,49 (1,25)	Bortfall 31,2% (jämnt fördelat mellan I och K) ITT

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Frånvaro av hetsätningsepisoder	Frekvens av hetsätning	Frånvaro av kompensatoriska beteenden	Frekvens av kompensatoriska beteenden	Avsaknad av diagnos	Ätstörnings-specifik psykopatologi	Övrigt
	Uppföljning 1 vecka efter interventionens avslut.								
Treasure et al, 1994 [2] RCT UK Måttlig till hög risk för bias enligt SÖ [1]	82 kvinnor med bulimia nervosa eller atypisk bulimia nervosa Medelålder: 25,8 år, sd 6,0 (gäller personer som analyseras enl. per protocol) Inklusionskriterier: BN eller subklinisk BN Uppföljningstid 8 veckor	I: KBT-baserad icke-guidad självhjälp (n=55) K: Väntelista (n=27)	Avsaknad av OBE efter 8 veckors uppföljning efter behandlingen I: 31% (11 av 35) K: 17% (3 av 19)	Frekvens av hetsätning [median (25e percentil; 75e percentil)] ² Baslinje I: 3 (1; 4) K: 3 (2; 4,75) Efter behandling I: 1 (0; 3) K: 3 (1; 4)	Inga kräkning (endast för personer som använde kräkning för komp. beteende) Efter behandling I: 24% (7 av 29) K: 15% (2 av 13) p<0,01	Frekvens av kräkning [median (25e percentil; 75e percentil)] ² Baslinje I: 3 (0; 5) K: 1 (0; 4,75) Efter behandling I: 1 (0; 3) K: 1 (0; 3)	Inga OBE eller kompensatoriska beteenden Efter behandling I: 22% (9 av 41) K: 11% (2 av 19)	-	Bortfall: 27% (jämnt fördelat mellan grupperna) Per protocol analys, antal som analyseras (i vissa fall färre) I: n=41 K: n=19

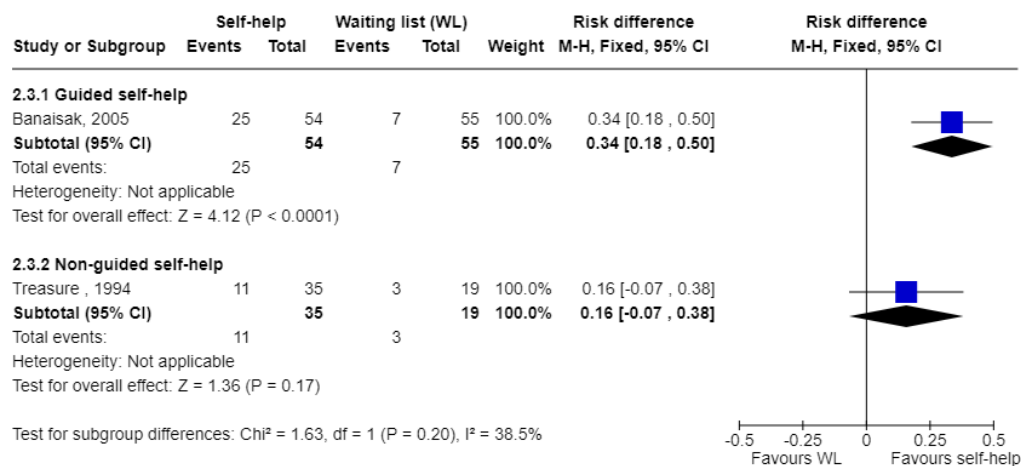
BN: Bulimi; KBT: Kognitiv Beteendeterapi; OBE: Objective Binge Episode; SÖ: Systematisk Översikt

¹ Purging episode score (primary purging behaviour (episodes of vomiting, or laxative, or diuretic or enema/suppository misuse)

² 0 = aldrig, 1 = mindre än 2 gånger/vecka, 2 = två gånger/vecka, 3 = tre till sex gånger/vecka, 4 = dagligen, 5 = två eller tre gånger/dag, 6 = mer än tre gånger/dag

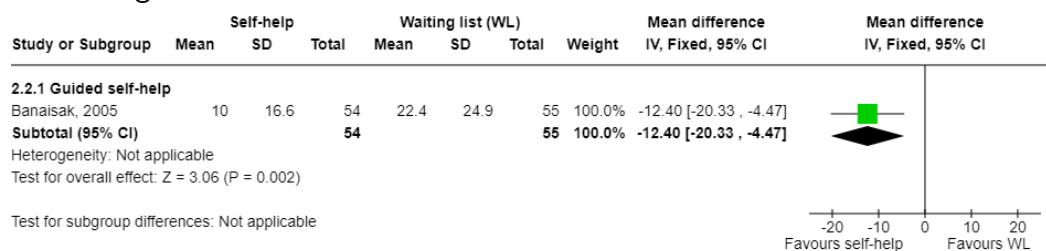
Metaanalys

Frånvaro av hetsätningsepisoder



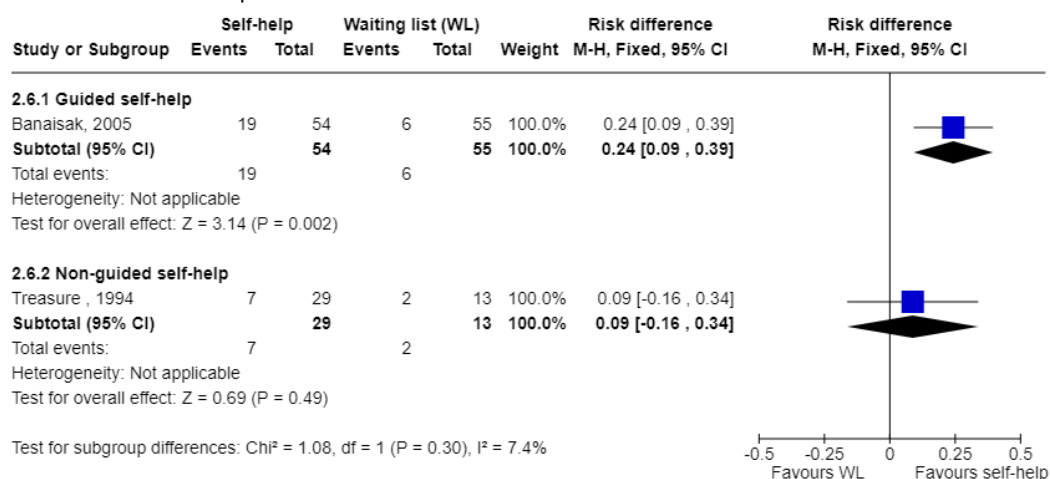
Figur 1. Avsaknad av hetsätningsepisoder vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided* respektive *non-guided*) jämfört med väntelista. Avsaknad av hetsätningsepisoder definieras som avsaknad över de 28 senaste dagarna i Banasiak [3] och över oklar tidsperiod i Treasure [2].

Hetsätningsfrekvens



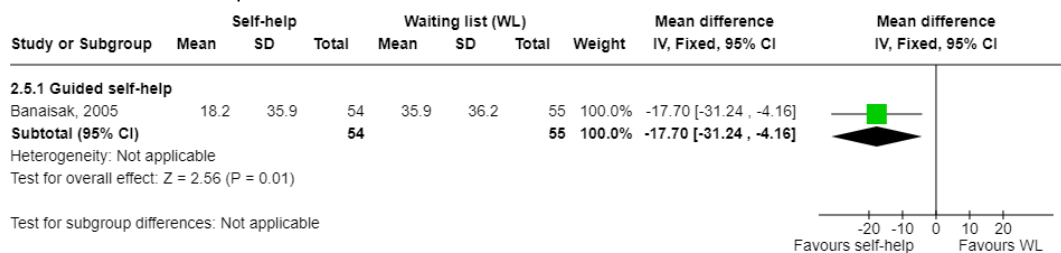
Figur 2. Hetsätningsfrekvens vid slutet av behandling, självhjälp med behandladstöd (*guided*) jämfört med väntelista. Hetsätningsfrekvens definieras som antal hetsätningsepisoder över de 28 senaste dagarna [3]. I studien av Treasure [2] redovisas data endast som median och IQR.

Frånvaro av kompensatoriska beteenden



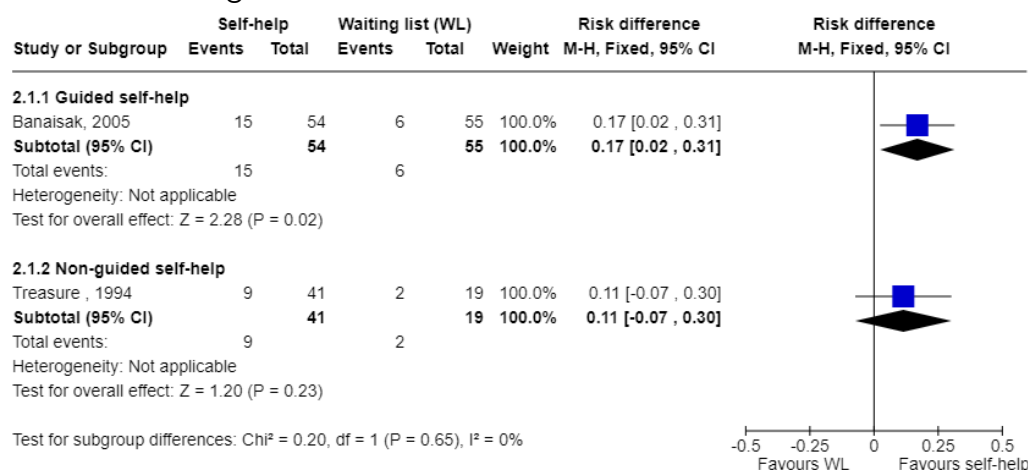
Figur 3. Avsaknad av kompensatoriskt beteende vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided* respektive *non-guided*) jämfört med väntelista. Avsaknad av kompensatoriskt definieras som avsaknad av kompensatoriskt beteende (episoder av kräkningar, användning av laxermedel, diuretika eller missbruk av lavemang/suppositorium) över de 28 senaste dagarna [3]. I studien av Treasure [2] definieras det som avsaknad av kräkningar för de patienter som använt kräkning för kompensation, oklar över hur lång tidsperiod.

Frekvens av kompensatoriskt beteende



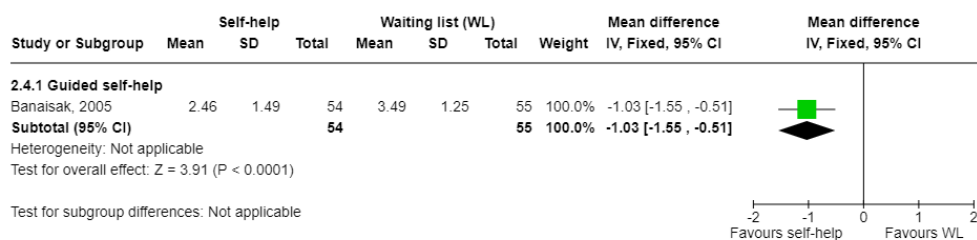
Figur 4. Frekvens av kompensatoriskt beteende vid slutet av behandling, självhjälp med behandladstöd (*guided*) jämfört med väntelista. Frekvens av kompensatoriskt beteende definieras som antal kompensatoriskt beteende (episoder av kräkningar, användning av laxermedel, diuretika eller missbruk av lavemang/suppositorium) över de 28 senaste dagarna [3]. I studien av Treasure [2] redovisas data endast som median och IQR.

Frånvaro av diagnos



Figur 5. Avsaknad av diagnos vid slutet av behandling, självhjälp med eller utan behandladstöd (*guided respektive non-guided*) jämfört med väntelista. Avsaknad av diagnos definieras som avsaknad av hetsätning och kompensatoriskt beteende (episoder av kräkningar, användning av laxermedel, diuretika eller missbruk av lavemang/suppositorium) över de 28 senaste dagarna [3]. I studien av Treasure [2] definieras det som avsaknad av hetsätning och kompensatoriskt beteende, oklar över hur lång tidsperiod.

Ätstörningsspecifik psykopatologi (EDE-Q)



Figur 6. Ätstörningsspecifik psykopatologi mät vid slutet av behandling, självhjälp med behandladstöd (*guided*) jämfört med väntelista. Utvärderas med EDE-Q, global score [3].

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad självhjälp med behandlarstöd för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med väntelista eller ingen behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: Manualbaserad självhjälp med behandlarstöd (maximalt 6h terapeutiskt stöd)
- Kontrollgrupp:
 - Primära: Väntelista, ingen behandling
 - Sekundära: Ätstörningsanpassad KBT (online eller fysiskt), t.ex. KBT-E och KBT-BN
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt

- Studietyp: SÖ och RCT

Sökdokumentation

En gemensam litteratursökningen gjordes för självhjälp vid hetsätningsstörning (H1) och bulimia nervosa (BN1).

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	130
Artiklar som lästes i fulltext	26
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 SÖ, 2 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 SÖ, 2 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-03-27			
Ämne: Guidad självhjälp (manualbaserad, med stöd och guidning av en terapeut)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		"Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Bulimia Nervosa"[Mesh] OR "Bulimia"[Mesh] OR bulimia*[tiab] OR bulimic[tiab]	26,760
2.		"Feeding and Eating Disorders"[Mesh:NoExp] OR "Binge-Eating Disorder"[Mesh] OR binge-eating[tiab]	23,697
3.		1 OR 2	29,259
4.		("Self Care/methods"[Mesh:NoExp] OR "Internet-based intervention"[Mesh] OR web-based intervention*[tiab] OR online intervention*[tiab] OR self-care method*[tiab] OR guided self-help[tiab] OR manualized self-help[tiab] OR (guidance*[tiab] AND self-help[tiab]))	12,802
5.		3 AND 4	242
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	29
7.		5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab]) NOT Medline[sb])	100

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er.

tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

***) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley			
Datum: 2023-03-29			
Ämne: Guidad självhjälp (manualbaserad, med stöd och guidning av en terapeut)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.		MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] this term only OR MeSH descriptor: [Bulimia Nervosa] explode all trees OR MeSH descriptor: [Bulimia] explode all trees OR (bulimia* OR bulimic):ti,ab,kw	2300
2.		MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] this term only OR MeSH descriptor: [Binge-Eating Disorder] explode all trees OR (binge-eating):ti,ab,kw	2179
3.		1 OR 2	2877
4.		MeSH descriptor: [Self Care] this term only and with qualifier(s): [methods - MT] OR MeSH descriptor: [Internet-Based Intervention] explode all trees OR ("web-based intervention*" OR "online intervention*" OR "self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help"):ti,ab,kw OR (guidance* AND "self-help"):ti,ab,kw	5029
5.		3 AND 4	158
			1 CDSR
			157 Central

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cinahl, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: Ebsco			
Datum: 2023-03-29			
Ämne: Guidad självhjälp (manualbaserad, med stöd och guidning av en terapeut)			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
Samsökning i 3 databaser med fritexttermer			
1.	FT/TI, AB, SU	TI ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic) OR AB ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic) OR SU ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR Bulimia* OR Bulimic)	58,869
2.	FT/TI, AB, SU	TI ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*") OR AB ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*") OR SU ("Feeding disorder*" OR "Eating disorder*" OR "binge-eating*")	55,549

3.		1 OR 2	60,165
4.	FT/TI, AB	TI ("internet-based intervention*" OR "internet intervention*" OR "web-based intervention*" OR "web based intervention*" OR "online intervention*") OR AB ("internet-based intervention*" OR "internet intervention*" OR "web-based intervention*" OR "web based intervention*" OR "online intervention*") AND TI ("guided self-help" OR "manualized self-help") OR AB ("guided self-help" OR "manualized self-help")	34
5.	FT/TI, AB	TI Guidance* OR AB Guidance* AND TI (self-help OR "self help") OR AB (self-help OR "self help")	31,469
6.	FT/TI, AB	TI ("Self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help") OR AB ("Self-care method*" OR "guided self-help" OR "manualized self-help")	1,069
7.		4 OR 5 OR 6	31,733
8.		3 AND 7	699
9.		8 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	38
10.		8 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") Narrow by Language: - English	169

Ebsco databaser: *) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Systematiska översikter	
O'Mara M, et al. 2023 [5]	Ej relevant population
Taylor, C. B., et al. 2021 [6]	Narrativ litteraturöversikt där det inte finns tydligt definierat kriterier för jämförelsegrupp och det är oklart om interventionen kan ses som självhjälp i detta fall, anser jag inte att studien kan gå vidare.

Robinson, L., et al. 2020 [7]	Population och inkluderade studiedesigns inte relevanta
Barakat, S., et al. 2019 [8]	Oklart om interventionen är relevant. Senare publicerad SÖ finns.
Linardon, J., et al. 2018 [9]	Bara ett fåtal av de inkluderade studierna har en relevant intervention. Det framgår inte vilka kontrollgrupper som inkluderats.
Slade, E., et al. 2018 [10]	Stor bredd gällande interventioner och jämförelsegrupper i SÖ:n där inte alla alternativ blir relevanta utifrån PICO. Senare publicerad SÖ finns.
Hay, P. J., et al. 2015 [11]	Populationen inte relevant då flertalet inkluderade studier inkluderar personer med EDNOS (eating disorder not otherwise specified). Oklart hur många av interventionerna som inkluderar manualbaserad självhjälp med behandlarstöd.
Beintner, I., et al. 2014 [12]	Stor bredd gällande population och interventioner, där inte alla studier är relevanta. Otydligt vilka kontrollgrupper som ingår. Alla inkluderade studier har heller inte relevant studiedesign.
Dölemeyer, R., et al. 2013 [13]	Population och inkluderade studiedesigns inte relevanta
Erford, B. T., et al. 2013 [14]	Endast ett fåtal av studierna tycks ha en relevant intervention. Senare publicerad SÖ finns.
Allen, S., et al. 2011 [15]	Stor bredd gällande population och jämförelsegrupper, där inte alla studier är relevanta. Oklar beskrivning kring utfallen.
Shapiro, J. R., et al. 2007 [16]	Jämförelsegruppen inte relevant för de flesta studierna. Personer inkluderas från 10 års ålder, vilket inte heller är relevant.
Griffiths, K. M., et al. 2006 [17]	Patienter inkluderas från 10 års ålder. Majoriteten av de inkluderade studierna jämför interventionen mot en icke relevant jämförelsegrupp.
Perkins, S. J., et al. 2006 [18]	Ej relevant population.
Stefano, S. C., et al. 2006 [19]	Ej relevant population.
Primärstudier	
Okänd. 2023 [20]	Populationen inte relevant
Grilo, C. M., et al. 2022 [21]	Populationen inte relevant
Okänd. 2020 [22]	Populationen inte relevant

Okänd, 2020 [23]	Studieprotokoll / pågående trial
Grilo, C. M. 2020 [24]	Populationen inte relevant
Fitzsimmons-Craft, E. E., et al. 2020 [25]	Jämförelsegruppen är ottydligt definierad, men troligen inte relevant (referral to usual care)
Kothari, R., et al. 2019 [26]	Populationen inte relevant
Potts, S. A. 2018 [27]	Populationen inte relevant
Pennesi, J. L., et al. 2018 [28]	Populationen inte relevant
König, H. H., et al. 2018 [29]	Populationen inte relevant

Referenser

1. Svaldi J, Schmitz F, Baur J, Hartmann AS, Legenbauer T, Thaler C, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for Bulimia nervosa. *Psychological Medicine*. 2019; 49(6):898-910.
2. Treasure J, Schmidt U, Troop N, Tiller J, Todd G, Keilen M, et al. First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ*. 1994; 308(6930):686-9.
3. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2005; 35(9):1283-94.
4. Cooper PJ. *Bulimia nervosa & binge-eating: a guide to recovery*. (No Title). 1995.
5. O'Mara M, Greene D, Watson H, Shafran R, Kenworthy I, Cresswell C, et al. The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2023; 78:1-9.
6. Taylor CB, Graham AK, Flatt RE, Waldherr K, Fitzsimmons-Craft EE. 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. *Eur J Public Health*. 2021; 31(31 Suppl 1):i3-i10.
7. Robinson L, Delgadillo J, Kellett S. The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy Research*. 2020; 30(1):79-96.
8. Barakat S, Maguire S, Smith KE, Mason TB, Crosby RD, Touyz S. Evaluating the role of digital intervention design in treatment outcomes and adherence to eTherapy programs for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2019; 52(10):1077-94.
9. Linardon J, Wade TD. How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(4):287-94.

10. Slade E, Keeney E, Mavranouzouli I, Dias S, Fou L, Stockton S, et al. Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018; 48(16):2629-36.
11. Hay PJ, Claudino AM. Bulimia nervosa: online interventions. *BMJ Clin Evid*. 2015; 2015.
12. Beintner I, Jacobi C, Schmidt UH. Participation and outcome in manualized self-help for bulimia nervosa and binge eating disorder - a systematic review and metaregression analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(2):158-76.
13. Dölemeyer R, Tietjen A, Kersting A, Wagner B. Internet-based interventions for eating disorders in adults: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:207.
14. Erford BT, Richards T, Peacock E, Voith K, McGair H, Muller B, et al. Counseling and Guided Self-Help Outcomes for Clients With Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis of Clinical Trials From 1980 to 2010. *Journal of Counseling & Development*. 2013; 91(2):152-72.
15. Allen S, Dalton WT. Treatment of eating disorders in primary care: a systematic review. *J Health Psychol*. 2011; 16(8):1165-76.
16. Shapiro JR, Berkman ND, Brownley KA, Sedway JA, Lohr KN, Bulik CM. Bulimia nervosa treatment: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*. 2007; 40(4):321-36.
17. Griffiths KM, Christensen H. Review of randomised controlled trials of Internet interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist*. 2006; 10(1):16-29.
18. Perkins SJ, Murphy R, Schmidt U, Williams C. Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; (3):Cd004191.
19. Stefano SC, Bacaltchuk J, Blay SL, Hay P. Self-help treatments for disorders of recurrent binge eating: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006; 113(6):452-9.
20. Actrn. Developing and testing online cognitive behaviour therapy for eating disorders: a pilot study. <https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12623000026628>. 2023.
21. Grilo CM, Ivezaj V, Duffy AJ, Gueorguieva R. 24-Month follow-up of randomized controlled trial of guided-self-help for loss-of-control eating after bariatric surgery. *International Journal of Eating Disorders*. 2022; 55(11):1521-31.
22. Umin. Effects of a Mindfulness-Based Eating Awareness Training online intervention in adults of obesity: a randomized controlled trials. <https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000042260>. 2020.
23. Umin. Internet-based Guided Self-help Cognitive Behavioral Therapy(iGSH-CBT) for Bulimia Nervosa in Japan: a randomized

- controlled trial. <https://trialssearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000040916>. 2020.
24. Grilo CM. Smartphone-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Guided Self-Help for Binge Eating: Cautionary Musings of Implications Given the Importance of Comparison Groups. *American Journal of Psychiatry*. 2020; 177(2):110-2.
 25. Fitzsimmons-Craft EE, Taylor CB, Graham AK, Sadeh-Sharvit S, Balantekin KN, Eichen DM, et al. Effectiveness of a Digital Cognitive Behavior Therapy-Guided Self-Help Intervention for Eating Disorders in College Women: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(8):e2015633.
 26. Kothari R, Barker C, Pistrang N, Rozental A, Egan S, Wade T, et al. A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2019; 64:113-22.
 27. Potts SA. Putting weight in context: Acceptance and Commitment Therapy (ACT) guided self-help for weight self-stigma: ProQuest Information & Learning; 2018.
 28. Pennesi JL, Wade TD. Imagery rescripting and cognitive dissonance: A randomized controlled trial of two brief online interventions for women at risk of developing an eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(5):439-48.
 29. König HH, Bleibler F, Friederich HC, Herpertz S, Lam T, Mayr A, et al. Economic evaluation of cognitive behavioral therapy and Internet-based guided self-help for binge-eating disorder. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(2):155-64.

Behandlingshinder och risk för återfall

Id O9: Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet

Tillstånd: Ätstörning, otillräcklig effekt av behandling, samtidiga tecken på psykiatrisk samsjuklighet

Åtgärd: Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet

Prioritet: 2

Motivering: Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. En systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet kan vara en förutsättning för att framgångsrikt behandla ätstörningen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Insatsen kan möjliggöra för att patienten ska kunna ta del av ätstörningsbehandling, behandling för samsjuklighet samt att dessa ska ge önskad effekt. En patientcentrerad vård innebär mer anpassade insatser och kan förebygga långvariga tillstånd.

Kommentar: Viktigt med rätt timing av utredningen i förhållande till patientens ålder och sjukdomsstatus.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självremsning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling innebär psykiska, kognitiva, sociala och fysiska konsekvenser. Det finns flera möjliga orsaker till varför behandlingsinsatser vid ätstörning kan ha otillräcklig effekt. En sådan orsak är

förekomst av psykiatrisk samsjuklighet, exempelvis depression, ångestsymtom, post-traumatisk stressyndrom, och neuropsykiatrisk problematik såsom adhd och autism.

Åtgärden: Utredning av psykiatrisk samsjuklighet förutsätter tillgänglighet till personal med kompetens att utföra utredningen. En del utredningar kan göras av personal inom den verksamhet som behandlar ätstörningen. Andra utredningar, exempelvis för autism och adhd, kräver samverkan och planering med andra verksamheter inom hälso- och sjukvården så att utredningar kan samordnas med patientens övriga vård.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av en systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet hos person med ätstörning som haft en otillräcklig effekt av behandling är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer som har otillräcklig effekt av behandling vid ätstörning och samtidigt tecken på psykiatrisk samsjuklighet ger systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet, jämfört med om ingen sådan utredning görs, förutsättningar för att framgångsrikt behandla ätstörningen.

För personer med ätstörning och samtidig adhd eller autism förbättras möjligheterna till framgångsrik behandling av ätstörningen om de får adhd eller autism diagnosticerad.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen. Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ), randomiserade kontrollerade studier (RCT) eller observationsstudier med kontrollgrupp.

Totalt lästes 35 SÖ och 145 kliniska primärstudier på titel- och abstrakt-nivå. Ytterligare 439 studier identifierades som observationsstudier med kontrollgrupp i litteratursökningen och dessa kontrollerades översiktligt främst på titelnivå. En studie som identifierades som SÖ i litteratursökningen lästes i fulltext men exkluderades därefter. Således inkluderades inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

Den studie som lästes i fulltext visade sig vara en kombinerad litteraturöversikt och fallstudie från 2019 av DeSocio [1]. Studien undersöker utmaningar kopplat till diagnostik och behandling av patienter med ätstörning som

också är drabbade av någon form av förstämningssyndrom. Översikten sammanfattar studier som har undersökt hur symtom, fenotypiska variabler och biologiska faktorer (såsom genetik) överlappar för de olika tillstånden. Ett fall presenteras också för att illustrera hur forskning och klinisk erfarenhet kan integreras för att informera både diagnostik och behandling. Själva utredningsförfarandet (det vill säga åtgärden i vår frågeställning) utvärderas inte systematiskt i studierna som ligger till grund för översikten, varför översikten inte inkluderas i föreliggande granskning.

Inga pågående relevanta studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående 1: *En systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet hos personer som har otillräcklig effekt av behandling för ätstörning och samtidiga tecken på psykiatrisk samsjuklighet, ger förutsättning att framgångsrikt behandla ätstörningen.*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 97 procent av 299 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: *För personer med ätstörning och som har en odiagnosticerad adhd eller autism försvåras möjligheten till att framgångsrikt behandla ätstörningen jämfört med om personen har fått adhd eller autism diagnosticerad.*

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 87 procent av 296 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet för personer med ätstörning som uppvisar otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling och uppvisar tecken på psykiatrisk samsjuklighet, jämfört med ingen sådan systematisk utredning, på implementerade diagnoser/åtgärder (riktade mot samsjuklighet), framgångsrik ätstörningsbehandling (remission, symtomskattningsskalor), livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter interventionen, patientens upplevelse av vården och mortalitet ?

- Population/tillstånd: Ätstörning, otillräcklig effekt av behandling, samtidiga tecken på psykiatrisk samsjuklighet
- Intervention/åtgärd: Systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet
- Kontrollgrupp: Ingen systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet
- Utfallsmått:

- Primära: Implementerade diagnoser/åtgärder (riktade mot samsjuklighet), framgångsrik ätstörningsbehandling (remission, symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA)), livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter interventionen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM) och mortalitet
- Studietyp: SÖ, RCT, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	619
Artiklar som lästes i fulltext	1
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-03-30			
Ämne: Vilken effekt har samtidig systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet för personer med ätstörning			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab]) NOT Medline[sb])	42695
2.	Mesh/FT	"Mental Disorders/diagnosis"[Mesh:NoExp] OR "Anxiety Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Mood Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Personality Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Neurodevelopmental Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Substance-Related Disorders"[Mesh] OR ((Mental disorder*[tiab] OR mental illness*[tiab] OR mental health problem*[tiab] OR psychiatric disorder*[tiab] OR psychiatric illness*[tiab] OR mental disease*[tiab] OR psychiatric disease*[tiab] OR mood disorder*[tiab] OR personality disorder*[tiab] OR psychiatric comorbidit*[tiab] OR schizophreni*[tiab] OR neurodevelopmental disorder*[tiab] OR neuropsychiatric disorder*[tiab] OR psychotic disorder*[tiab] OR psychosis[tiab] OR depression*[tiab] OR depressive[tiab] OR anxiety[tiab] OR bipolar disorder[tiab] OR borderline[tiab] OR affective disorder*[tiab] OR attention deficit disorder[tiab] OR hyperactivity disorder[tiab] OR ADHD[tiab] OR autism[tiab] OR autistic[tiab] OR obsessive-compulsive[tiab] OR post-traumatic stress disorder*[tiab] OR psychological comorbid*[tiab] OR substance abuse[tiab] OR substance addiction[tiab] OR substance dependen*[tiab] OR substance use disorder*[tiab] OR drug abuse[tiab] OR drug dependen*[tiab] OR drug addict*[tiab] OR drug use*[tiab] OR drug misuse[tiab] OR substance addict*[tiab] OR alcoholism[tiab] OR alcohol-related disorder*[tiab])	618540

		OR alcohol dependen*[tiab] OR alcohol addiction[tiab]) NOT Medline[sb])	
3.	Mesh/FT	"Comorbidity"[Mesh] OR "Diagnosis, Dual (Psychiatry)"[Mesh] OR comorbid*[tiab] OR co-morbid*[tiab] OR multimorbid*[tiab] OR multi-morbid*[tiab] OR multiple[tiab] OR coexist*[tiab] OR co-exist*[tiab] OR concurrent[tiab] OR co-occurring[tiab] OR cooccurring[tiab] OR co-occurrence*[tiab] OR cooccurrence*[tiab] OR dual diagnosis[tiab] OR dual diagnoses[tiab] OR dually diagnosed[tiab] OR dual disorder*[tiab]	2102872
4.	Mesh/FT	"Psychological Techniques"[Mesh] OR "Psychiatric Status Rating Scales"[Mesh] OR "Psychological Tests"[Mesh] OR "Mass Screening"[Mesh] OR "Symptom Assessment"[Mesh] OR screen*[tiab] OR detect*[ti] OR identificat*[ti] OR identify*[ti] OR diagnosis[ti] OR diagnostic*[ti] OR assessment*[ti] OR assess[ti] OR evaluat*[ti] OR tool*[ti] OR assessment tool*[tiab] OR instrument*[ti] OR scale*[ti] OR test*[ti] OR measure*[ti] OR questionair*[ti] OR DSM-5[ti] OR ICD-10[ti] OR SKID[ti] OR mini international neuropsychiatric interview[tiab] OR structured clinical interview[tiab] OR diagnostic interview*[tiab] OR clinical assessment[tiab] OR diagnostic assessment[tiab] OR diagnostic evaluation[tiab] OR diagnostic criteria[tiab] OR diagnostic test*[tiab] OR clinical evaluation[tiab] OR clinical measure*[tiab] OR symptom assessment*[tiab] OR symptom evaluation[tiab]	4467731
5.		1-4 AND English	552
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	26
7.		5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	102
8.		5 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR "Epidemiologic Studies"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR baseline[tiab] OR case series[tiab] OR evaluat*[tiab] OR non compar*[tiab] OR noncompar*[tiab] OR non random*[tiab] OR nonrandom*[tiab] OR epidemiologic study[tiab] OR epidemiologic studies[tiab] OR longitudinal[tiab] OR cross-sectional[tiab]	359

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utsluts. MAJR = MeSH Major Topic

(termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i titel- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-03-30

Ämne: Vilken effekt har samtidig systematisk utredning av psykiatrisk samsjuklighet för personer med ätstörning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	46536
2.	DE/FT	DE "Mental Disorders" OR DE "Affective Disorders" OR DE "Anxiety Disorders" OR DE "Bipolar Disorder" OR DE "Borderline States" OR DE "Neurodevelopmental Disorders" OR DE "Obsessive Compulsive Disorder" OR DE "Psychosis" OR DE "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Substance Related and Addictive Disorders" OR DE "Alcohol Use Disorder" OR DE "Cannabis Use Disorder" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Drug Addiction" OR TI ("Mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental health problem*" OR "psychiatric disorder*" OR "psychiatric illness*" OR "mental disease*" OR "psychiatric disease*" OR "mood disorder*" OR "personality disorder*" OR "psychiatric comorbidit*" OR schizophreni* OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neuropsychiatric disorder*" OR "psychotic disorder*" OR psychosis OR depression* OR depressive OR anxiety OR "bipolar disorder" OR borderline OR "affective disorder*" OR "attention deficit disorder" OR "hyperactivity disorder" OR ADHD OR autism OR autistic OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic stress disorder*" OR "psychological comorbid*" OR "substance abuse" OR "substance addiction" OR "substance dependen*" OR "substance use" OR "drug abuse" OR "drug dependen*" OR "drug addict*" OR "drug use*" OR "drug misuse" OR "substance addict*" OR alcoholism OR "alcohol dependen*" OR "alcohol-related disorder*" OR "alcohol dependen*" OR "alcohol addiction") OR AB ("Mental disorder*" OR "mental illness*" OR "mental health problem*" OR "psychiatric disorder*" OR "psychiatric illness*" OR "mental disease*" OR "psychiatric disease*" OR "mood disorder*" OR "personality disorder*" OR "psychiatric comorbidit*" OR schizophreni* OR "neurodevelopmental disorder*" OR "neuropsychiatric disorder*" OR "psychotic disorder*" OR psychosis OR depression* OR depressive OR anxiety OR "bipolar disorder" OR borderline OR "affective disorder*" OR "attention deficit disorder" OR "hyperactivity disorder" OR ADHD OR autism OR autistic OR "obsessive-compulsive" OR "post-traumatic stress disorder*" OR	1045135

		"psychological comorbid*" OR "substance abuse" OR "substance addiction" OR "substance dependen*" OR "substance use" OR "drug abuse" OR "drug dependen*" OR "drug addict*" OR "drug use*" OR "drug misuse" OR "substance addict*" OR alcoholism OR "alcohol dependen*" OR "alcohol-related disorder*" OR "alcohol dependen*" OR "alcohol addiction")	
3.	DE/FT	(DE "Comorbidity") OR (DE "Dual Diagnosis") OR TI (comorbid* OR co-morbid* OR multimorbid* OR multi-morbid* OR multiple OR coexist* OR co-exist* OR concurrent OR co-occurring OR cooccurring OR co-occurrence* OR cooccurrence* OR "dual diagnosis" OR "dual diagnoses" OR "dually diagnosed" OR "dual disorder*") OR AB (comorbid* OR co-morbid* OR multimorbid* OR multi-morbid* OR multiple OR coexist* OR co-exist* OR concurrent OR co-occurring OR cooccurring OR co-occurrence* OR cooccurrence* OR "dual diagnosis" OR "dual diagnoses" OR "dually diagnosed" OR "dual disorder*")	463868
4.	DE/FT	DE "Psychological Assessment" OR DE "Needs Assessment" OR DE "Psychiatric Evaluation" OR DE "Psychodiagnosis" OR DE "Psychodiagnostic Interview" OR DE "Screening" OR DE "Symptom Checklists" OR DE "Behavioral Assessment" OR DE "Cognitive Assessment" OR DE "Emotional Assessment" OR DE "Health Psychology Assessment" OR DE "Mental Health and Illness Assessment" OR DE "Motivation Measures" OR DE "Neuropsychological Assessment" OR DE "Personality Measures" OR DE "Psychodiagnostic Measures" OR DE "Social and Interpersonal Measures" OR DE "Stress and Coping Measures" OR DE "Substance Abuse and Addiction Measures" OR DE "Psychological Report" OR TI (screen* OR detect* OR identificat* OR identify* OR diagnosis OR diagnostic* OR assessment* OR assess OR evaluation OR tool* OR instrument* OR scale* OR test* OR measure* OR questionair* OR "DSM-5" OR "ICD-10" OR SKID OR "mini international neuropsychiatric interview" OR "structured clinical interview") OR AB ("mini international neuropsychiatric interview" OR "clinical interview" OR "diagnostic interview*" OR "clinical assessment" OR "diagnostic assessment" OR "diagnostic evaluation" OR "diagnostic criteria" OR "diagnostic test*" OR "clinical evaluation" OR "clinical measure*" OR "symptom assessment*" OR "symptom evaluation")	635669
5.		1-4 AND English	738
6.		(TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	20
7.		5 AND (TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR	77

	"clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design"))	
8.	5 AND TI ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional) OR AB ("case control" OR cohort OR compare* OR comparative OR comparison OR "follow up" OR prospective* OR retrospective* OR observational* OR baseline OR "case study" OR "evaluation study" OR "non random*" OR nonrandom* OR "longitudinal study" OR cross-sectional)	379

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts".

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
DeSocio J E. 2019 [1]	Interventionen och studiedesignen inte relevanta

Referenser

1. DeSocio JE. Challenges in diagnosis and treatment of comorbid eating disorders and mood disorders. *Perspect Psychiatr Care*. 2019; 55(3):494-500.

Id: O13: Behandling för personer med otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik

Tillstånd: Ätstörning, otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik, barn och vuxna

Åtgärd: Behandling av svårigheter med emotionsreglering

Prioritet: 4

Motivering: Hälsotillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Insatsen leder till att fler personer kan tillgodogöra sig ätstörningsbehandlingen, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. I vissa fall kan insatsen dessutom vara nödvändig för att kunna genomföra ätstörningsbehandlingen.

Kommentar: Insatsen förutsätter att vården parallellt säkerställer att patientens somatiska tillstånd och näringsintag tillåter emotionsregleringsbehandling. Det är också viktigt att inkludera möjlig diagnostisering av annan samsjuklighet.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självensning
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder).

Tillräcklig effekt av ätstörningsbehandling innebär att patienten inte har kvarvarande psykiska, kognitiva, sociala och/eller kroppsliga konsekvenser av ätstörningen efter genomförd behandling.

Det finns flera möjliga orsaker till varför behandlingsinsatser vid ätstörning kan ha otillräcklig effekt. En sådan orsak är problem med att hantera och kontrollera sina känslor, vilket kan leda till att personen vidmakthåller skadliga beteenden.

Åtgärden: Behandling av svårigheter med emotionsreglering syftar till att genom terapi identifiera och hantera känslomässiga reaktioner. Insatserna kan ges antingen som egen behandling eller som komponenter (tillägg) till annan psykologisk behandling.

Det finns många exempel på behandlingar av emotionsregleringsproblematik. Några exempel på sådana behandlingar är dialektisk beteendeterapi (DBT), mentaliseringsbaserad terapi (MBT), mindfulnessbaserade interventioner eller emotionsfokuserad terapi (EFT).

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av behandling av svårigheter med emotionsreglering hos barn och vuxna som haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för barn och vuxna med en ätstörning som haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik, leder behandling inriktad mot dessa svårigheter till att fler personer kan tillgodogöra sig en behandling inriktad mot ätstörningen.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen. I granskningen lästes 67 studier i fulltext och inga studier gick vidare för vidare kvalitetsgranskning.

Ett stort antal av de exkluderade studierna låg nära ämnet, då de studerade behandling av svårigheter med emotionsreglering. Populationen utgjordes dock av personer med en ätstörning, och stämde således inte överens med PICO, där populationen också ska ha haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik. Av de 13 systematiska översikter som lästes i fulltext var den senaste publicerade översikten som upplevdes som mest relevant en svensk översikt av Rozakou-Soumalia från 2021 [1]. Studiens syfte var att undersöka effekten av DBT på ätstörnings- och på emotionsreglerings-relaterade utfall. Åtta av de 11 studierna som ingick i SÖ:n identifierades i vår egen litteratursökning. Studien exkluderades då det inte framkom att studier inkluderats där deltagarna tidigare haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik.

Av de 54 primärstudier som studerades i fulltext var det följande tre som låg närmast PICO:

- En svensk RCT av Petersson et al från 2022 [2]. Studien undersökte om deltagande i en psykoedukativ intervention kallad Affektskolan, som komplement till sedvanlig vård av ätstörningar, skulle öka medvetenheten och reglering av känslor och minska alexitymi och ätstörningssymptom hos patienter inskrivna på en specialiserad öppenvårdsmottagning. Studien exkluderades då det inte framgick att deltagarna tidigare haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik.
- En nederländsk RCT av Lammers et al från 2020 [3]. Studien undersökte gruppbehandling med DBT jämfört med KBT-behandling hos personer med hetsättningsstörning som rapporterat över genomsnittliga nivåer av känslomässigt ätande. Utfallen som studerades var påverkan på ätstörnings- och emotionsregleringsrelaterade utfall. Ett exklusionskriterium var dock att deltagarna inte fick ha tidigare behandling för en ätstörning, vilket inte stämde överens med PICO. Studien har dessutom kvalitetsgranskats av SBU för ett annat kunskapsunderlag och då bedömts ha hög risk för bias.
- En nederländsk studie av Boerhout et al från 2017 [4]. Studien undersökte om en fysioterapeutisk intervention riktad mot aggression och hantering av ilska som komplement till sedvanlig vård av ätstörningar skulle ha en positiv effekt på hantering av ilska och på ätstörnings-psykopatologi. Studien exkluderades då det inte framgick att deltagarna tidigare haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik.

Samtliga studier som har exkluderats efter fulltextgranskning redovisas i tabellen *Exkluderade studier* nedan.

Inga pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående: *För barn och vuxna med en ätstörning som haft en otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik, leder behandling inriktad mot dessa svårigheter till att fler personer kan tillgodöra sig en behandling inriktad mot ätstörningen*

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 96 procent av 132 svarande instämde i påståendet.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har behandling av svårigheter med emotionsreglering på barn och vuxna med otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emot-

ionsregleringsproblematik, jämfört med sedvanlig vård, aktiv behandling eller väntelista på följsamhet till vidare ätstörningsbehandling och symtomskattningsskalor (för ätstörning och emotionsreglering)?

- Population/tillstånd: Ätstörning, otillräcklig effekt av ätstörningsbehandling driven av emotionsregleringsproblematik, barn och vuxna
- Intervention/åtgärd: Behandling av svårigheter med emotionsreglering
- Kontrollgrupp: Sedvanlig vård, aktiv behandling, väntelista
- Utfallsmått:
 - Primära utfall: Fler personer kan tillgodogöra sig en behandling inriktad mot ätstörningen (följsamhet till vidare ätstörningsbehandling), symtomskattningsskalor (för ätstörning och emotionsreglering)
 - Sekundära utfall: Remission, livskvalitet, mortalitet
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	271
Artiklar som lästes i fulltext	13 SÖ, 54 RCT
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 0 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-05-22

Ämne: Vilken effekt har behandling av svårigheter med emotionsreglering för barn och vuxna med ätstörning med samtidig emotionsregleringsproblematik, jämfört med sedvanlig vård, på livskvalitet, mortalitet, remission, vikt och symtomskattningsskalor?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT/TL, AB	("Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab] OR obsessive healthy eating[tiab] NOT Medline[sb])	7,135
2.	FT/TL, AB	DBT[ti] OR MBT[ti] OR ERGT [ti] OR "dialectical behavior therap*" [tiab] OR "DBT skills training" [tiab] OR "Radical openness DBT" [tiab] OR "RO-DBT" [tiab] OR "mentalization based therap*" [tiab] OR "emotion regulation therap*" [tiab] OR "emotion-focused therap*" [tiab] OR "Emotion Regulation Group Therap*" [tiab]	1,467
3.	Mesh/FT/TL, AB	((("Therapeutics"[Mesh:NoExp] OR Treatment*[tiab] OR therap*[tiab] OR intervention*[tiab]) AND ("Emotional Regulation"[Mesh] OR "emotion regulation*" [tiab] OR "emotional regulation*" [tiab] OR "emotion self-regulation*" [tiab]))	5,753
4.		2 OR 3	7,024
5.		1 AND 4	99
6.		5 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic	6

review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])

7.	5 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])	19
----	--	----

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley

Datum: 2023-05-22

Ämne: Vilken effekt har behandling av svårigheter med emotionsreglering för barn och vuxna med ätstörning med samtidig emotionsregleringsproblematik, jämfört med sedvanlig vård, på livskvalitet, mortalitet, remission, vikt och symtomskattningsskalor?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT/TI, AB	MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR binge-eating OR ARFID OR "food neophobia*" OR "avoidant food intake disorder*" OR "restrictive food intake disorder*" OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia OR orthorexia OR "obsessive healthy eating"):ti,ab,kw	11237
2.	FT/TI, AB	(DBT OR MBT OR ERGT):ti OR "dialectical behavior therap*" OR "DBT skills training" OR "Radical openness DBT" OR "RO-DBT" OR "mentalization based therap*" OR "emotion regulation therap*" OR "emotion-focused therap*" OR "Emotion Regulation Group Therap*"):ti,ab,kw	163
3.	Mesh/FT/TI, AB	((MeSH descriptor: [Therapeutics] this term only OR (Treatment* OR therap* OR intervention*):ti,ab,kw) AND (MeSH descriptor: [Emotional Regulation] explode all trees OR ("emotion regulation*" OR "emotional regulation*" OR "emotion self-regulation*"):ti,ab,kw))	2673
4.		2 OR 3	2798
5.		1 AND 4	140
6.		5 AND CDSR	0

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: APA PsycInfo, APA PsyArticles, Cinahl Databasleverantör: Ebsco

Datum: 2023-05-23

Ämne: Vilken effekt har behandling av svårigheter med emotionsreglering för barn och vuxna med ätstörning med samtidig emotionsregleringsproblematik, jämfört med sedvanlig vård, på livskvalitet, mortalitet, remission, vikt och symtomskattningsskalor?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE/MH/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR (MH "Eating Disorders") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Anorexia") OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	74,538
2.	FT/TI, AB	TI (DBT OR MBT OR ERGT OR "dialectical behavior therap*" OR "DBT skills training" OR "Radical openness DBT" OR "RO-DBT" OR "mentalization based therap*" OR "emotion regulation therap*" OR "emotion-focused therap*" OR "Emotion Regulation Group Therap*") OR AB ("dialectical behavior therap*" OR "DBT skills training" OR "Radical openness DBT" OR "RO-DBT" OR "mentalization based therap*" OR "emotion regulation therap*" OR "emotion-focused therap*" OR "Emotion Regulation Group Therap*")	3,847
3.	DE/MH/FT	(TI ("Therapeutic*" OR Treatment* OR therap* OR intervention*) OR AB ("Therapeutic*" OR Treatment* OR therap* OR intervention*)) AND ((DE "Emotional Regulation" OR (MH "Emotional Regulation") OR TI ("emotion regulation*" OR "emotional regulation*" OR "emotion self-regulation*") OR AB ("emotion regulation*" OR "emotional regulation*" OR "emotion self-regulation*"))	12,050
4.		2 OR 3	15,285
5.		1 AND 4	1,025
6.		5 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic	33

literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")

7.	5 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design" OR "comparative study")	142
----	--	------------

*] DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**] De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Systematiska översikter	
Osoro A, et al. 2022 [5]	Huvudsakligen inte RCT:er. Kvalitetsgranskning av studier saknas.
Delaquis, C. P., et al. 2022 [6]	Ej relevant population
Vogel, E. N., et al. 2021 [7]	Narrativ SÖ med fåtal RCT:er.
Rozakou-Soumalia, N., et al. 2021 [1]	Ej relevant population, men i övrigt relevant SÖ.
Grohmann, D., et al. 2021 [8]	Ej relevant population. Nyare översikt finns
Fülep, M., et al. 2021 [9]	Ej på engelska
Yu, J., et al. 2020 [10]	Ej relevant population
Turk, F., et al. 2020 [11]	Ej relevant syfte, population eller intervention
Turgon, R., et al. 2019 [12]	Ej relevant population. Nyare översikt finns
Sloan, E., et al. 2017 [13]	Narrativ SÖ utan meta-analys, ej relevant population.
Sala, M., et al. 2016 [14]	Narrativ SÖ utan meta-analys eller kvalitetsgranskning av studier. Fåtal RCT:s. Ej relevant population.
Godfrey, K., et al. 2015 [15]	Ej relevant population eller relevanta utfall.

Bankoff, S. M., et al. 2012 [16]	Narrativ SÖ utan meta-analys eller kvalitetsgranskning av studier. Fåtal RCT:s. Utfallsmått känns inte helt relevanta då emotionsreglering inte mäts.
Primärstudier	
Glisenti, K., et al. 2023 [17]	Ej relevant population
Smith, K. E., et al. 2022 [18]	Ej relevant population
Presseller, E. K., et al. 2022 [19]	Ej relevant population
Petersson, S., et al. 2022 [2]	Ej relevant population
Khadivizand, E., et al. 2022 [20]	Språket är inte engelska
Berking, M., et al. 2022 [21]	Ej relevant population
Okänd författare. 2021 [22]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2021 [23]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2021 [24]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2021 [25]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Munsch, S., et al. 2021 [26]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Glisenti, K., et al. 2021 [27]	Ej relevant population
Okänd författare. 2020 [28]	Studieprotokoll. Studiedesign och inklusionskriterier framgår inte.
Lammers, M. W., et al. 2020 [3]	Ej relevant population. Hög risk för bias enligt kvalitetsgranskning utförd av SBU.
Okänd författare. 2020 [29]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant. Studiedesignen är oklar.
Carter, J. C., et al. 2020 [30]	Ej relevant population eller utfallsmått
Anderson, L. M., et al. 2020 [31]	Ej relevant population
Peterson, C. B., et al. 2020 [32]	Ej relevant population
Hazzard, V. M., et al. 2020 [33]	Ej relevant population
Boerhout, C., et al. 2019 [34]	Språket är inte engelska
Wilkes, C. 2019 [35]	Inte en studie utan en uppsats
Okänd författare. 2019 [36]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Dugué, R., et al. 2019 [37]	Ej relevant population
Okänd författare. 2019 [38]	Studieprotokoll. Ej relevant population och oklar studiedesign.
Navarro-Haro, M. V., et al. 2018 [39]	Ej relevant population. Inte randomiserad.

Petersson, S., et al. 2018 [40]	Troligen studieprotokoll till Petersson, S., et al. 2022 [2]
Okänd författare. 2018 [41]	Studieprotokoll. Ej jämförelsegrupp och troligen ej relevant population.
Rahmani, M., et al. 2018 [42]	Ej relevant population
Okänd författare. 2018 [43]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2018 [44]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Zander, M. E. 2017 [45]	Inte en studie utan en avhandling
Peterson, C. B., et al. 2017 [46]	Ej relevant population
Boerhout, C., et al. 2017 [4]	Ej relevant population
Okänd författare. 2016 [47]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2016 [48]	Studieprotokoll. Populationen ej relevant.
Mazzeo, S. E., et al. 2016 [49]	Ej relevant population eller jämförelsegrupp
Tweed, S. R. 2015 [50]	Inte en studie utan en avhandling
Thompson-Brenner, H., et al. 2015 [51]	Inte en studie utan ett bokkapitel
Okänd författare. 2015 [52]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2015 [53]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Okänd författare. 2015 [54]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant.
Wonderlich, S. A., et al. 2014 [55]	Populationen ej relevant
Robinson, P. H. 2014 [56]	Inte en studie utan ett bokkapitel
Clark, K. D. 2014 [57]	Inte en studie utan en avhandling
Okänd författare. 2013 [58]	Studieprotokoll. Oklart om det finns någon jämförelsegrupp.
Klein, A. S., et al. 2013 [59]	Populationen ej relevant
Storch, M., et al. 2011 [60]	Inte en randomiserad studie
Safer, D. L., et al. 2010 [61]	Populationen ej relevant
Okänd författare. 2010 [62]	Studieprotokoll. Populationen troligen inte relevant. Oklar studiedesign då det inte framkommer om det finns någon jämförelsegrupp.
Okänd författare. 2010 [63]	Studieprotokoll. Oklart om populationen är relevant eller inte.
Clyne, C., et al. 2010 [64]	Oklart om jämförelsegruppen är relevant
Hill, D. M. 2009 [65]	Populationen ej relevant
Telch, C. F., et al. 2001 [66]	Populationen ej relevant

Referenser

1. Rozakou-Soumalia N, Dârvariu Ş, Sjögren JM. Dialectical Behaviour Therapy Improves Emotion Dysregulation Mainly in Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Med*. 2021; 11(9).
2. Petersson S, Årestedt K, Birgegård A. Evaluation of the Affect School as supplementary treatment of Swedish women with eating disorders: a randomized clinical trial. *J Eat Disord*. 2022; 10(1):76.
3. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *J Eat Disord*. 2020; 8(1):27.
4. Boerhout C, Swart M, Voskamp M, Troquete NAC, van Busschbach JT, Hoek HW. Aggression regulation in day treatment of eating disorders: Two-centre RCT of a brief body and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*. 2017; 25(1):52-9.
5. Osoro A, Villalobos D, Tamayo JA. Efficacy of emotion-focused therapy in the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022; 29(3):815-36.
6. Delaquis CP, Joyce KM, Zalewski M, Katz LY, Sulymka J, Agostinho T, et al. Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022; 300:305-13.
7. Vogel EN, Singh S, Accurso EC. A systematic review of cognitive behavior therapy and dialectical behavior therapy for adolescent eating disorders. *J Eat Disord*. 2021; 9(1):131.
8. Grohmann D, Laws KR. Two decades of mindfulness-based interventions for binge eating: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*. 2021; 147:110592-.
9. Fülep M, Pilárik L, Novák L, Mikoška P. Terapie zaměřená na emoce: Systematický přehled experimentálních studií účinnosti = The effectiveness of Emotion-Focused Therapy: A systematic review of experimental studies. *Československá Psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii a Praxi*. 2021; 65(5):459-73.
10. Yu J, Song P, Zhang Y, Wei Z. Effects of Mindfulness-Based Intervention on the Treatment of Problematic Eating Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*. 2020; 26(8):666-79.
11. Turk F, Waller G. Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2020; 79.
12. Turgon R, Ruffault A, Juneau C, Blatier C, Shankland R. Eating disorder treatment: A systematic review and meta-analysis of the

- efficacy of mindfulness-based programs. *Mindfulness*. 2019; 10(11):2225-44.
13. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 2017; 57:141-63.
 14. Sala M, Heard A, Black EA. Emotion-focused treatments for anorexia nervosa: A systematic review of the literature. *Eating and Weight Disorders*. 2016; 21(2):147-64.
 15. Godfrey K, Gallo L, Afari N. Mindfulness-based interventions for binge eating: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2015; 38(2):348-62.
 16. Bankoff SM, Karpel MG, Forbes HE, Pantalone DW. A Systematic Review of Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Eating Disorders. *Eating Disorders*. 2012; 20(3):196-215.
 17. Glisenti K, Strodl E, King R. The Role of Beliefs About Emotions in Emotion-Focused Therapy for Binge-Eating Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2023; 53(2):117-24.
 18. Smith KE, Mason TB, Schaefer LM, Anderson LM, Hazzard VM, Crosby RD, et al. Micro-level de-coupling of negative affect and binge eating in relationship to macro-level outcomes in binge eating disorder treatment. *Psychological medicine*. 2022; 52(1):140-8.
 19. Presseller EK, Wilkinson ML, Trainor C, Lampe EW, Juarascio AS. Self-regulation deficits moderate treatment outcomes in a clinical trial evaluating just-in-time adaptive interventions as an augmentation to cognitive-behavioral therapy for bulimia-spectrum eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2022; 55(5):709-16.
 20. Khadivizand E, Ahadi H, Nejat H, Golkar MK. Effectiveness of Interpersonal Therapy on Emotion Regulation and Depression in Women with Bulimia Nervosa. *Razavi international journal of medicine*. 2022; 10(1):38-40.
 21. Berking M, Eichler E, Naumann E, Svaldi J. The efficacy of a transdiagnostic emotion regulation skills training in the treatment of binge-eating disorder—Results from a randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022; 61(4):998-1018.
 22. Nct. Evaluation of a Web-Based Intervention for Bulimia Nervosa: a Randomized Controlled Trial. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04876196>. 2021.
 23. Nct. Evaluation of a Web-Based Intervention for Binge Eating Disorder: a Randomized Controlled Trial. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04876183>. 2021.
 24. Drks. Smartphone-assisted Cognitive-Behavioral Therapy for Binge-Eating Disorder. <https://trialsearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00024597>. 2021.

25. Drks. Changing habits in anorexia nervosa – a randomized controlled trial. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00022230>. 2021.
26. Munsch S, Forrer F, Naas A, Mueller V, Rubo M, Hannoun F, et al. Correlates of interpersonal emotion regulation problems in loss of control eating (LOC) in youth: Study protocol of the combined online and App based questionnaire, laboratory and randomized controlled online intervention i-BEAT trial. *BMC Psychology*. 2021; 9.
27. Glisenti K, Strodl E, King R, Greenberg L. The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *J Eat Disord*. 2021; 9(1):2.
28. Umin. Development of mindfulness-based program for prevention of anorexia nervosa. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=JPRN-UMIN000041846>. 2020.
29. Irct20200222046583N. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy On Anxiety, Depression and Difficulty in Emotion Regulation in Binge Eating Disorder. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=IRCT20200222046583N1>. 2020.
30. Carter JC, Kenny TE, Singleton C, Van Wijk M, Heath O. Dialectical behavior therapy self-help for binge-eating disorder: A randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(3):451-60.
31. Anderson LM, Smith KM, Schaefer LM, Crosby RD, Cao L, Engel SG, et al. Predictors and moderators of treatment outcome in a randomized clinical trial for binge-eating disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2020; 88(7):631-42.
32. Peterson CB, Engel SG, Crosby RD, Strauman T, Smith TL, Klein M, et al. Comparing integrative cognitive-affective therapy and guided self-help cognitive-behavioral therapy to treat binge-eating disorder using standard and naturalistic momentary outcome measures: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(9):1418-27.
33. Hazzard VM, Peterson CB, Crosby RD, Schaefer LM, Smith KE, Engel SG, et al. Predictors of treatment response durability in psychotherapy for binge-eating disorder: Examining the roles of self-discrepancy, self-directed style, and emotion dysregulation. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(12):1918-27.
34. Boerhout C, Van Busschbach JT, Voskamp M, Troquete NAC, Swart M, Hoek HW. Aggressieregulatie bij eetstoornissen: Evidentie voor een kortdurende module psychomotorische therapie = Aggression regulation in eating disorders: Evidence for a brief body and movement oriented intervention. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2019; 61(8):572-81.
35. Wilkes C. Investigating the preliminary effectiveness, acceptability and feasibility of the first online intensive outpatient program for the treatment of eating disorders: ProQuest Information & Learning; 2019.

36. Nct. eBEfree - an ICT Adaptation of BEfree. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT04101032>. 2019.
37. Dugué R, Renner F, Austermann M, Tuschen-Caffier B, Jacob GA. Imagery rescripting in individuals with binge-eating behavior: An experimental proof-of-concept study. *International Journal of Eating Disorders*. 2019; 52(2):183-8.
38. Actrn. Addressing eating disorder symptoms through a smartphone app. <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12619001438145>. 2019.
39. Navarro-Haro MV, Botella C, Guillen V, Moliner R, Marco H, Jorquera M, et al. Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: a Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive therapy and research*. 2018; 42(5):636-49.
40. Isrctn. Affect school as complementary treatment in eating disorders. <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN11278582>. 2018.
41. Isrctn. Neurocognition and emotional regulation in extreme weight conditions: study of brain activity and cognitive changes associated with an intervention based on a therapeutic videogame. <https://trialsearch.who.int/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN30788922>. 2018.
42. Rahmani M, Omid A, Asemi Z, Akbari H. The effect of dialectical behaviour therapy on binge eating, difficulties in emotion regulation and BMI in overweight patients with binge-eating disorder: A randomized controlled trial. *Mental Health and Prevention*. 2018; 9:13-8.
43. Nct. Deficits in Emotion Regulation Skills as a Maintaining Factor in Binge Eating Disorder. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT03717493>. 2018.
44. Actrn. A study of the effectiveness of Experiential Awareness Therapy for the treatment of Eating Disorders. <http://www.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12618000611224>. 2018.
45. Zander ME. Emotion dysregulation and impulsivity as moderators of treatment response and acceptability in Bulimia Nervosa: ProQuest Information & Learning; 2017.
46. Peterson CB, Berg KC, Crosby RD, Lavender JM, Accurso EC, Ciao AC, et al. The effects of psychotherapy treatment on outcome in bulimia nervosa: examining indirect effects through emotion regulation, self-directed behavior, and self-discrepancy within the mediation model. *International journal of eating disorders*. 2017; 50(6):636-47.
47. Nct. Dialectical Behavior Therapy Guided Self-Help for Binge Eating Disorder. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT02834299>. 2016.
48. Nct. Kg-Free: an Acceptance, Mindfulness and Compassionate-based Intervention for Women Struggling With Their Weight. <https://clinicaltrials.gov/show/NCT02850796>. 2016.
49. Mazzeo SE, Lydecker J, Harney M, Palmberg AA, Kelly NR, Gow RW, et al. Development and preliminary effectiveness of an innovative

- treatment for binge eating in racially diverse adolescent girls. *Eating Behaviors*. 2016; 22:199-205.
50. Tweed SR. Group-based emotion focused therapy (EFT) for women with binge spectrum eating disorders in an outpatient setting: A preliminary comparison: ProQuest Information & Learning; 2015.
 51. Thompson-Brenner H, Shingleton RM, Satir DA, Pratt EM. Enhanced, broad cognitive-behavioral therapy for complex bulimia nervosa. I: Thompson-Brenner H, red. *Casebook of evidence-based therapy for eating disorders*. New York, NY: The Guilford Press; 2015. s. 282-315.
 52. Irct2015061422709N. comparing the effect of Dialectical Behavior Therapy and Transdiagnostic Treatment on Binge-Eating Disorder. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=IRCT2015061422709N1>. 2015.
 53. Drks. A smartphone-enhanced low-threshold intervention for adolescents with Anorexia nervosa waiting for outpatient psychotherapy. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00008946>. 2015.
 54. Actrn. Does collaborative case conceptualisation enhance engagement and outcome in the treatment of anorexia nervosa? <http://wwwwhooint/trialssearch/Trial2.aspx?TrialID=ACTRN12615000788572>. 2015.
 55. Wonderlich SA, Peterson CB, Crosby RD, Smith TL, Klein MH, Mitchell JE, et al. A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological medicine*. 2014; 44(3):543-53.
 56. Robinson PH. Mentalisation-based therapy of non-suicidal self-injury and eating disorders: MBT-ED. I: Claes L, Muehlenkamp JJ, red. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment*. New York, NY: Springer-Verlag Publishing/Springer Nature; 2014. s. 163-79.
 57. Clark KD. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) as a one-day intervention for problematic eating behaviors and body image concerns: ProQuest Information & Learning; 2014.
 58. Ntr. Treatment of binge eating disorder with dialectical behaviour therapy. <https://trialssearchwhooint/Trial2.aspx?TrialID=NTR4154>. 2013.
 59. Klein AS, Skinner JB, Hawley KM. Targeting binge eating through components of dialectical behavior therapy: preliminary outcomes for individually supported diary card self-monitoring versus group-based DBT. *Psychotherapy (Chicago, Ill)*. 2013; 50(4):543-52.
 60. Storch M, Keller F, Weber J, Spindler A, Milos G. Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: A randomized controlled feasibility study. *American Journal of Psychotherapy*. 2011; 65(1):81-92.
 61. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior therapy*. 2010; 41(1):106-20.

62. Isrctn. Investigating the thinking styles and emotion processing in people with anorexia nervosa before and after a social cognitive intervention; in people with anorexia nervosa receiving treatment as usual; in people with bulimia nervosa and healthy controls. <https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN92765046>. 2010.
63. Drks. Efficacy of CBT-E and DBT-E in the treatment of eating disordered patients with high comorbidity. <https://trialsearchwho.int/Trial2.aspx?TrialID=DRKS00000519>. 2010.
64. Clyne C, Latner JD, Gleaves DH, Blampied NM. Treatment of emotional dysregulation in full syndrome and subthreshold binge eating disorder. *Eating Disorders*. 2010; 18(5):408-24.
65. Hill DM. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A randomized controlled trial: ProQuest Information & Learning; 2009.
66. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001; 69(6):1061-5.
67. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American journal of psychiatry*. 2001; 158(4):632-4.

Id O15: Boostersessioner för personer som drabbats av bakslag eller försämring

Tillstånd: Personer som påtagligt förbättrats eller friskförklarats från ätstörning, drabbad av bakslag eller försämring

Åtgärd: Boostersessioner

Prioritet: 3

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Insatsen kan förhindra återfall genom att snabbt ge tillgång till insatser från tidigare behandlare, enligt erfarenhetsbaserad kunskap. Den innebär också mindre tidsåtgång från vårdens sida då inte fullt behandlingsprogram behöver erbjudas.

Kommentar: Insatsen kan vara särskilt viktig för undergrupper med högre återfallsfrekvens

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på vanligt förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Återfallsrisken i ätstörning är stor, även efter ätstörningsbehandling som resulterat i friskförklarande (diagnoskriterier för ätstörning är inte längre uppfyllda) [1]. Återfallsfrekvensen i sjukdomen är som högst den närmaste tiden efter avslutad behandling.

Åtgärden: ”Boostersession” är ett begränsat antal sessioner som kan erbjudas efter avslutad behandling, men är inte att betrakta som en ny behandling. Interventionen syftar istället till att vidmakthålla resultaten från tidigare utförd behandling genom att exempelvis utvärdera patientens aktuella mående, repetera väsentliga behandlingsmoment, se över vidmakthållandeplan, förstärka framsteg och problemlösa kring uppkomna hinder, särskilt vid bakslag/försämring.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av boostersessioner hos personer som påtagligt förbättrats eller friskförklarats från ätstörning, men drabbats av bakslag eller försämring, är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier av god kvalitet som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer som efter behandling av ätstörning påtagligt förbättrats eller friskförklarats och som därefter drabbas av bakslag eller försämring leder snabbt insatta boostersessioner hos patientens tidigare behandlare till att återfall i ätstörningen motverkas.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som besvarar frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Två systematiska översikter (SÖ) som inkluderade aktuell frågeställning identifierades [2, 3]. Båda dessa hade dock ett bredare perspektiv, varför identifierade studier granskades separat.

En studie har kvalitetsgranskats men exkluderats på grund av allvarliga brister ibland annat bortfall, studiestorlek (för låg power för att upptäcka eventuella effekter) samt hur studien definierat och rapporterat sjukdomsåterfall [4]. Därutöver har studien inte rapporterat resultat på ett sätt som möjliggör vidare analys. Studien undersökte effekten av att tilldelas möjlighet till intervention motsvarande boostersessioner (upp till åtta extra behandlingssessioner vid oro för/faktiskt återfall i hetsätning och/eller självrensning) efter avslutad och framgångsrik KBT-behandling vid bulimia nervosa (BN), jämfört med att inte tilldelas denna möjlighet. Värt att notera är att ingen deltagare utnyttjade möjligheten att använda boostersessioner, trots att vissa deltagare faktiskt hade återfallit i hetsätning och/eller självrensning. Forskarna spekulerar därför i att det eventuellt inte räcker med att erbjuda boostersessioner vid behov till patienterna utan att insatsen bör planeras och bokas in i förväg.

Fyra RCT-studier exkluderades efter läsning i fulltext då interventionerna har bedömts vara för omfattande för att kunna klassificeras som boostersession. Studierna är dock värda att nämna då samtliga studier undersöker effekten av olika varianter av eftervård för att förhindra återfall i sjukdom. I två studier, Neumayr et al och Jacobi et al, undersöktes effekten av att tilldelas digitala eftervårdsprogram efter sedvanliga behandlingsinsatser vid anorexia

nervosa (AN) respektive BN [5, 6]. Dessa program ger tillgång till sammanhållna digitala verktyg såsom självregistrering, individuella mål/strategier och möjlighet till kontakt med behandlare. I två andra studier, Pendleton et al och Pyle et al, undersökte effekten av att tilldelas regelbunden stödgrupp efter avslutad KBT för hetsättningsstörning respektive avslutad och framgångsrik behandling vid BN [7, 8].

Inga pågående studier har identifierats som är relevanta för frågeställningen.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: För personer som efter behandling av ätstörning påtagligt förbättrats eller friskförklarats och som därefter drabbas av bakslag eller försämring leder snabbt insatta boostersessioner hos patientens tidigare behandlare till att återfall i ätstörningen motverkas

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 96 procent av 178 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har boostersessioner för personer som påtagligt förbättrats eller friskförklarats från sin ätstörning men som har drabbats av bakslag eller försämring, jämfört med ingen sådan möjlighet till boostersessioner, på risk för sjukdomsåterfall (diagnosticerad ätstörning), livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter behandlingen, patientens upplevelse av vården, remission och symtomskattningsskalor?

- Population/tillstånd: Personer som påtagligt förbättrats eller friskförklarats från ätstörning, drabbad av bakslag eller försämring
- Intervention/åtgärd: Boostersessioner
- Kontrollgrupp: Inga boostersessioner
- Utfallsmått: Risk för sjukdomsåterfall (i ätstörning), livskvalitet, patientens upplevda hälsa efter behandlingen (PROM), patientens upplevelse av vården (PREM), remission, symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA)
- Studietyp: SÖ, RCT
- Övriga inkl./exkl. kriterier: Studier med insatser efter avslutad behandling som avviker för mycket från definierad intervention exkluderas, såsom eftervårdsprogram med fördefinierat antal interventionstillfällen över flera veckor samt tillgång till sammanhållet digitalt verktyg för återfallsprevention efter avslutad behandling.

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
------------------------------------	-------

Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	52
Artiklar som lästes i fulltext	15
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-02-27

Ämne: Boostersessioner

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab]) NOT Medline[sb])	42614
2.	FT	Booster session*[tiab] OR follow-up session*[tiab] OR add-on[tiab] OR add-ons[tiab]	13962
3.		1 AND 2	77
4.		3 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	6
5.		3 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR control condition[tiab]) NOT Medline[sb])	33
6.			

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i titel- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley

Datum: 2023-02-27

Ämne: Boostersessioner

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
-------	------------	-----------	----------------------------

1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Feeding and Eating Disorders] explode all trees OR ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia):ti,ab	6392
2.	FT	("Booster session*" OR "follow-up session*" OR "add-on" OR "add-ons"):ti,ab,kw	410
3.		1 AND 2	5

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TI, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO			
Datum: 2023-02-27			
Ämne: Boostersessioner			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	46437
2.	FT	TI ("Booster session*" OR "follow-up session*" OR "add-on" OR "add-ons") OR AB ("Booster session*" OR "follow-up session*" OR "add-on session*")	2702
3.		1 AND 2	54
4.		3 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	3
5.		3 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR	21

AB (Random* OR "control group*" OR "control trial"
OR "controlled trial" OR "control study" OR
"controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical
study" OR "cross-over study" OR "crossover study"
OR "cross-over design" OR "crossover design")

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltext-granskning	Orsak till exklusion
Ahmadiankalati M, et al. 2020 [2]	Delvis ej relevanta interventioner i översikten; möjlig relevanta primärstudier granskade separat
Brauhardt A, 2014 [3]	Delvis ej relevanta interventioner i översikten; möjlig relevanta primärstudier granskade separat
Eldredge KL, et al. 1997	Delvis icke relevant intervention och population
Jacobi C, et al. 2017 [6]	Delvis icke relevant intervention och population
Le Grange D, 2021 [9]	Ej relevant intervention
Mitchell JE, et al. 2004 [4]	Hög risk för bias
Munsch S, et al. 2019 [10]	Ej relevant intervention
Neumayr C, et al. 2019 [5]	Delvis icke relevant intervention och population
Pendleton VR, et al. 2002 [7]	Delvis icke relevant intervention och population
Pyle RL, et al. 1990 [8]	Delvis icke relevant intervention
Schlup B, et al. 2009 [11]	Ej relevant intervention
Schmidt U, et al. 2015 [12]	Ej relevant intervention
Suárez-Pinilla P, 2015 [13]	Ej relevanta interventioner
Wyssen A, et al. 2021 [14]	Ej relevant intervention

Referenser

1. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, National Eating Disorder Research C, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord.* 2023; 11(1):85.
2. Ahmadiankalati M, Steins-Loeber S, Paslakis G. Review of Randomized Controlled Trials Using e-Health Interventions for Patients With Eating Disorders. *Front Psychiatry.* 2020; 11:568.
3. Brauhardt A, de Zwaan M, Hilbert A. The therapeutic process in psychological treatments for eating disorders: a systematic review. *Int J Eat Disord.* 2014; 47(6):565-84.
4. Mitchell JE, Agras WS, Wilson GT, Halmi K, Kraemer H, Crow S. A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *Int J Eat Disord.* 2004; 35(4):549-55.

5. Neumayr C, Voderholzer U, Tregarthen J, Schlegl S. Improving aftercare with technology for anorexia nervosa after intensive inpatient treatment: A pilot randomized controlled trial with a therapist-guided smartphone app. *Int J Eat Disord.* 2019; 52(10):1191-201.
6. Jacobi C, Beintner I, Fittig E, Trockel M, Braks K, Schade-Brittinger C, et al. Web-Based Aftercare for Women With Bulimia Nervosa Following Inpatient Treatment: Randomized Controlled Efficacy Trial. *J Med Internet Res.* 2017; 19(9):e321.
7. Pendleton VR, Goodrick GK, Poston WS, Reeves RS, Foreyt JP. Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge eating. *Int J Eat Disord.* 2002; 31(2):172-84.
8. Pyle RL, Mitchell JE, Eckert ED, Hatsukami D, Pomeroy C, Zimmerman R. Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *Am J Psychiatry.* 1990; 147(7):871-5.
9. Eldredge KL, Stewart Agras W, Arnow B, Telch CF, Bell S, Castonguay L, et al. The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *Int J Eat Disord.* 1997; 21(4):347-52.
10. Munsch S, Biedert E, Meyer A, Michael T, Schlup B, Tuch A, et al. A randomized comparison of cognitive behavioral therapy and behavioral weight loss treatment for overweight individuals with binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 2007; 40(2):102-13.
11. Schlup B, Munsch S, Meyer AH, Margraf J, Wilhelm FH. The efficacy of a short version of a cognitive-behavioral treatment followed by booster sessions for binge eating disorder. *Behav Res Ther.* 2009; 47(7):628-35.
12. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H, et al. The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2015; 83(4):796-807.
13. Suárez-Pinilla P, Peña-Pérez C, Arbaizar-Barrenechea B, Crespo-Facorro B, Del Barrio JA, Treasure J, et al. Inpatient treatment for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Psychiatr Pract.* 2015; 21(1):49-59.
14. Wyssen A, Meyer AH, Messerli-Bürge N, Forrer F, Vanhulst P, Lalanne D, et al. BED-online: Acceptance and efficacy of an internet-based treatment for binge-eating disorder: A randomized clinical trial including waitlist conditions. *Eur Eat Disord Rev.* 2021; 29(6):937-54.

Id O12: ACT som tilläggsbehandling vid kvarstående svårt kroppsmisnöje

Tillstånd: Person som fått behandling för ätstörning, kvarstående svårt kroppsmisnöje

Åtgärd: Acceptance and commitment therapy (ACT) som tilläggsbehandling

Prioritet: 7

Motivering: Hälsotillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Insatsen leder till minskat kroppsmisnöje jämfört med att inte få denna tilläggsbehandling, enligt erfarenhetsbaserad kunskap.

Eftersom det finns risk för återfall är det viktigt att uppmärksamma kvarvarande kroppsmisnöje. Det kan dock finnas risker med att fokusera separat på kroppsmisnöjet, eftersom det kan hänga ihop med andra kvarvarande ätstörningssymtom. Behandlingen är därmed bara lämplig för en del personer.

Kommentar: Det kan finnas andra insatser som inte bedömts.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självremsning
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Kroppsmisnöje är ett diagnoskriterium för flera ätstörningar, och definieras av en negativ inställning till den egna kroppen och upplevd skillnad mellan faktiskt och internaliserat ideal kring det egna utseendet. En person som har normaliserat sitt ätbeteende, men som har kvarstående kroppsmisnöje av en art och grad som påverkar personens livskvalitet negativt kan anses ha ett kvarstående svårt kroppsmisnöje. Detta kan öka risken för återfall i ätstörning.

Åtgärden: Acceptance and commitment therapy (ACT) är en form av psykoterapi som ämnar utveckla individens psykologiska flexibilitet. Det innebär

att personen ska acceptera och omfamna sina tankar och känslor, och samtidigt förbinda sig till handlingar som är i linje med personliga värderingar. Målet är inte att eliminera eller undertrycka svåra tankar och känslor, utan att lära sig att relatera till dem på ett mer adaptivt sätt.

ACT ämnar i frågeställningen inte ges för behandling av ätstörningen, utan som tillägg för behandling av kvarstående svårt kroppsmissnöje efter grundläggande behandling för ätstörning som också innehållit interventioner riktade mot kroppsmissnöje, exempelvis KBT-E eller familjebaserad terapi.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av ACT som tilläggsbehandling hos personer som fått behandling för ätstörning men har ett kvarstående svårt kroppsmissnöje är otillräckligt. Detta beror på att tillförlitligheten till evidensen i studien i underlaget som analyserat kroppsmissnöje, ätstörningssymptom samt risk för återfall är mycket låg. För andra relevanta utfallsmått saknas det studier av god kvalitet som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att för personer som fått behandling för ätstörning och har ett kvarvarande svårt kroppsmissnöje leder tilläggsbehandling med ACT (acceptance and commitment therapy), jämfört med att inte få tilläggsbehandling, till minskat kroppsmissnöje.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Generell symptomförsämring rapporterades för fyra procent av deltagarna i ACT-grupp vilket ledde till avhopp från interventionen i den inkluderade studien [1]. Detta är sannolikt inte högre än vad som vanligen inträffar i en klinisk ätstörningspopulation och bör inte tyda på risker specifikt relaterat till ACT.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår en randomiserad kontrollerad studie (RCT).

Den inkluderade randomiserade studien inkluderade svenska patienter med olika ätstörningar (AN, BN, BED, andra specificerade ätstörningar; full diagnos eller i partiell remission) [1]. Studien undersökte effekten av en tilläggsbehandling specifikt riktad mot kroppsmissnöje utifrån ACT, jämfört med fortsatt sedvanlig ätstörningsbehandling (TAU). ACT-interventionen var specifikt riktad mot kroppsmissnöje och genomfördes i mindre grupper under totalt 14 sessioner, där deltagarnas sedvanliga behandling pausades under interventionstiden. TAU bestod av sedvanliga behandlingsmoment baserad på deltagarnas individuella symptombild (t.ex. psykoterapi, andra gruppbehandlingar, måltidsstöd, dagvård, fysioterapi); deltagare kunde även välja att avsluta sin behandling. Effekten mättes genom självskattningar vid fyra tillfällen upp till 2 år efter påbörjad intervention. I det här underlaget redovisas data från baslinje och uppföljning efter två år.

Studien indikerar förbättring av kroppsmisshöje (mätt med Body Shape Questionnaire [BSQ] samt Eating Disorder Questionnaire [EDE-Q] – Figurmisshöje) och grad av ätstörningssymptom (mätt med EDE-Q Globalskala) efter både ACT och sedvanlig ätstörningsbehandling, med en något större förbättring efter ACT. I ACT-gruppen indikerades fortsatt minskning av kroppsmisshöje och grad av ätstörningssymptom under uppföljningsfas (2 år efter påbörjad intervention). I ACT-gruppen minskades graden av ätstörningssymptom ner emot den nivå som uppmäts i svensk kvinnlig normalbefolkning [2]. Studien indikerade vidare att patienter i ACT-grupp konsumerade mer vård under interventionsfasen jämfört med patienter i kontrollbetingelse men de sistnämnda konsumerade mer vård under uppföljningsfas (samt något mer vård totalt) vilket kan tyda på ett längre sjukdomsförlopp och/eller återfall i ätstörning.

Ytterligare en RCT lästes i fulltext och kvalitetsgranskades, men ingår inte i kunskapsunderlaget [3]. Denna studie inkluderade svenska patienter med ätstörning och undersökte effekten av en tilläggsbehandling utifrån ACT (ej specifikt inriktad på kroppsmisshöje), jämfört med fortsatt sedvanlig ätstörningsbehandling (TAU). Studiens metodik bedömdes i sin helhet ha stor risk för systematisk snedvridning av resultaten (hög risk för bias), i synnerhet relaterat till ett stort deltagarbortfall i interventionsgruppen. Studien hade även svårt att rekrytera tillräckligt många deltagare varför dess power sammantaget var för låg.

En systematisk översikt (SÖ) över ACT-interventioner i ätstörningsrelaterade populationer har slutligen också lästs i fulltext, men bedöms inte besvara frågeställningen [4]. Detta då den inkluderat studier där ACT getts som både primär- och tilläggsbehandling för ätstörning, medan aktuell frågeställning endast behandlar ACT som tilläggsbehandling för kvarvarande kroppsmisshöje efter sedvanlig behandling. Översikten inkluderade totalt fem randomiserade kontrollerade studier; av dessa var två tilläggsbehandlingar och båda dessa nämns ovan [1, 3].

Inga pågående studier har identifierats vid sökning på clinicaltrials.gov (20 juni 2023).

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påstående:

Påstående: *För personer som fått behandling för ätstörning och har ett kvarvarande svårt kroppsmisshöje leder tilläggsbehandling med ACT (acceptance and commitment therapy), jämfört med att inte få tilläggsbehandling, till minskat kroppsmisshöje.*

Konsensus för påståendet uppnåddes eftersom 89 procent av 70 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad vid 2-årsuppföljning)	Relativ effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)					
A – Kroppsmissnöje (BSQ)	33.20 (6.41) till 29.37 (8.41)	33.37 (6.13) till 24.19 (7.90)	-5,18 (95% KI -8,11 till -2,25)	-	n=99 (1 studie [1])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³	
A – Kroppsmissnöje (EDE-Q - Figurmissnöje)	4.60 (0.87) till 3.56 (1.25)	4.60 (0.89) till 2.74 (1.33)	-0,82 (95% KI -1,33 till -0,31)	-	n=99 (1 studie [1])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³	

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt (Skillnad vid 2-årsuppföljning)	Relativ effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)					
B – Återfall i ätstörning (vårdskonsumtion efter intervention)	724 sessioner under uppföljningsfas	452 sessioner under uppföljningsfas		-	n=99 (1 studie [1])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³	
C – Självskattade ätstörningssymptom (EDE-Q globalskala)	3.26 (0.88) till 2.59 (1.16)	3.22 (0.86) till 1.84 (1.17)	-0,75 (95% KI -1.21 till -0,29)	-	n=99 (1 studie [1])	⊕○○○ Mycket låg tillförlitlighet Avdrag: -1 tillförlitlighet ¹ -1 överförbarhet ² -1 precision ³	

Förkortningar: BSQ: The Body Shape Questionnaire; EDE-Q; Eating Disorder Examination Questionnaire; KI: Konfidensintervall

¹ Avdrag för brister i studiens tillförlitlighet (måttlig risk för bias) relaterat till svårigheten att blinda deltagare och behandlare för grupptillhörighet, visst deltagarbortfall i interventionsgruppen.

² Avdrag för bristande överförbarhet då resultaten enbart baseras på en single center studie.

³ Avdrag för bristande precision, då resultaten baseras på självskattad data och från få deltagare.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i intervention (I) och kontrollgrupp (K)	Kroppsmisnöje; BSQ	Kroppsmisnöje; EDE-Q Figurmisnöje	Vårdkonsumtion efter interventionen (återfall i ätstörning)	Självskattade ätstörningssymptom (EDE-Q globalskala)	Övrigt
Fogelkvist M et al, 2020 [1] RCT, single centre Sverige Medelhög risk för bias	<p>Patienter med ätstörning (AN, BN, BED, andra specificerade ätstörningar; full diagnos eller i partiell remission), N=99 kvinnor, 16–47 år som fått sedvanlig ätstörningsbehandling.</p> <p>Studieperiod 2010–2016.</p> <p>Uppföljning efter insats, samt efter 1 och 2 år efter påbörjad intervention</p>	<p>I: ACT i grupp specifikt riktad mot kroppsmisnöje under 14 sessioner</p> <p>K: sedvanlig ätstörningsbehandling</p>	<p>Förändrad kroppsuppfattning (medelvärde (sd), 2 år):</p> <p>I: 33.37 (6.13) till 24.19 (7.90)</p> <p>K: 33.20 (6.41) till 29.37 (8.41)</p>	<p>Förändrad kroppsuppfattning (medelvärde (sd), 2 år):</p> <p>I: 4.60 (0.89) till 2.74 (1.33)</p> <p>K: 4.60 (0.87) till 3.56 (1.25)</p>	<p>Vårdkonsumtion efter avslutad intervention upp till 2 år:</p> <p>I: 452 sessioner</p> <p>K: 724 sessioner</p>	<p>Förändrade ätstörningssymptom (medelvärde (sd), 2 år):</p> <p>I: 3.22 (0.86) till 1.84 (1.17)</p> <p>K: 3.26 (0.88) till 2.59 (1.16)</p>	Saknat uppgift om remission samt livskvalitet

Förkortningar: ACT: Acceptance and Commitment Therapy; *BSQ*: *The Body Shape Questionnaire*; *EDE-Q*: *Eating Disorder Examination Questionnaire*; I: Interventionsarm; K: Kontroll; KI: Konfidensintervall

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har ACT för personer som fått behandling för ätstörning men som har ett kvarstående svårt kroppsmisnöje, jämfört med att inte behandla kroppsmisnöjet eller att använda annan behandling för kroppsuppfattningsstörning, på kroppsuppfattningen?

- Population/tillstånd: Person som fått behandling för ätstörning, kvarstående svårt kroppsmisnöje
- Intervention/åtgärd: ACT (acceptance and commitment therapy) som tilläggsbehandling
- Kontrollgrupp: Ingen eller annan behandling (av kroppsuppfattningsstörningen, exempelvis Basic Body Awareness Therapy), TAU
- Utfallsmått:
 - Primära utfall: skala för kroppsuppfattning (EDEQ, BSQ)
 - Sekundära utfall: återfall i ätstörning (tex antal vårdbesök efter behandling), remission, livskvalitet och symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA)
- Studietyp: SÖ, RCT

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	46
Artiklar som lästes i fulltext	3
Artiklar som kvalitetsgranskades	0 SÖ, 2 RCT
Artiklar som inkluderades i underlaget	0 SÖ, 1 RCT

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM			
Datum: 2023-02-27			
Ämne: Vilken effekt har ACT för personer som fått behandling för ätstörning men som har ett kvarvarande svårt kroppsmisnöje			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	Body Image[Mesh] OR "Body Dissatisfaction"[Mesh] OR body dissatisfaction[tiab] OR negative body image*[tiab] OR body image dissatisfaction[tiab] OR body image disturbance*[tiab] OR body image concern*[tiab] OR distorted body image[tiab] OR body image[tiab] OR body satisfaction[tiab] OR Body-related self-conscious*[tiab] OR body-related emotion*[tiab]	26543
2.	Mesh/FT	"Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR ACT[tiab] OR acceptance and commitment therapy[tiab] OR Acceptance Based Intervention[tiab] OR acceptance-based behavior therapy[tiab] OR acceptance-based[ti] OR acceptance and commitment[ti]	321082
3.		1 AND 2	205
4.		3 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature	5

review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])

5.	Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover design[tiab] OR control condition[tiab]) NOT Medline[sb])	20
----	--	----

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska, översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstract-fälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: Cochrane Library Databasleverantör: Wiley
Datum: 2023-02-27
Ämne: Vilken effekt har ACT för personer som fått behandling för ätstörning men som har ett kvarvarande svårt kroppsmissnöje

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Body Image] explode all trees OR ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-conscious*" OR "body-related emotion*"):ti,ab,kw	2619
2.	Mesh/FT	MeSH descriptor: [Acceptance and Commitment Therapy] explode all trees OR (ACT OR "acceptance and commitment therapy" OR "Acceptance Based Intervention" OR "acceptance-based behavior therapy"):ti,ab,kw	14106
3.		1 AND 2	TRIALS: 51

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed, som även används i Cochrane library). Explode = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. This term only = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. Qualifier = aspekt av ämnet. FT/TL, AB, KW = Fritextterm/er – sökning i fälten för titel, abstract, keywords.

**) CDSR = The Cochrane Database of Systematic Reviews. DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects. HTA = Health Technology Assessment Database. EED = NHS Economic Evaluation Database. Central = Cochrane Central Register of Controlled Trials.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO
Datum: 2023-02-27
Ämne: Vilken effekt har ACT för personer som fått behandling för ätstörning men som har ett kvarvarande svårt kroppsmissnöje

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	DE "Body Image" OR DE "Body Dissatisfaction" OR DE "Body Esteem" OR DE "Body Image Disturbances" OR TI ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-	25209

		conscious** OR "body-related emotion**") OR AB ("body dissatisfaction" OR "body image" OR "body satisfaction" OR "Body-related self-conscious**" OR "body-related emotion**")	
2.	Mesh/FT	DE "Acceptance and Commitment Therapy" OR TI (ACT OR "acceptance and commitment therapy" OR "Acceptance Based Intervention" OR "acceptance-based behavior therapy") OR AB (ACT OR "acceptance and commitment therapy" OR "Acceptance Based Intervention" OR "acceptance-based behavior therapy")	121158
3.		1 AND 2	265
4.		3 AND TI ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review" OR systematic AND review) OR AB ("systematic review" OR "comprehensive review" OR "integrative review" OR "systematic literature review" OR "comprehensive literature review" OR "integrative literature review" OR "systematic literature search" OR "meta-analysis" OR "meta-analyses" OR "meta-analytic review")	5
5.		3 AND TI (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design") OR AB (Random* OR "control group*" OR "control trial" OR "controlled trial" OR "control study" OR "controlled study" OR "clinical trial" OR "clinical study" OR "cross-over study" OR "crossover study" OR "cross-over design" OR "crossover design")	29

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Duarte C et al, 2017 [5]	Ej relevant population
Habibollahi A et al, 2016 [6]	Ej relevant population
Juarascio et al, 2010 [6]	Ej relevant population
Karekla M et al, 2022 [7]	Ej relevant population
Margolis SE et al, 2016 [8]	Ej relevant population
Onnink CM et al, 2022 [4]	Delvis icke relevant intervention och/eller population
Parling T et al, 2016 [3]	Hög risk för bias
Pearson AN et al, 2012 [9]	Ej relevant population
Rezaeisharif A et al, 2021 [10]	Ej relevant population
Strandskov SW et al, 2017 [11]	Ej relevant population
Weineland S et al, 2012 [12]	Ej relevant population

Referenser

1. Fogelkvist M, Gustafsson SA, Kjellin L, Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Body Image*. 2020; 32:155-66.
2. Welch E, Birgegard A, Parling T, Ghaderi A. Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: general population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behav Res Ther*. 2011; 49(2):85-91.
3. Parling T, Cernvall M, Ramklint M, Holmgren S, Ghaderi A. A randomised trial of Acceptance and Commitment Therapy for Anorexia Nervosa after daycare treatment, including five-year follow-up. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:272.
4. Onnink CM, Konstantinidou Y, Moskovich AA, Karekla MK, Merwin RM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022; 26:11-28.
5. Duarte C, Pinto-Gouveia J, Stubbs RJ. Compassionate Attention and Regulation of Eating Behaviour: A pilot study of a brief low-intensity intervention for binge eating. *Clin Psychol Psychother*. 2017; 24(6):O1437-o47.
6. Habibollahi A, Soltanizadeh M. Efficacy of acceptance and commitment therapy on body dissatisfaction and fear of negative evaluation in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Journal of mazandaran university of medical sciences*. 2016; 25(134):278-90.
7. Karekla M, Nikolaou P, Merwin RM. Randomized Clinical Trial Evaluating AcceptME-A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *J Clin Med*. 2022; 11(7).
8. Margolis SE, Orsillo SM. Acceptance and Body Dissatisfaction: Examining the Efficacy of a Brief Acceptance Based Intervention for Body Dissatisfaction in College Women. *Behav Cogn Psychother*. 2016; 44(4):482-92.
9. Pearson AN, Follette VM, Hayes SC. A Pilot Study of Acceptance and Commitment Therapy as a Workshop Intervention for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Attitudes. *Cognitive and behavioral practice*. 2012; 19(1):181-97.
10. Rezaeisharif A, Cheraghian H, Naeim M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on reducing body image disorders in adolescent girls. *Addictive Disorders & Their Treatment*. 2021; 20(4):336-41.
11. Strandskov SW, Ghaderi A, Andersson H, Parmskog N, Hjort E, Wärn AS, et al. Effects of Tailored and ACT-Influenced Internet-Based CBT for Eating Disorders and the Relation Between Knowledge Acquisition and Outcome: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*. 2017; 48(5):624-37.

12. Weineland S, Hayes SC, Dahl J. Psychological flexibility and the gains of acceptance-based treatment for post-bariatric surgery: six-month follow-up and a test of the underlying model. *Clin Obes.* 2012; 2(1-2):15-24.

Underlag som inte lett till rekommendationer

Ibland har en frågeställning inte resulterat i en rekommendation. Detta beror på olika anledningar. För de nationella riktlinjerna för vård och stöd vid ätstörningar är det elva stycken frågor där Socialstyrelsen undersökt det vetenskapliga underlaget och vissa fall undersökt ifall erfarenhetsbaserad kunskap finns, men där frågeställningen inte har fått en prioriteringssiffra. Nedan visas underlagen för dessa frågeställningar. I bilagan *Metodbeskrivning* redovisas orsaken till varför frågeställningen inte har lett till en rekommendation.

Id: O10 Delat beslutsfattande för barn och vuxna med ätstörning

Tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna

Åtgärd: Delat beslutsfattande (SDM)

Prioritet: -

Motivering: -

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på vanligt förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Själrensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Åtgärden: Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) är ett arbetssätt för att öka individens delaktighet i vården och omsorgen. Metoden kan användas i både psykiatrisk vård och socialtjänst och syftar till att främja återhämtning genom att hjälpa individen att spela en aktiv roll i beslut som rör dennes hälsa samt vård och stöd, förmedla information om alternativ, tyd-

liggöra personens egna preferenser och fatta gemensamma beslut om behandling eller stödinsatser. Hänsyn tas till både individens och personalens kunskap och till vetenskapliga fakta. Åtgärden inbegriper vanligtvis någon form av beslutsstöd till individen för att öka möjligheten att vara delaktig, exempelvis skriftlig information om olika insatser.

För att personer med ätstörningar ska engageras och motiveras i att fatta beslut om vård och behandling kan delat beslutsfattande vara en metod som hjälper. Genom att personen involveras i beslutsprocessen, får uttrycka sina behov, får ta ställning till olika alternativ som utmynnar i en gemensam plan kan behandlingen bli mer effektiv.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Socialstyrelsen konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av delat beslutsfattande hos barn och vuxna med ätstörning är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Då det inte förväntas någon ny forskning inom den närmaste tiden har Socialstyrelsen valt att samla in erfarenhetsbaserad kunskap om åtgärden från en panel bestående av yrkesverksamma personer.

Slutsatsen från erfarenhetsbaserad kunskap är att arbeta enligt arbetssättet Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) för personer med ätstörning, jämfört med att inte använda arbetssättet, leder till:

- bättre följsamhet till behandling
- förbättrad relation mellan patient och behandlare (allians)
- ökad delaktighet och tillfredsställelse över behandlingen för patienten.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta vetenskapliga studier som kan besvara frågeställningen identifierades vid litteratursökningen.

Efter gallring av litteratur framkommer att inga studier besvarar frågeställningen, vare sig systematiska översikter (SÖ) eller randomiserade kontrollerade studier (RCT). I granskningen lästes ingen studie i fulltext och således inkluderas inga studier för vidare kvalitetsgranskning.

Inga pågående studier har identifierats.

Konsensusutlåtande

Socialstyrelsen har samlat in beprövad erfarenhet av åtgärden genom att tillfråga en konsensuspanel bestående av yrkesverksamma personer med erfarenhet av vård vid ätstörningar. Panelen har tagit ställning till följande påståenden:

Påstående 1: Att arbeta enligt arbetssättet Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) för personer med ätstörning, jämfört med att inte använda arbetssättet, leder till bättre följsamhet till behandling.

Konsensus för påstående 1 uppnåddes eftersom 95 procent av 157 svarande instämde i påståendet.

Påstående 2: Att arbeta enligt arbetssättet Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) för personer med ätstörning, jämfört med att inte använda arbetssättet, leder till förbättrad relation mellan patient och behandlare (allians)

Konsensus för påstående 2 uppnåddes eftersom 98 procent av 163 svarande instämde i påståendet.

Påstående 3: Att arbeta enligt arbetssättet Delat beslutsfattande (Shared Decision Making, SDM) för personer med ätstörning, jämfört med att inte använda arbetssättet, leder till ökad delaktighet och tillfredsställelse över behandlingen för patienten

Konsensus för påstående 3 uppnåddes eftersom 97 procent av 154 svarande instämde i påståendet.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har delat beslutsfattande för barn och vuxna med ätstörning, jämfört med inget delat beslutsfattande, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna
- Intervention/åtgärd: Delat beslutsfattande (SDM)
- Kontrollgrupp: Inget delat beslutsfattande
- Utfallsmått: Livskvalitet, andel som fullföljer behandling (följsamhet), remission, symtomskattningsskalor, antal tvångsåtgärder, antal slutenvårdstillsfällena, patientens upplevelse av vården (PREM), relation till behandlaren
- Studietyp: SÖ, RCT, icke randomiserade kontrollerade studier, observationsstudier med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	15
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-02-24

Ämne: Vilken effekt har delat beslutsfattande för personer med ätstörning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Mesh] OR eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ednos[tiab] OR osfed[tiab] OR ARFID[tiab] OR food neophobia*[tiab] OR avoidant-restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab]	68732
2.	Mesh/FT	"Decision Making, Shared"[Mesh] OR shared decision-making[tiab]	13746
3.		1 AND 2	14

PubMed:

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-02-28

Ämne: Vilken effekt har delat beslutsfattande för personer med ätstörning

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	DE; MH/FT	DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR (MM "Eating Disorders") OR (MM "Anorexia Nervosa") OR (MM "Binge Eating Disorder") OR (MM "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia") OR (MM "Bulimia Nervosa") OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	73227
2.	MH/FT	(MH "Decision Making, Shared") OR TI "shared decision making" OR AB "shared decision making"	12303
3.		1 AND 2	11

Ebsco databaser:

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts". FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

Id O11: Mandometermetoden för barn och vuxna med ätstörning

Tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna

Åtgärd: Mandometermetoden

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självremsning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Åtgärden: Åtgärden avser den metodologi som används på mandometerklinikerna, så som den beskrivs i en artikel av Bergh m.fl. [1]. Det finns ingen publicerad manual som beskriver mandometerklinikernas hela behandlingsmetod i detalj. Metoden bygger enligt artikeln [1] och mandometerklinikernas hemsida¹ på att normalisera ätbeteendet, värme och vila mellan måltider, samt ett program för social återuppbyggnad och stärkt självförtroende. Behandlingen uppges som regel ges utan användning av mediciner.

Normaliseringen av ätbeteendet sker genom en form av ätträning där maten kontinuerligt vägs under en måltid, samt att patienten med jämna mellanrum noterar sin mättnadskänsla². Måltidens vikt och patientens mättnads-

¹ <https://mando.se/mandometermetoden/>

² Sökning på "mandometer" i svensk patentdatabas visar att Mandometer AB har fyra patent i kraft som är relaterade till metoden att med väg mäta och analysera äthastigheten (Publikationsnummer: EP2482714, EP1641385, SE538463 och EP3283993).

känsla analyseras automatiskt av ett datorprogram som ger grafisk återkoppling till patienten om takten på dennes ätande. Målsättningen är att uppnå ett ätbeteende som stämmer överens med personer utan ätstörning.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det går inte att dra några slutsatser om effekten av mandometermetoden jämfört med sedvanlig vård, väntelista eller annan behandling för utfallen:

Remission, BMI eller vikt, livskvalitet, symtomskattningsskalor, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), eller mortalitet (Resultatet har mycket låg tillförlitlighet, eller så saknas det relevanta studier).

Kommentar

De två studierna som ingår i underlaget har bedömts ha brister som gör att det är hög risk för att resultaten är systematiskt snedvridna (hög risk of bias). Vidare är studierna små (32 randomiserade, respektive 69 icke-randomiserade patienter), omfattar inte samtliga ätstörningsdiagnoser (enbart anorexia nervosa och bulimia nervosa, respektive enbart anorexia nervosa) och har olika jämförelsegrupper (väntelista, respektive sedvanlig vård). Sammantaget bedöms effektens storlek och riktning därmed som osäker, oavsett jämförelsegrupp eller diagnos. Några tillförlitliga slutsatser om åtgärdens effekt kan inte dras baserat på underlaget.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår två studier, en randomiserad kontrollerad studie (RCT) och en som inte är randomiserad men kontrollerad [1, 2].

Den studie som är randomiserad och kontrollerad är genomförd i Sverige av Bergh mfl (2002) [1]. I studien jämförs Mandometermetoden (n=16) mot ingen insats (deltagarna står på väntelista, n=16). Andelen patienter i remission i respektive grupp undersöktes under en period av 20 månader. Studien bedömdes ha hög risk för bias på grund av oklarheter om sammansättningen av behandlings- och kontrollgrupperna. Det fanns exempelvis ingen information om patient-karaktäristik i respektive grupp vid baslinjen. Vidare var det inte möjligt att göra en skattning av resultatet med hänsyn till potentiella påverkansfaktorer såsom brister i mätning av utfallen. Exempelvis förekom ingen blindning av bedömare och patienter, det fanns ingen angiven information om vem som bedömde utfallet och hur det gick till. Det bedömdes att det kan ha förekommit en selektiv rapportering då endast remission rapporteras, medan resultat för psykopatologi inte uppges (exempelvis EDI och CPRS-SA som mättes endast vid baslinjen). Huvudförfattarna är uppfinnare till flera patent av Mandometergruppen AB och har varit med och grundat företaget, de bedöms därmed ha en möjlig ekonomisk intressekonflikt kopplad till metoden.

Den andra inkluderade studien är en nederländsk icke-randomiserad kontrollerad studie av van Elburg mfl (2012) [2]. I studien jämförs Mandometermetoden (n=24) med sedvanlig insats (n=45) för flickor 12-18 år med anorexia. Studien bedömdes ha hög risk för bias för samtliga resultat. Bortsett från begränsningen att studien är icke-randomiserad är bortfallet av individer vid uppföljningen (24 månader) relativt stor, och obalanserat (32% för mandometermetoden och 65% för sedvanlig insats). Ingen hänsyn har tagits till eventuella obalanser eller andra störfaktorer (confounders, förväxlingsfaktorer) vid analysen, dock framstår grupperna som balanserade vid baslinjen. Information om patienturvalet är bristfällig beskrivet. Vidare finns en risk för att resultatet har rapporterats selektivt då endast delskalor för psykopatologi redovisas.

Studier utan kontrollgrupp har inte inkluderats i underlaget eftersom dessa inte utvärderar effekten av behandling i jämförelse med aktiv behandling, väntelista eller placebo. Två sådana studier utan jämförelsegrupp har identifierats [3, 4]. Båda dessa studier baseras på observationsdata från mandometerklinikerna, där några av författarna till rapporten bedöms ha ekonomiska intressekonflikter kopplat till metoden (uppfinnare till patent från Mandometer AB och grundare av företaget). En registerstudie med delvis samma författare [5] som baseras på data från Nationellt kvalitetsregister för ätstörningsbehandling (Riksät) har också exkluderats eftersom inte heller denna studie jämför mandometermetoden med aktiva behandlingar, väntelista eller placebo.

Inga pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ingen behandling eller sedvanlig vård)	Interventionsgrupp (mandometermetoden)				
Remission efter 24 månader* (Jämfört med ingen behandling) *Andel utan diagnoskriterier för ätstörning uppfyllda.	Ingen behandling/väntelista: 1 av 16	Mando: 14 av 16	Risikkvot [95% KI] 14 [2 till 94] (En risikkvot >1 ska här tolkas som en ökad chans eller sannolikhet till förbättring.)	32 deltagare i en studie [1].	⊕○○○ Avdrag: Risk för bias ¹ : -2 Överförbarhet ² : -1 Precision ³ : -2 Publikationsbias ⁴ : -1	
Remission efter 12 eller 24 månader* (Jämfört med sedvanlig vård) *Andel med återställd vikt och menstruation	Sedvanlig vård: 12 månader: 16 av 45 24 månader: 18 av 45	Mando: 5 av 24 7 av 24	Risikkvot [95% KI] 0,59 [0,24 till 1,40] 0,73 [0,36 till 1,50] (En risikkvot >1 ska här tolkas som en ökad chans eller sannolikhet till förbättring.)	69 deltagare i en studie [2]	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ⁴ : -2 Överförbarhet ⁵ : -1 Precision ³ : -2 Publikationsbias ⁶ : -1	

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ingen behandling eller sedvanlig vård)	Interventionsgrupp (mandometermetoden)				
Ätstörningspsykopatologi* (jämfört med sedvanlig vård) *Andel med MROAS ≥ 8 (Morgan and Russell Outcome Assessment Schedule)	Sedvanlig vård: 12 månader: 32 av 45 24 månader: 18 av 45	Mando: 18 av 24 14 av 24	Riskkvot [95% KI] 1,05 [0,78 till 1,42] 1,46 [0,89 till 2,39] (En riskkvot >1 ska här tolkas som en ökad chans eller sannolikhet till förbättring.)	69 deltagare i en studie [2]	⊕○○○ Avdrag: Risk of bias ⁴ : -2 Överförbarhet ⁵ : -1 Precision ³ : -2 Publikationsbias ⁶ : -1	

¹ Ingen information om patient-karaktäristik per grupp vid baslinjen och ingen analysmetod som möjliggör hänsyn till sådana eventuella skillnader, och ingen skattning av effekttestimat med sådan metod, ingen blindning av bedömare och patienter, ingen information om hur och av vem utfallet bedömdes, potentiell selektiv rapportering av utfall (endast remission rapporteras, men psykopatologi i form av EDI och CPRS-SA skattas vid baslinjen), samt risk för intressekonflikt (huvudförfattarna är uppfinnare till patent från Mandometer AB och grundare av företaget).

² Överförbarhet: Endast AN- och BN-patienter.

³ Endast en enskild liten studie som behöver upprepas. Brett konfidensintervall.

⁴ Bortsett från begränsningen att studien är icke-randomiserad är andelen avhopp vid den senare uppföljningen (24 månader) relativt stor, och delvis obalanserat. Interventionsgrupperna framstår som balanserade, men den använda analysmetoden tar inte hänsyn till eventuella obalanser eller andra störfaktorer. Information om patienturvalet är bristfällig, och det finns risk för att utfall har rapporterats selektivt då endast delskalor för en del av skalorna för psykopatologi redovisas.

⁵ Endast AN-patienter upp till 18 år.

⁶ Risken för publikationsbias kan inte bedömas eller uteslutas baserat på en enskild studie. Eventuella opublicerade studier skulle kunna ändra resultatet.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Remission eller respons	Ätstörningspsykopatologi	Övrigt
<p>Bergh mfl 2002 [1], RCT, Sverige.</p> <p>Hög risk för bias</p> <p>N=32</p> <p>Uppföljningstid: upp till cirka 20 månader</p>	<p>Patienter med anorexia nervosa (AN, n=19) eller bulimia nervosa (BN, n=13).</p> <p><u>Patient-karaktäristik</u></p> <p>Medianålder (range)</p> <p>AN: 16 (10 till 33)</p> <p>BN: 19 (15 till 54)</p> <p>BMI</p> <p>AN: 15 (10,8 till 17,5)</p> <p>BN: 21,6 (17,9 till 31,8)</p> <p>Antal med daglig hetsätning</p> <p>AN: 2</p>	<p>I (n=16): Mando</p> <p>K (n=16): Väntelista</p> <p>Fyra deltagare fick insatsen inom slutenvården och 28 inom öppenvården.</p>	<p><u>Antal i remission efter 26,5 månader:</u></p> <p>I: 14/16 deltagare i remission</p> <p>K: 1/16 deltagare i remission</p> <p>Överlevnadsanalys (tid till remission) med log-rank-test visade signifikant skillnad mellan grupperna, väntetid inkluderad i analysen. Ingen hazardkvot (relativ risk) beräknad.</p> <p><u>Definition av remission</u></p> <p>Patienten uppfyller inte diagnoskriterierna för en ätstörning.</p> <p>För båda grupperna ska patienten ha normal vikt och psykiatrisk profil, normala laboratorietester, samt kunna uppge att mat inte var ett problem, samt åter i skola eller arbete.</p> <p>AN: Normal menstration krävdes inte.</p>	<p>Allmän psykopatologi (CPRS-SA), ätstörningspsykopatologi (EDI), hetsätningsepisoder och kränkningsepisoder, utvärderades vid baslinjen. Ingen information om värde hos dessa vid uppföljning.</p>	<p>I granskningen beräknades riskkvot baserat på antal patienter som nått remission. Denna beräkning finns inte i artikeln.</p>

	BN: 11 Antal med dagliga kräkningar AN: 4 BN: 10		BN: Ingen hetsätning på 3 månader (ingen information om krav på frekvens av kräkningar.)		
Van Elburg m.fl. 2012 [2], icke-randomiserad kontrollerad studie, Nederländerna. Hög risk för bias. N=69 Uppföljningstid:	Flickor 12 till 18 år med anorexia nervosa. <u>Vid baslinjen</u> Medelålder: I: m=15,4, sd=1,6 år K: m=15,4, sd=1,2 år Diagnos: I: ANR 75%; ANP 21%; EDNOS 4% K: ANR 62%; ANP 27%; EDNOS 11%. (Vid T2: endast 35% av deltagarna kvar i TAU-	I (n=24): Mando K (n=45): Sedvanlig vård (integrerade insatser enligt en systemorienterad "stepped and matched care model".) Insatserna genomfördes inom öppenvården.	<u>Respons BMI (bra/intermediär/dålig)*.</u> Upp till ett år efter påbörjad behandling (T1 12 månader) I: Bra 5 (21%) av 24 Intermediärt 10 (42%) av 24 Dåligt 9 (38%) av 24 K: Bra 16 (36%) av 45 Intermediärt 22 (49%) av 45 Dåligt 7 (6%) av 45 Upp till två år efter påbörjad behandling (T2 24 månader) I: Bra 7 (29%) av 24 Intermediärt 6 (25%) av 24	<u>Respons (bra/intermediär/dålig)*</u> <u>ätstöminspsykopatologi mätt med the Morgan and Russell Outcome Assessment Schedule (MROAS)</u> T1 (12 månader) I: Bra 18 (75%) av 24 Intermediär 6 (25%) av 24 Dåligt 0 av 24 K: Bra 32 (71%) av 45 Intermediär 13 (29%) av 45 Dålig 0 av 45 T2 (24 månader)	Andra skalor för ätstörningspsykopatologi rapporterades ofullständigt.

Upp till 12 (T1) respektive 24 (T2) månader efter påbörjad behandling.

gruppen för de sekundära utfallsmåtten). (ANR, anorexia nervosa, restricting; ANP, norexia nervosa, purging; EDNOS, ating-disorder-not-otherwise-specified.)

Dåligt 11 (46%) av 24

K:

Bra 18 (41%) av 45

Intermediärt 15 (33%) av 45

Dåligt 12 (27%) av 45

* Antal deltagare respons enligt:

Bra: åldersjusterat BMI (sdBMI) ≥ -1 och menstruation

Intermediärt: sdBMI ≥ -1 och ingen menstruation

Dåligt: sdBMI < -1

Andel deltagare med normalvikt vid T1 12 månader

I: 16 (65%) av 24

K: 38 (85%) av 45

Andel deltagare med normalvikt vid T2 24 månader

I: 13 (54%) av 24

K: 33 (74%) av 45

I:

Bra 14 (59%) av 24

Intermediär 10 (42%) av 24

Dålig 0 av 24

K:

Bra 18 (71%) av 45

Intermediär 13 (29%) av 45

Dålig 0 av 45

*Bra: MROAS ≥ 8

Intermediär: MROAS 4–8

Dålig: MROAS < 4

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har mandometermetoden för barn och vuxna med ätstörning, jämfört med andra behandlingar eller ingen behandling på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Ätstörning, barn och vuxna
- Intervention/åtgärd: Mandometermetoden
- Kontrollgrupp: Andra behandlingsmetoder, ingen behandling
- Utfallsmått: BMI/vikt, remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning)
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), RCT, non-RCT, observationsstudie med kontrollgrupp

Sökdokumentation

Litteratursökning gjordes i april 2023.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	149
Artiklar som lästes i fulltext	17
Artiklar som kvalitetsgranskades	2
Artiklar som inkluderades i underlaget	2

Sökstrategi

Sökning med termerna ”mando”, ”mandolean” och ”madometer” i databaserna Scopus/Embase, Medline och Google Scholar i titel, abstrakt, adressfält och fulltext (där så var möjligt). Som ett komplement gick SBU igenom samtliga listade publikationer på mandometerklinikens hemsida (mando.se).

Exkluderade studier

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Bergh m. fl. 2013 [3]	Observationsstudie med hög risk för bias.
Bergh m. fl. 2003 [6]	Ej klinisk studie
Bergh m. fl. 1996 [7]	Liten enarmad studie (ingen kontrollgrupp) med 8 patienter.
Court m. fl. 2008 [4]	Liten observationsstudie (40 patienter) utan kontrollgrupp.
Esfandiari m. fl. 2018 [8]	Ej klinisk studie. Artikeln beskriver metodens apparatur och mjukvara för ätträning.
Gray m. fl. 2008 [9]	Kommentar, ej klinisk studie.
Kox m. fl. 2021 [10]	Examensarbete. Ej klinisk studie.
Maramis m. fl. 2015 [11]	Beskrivning av projekt. Ej klinisk studie.

Papapanagiotou m. fl. 2015 [12]	Ej klinisk studie. Artikeln beskriver algoritmen för dataanalys.
Södersten m. fl. 2017 [13]	Översikt, ej klinisk studie.
Södersten m. fl. 2019 [5]	Observationsstudie
Södersten m. fl. 2019 [14]	Ej klinisk studie.
Werner m. fl. 2010 [15]	Konferensabstrakt med otillräckliga data.
Zandian m. fl. 2017 [16]	Ej relevant intervention, kontrollgrupp och utfall. Liten studie med 18 patienter där den ångestdämpande effekten av vila i värme vid olika temperaturer studerades.
Zandian m. fl. 2007 [17]	Ej klinisk studie.

Referenser

- Bergh C, Brodin U, Lindberg G, Södersten P. Randomized controlled trial of a treatment for anorexia and bulimia nervosa. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2002; 99(14):9486-91.
- Van Elburg AA, Hillebrand JJG, Huyser C, Snoek M, Kas MJH, Hoek HW, Adan RAH. Mandometer treatment not superior to treatment as usual for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45(2):193-201.
- Bergh C, Callmar M, Danemar S, Hölcke M, Isberg S, Leon M, et al. Effective treatment of eating disorders: Results at multiple sites. *Behavioral Neuroscience*. 2013; 127(6):878-89.
- Court J, Bergh CEK, Södersten P. Mandometer treatment of Australian patients with eating disorders. *Medical Journal of Australia*. 2008; 188(2):120-1.
- Södersten P, Brodin U, Sjöberg J, Zandian M, Bergh C. Treatment outcomes for eating disorders in Sweden: Data from the national quality registry. *BMJ Open*. 2019; 9(1).
- Bergh C, Ejderhamn J, Södersten P. What is the evidence basis for existing treatments of eating disorders? *Current Opinion in Pediatrics*. 2003; 15(3):344-5.
- Bergh C, Eklund S, Eriksson M, Lindberg G, Sodersten P. A new treatment of anorexia nervosa [5]. *Lancet*. 1996; 348(9027):611-2.
- Esfandiari M, Papapanagiotou V, Diou C, Zandian M, Nilstam J, Södersten P, Bergh C. Control of eating behavior using a novel feedback system. *Journal of Visualized Experiments*. 2018; 2018(135).
- Gray P. Mandometer treatment of Australian patients with eating disorders. *Medical Journal of Australia*. 2008; 189(3):184-.
- Kox J. The Mandometer for Identifying the (Un) healthy Eater; 2021.
- Maramis C, Diou C, Ioakeimidis I, Lekka I, Dudnik G, Mars M, et al. Preventing obesity and eating disorders through behavioural

- modifications: The SPLENDID vision. Conference paper. 2014 4th International Conference on Wireless Mobile Communication and Healthcare - Transforming Healthcare Through Innovations in Mobile and Wireless Technologies (MOBIHEALTH), Athens, Greece, 2014, pp. 7-10, doi: 10.1109/MOBIHEALTH.2014.7015895.: Institute of Electrical and Electronics Engineers Inc.; 2015.
12. Papapanagiotou V, Diou C, Langlet B, Ioakimidis I, Delopoulos A. A parametric Probabilistic Context-Free Grammar for food intake analysis based on continuous meal weight measurements. Conference proceedings : Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society IEEE Engineering in Medicine and Biology Society Annual Conference. 2015; 2015:7853-6.
 13. Södersten P, Bergh C, Leon M, Brodin U, Zandian M. Cognitive behavior therapy for eating disorders versus normalization of eating behavior. *Physiology and Behavior*. 2017; 174:178-90.
 14. Södersten P, Brodin U, Zandian M, Bergh C. Eating behavior and the evolutionary perspective on anorexia nervosa. *Frontiers in Neuroscience*. 2019; 13.
 15. Werner S, Bergh C, Zandian M, Södersten P. Retraining eating behaviour in obese patients with binge eating disorder. *Obesity Reviews*. 2010; 11:225.
 16. Zandian M, Holmstedt E, Larsson A, Bergh C, Brodin U, Södersten P. Anxiolytic effect of warmth in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017; 135(3):266-7.
 17. Zandian M, Ioakimidis I, Bergh C, Södersten P. Cause and treatment of anorexia nervosa. *Physiology and Behavior*. 2007; 92(1):283-90.

Id O14: Strukturerad uppföljning för barn och vuxna som har friskförklarats från ätstörning

Tillstånd: Person som friskförklarats från sin ätstörning

Åtgärd: Strukturerad uppföljning

Prioritet:

Motivering:

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Ätstörningar är ett samlingsbegrepp på psykiatriska tillstånd som kännetecknas av avvikande ätbeteenden, ofta kopplade till attityder till mat, vikt och kroppsform. Ätstörning kan leda till omfattande somatiska och psykiska hälsoproblem, och kan drabba både barn och vuxna. Exempel på vanligt förekommande diagnoser är:

- Anorexia nervosa och atypisk anorexia nervosa
- Bulimia nervosa och bulimia nervosa med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Hetsättningsstörning och hetsättningsstörning med låg frekvens eller begränsad varaktighet
- Självensning
- Undvikande/restriktiv ätstörning (ARFID: Avoidant Restrictive Food Intake Disorder)
- Ospecificerad ätstörning eller födorelaterade syndrom.

Återfallsrisken i ätstörning är stor, även efter ätstörningsbehandling som resulterat i friskförklarande (diagnoskriterier för ätstörning är inte längre uppfyllda) [1]. Återfallsfrekvensen i sjukdomen är som högst den närmaste tiden efter avslutad behandling.

Åtgärden: Strukturerad uppföljning efter tidigare (behandlings-)insats, exempelvis på mottagning, digitalt eller via telefon. Uppföljningen ska ej motsvara ett behandlingstillfälle.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en måttlig svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det saknas studier för att bedöma effekten av strukturerad uppföljning på risk för sjukdomsåterfall (i ätstörning), kliniskt signifikant försämring (exempelvis mätt med symptomskattningsskalor såsom EDE-Q), tidig upptäckt och/eller livskvalitet hos personer som friskförklarats alternativt påtagligt förbättrats från sin ätstörning.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?
Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

I granskningen ingår inga studier. Strukturerad uppföljning är oftast en del av randomiserade kontrollerade studier, men då något som används för att utvärdera en annan intervention och således något som sker i både interventions- och kontrollgrupper. Inga studier har identifierats där själva uppföljningen randomiseras, dvs. endast erbjuds en grupp och inte en annan. Därmed saknas underlag för att kunna bedöma effekten av att få en strukturerad uppföljning jämfört att inte få det.

Inga pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har inte gjort någon hälsoekonomisk bedömning för denna frågeställning.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har strukturerad uppföljning för personer som friskförklarats från sin ätstörning, jämfört med ingen sådan strukturerad uppföljning, på relevanta utfallsmått såsom risk för återfall i ätstörning och livskvalitet?

- Population/tillstånd: Person som friskförklarats från sin ätstörning
- Intervention/åtgärd: Strukturerad uppföljning (exempelvis på mottagning, digitalt eller via telefon)
- Kontrollgrupp: Ingen strukturerad uppföljning
- Utfallsmått: Risk för sjukdomsåterfall (i ätstörning), kliniskt signifikant försämring (exempelvis mätt med symptomskattningsskalor såsom EDE-Q), tidig upptäckt, livskvalitet
- Studietyp: Randomiserad, kontrollerad studie (RCT)
- Övriga inkl./exkl. kriterier: störningar i födointag till följd av andra sjukdomstillstånd (ex. vid cancer) eller ätsvårigheter hos äldre exkluderas. Studier där uppföljning motsvarar/sker under ett behandlingstillfälle exkluderas. Ingen specifik avgränsning i tid efter tidigare behandlingsinsats

Sökdokumentation

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	103
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Databas: CINAHL, APA PsycInfo, APA PsycArticles Databasleverantör: EBSCO

Datum: 2023-04-12

Ämne: Vilken effekt har strukturerad uppföljning för personer som friskförklarats från sin ätstörning?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	MH, DE/FT	(MH "Eating Disorders") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Anorexia") OR DE "Eating Disorders" OR DE "Anorexia Nervosa" OR DE "Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder" OR DE "Binge Eating Disorder" OR DE "Bulimia" OR TI ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia) OR AB ("eating disorder*" OR "disordered eating" OR anorexia OR bulimia OR anorectic OR bulimic OR "binge-eating" OR ARFID OR "avoidant restrictive food intake disorder*" OR diabulimia)	74452
2.	MM, DE/FT	(MM "Recovery") OR (MM "Disease Remission") OR (MM "Remission Induction") OR (DE "Recovery (Disorders)") OR (DE "Remission (Disorders)") OR TI (remission OR recover OR recovered OR recovery OR "weight restoration" OR aftercare OR "after discharge") OR AB (remission OR recover OR recovered OR recovery OR "weight restoration" OR aftercare OR "after discharge")	275566
3.	FT	TI (videoconfer* OR check-up OR check-ups OR reappointment* OR visit* OR re-visit* OR revisit* OR appointment* OR assessment* OR "clinical follow-up*" OR "clinical followup*" OR "systematic follow-up" OR "structured follow-up" OR "systematic followup*" OR "structured followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup" OR "follow-up evaluation" OR "keep in touch" OR "structured plan*" OR "follow-up plan*" OR "telephone call*" OR "telephone communicat*" OR "telephone contact*" OR "digital communicat*" OR "digital contact*" OR "video communicat*" OR "video contact*") OR AB (videoconfer* OR check-up OR check-ups OR reappointment* OR visit* OR re-visit* OR revisit* OR appointment* OR assessment* OR "clinical follow-up*" OR "clinical followup*" OR "systematic follow-up" OR "structured follow-up" OR "systematic followup*" OR "structured followup*" OR "patient follow-up" OR "patient followup" OR	1062941

	“follow-up evaluation” OR “keep in touch” OR “structured plan*” OR “follow-up plan*” OR “telephone call*” OR “telephone communicat*” OR “telephone contact*” OR “digital communicat*” OR “digital contact*” OR “video communicat*” OR “video contact*”)	
4.	1 AND 2 AND 3	675
5.	4 AND TI (“systematic review” OR “comprehensive review” OR “integrative review” OR “systematic literature review” OR “comprehensive literature review” OR “integrative literature review” OR “systematic literature search” OR “meta-analysis” OR “meta-analyses” OR “meta-analytic review” OR systematic AND review) OR AB (“systematic review” OR “comprehensive review” OR “integrative review” OR “systematic literature review” OR “comprehensive literature review” OR “integrative literature review” OR “systematic literature search” OR “meta-analysis” OR “meta-analyses” OR “meta-analytic review”)	19
6.	4 AND TI (Random* OR “control group*” OR “control trial” OR “controlled trial” OR “control study” OR “controlled study” OR “clinical trial” OR “clinical study” OR “cross-over study” OR “crossover study” OR “cross-over design” OR “crossover design” OR “comparative study”) OR AB (Random* OR “control group*” OR “control trial” OR “controlled trial” OR “control study” OR “controlled study” OR “clinical trial” OR “clinical study” OR “cross-over study” OR “crossover study” OR “cross-over design” OR “crossover design” OR “comparative study”)	78

*) DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen). FT/default fält = fritextsökning i fälten för “all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts”. FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract. ZX = Methodology. + = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade.

**) De fetmarkerade referenserna finns nedspårade.

Databas: PubMed Databasleverantör: NLM

Datum: 2023-04-12

Ämne: Vilken effekt har strukturerad uppföljning för personer som friskförklarats från sin ätstörning?

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Databas/ Antal ref. **)
1.	Mesh/FT	"Feeding and Eating Disorders"[Majr] OR ((eating disorder*[tiab] OR disordered eating[tiab] OR feeding disorder*[tiab] OR anorexia[tiab] OR bulimia[tiab] OR anorectic[tiab] OR bulimic[tiab] OR binge-eating[tiab] OR ARFID[tiab] OR food	37731

		neophobia*[tiab] OR avoidant restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant/restrictive food intake disorder*[tiab] OR avoidant food intake disorder*[tiab] OR diabulimia[tiab] OR orthorexia[tiab]) NOT Medline[sb])	
2.	Mesh/FT	"Mental Health Recovery"[Mesh] OR "Remission Induction"[Mesh] OR Aftercare[Mesh] OR ((remission[tiab] OR recover*[tiab] OR recovered[tiab] OR weight restoration[tiab] OR aftercare[tiab] OR after discharge[tiab]) NOT Medline[sb])	414611
3.	Mesh/FT	"Office Visits"[Mesh] OR Videoconferencing[Mesh] OR videoconfer*[tiab] OR check-up[tiab] OR check-ups[tiab] OR reappointment*[tiab] OR visit*[tiab] OR re-visit*[tiab] OR revisit*[tiab] OR appointment*[tiab] OR assessment*[tiab] OR clinical follow-up*[tiab] OR clinical followup*[tiab] OR systematic follow-up[tiab] OR structured follow-up[tiab] OR systematic followup*[tiab] OR structured followup*[tiab] OR patient follow-up[tiab] OR patient followup[tiab] OR follow-up evaluation[tiab] OR keep in touch[tiab] OR structured plan*[tiab] OR follow-up plan*[tiab] OR telephone call*[tiab] OR telephone communicat*[tiab] OR telephone contact*[tiab] OR digital communicat*[tiab] OR digital contact*[tiab] OR video communicat*[tiab] OR video contact*[tiab]	1762396
4.		1 AND 2 AND 3	141
5.		4 AND "Systematic Review" [Publication Type] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR systematic review[tiab] OR comprehensive review[tiab] OR integrative review[tiab] OR systematic literature review[tiab] OR comprehensive literature review[tiab] OR integrative literature review[tiab] OR systematic literature search[tiab] OR meta-analysis[tiab] OR meta-analyses[tiab] OR meta-analytic review[tiab] OR (systematic[ti] AND review[ti])	5
6.		4 AND Clinical Trial[pt] OR "Cross-Over Studies"[Mesh] OR "Control Groups"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR ((Random*[tiab] OR control group*[tiab] OR control trial[tiab] OR controlled trial[tiab] OR control study[tiab] OR controlled study[tiab] OR clinical trial[tiab] OR clinical study[tiab] OR cross-over study[tiab] OR crossover study[tiab] OR cross-over design[tiab] OR crossover	25

7. design[tiab] OR comparative study[tiab]) NOT Medline[sb])
- 4 AND "Observational Study" [Publication Type] OR "Cohort Studies"[Mesh] OR "Case-Control Studies"[Mesh] OR "Comparative Study" [Publication Type] OR "Treatment Outcome"[Mesh] OR "Follow-Up Studies"[Mesh] OR case control[tiab] OR cohort[tiab] OR compare*[tiab] OR compara*[tiab] OR comparison[tiab] OR follow up study[tiab] OR prospective*[tiab] OR retrospective*[tiab] OR observational*[tiab] OR cross-sectional[tiab] OR "Qualitative Research"[Mesh] OR "Evaluation Studies as Topic"[Mesh] OR "Focus Groups"[Mesh] OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh:NoExp] OR qualitative study[tiab] OR qualitative research[tiab] OR qualitative design[tiab] OR qualitative assessment[tiab] OR evaluation study[tiab] OR questionair*[tiab] OR survey*[tiab] OR focus group*[tiab] OR interview[tiab] OR descriptive[tiab] OR phenomenological[tiab] OR exploratory[tiab]

99

*) MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed). Exp = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade. NoExp = Endast den termen söks, de mer specifika, underordnade termerna utesluts. MAJR = MeSH Major Topic (termen beskriver det huvudsakliga innehållet i artikeln). SB = PubMeds filter för: systematiska översikter (systematic[sb]), alla MeSH-indexerade artiklar (medline[sb]). FT = Fritextterm/er. tiab= sökning i title- och abstractfälten.ot = Other term: ämnesord (keyword) som oftast inte finns som MeSH-term

**) De fetmarkerade referenserna finns nedsparade.

Referenser

1. Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Ong SH, Vatter S, Le A, National Eating Disorder Research C, et al. Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research. *J Eat Disord.* 2023; 11(1):85.

Id AN5: RO-DBT för ungdomar och vuxna med anorexi

Tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (över 13 år) och vuxna

Åtgärd: Radikalt öppen dialektisk beteendeterapi (RO-DBT)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. DBT utvecklades ursprungligen för självmordsnära och självskadande patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning. Senare har insatsen anpassats för andra typer av problem som också är vanliga hos målgruppen, exempelvis missbruk, ätstörningar, depression och posttraumatisk stress.

Radikalt öppen dialektisk beteendeterapi (RO-DBT) bygger på DBT och är en transdiagnostisk behandling som riktar sig till personer med psykisk ohälsa som är relaterad till stark rigiditet, ensamhet och ett överdrivet behov av självkontroll. Metoden kan vara hjälpsam vid bland annat anorexia nervosa.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det saknas studier för att bedöma effekten av RO-DBT vid anorexia nervosa hos ungdomar över 13 år och vuxna.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?
Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta studier med acceptabel risk för snedvridning kunde identifieras.

En sökning på clinicaltrials.gov identifierade inga pågående studier som kan vara relevanta för tillstånd och åtgärdsraden.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har RO-DBT för ungdomar (över 13 år) och vuxna med anorexia nervosa, jämfört med KBT anpassad för ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (över 13 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: RO-DBT
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (KBT-E)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, mortalitet, episoder (kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [3] relevansbedömdes utifrån PICO, men inga studier identifierades i dessa.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	1
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

En studie med möjligen relevant population och intervention identifierades, dock bedömdes den ha en oacceptabelt hög risk för bias och exkluderades därför. Studien hade få deltagare (n=50) med huvudsyfte att undersöka utvärdering av ungdomar med anorexi nervosa (AN) och överensstämmelsen med

deras föräldrars och psykoterapeuters utvärdering [1]. Övriga data är knapphändiga i artikeln och inga jämförelser mellan behandlingarna görs för aktuella utfallsmått. Interventionen som gavs var variant av DBT som utvecklats av Salbach-Andrae och medarbetare [2].

Referenser

1. Jaite C, Pfeiffer A, Pfeiffer E, Thurn C, Bierbaum T, Winter SM, et al. Subjective evaluation of outpatient treatment for adolescent patients with anorexia nervosa. *Eat Weight Disord.* 2020; 25(2):445-52.
2. Salbach-Andrae H, Bohnkamp I, Bierbaum T, Schneider N, Thurn C, Stiglmayr C, et al. Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich. *Kindheit und Entwicklung.* 2009; 18(3):180-90.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment.* London; 2017.

Id AN6: MANTRA för vuxna med anorexi

Tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna

Åtgärd: Maudsely Model Anorexia Nervosa Treatment (MANTRA)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Maudsely Model Anorexia Nervosa Treatment (Mantra) är en terapi som har utvecklats specifikt för behandling av anorexia nervosa hos vuxna. Mantra består av sju kärnmoduler och 20 till 40 sessioner. Mantra syftar till att ta itu med de kognitiva, emotionella, relationella och biologiska faktorer som tenderar att upprätthålla anorexia nervosa genom att ta reda på vad som håller människor fast i sin sjukdom och gradvis hjälpa dem att hitta alternativa och mer adaptiva sätt att klara sig. Detta kan inkludera att utveckla motivation att förändra och återhämta sig, förbättra matintag och näring, ta itu med interpersonella svårigheter, utveckla mer användbara sätt att tänka, lära sig nya sätt att hantera känslor, och utveckla en känsla av identitet som är separat från anorexia nervosa. Vilka delar och faktorer som tas upp i behandlingen beror på individens behov och preferenser. Målet är att förbättra den övergripande livskvaliteten.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För vuxna med anorexia nervosa går det inte att bedöma effekten av behandling med Mantra jämfört med KBT för:

- BMI (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet)

- ätstörning enligt EDE global (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet)
- remission (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet).

För vuxna med anorexia nervosa går det inte att dra några slutsatser om effekten av behandling med Mantra, jämfört KBT för:

- livskvalitet (det saknas relevanta studier)
- frekvens av episoder (kompensation) (det saknas relevanta studier).

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

En relevant studie med acceptabel risk för snedvridning har identifierats [1]. Studien är en randomiserad kontrollerad studie (RCT) av som är gjord av Bryne och medförfattare och publicerades 2017. Studien bedöms ha måttlig risk för bias [1]. I studien ingår 80 individer (17 år eller äldre) som diagnostiserats med anorexia nervosa enligt DSM-IV-TR. Medeltal för sjukdomens varaktighet var 4 år. Individerna randomiserades till Maudsley model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (Mantra) (n=41) eller KBT (n=39). Det primära utfallet var kroppsmasseindex (BMI) och remission definierad som antal individer som uppnådde BMI>18.5 och antal som uppnådde global EDE <1.81. Studiens utfall analyserades enligt intention to treat (ITT) och utvärderarna var blindade för interventionen. Bortfall för Mantra direkt efter behandling var 41%, efter 6 månader 54% och efter 12 månader 49%. För KBT direkt efter behandling 33%, vid 6 månader 54% och vid 12 månader 41%.

En sökning på clinicaltrials.gov identifierade inga pågående studier som kan vara relevanta för tillstånd och åtgärdsraden.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
BMI direkt efter behandling	KBT, medel (SD) 18.5 (2.0) kg/m ²	Mantra, medel (SD) Bryne 18.1 (2.0) kg/m ²	MD: -0.40 [-1.28 till 0.48] kg/m ²	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.
BMI 6 månader efter behandling	KBT, medel (SD) 18.6 (2.0) kg/m ²	Mantra, medel (SD) 18.0 (2.0) kg/m ²	MD: -0.60 [-1.48 till 0.28] kg/m ²	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.
BMI 12 månader efter behandling	KBT, medel (SD) 18.7 (2.0) kg/m ²	Mantra, medel (SD) 18.1 (2.0) kg/m ²	MD -0.60 [-1.48 till 0.28] kg/m ²	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random ef- fects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (an- tal studier), samt [re- ferens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontroll- grupp (ex. behandling med pla- cebo)	Interventions- grupp (be- handling A)				
Global (EDE) direkt efter behandling	KBT, medel (SD) 2.13(1.09) poäng	Mantra, medel (SD) 1.87 (1.19) po- äng	MD: -0.26 [-0.76 till 0.24] poäng	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg till- förlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikat- ion som behöver uppre- pas. Imputerade SD värden.
Global (EDE) 6 månader efter be- handling	KBT, medel (SD) 2.06(1.14) poäng	Mantra, medel (SD) 1.85(1.07) po- äng	MD: -0.21 [-0.70 till 0.28] poäng	n=80 (2) [1]	⊕○○○ (mycket låg till- förlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikat- ion som behöver uppre- pas. Imputerade SD värden.
Global (EDE) 12 månader efter be- handling	KBT, medel (SD) 1.93(1.16) poäng	Mantra, medel (SD) 1.78(1.19) po- äng	MD: -0.15 [-0.66 till 0.36] poäng	n=80 (2) [1]	⊕○○○ (mycket låg till- förlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikat- ion som behöver uppre- pas. Imputerade SD värden.
Remission, andel som	KBT 51% motsvarar	Mantra 47% Motsvarar	RD: -0.05 [- 0.27 till 0.17]	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg till- förlitlighet)	-2 RoB

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
uppnått BMI ≥18.5 Direkt efter behandling	20/39	19/41				-2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.
Remission andel som uppnått BMI ≥18.5 6 månader efter behandling	KBT 51% 20/39	Mantra 50% 21/41	RD: -0.00 [-0.22 till 0.22]	n=80 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.
Remission, andel som uppnått BMI ≥18.5 12 månader efter behandling	KBT 55% motsvarar 21/39	Mantra 40% motsvarar 16/41	RD: -0.15 [-0.36 till 0.07]	n=80(1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upprepas. Imputerade SD värden.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random ef- fects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (an- tal studier), samt [re- ferens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontroll- grupp (ex. behandling med pla- cebo)	Interventions- grupp (be- handling A)				
Remission, andel som uppnått nor- mal global EDE (<1.81) direkt efter behandling	KBT antal/total 14/39	Mantra antal/total 18/41	RD: 0.08 [- 0.13 till 0.29]	n=80(1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upp- reparas. Imputerade SD värden.
Remission, andel som uppnått nor- mal global EDE (<1.81) direkt efter behandling	KBT antal/total 15/39	Mantra antal/total 17/41	RD: 0.03 [- 0.18 till 0.24]	n=80(1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upp- reparas. Imputerade SD värden.
Remission, andel som uppnått nor- mal global EDE (<1.81)	KBT antal/total 15/39	Mantra antal/total 18/41	RD: 0.05 [- 0.16 till 0.27]	n=80(1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB -2 precision, en publikation som behöver upp- reparas. Imputerade SD värden.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random ef- fects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (an- tal studier), samt [re- ferens]		Evidensstyrka	Kommentar
	Kontroll- grupp (ex. behandling med pla- cebo)	Interventions- grupp (be- handling A)					
direkt efter behandling							

MD=medelvårdesskillnad, RD=riskskillnad

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studie-design, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A	Övrigt
Bryne och medförfattare 2017 [1] RCT, måttlig risk för bias	Tre center i Australien. Vuxna ≥ 17 år, kroppsmasseindex ≥ 14 and <18.5, (n=79). 5 % män 95% Kvinnor. diagnosticerad Anorexia nervosa enligt DSM-IV-TR. Medelåldern	I: Mantra(n=41) K: KBT (n=39) Sessioner: 25 till 40 individuella a 50 min under 10 månader. BMI<16: 40 sessioner, BMI 16≥17.5 30 sessioner, BMI 17.5≥18.5 25 sessioner Upp till fyra extra sessioner tilläts samt ytterligare upp till sex stärkande sessioner efter behandling till 12 månaders uppföljning	Kroppsmasseindex (BMI), Medeltal (avläst figur) Efter behandling Mantra 18.1 kg/m ² KBT 18.5 kg/m ² Efter 6 månader Mantra 18.0 kg/m ² KBT 18.6 kg/m ² Efter 12 månader Mantra 18.1 kg/m ² KBT 18.7 kg/m ² Andel % som uppnått BMI ≥ 18.5 (avläst figur): Efter behandling Mantra 47 % KBT 51% Efter 6 månader	BMI och remission avläst från figur Bortfall vid bedömning SSCM Direkt efter behandling: 41% 6 månader: 54% 12 månader: 49% KBT Direkt efter behandling: 33% 6 månader: 54% 12 månader: 41%

(standard-
avvikelse)KBT
24.2 (8.0) år
och
Mantra
26.0 (9.0)
år, medel
BMI (stan-
dardavvi-
kelsen) KBT
16.6 (1.6)
kg/m² och
Mantra
16.9 (1.1)
kg/m². Me-
dian för
sjukdo-
mens var-
aktighet 4
år. Uppfölj-
ning direkt
efter be-
handling, 6

Mantra 50 %
KBT 51 %
Efter 12 månader
Mantra 40 %
KBT 55 %

Global Eating disorder Examination (EDE), Medeltal (SD)
Efter behandling
Mantra 1.87 (1.19) poäng
KBT 2.13 (1.09) poäng
Efter 6 månader
Mantra 1.85 (1.07) poäng
KBT 2.06 (1.14) poäng
Efter 12 månader
Mantra 1.78 (1.19) poäng
KBT 1.93 (1.16) poäng

Normal Global Eating disorder Examination (EDE ≤ 1.81)
n (%):
Efter behandling
Mantra 18 st (43.9%)
KBT 14 st (35.9%)
Efter 6 månader
Mantra 17 st (41.5%)

och 12 månader

KBT 15 st (38.5%)
Efter 12 månader
Mantra 18 st (53.9%)
KBT 15 st (38.5%)

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har MANTRA för vuxna med anorexia nervosa, jämfört med KBT anpassad för ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, vuxna
- Intervention/åtgärd: MANTRA
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (KBT-E)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (EDEQ, CIA, EDI), episoder (kompensatoriskt beteende såsom kräkning), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [2] relevansbedömdes utifrån PICO.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	1
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	1

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Referenser

1. Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med.* 2017; 47(16):2823-33.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

Id AN7: SSCM för ungdomar och vuxna med anorexi

Tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (över 13 år) och vuxna

Åtgärd: Specialiserad stödjande klinisk behandling (eng. Specialist Supportive Clinical Management (SSCM))

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Anorexia nervosa kännetecknas av otillräckligt energiintag i förhållande till behov, signifikant viktnedgång, undervikt och en störd kroppsuppfattning. Personens självkänsla är mycket beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen mår psykiskt dåligt, och samsjuklighet som ångest eller depression är vanligt förekommande. Svälttillståndet vid anorexia nervosa gör att kroppen går ner på sparlåga, vilket medför flera medicinska risker, såsom påverkan på hormonsystem, hjärtfunktion, cirkulation och njurfunktion. Tecken på en kroppslig påverkan är till exempel sänkt ämnesomsättning, låg puls och blodtryck och en försenad pubertet hos ungdomar. Den kroppsliga påverkan kan bli livshotande.

Diagnosen atypisk anorexia nervosa innefattar en signifikant viktnedgång, men BMI inom eller över normalintervallet, samtidigt som övriga kriterier för anorexia nervosa är uppfyllda.

Åtgärden: Vid specialiserad stödjande klinisk behandling (SSCM) är det centrala målet att individen återupptar normalt ätande och återgår till normal vikt. Behandlingen sker i tre faser. Faserna omfattar att identifiera symtom, hjälpa patienterna att se samband mellan deras symptom och ätande, att fastställa mål, följa upp och ge stöd och uppmuntran och diskutera avslutning samt planer för framtiden. Behandlingen innehåller en psykoedukativ behandlings del med muntlig och skriftlig information om råd om anorexia nervosa samt information om ätstörning. Även anhöriga ges information om sjukdomen. Individerna vägs regelbundet och får stöd att övervinna rädslan för viktuppgång, samtidigt som det sker ett arbete med att öka livskvaliteten genom fokus på sådant som är meningsfullt och givande för patienten. SSCM är mer flexibel i sin form och tillämpning än andra specifika behandlingar såsom KBT.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

För personer över 13 år med anorexia nervosa går det inte att bedöma effekten av behandling med SSCM jämfört med KBT för:

- BMI (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet)
- livskvalitet (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet)
- ätstörningspsykopatologi enligt EDE global och EDI-2 (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet)
- remission (sammantagen bedömning mycket låg tillförlitlighet).

Kommentar

Sammantagen tillförlitlighet till resultaten är mycket låg. Det går alltså inte att med tillräcklig säkerhet säga om effekten av SSCM är bättre eller sämre än KBT, eller om dessa två är jämförbara i effekt. Anledningar till den mycket låga tillförlitligheten är främst att studierna som slutsatserna baserats på har kvalitetsbrister (främst avseende en stor andel patienter som avbryter behandlingen), att det sammantaget är få studier med relativt få deltagare (innebär en avsevärd risk för falska negativa fynd), att samtliga studier utförts av en och samma forskargrupp, samt att sjukdomens svårighetsgrad varierar kraftigt mellan studierna. För de fall där en sammanvägning av effekten från flera studier varit möjligt (för BMI) så resulterar detta i en icke-signifikant skillnad mellan behandlingarna, där konfidensintervallet går från en relevant minskning till en relevant ökning.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

Tre relevanta studier med acceptabel risk för snedvridning kunde identifieras [1-4]. För en studie finns två publikationer [2, 3]. Samtliga publicerade studier har överlappande författarskap och utfördes i Australien.

En randomiserad kontrollerad studie (RCT) av Touyz och medförfattare från 2013 bedöms ha måttlig risk för bias [4]. I studien ingår 63 individer som diagnostiserats med anorexia nervosa enligt DSM-IV. Medeltal för sjukdomens varaktighet och standardavvikelse var 16,6 (8,5) år, därav beteckningen svår och ihållande anorexia nervosa. Individerna randomiserades till specialiserad stödjande klinisk behandling (SSCM) (n=32) eller KBT (n=31). Det primära utfallet var livskvalitet mätt med EDQOL (eng. eating disorder quality of life) och depression samt social anpassning. Andra utfallsmått var kroppsmasseindex (BMI), eating disorder examination (EDE), anorexia nervosa stadier för förändring (eng. anorexia nervosa stages of change questionnaire, ANSOCQ) samt hälsoutnyttjande. Studiens utfall analyserades enligt intention to treat (ITT) och utvärderarna var blindande för interventionen. Bortfall för SSCM direkt efter behandling var 9%, efter 6 månader 33% och efter 12 månader 18%. Bortfall för KBT direkt efter behandling 16%, vid 6 månader 27% och vid 12 månader 23%.

En RCT av Bryne och medförfattare från 2017 bedöms ha måttlig risk för bias [1]. I studien ingår 79 individer som diagnostiserats med anorexia nervosa enligt DSM-IV-TR. Medeltal för sjukdomens varaktighet var 4 år. Individerna randomiserades till specialiserad stödjande klinisk behandling

(SSCM) (n=40) eller KBT (n=39). Det primära utfallet var kroppsmasseindex (BMI) och remission definierad som antal individer som uppnådde BMI>18.5 och antal som uppnådde global EDE <1.81 (dvs inom en standardavvikelse av normalpopulationens medelvärde). Studiens utfall analyserades enligt intention to treat (ITT) och utvärderarna var blindande för interventionen. Bortfall för SSCM direkt efter behandling var 42%, efter 6 månader 53% och efter 12 månader 53%. För KBT direkt efter behandling 33%, vid 6 månader 54% och vid 12 månader 41%.

En RCT i två publikationer. En publikation av McIntoch och medförfattare från år 2005 samt en publikation av Carter och medförfattare från år 2011 som bedöms ha måttlig risk för bias [2, 3]. Studien av McIntoch redovisar resultat direkt efter behandling och studien av Carter i medeltal 6,7 år efter behandling. I studien ingår 56 randomiserade individer som diagnostiserats enligt DSM-IV med anorexia nervosa. Individerna randomiserades till specialiserad stödjande klinisk behandling (SSCM) (n=16) eller KBT (n=19). I studien ingår ytterligare 21 individer som randomiserades till en tredje arm för behandling med Interpersonell psykoterapi (IPT) men ingår inte för denna fråga. Studien saknar baslinjedata för att kunna bedöma hur randomiseringen grupperna fördelar sig vid randomiseringen. Det primära utfallet var global anorexia nervosa rating. De sekundära utfallen var kroppsmasseindex (BMI), eating disorder examination (EDE) och eating disorder inventory (EDI). Studiens utfall analyserades enligt intention to treat (ITT) och utvärderarna var blindande för interventionen. Bortfall för SSCM vid mätning för direkt efter behandling var 31% och vid långtidsuppföljning vid ca 6,7 år 25%. Bortfall för KBT direkt efter behandling 21% och vid långtidsuppföljning vid ca 6,7 år 10%.

En sökning på clinicaltrials.gov identifierade inga pågående studier som kan vara relevanta för tillstånd och åtgärdsraden.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
BMI direkt efter behandling	KBT, medel (SD) Touyz, 16.8(1.5) kg/m ² Bryne 18.5 (2.0) kg/m ² McIntoch 18.1(1.9) kg/m ²	SSCM, medel (SD) Touyz 16.8(2.0) kg/m ² Bryne 18.1 (2.0) kg/m ² McIntoch 18.8(2.1) kg/m ²	MD: -0.04 [-0.60 till 0.52] kg/m ²	n=177 (3) [5, 6]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision, stort konfidensintervall med ett punkterat som visar på ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp. Bryne har fått imputerade SD värden från Touys
BMI 6 månader efter behandling	KBT, medel (SD) Touyz 16.6(1.4) kg/m ² Bryne 18.6 (2.0) kg/m ²	SSCM, medel (SD) Touyz 16.8(1.7) kg/m ² Bryne 18.2 (2.0) kg/m ²	MD: -0.06 [-0.64 till 0.52] kg/m ²	n=142 (2) [1, 4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision lågt antal deltagare, resultat som visar på ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp. Bryne har fått imputerade SD värden från Touys
BMI 12 månader efter behandling	KBT, medel (SD) Touyz 17.0(1.7) kg/m ²	SSCM, medel (SD) Touyz 16.8 (1.8) kg/m ²	MD -0.30 [-0.92 till 0.32] kg/m ²	n=142 (2) [1, 4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision lågt antal deltagare, resultat som visar på

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
	Bryne 18.7 (2.0) kg/m ²	Bryne 18.3 (2.0) kg/m ²				ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp. Bryne har fått imputerade SD värden från Touys
BMI ca 6.7 efter behandling	KBT, medel (SD) Carter 20.2(2.2) kg/m ²	SSCM, medel (SD) 21.3(3.4) kg/m ²	MD: 1.10 [-0.84 till 3.04] kg/m ²	n=35 (1) [2]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad.
Livskvalitet direkt efter behandling	KBT: medel (SD) 1.2(0.8) poäng	SSCM: medel (SD) 1.4(0.6) poäng	MD: 0.20 [-0.15 till 0.55] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar ingen skillnad
Livskvalitet 6 månader efter behandling	KBT: medel (SD) 1.1(0.5) poäng	SSCM: medel (SD) 1.4(0.6) poäng	MD: 0.30 [0.03 till 0.57] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar liten effekt nära noll

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
Livskvalitet 12 månader efter behandling	KBT: medel (SD) 1.2(0.7) poäng	SSCM: medel (SD) 1.3(0.7) poäng	MD: 0.10 [-0.25 till 0.45] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar ingen skillnad
Anorexia nervosa stadier av förändring (ANSOCQ) Direkt efter behandling	KBT: medel (SD) 3.2(0.8) poäng	SSCM: medel (SD) 3.4(0.6) poäng	MD: 0.20 [-0.15 till 0.55] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar ingen skillnad
Anorexia nervosa stadier av förändring (ANSOCQ) 6 månader efter behandling	KBT, medel (SD) 3.2(0.8) poäng	SSCM, medel (SD) 3.2(0.8) poäng	MD: 0.00 [-0.40 till 0.40] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar ingen skillnad

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
Anorexia nervosa stadier av förändring (ANSOCQ) 12 månader efter behandling	KBT, medel (SD) 3.5(0.7) poäng	SSCM, medel (SD) 3.1(0.8) poäng	MD: -0.40 [-0.77 till -0.03] poäng	n=63 (1) [4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-1 RoB -2 precision pga en studie som behöver upprepas samt visar liten effekt när noll
Global (EDE) direkt efter behandling	KBT, medel (SD) Touyz 1.7(1.1) poäng Bryne 2.13(1.09) poäng McIntoch 2.4(1.6) poäng	SSCM, medel (SD) Touyz 2.2 (1.4) poäng Bryne 1.79 (1.16) poäng McIntoch 2.1 (1.7) poäng	MD: -0.02 [-0.62 till 0.58] poäng	n=177 (3) [1, 3, 4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision, stort konfidensintervall med ett punkterat som visar på ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp.
Global (EDE) 6 månader	KBT, medel (SD) Touyz 1.7(1.1) poäng Bryne	SSCM, medel (SD) Touyz 2.2 (1.3) poäng Bryne 1.92(1.17) poäng	MD: 0.16 [-0.47 till 0.79] poäng	n=142 (2) [1, 4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision lågt antal deltagare, resultat som visar på

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
efter behandling	2.06(1.14) poäng					ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp.
Global (EDE) 12 månader efter behandling	KBT, medel (SD) Touyz 1.5(1.1) poäng Bryne 1.93(1.16) poäng	SSCM, medel (SD) Touyz 2.2 (1.3) poäng Bryne 1.59(1.10) poäng	MD: 0.17 [-0.85 till 1.19] poäng	n=142 (2) [1, 4]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -1 precision lågt antal deltagare, resultat som visar på ingen skillnad. Publikation från samma forskargrupp. Bryne har fått imputerade SD värden från Touys
Global (EDE) ca 6.7 år efter behandling	KBT, medel (SD) carter 1.6(1.6) poäng	SSCM, medel (SD) Carter 2.2 (2.0) poäng	MD: 0.60 [-0.62 till 1.82] poäng	n=35 (1) [2]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad.
Global (EDI-2) direkt efter behandling	KBT, medel (SD) 4.5(5.5) poäng	SSCM, medel (SD) 4.9(5.8) poäng	MD: 0.40 [-3.37 till 4.17] poäng	n=35 (1) [3]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
Global (EDI-2) ca 6.7 år efter behandling	KBT, medel (SD) 4.7(5.1) poäng	SSCM, medel (SD) 4.9(5.5) poäng	MD: 0.20 [-3.34 till 3.74] poäng	n=35 (1) [2]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad.
Remission, andel som uppnått BMI ≥18.5 Direkt efter behandling	KBT 51% motsvarar 20/39	SSCM 40% Motsvarar 16/40	RD: -0.11 [-0.33 till 0.11] poäng	n=79 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad. Data avläst i figur.
Remission andel som uppnått BMI ≥18.5 6 månader efter behandling	KBT 51% 20/39	SSCM 44% 18/40	RD: - 0.06 [-0.28 till 0.16] poäng	n=79 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	-2 RoB stort bortfall -2 precision lågt antal deltagare i en studie som behöver upprepas, resultat som visar på ingen skillnad. Data avläst i figur.
Remission, andel som	KBT 55%	SSCM 46% motsvarar	RD: -0.09 [-0.31 till 0.13] poäng	n=79 (1) [1]	⊕○○○ (mycket låg tillförlitlighet)	Data avläst i figur.

Utfall	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt Random effects model, IV, 95% KI	Antal deltagare (antal studier), samt [referens]	Evidensstyrka	Kommentar
	Kontrollgrupp (ex. behandling med placebo)	Interventionsgrupp (behandling A)				
uppnått BMI ≥18.5 12 månader efter behandling	motsvarar 21/39	18/40				

MD=medelvärdeskillnad, RD=riskskillnad

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, risk för bias	Population, inklusionskriterier, studieperiod, uppföljningstid	Åtgärd i interventions (I)- och kontrollgrupp (K)	Utfall A	Övrigt
Touyz och medförfattare 2013 [4]. RCT, måttlig risk för bias	Ett center Australien. Vuxna ≥ 18 år (n=63). 100% kvinnor med diagnosticerad Anorexia nervosa enligt DSM-IV. Medelåldern (standardavvikelsen) KBT 34.6 (9.0) år och SSCM 32.3 (10.0) år, medel BMI (standardavvikelsen) KBT 16.3 (1.3) kg/m ² och SSCM 16.1 (1.4) kg/m ² . Medel för sjukdomens varaktighet (standardavvikelse) 16.6 (8.5) år. Uppföljning direkt efter behandling, 6 och 12 månader	I: SSCM (n=32) K: KBT (n=31) Sessioner: 30 individuella under 8 månader. Behandling utanför sjukhusmiljö. Fokus för behandlingen var livskvalitet	Livskvalitet, Eating Disorder quality of life instrument (EDQOL) Medeltal (SD). Efter behandling SSCM: 1.4(0.6) poäng KBT:1.2(0.8) poäng Efter 6månader SSCM: 1.4(0.6) poäng KBT:1.1(0.5) poäng Efter 12månader SSCM: 1.3(0.7) poäng KBT:1.2(0.7) poäng Kroppsmasseindex (BMI) Medeltal (SD) Efter behandling SSCM: 16.8(2.0) kg/m ² KBT:16.8(1.5) kg/m ² Efter 6månader SSCM: 16.8(1.7) kg/m ²	Bortfall vid bedömning SSCM Direkt efter behandling: 9% 6 månader: 33% 12 månader: 18% KBT Direkt efter behandling: 16% 6 månader: 27% 12 månader: 23%

KBT:16.6(1.4) kg/m²

Efter 12månader

SSCM: 16.8(1.8) kg/m²

KBT:17.0(1.7) kg/m²

Eating disorder Examination global (EDE),
Medeltal (SD)

Efter behandling

SSCM: 2.2(1.4) poäng

KBT:1.7(1.1) poäng

Efter 6månader

SSCM: 2.2(1.3) poäng

KBT:1.7(1.1) poäng

Efter 12månader

SSCM: 2.2(1.3) poäng

KBT:1.5(1.1) poäng

Anorexia Nervosa Stages of Change Ques-
tionnaire (ANSOCQ), Medeltal (SD).

Efter behandling

SSCM: 3.4(0.6) poäng

KBT:3.2(0.8) poäng

Efter 6månader

SSCM: 3.2(0.6) poäng

			KBT:3.2(0.8) poäng Efter 12månader SSCM: 3.1(0.8) poäng KBT:3.5(0.7) poäng	
Bryne och medförfattare 2017 [1]. RCT, måttlig risk för bias	Tre center i Australien. Vuxna ≥ 17 år, kroppsmasseindex ≥ 14 and <18.5, (n=79). 5 % män 95% Kvinnor. diagnosticerad Anorexia nervosa enligt DSM-IV-TR. Medelåldern (standardavvikelsen)KBT 24.2 (8.0) år och SSCM 28.4 (10.9) år, medel BMI (standardavvikelsen) KBT 16.6 (1.6) kg/m ² och SSCM 16.9 (1.1) kg/m ² . Median för sjukdomens varaktighet 4 år. Uppföljning direkt efter behandling, 6 och 12 månader	I: SSCM (n=40) K: KBT (n=39) Sessioner: 25 till 40 individuella a 50 min under 10 månader. BMI<16: 40 sessioner, BMI 11.6≥17.5 30 sessioner, BMI 17.5≥18.5 25 sessioner Upp till fyra extra sessioner tilläts samt ytterligare upp till sex stärkande sessioner efter behandling till 12 månaders uppföljning	Kroppsmasseindex (BMI), Medeltal (avläst figur) Efter behandling SSCM 18.1 kg/m ² KBT 18.5 kg/m ² Efter 6 månader SSCM 18.2 kg/m ² KBT 18.6 kg/m ² Efter 12 månader SSCM 18.3 kg/m ² KBT 18.7 kg/m ² Andel % som uppnått BMI ≥ 18.5 (avläst figur): Efter behandling SSCM 40 % KBT 51% Efter 6 månader SSCM 44 % KBT 51 %	BMI och remission avläst från figur Bortfall vid bedömning SSCM Direkt efter behandling: 42% 6 månader: 53% 12 månader: 53% KBT Direkt efter behandling: 33% 6 månader: 54% 12 månader: 41%

Efter 12 månader

SSCM 46 %

KBT 55 %

Global Eating disorder Examination (EDE),

Medeltal (SD)

Efter behandling

SSCM 1.79 (1.16) poäng

KBT 2.13 (1.09) poäng

Efter 6 månader

SSCM 1.92 (1.17) poäng

KBT 2.06 (1.14) poäng

Efter 12 månader

SSCM 1.59 (1.10) poäng

KBT 1.93 (1.16) poäng

Normal Global Eating disorder Examination

(EDE \leq 1.81) n (%):

Efter behandling

SSCM 19 st (47.5%)

KBT 14 st (35.9%)

Efter 6 månader

SSCM 17 st (42.5%)

KBT 15 st (38.5%)

			Efter 12 månader SSCM 22 st (55.0%) KBT 15 st (38.5%)	
McIntoch 2005 och Carter 2011 och medförfattare [2, 3]. RCT, måttlig risk för bias	Ett center i Australien. Vuxna 17 till 40 år, kroppsmasseindex ≥ 14.5 , (n=35). 100 % Kvinnor. diagnostiserad Anorexia nervosa enligt DSM-IV. Medelåldern anges inte, medel BMI (standardavvikelsen) alla samt för en exkluderad grupp. 17.3(1.1) kg/m ² . Uppföljning direkt efter behandling vid i medeltal 6.7 (1.29) år	I: SSCM (n=16) K: KBT (n=19) Antal sessioner 20. Behandling totalt 20 timmar under 20 veckor.	Global anorexia nervosa rating. Medelvärde från 4 delar (EDE) Medelvärde (SD) Efter behandling: SSCM 2.1 (1.7) poäng KBT 2.4 (1.6) poäng Långtidsuppföljning ca 6.7 år SSCM 2.2 (2.0) poäng KBT 1.6 (1.6) poäng Eating disorder inventory 2 (EDI-2), Medelvärde från 11 delar (SD) Efter behandling: SSCM 4.9 (5,8) poäng KBT 4.5 (5.5) poäng Långtidsuppföljning ca 6.7 år SSCM 4.9 (5.5) poäng KBT 4.7 (5.1) poäng	Två publikationer. Baslinje karakteristik data saknas för randomiseringen Bortfall vid bedömning SSCM Direkt efter behandling: 31% Efter i medeltal 6.7 år: 25% KBT Direkt efter behandling: 21% Efter i medeltal 6.7 år: 10%

Kroppsmasseindex (BMI):

Medelvärde (SD)

Efter behandling:

SSCM 18.8 (2.1) kg/m²

KBT 18.1 (1.9) kg/m²

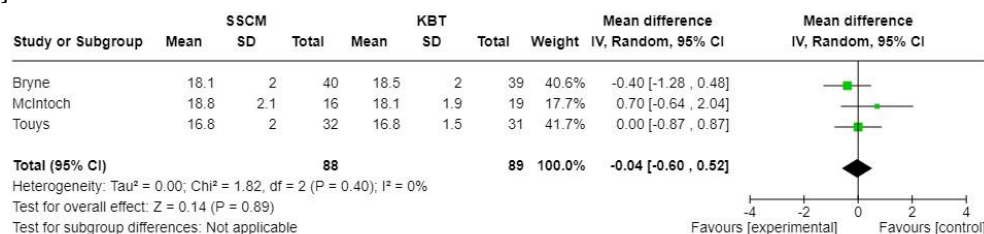
Långtidsuppföljning ca 6.7 år

SSCM 21.3 (3.4) kg/m²

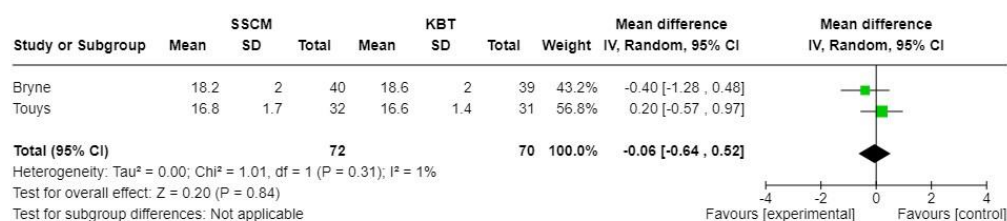
KBT 20.2 (2.2) kg/m²

Metaanalys

Medelvädarskillnad för BMI direkt efter behandling för SSCM jämfört med KBT



Medelvädarskillnad för BMI 6 månader efter behandling för SSCM jämfört med KBT



Frågeställning och PICO

Vilken effekt har SSCM för ungdomar (över 13 år) och vuxna med anorexia nervosa, jämfört med KBT anpassad för ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Anorexia nervosa, ungdomar (över 13 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: SSCM
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (KBT-E)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, mortalitet, symtomskattningsskalor (EDEQ, CIA, EDI), episoder (kompensatoriskt beteende såsom kräkning), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), RCT

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [7] relevansbedömdes utifrån PICO.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	7 (varav 6 från NICE)
Artiklar som kvalitetsgranskades	4 (samtliga från NICE)
Artiklar som inkluderades i underlaget	4 (samtliga från NICE)

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Samtliga artiklar i tabellen exkluderades efter granskning i fulltext.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Schmidt, 2012 [8]	Ej relevant jämförelse
Schmidt, 2015 [9]	Ej relevant jämförelse
Treasure, 1995 [10]	Ej relevant insats

Referenser

1. Byrne S, Wade T, Hay P, Touyz S, Fairburn CG, Treasure J, et al. A randomised controlled trial of three psychological treatments for anorexia nervosa. *Psychol Med*. 2017; 47(16):2823-33.
2. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM, et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(7):647-54.
3. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA, Luty SE, McKenzie JM, Bulik CM, et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(4):741-7.
4. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. 2013; 43(12):2501-11.
5. Le Grange D, Lock J, Agras WS, Bryson SW, Jo B. Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(11):886-94 e2.
6. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(4):591-8.
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
8. Schmidt U, Oldershaw A, Jichi F, Sternheim L, Startup H, McIntosh V, et al. Out-patient psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2012; 201(5):392-9.
9. Schmidt U, Magill N, Renwick B, Keyes A, Kenyon M, Dejong H, et al. The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2015; 83(4):796-807.
10. Treasure J, Todd G, Brolley M, Tiller J, Nehmed A, Denman F. A pilot study of a randomised trial of cognitive analytical therapy vs educational

behavioral therapy for adult anorexia nervosa. *Behav Res Ther.* 1995;
33(4):363-7.

Id H8: DBT för ungdomar och vuxna med hetsätningsstörning

Tillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Dialektisk beteendeterapi (DBT)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsätningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsätningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. DBT utvecklades ursprungligen för självmordsnära och självskadande patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning. Senare har insatsen anpassats för andra typer av problem som också är vanliga hos målgruppen, exempelvis missbruk, ätstörningar, depression och posttraumatisk stress.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det saknas studier för att bedöma effekten av DBT vid hetsätningsstörning hos ungdomar över 15 år och vuxna.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta studier med acceptabel risk för snedvridning kunde identifieras.

En sökning på clinicaltrials.gov genererade inga pågående studier som kan vara relevant för frågan.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har DBT för ungdomar (över 15 år) och vuxna med hetsättningsstörning, jämfört med KBT anpassad för behandling av ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: DBT
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E, KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [1] relevansbedömdes utifrån PICO, men inga relevanta studier identifierades.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext för 2016-2023 (från NICE)	2 (4 från NICE)
Artiklar som kvalitetsgranskades för 2016-2023	2
Artiklar som inkluderades i underlaget till och med år 2023	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Två studier med delvis relevant population och intervention identifierades, dock hade de en oacceptabelt hög risk för bias och exkluderades därför [2, 3].

En av dessa studier inkluderade 74 deltagare med övervikt och viss hetsättningsstörning (BMI =30 eller större och hetsättningsstörning enligt definition med högre eller lika med 2.38 på DBEQ-skalan för emotionellt ätande). Individerna kvasi-randomiserades till DBT anpassad för hetsättningsstörning (n=41) eller till KBT (n=33). Studiens huvudsyfte var att utvärdera effekten av DBT jämfört med KBT för vuxna med övervikt [3]. Utvärderingen skedde direkt efter behandling och vid 6 månaders uppföljning. Antalet sessioner som gavs för KBT och DBT var 20st. Bortfallet var för KBT 34% och för DBT 21%. Studiens resultat indikerar på att KBT är bättre än DBT för frekvensen av objektiv hetsättningsstörning direkt efter avslutad behandling och för ätstörningsspecifik psykologi (EDE-Q global) samt för självkänsla (EDI-3 låg självkänsla) vid 6 månaders uppföljning. Effektskillnaden vad medelstor mätt med Cohens d (mellan 0.46 och 0.59). Övriga utfall såsom remission,

depressiv symtomatologi indikerar ingen skillnad mellan behandlingarna. BMI-utfall efter handling finns inte dokumenterad.

Den andra studien med hög risk för bias studie inkluderade 109 kvinnor med hetsättningsstörning eller bulimia nervosa (BN) enligt DSM IVTR [2]. Initialt fick samtliga individer en variant av självhjälps KBT och efter respons blev indelad av tidiga starka svarande och svagt svarande. Därefter randomiserades bara gruppen av svagt svarande till DBT eller KBT. Till KBT randomiserades 31 individer och till gruppen DBT 36 individer. Inga subgrupper utvärderades för enbart hetsättningsstörning eller BN. Syftet med studien var att förbättra utfallet för individer med tidigt lågt svar på självhjälps KBT. Uppföljningstiden var direkt efter behandling, 6 månader och ett år efter behandling. Direkta jämförelseberäkningar mellan DBT och KBT gjordes inte.

Samtliga artiklar i tabellen exkluderades efter granskning i fulltext.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Chen 2017 [2]	Hög risk för bias
Hill 2011 [4]	Ej KBT som jämförelse
Masson 2013 [5]	Ej KBT som jämförelse
Lammers 2020 [3]	Hög risk för bias
Lammers 2022 [6]	Ej accepterad studiedesign
Safer 2010 [7]	Ej KBT som jämförelse

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
2. Chen EY, Cacioppo J, Fettich K, Gallop R, McCloskey MS, Olino T, et al. An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological Medicine*. 2017; 47(4):703-17.
3. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy adapted for binge eating compared to cognitive behavior therapy in obese adults with binge eating disorder: a controlled study. *Journal of Eating Disorders*. 2020; 8(1):27.
4. Hill DM, Craighead LW, Safer DL. Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: a preliminary trial. *Int J Eat Disord*. 2011; 44(3):249-61.
5. Masson PC, von Ranson KM, Wallace LM, Safer DL. A randomized wait-list controlled pilot study of dialectical behaviour therapy guided self-help for binge eating disorder. *Behav Res Ther*. 2013; 51(11):723-8.
6. Lammers MW, Vroling MS, Crosby RD, van Strien T. Dialectical behavior therapy compared to cognitive behavior therapy in binge-eating disorder: An effectiveness study with 6-month follow-up. *International Journal of Eating Disorders*. 2022; 55(7):902-13.

7. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther.* 2010; 41(1):106-20.

Id H9: Familjebaserad terapi för ungdomar och unga vuxna med hetsätningsstörning

Tillstånd: Hetsätningsstörning, ungdomar och unga vuxna (13–25 år)

Åtgärd: Familjebaserad terapi (FBT)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Hetsätningsstörning kännetecknas av att personen minst en gång i veckan upplever en kontrollförlust vid intag av stor mängd mat under en begränsad tid. Till skillnad från vid bulimi förekommer sällan eller aldrig något kompensatoriskt beteende (såsom kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion för att kontrollera vikten).

Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Om tillståndet inte behandlas kan det leda till obesitas, som i sin tur kan orsaka bland annat metabola störningar och ledproblem. Hetsätningsstörning kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis utvecklas det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Den familjebaserade terapin inkluderade hela familjen i behandling och är indelad i faser. Behandlingen syftar till att hjälpa föräldrarna att inledningsvis ta över ansvaret för patientens ätande och stödja sitt barn så att det vågar äta normalt. Senare i behandlingen tar ungdomen successivt över mer ansvar för sitt ätande och familjen får hjälp och stöttning i att hitta tillbaka till ett normalt liv och förbygga risken för återinsjuknande. Det finns olika metoder för familjebaserad terapi, där de två vanligaste är FBT och FT-BN.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) konstaterar att det vetenskapliga underlaget för att undersöka effekten av familjebaserad terapi jämfört med KBT hos personer över 15 år med hetsätningsstörning är otillräckligt. Detta beror på att det saknas relevanta studier som besvarar frågeställningen.

Det förväntas inte någon ny forskning inom den närmaste tiden. Socialstyrelsen bedömer heller inte att det finns tillräckligt många med erfarenhet om familjebaserad terapi jämfört med KBT för personer med hetsätningsstörning för att kunna dra slutsatser utifrån erfarenhetsbaserad kunskap.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?
Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga studier uppfyllde kriterierna för att inkluderas i underlaget.

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom SBU har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har manualbaserad familjebaserad terapi för ungdomar och unga vuxna (13–25 år) med hetsättningsstörning, jämfört med manualbaserad KBT anpassad för ätstörning med inkluderat familjestöd, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Hetsättningsstörning, ungdomar och unga vuxna (13–25 år)
- Intervention/åtgärd: Familjebaserad terapi (FBT, FT-BN eller FBT-BN enligt manual)
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för ätstörning (inkl. familjestöd) (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt, mortalitet
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [1] relevansbedömdes utifrån PICO, bland dessa identifierades inga relevanta studier. Riktlinjerna från NICE omfattar en frågeställning med relevans för detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1277
Artiklar som lästes i fulltext	2
Artiklar som kvalitetsgranskades	0
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Samtliga artiklar i tabellen exkluderades efter granskning i fulltext.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
Schmidt 2007 [2]	Ej relevant, ej hetsättningsstörning.
Truttman 2020 [3]	Ej relevant

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
2. Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(4):591-8.
3. Truttmann S, Philipp J, Zeiler M, Franta C, Wittek T, Merl E, et al. Long-term efficacy of the workshop vs. Online succat (supporting carers of children and adolescents with eating disorders) intervention for parents: a quasi-randomised feasibility trial. *Journal of clinical medicine*. 2020; 9(6):1-18.

Id BN2: Behandling med centralstimulantia för ungdomar och vuxna med bulimi

Tillstånd: Bulimia nervosa och adhd, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Centralstimulantia (som tilläggsbehandling eller enda behandling)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbingar, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Adhd är en så kallad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Typiska symtom är:

- svårigheter att fokusera och behålla uppmärksamheten
- svårigheter att hantera impulser
- överaktivitet.

Adhd delas in i:

- kombinerad form, där både uppmärksamhetsproblem och överaktivitet föreligger
- huvudsakligen ouppmärksam form, där symtomen framför allt består av svårigheter att fokusera och behålla uppmärksamheten
- huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form, där symtomen framför allt består av svårigheter att hantera impulser och överaktivitet.

Det finns mycket stora variationer i symtombilden för adhd. Det är också vanligt att personerna samtidigt har andra funktionsnedsättningar eller sjukdomar, till exempel intellektuell funktionsnedsättning, ångestsyndrom, trotsyndrom eller Tourettes syndrom.

Åtgärden: Centralstimulerande läkemedel innefattar amfetaminpreparat (dexamfetamin och lisdexamfetamin) och metylfenidat. Dessa läkemedel har en centralstimulerande verkan, vilket kan medföra bättre koncentration och även minska andra symtom relaterade till adhd. Läkemedlen ges vanligen peroralt 1–2 gånger per dag, enligt läkares ordination.

Centralstimulerande läkemedel som innehåller amfetaminpreparat eller metylfenidat är godkänt för att behandla adhd. Inget centralstimulerande läkemedel är för närvarande godkänt för behandling av bulimia nervosa i Sverige. Dock finns läkemedel med lisdexamfetamin godkänt i USA för behandling av hetsättningsstörning. Lisdexamfetamin har en möjlig effekt på frekvensen av hetsätningsepisoder och på impulsivitet hos personer med hetsättningsstörning, och skulle kunna ha en liknande effekt även för personer med bulimia nervosa.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det saknas studier för att bedöma effekten av centralstimulerande läkemedel vid bulimia nervosa hos personer över 15 år.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

För beskrivning av observerade biverkningar se Fass.se för de aktuella läkemedlen. Nedsatt aptit, insomni, muntorrhet och huvudvärk har observerats som mycket vanliga för personer med adhd. Relevansen och förekomsten av dessa hos personer med bulimia nervosa är möjligen osäker.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta studier med acceptabel risk för snedvridning kunde identifieras.

En studie med relevant population och intervention identifierades, dock hade denna en oacceptabelt hög risk för bias och exkluderades därför. Studien var en öppen enarmad studie med få deltagare med syfte att undersöka genomförbarhet av kommande randomiserade kontrollerade studier (RCT:s) [1].

Inga pågående eller ännu ej avslutade studier som bedömdes relevanta har identifierats (sökning på clinicaltrials.org).

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har centralstimulantia för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa och adhd, jämfört med ingen behandling med centralstimulantia eller placebo, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa och adhd, ungdomar (över 15 år) och vuxna

- Intervention/åtgärd: Centralstimulantia (som tilläggsbehandling eller enda behandling)
- Kontrollgrupp: Ingen behandling med centralstimulantia, placebo
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI eller vikt
- Studietyp: RCT, non-RCT
- Övriga inkl./exkl. kriterier: För att förskrivas behövs diagnosticerad adhd, men tillståndet i studierna behöver inte enbart vara patienter med adhd

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [2] relevansbedömdes utifrån PICO, men inga relevanta studier identifierades i dessa. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå	1252
Artiklar som lästes i fulltext	23
Artiklar som kvalitetsgranskades	1
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Samtliga artiklar i tabellen exkluderades efter granskning i fulltext.

Exkluderade artiklar efter fulltextgranskning	Orsak till exklusion
[1]	Hög risk för bias (öppen enarmad studie, få deltagare, stort avhopp)
[3]	Samtliga bedömdes som ej relevant för den aktuella frågeställningen: uppfyller ej PICO, ej accepterad studiedesign eller fel typ av frågeställning.
[4]	
[5]	
[6]	
[7]	
[8]	
[9]	
[10]	
[11]	
[12]	
[13]	
[14]	
[15]	

[16]
[17]
[18]
[19]
[20]
[21]
[22]
[23]
[24]

Referenser

1. Keshen AR, Dixon L, Ali SI, Helson T, Nunes A, Milliken H, et al. A feasibility study evaluating lisdexamfetamine dimesylate for the treatment of adults with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(5):872-8.
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. *Eating Disorders: Recognition and Treatment*. London; 2017.
3. Bakhrushina EO, Antipova YV, Anurova MN, Demina NB, Krasnyuk II. BIOPHARMACEUTICAL ASPECTS OF DEVELOPMENT OF INNOVATIVE MEDICINAL FORM OF FLUOXETIN FOR TREATMENT OF BULIMIA NERVOSA. *Russian Journal of Biopharmaceuticals*. 2022; 14(4):12-6.
4. Boswell RG, Gueorguieva R, Grilo CM. Change in impulsivity is prospectively associated with treatment outcomes for binge-eating disorder. *Psychological medicine*. 2021:1-9.
5. Citrome L, Kando JC, Bliss C. Relationships between clinical scales and binge eating days in adults with moderate to severe binge eating disorder in two phase III studies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018; 14:537-46.
6. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2016; 49(5):473-81.
7. Davis C, Levitan RD, Kaplan AS, Carter-Major JC, Kennedy JL. 'Sex differences in subjective and objective responses to a stimulant medication (methylphenidate): Comparisons between overweight/obese adults with and without binge-eating disorder': Erratum. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(4):454-.
8. Duan H, Zhu L, Li M, Zhang X, Zhang B, Fang S. Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis. *Frontiers in Pharmacology*. 2022; 13:949823.

9. Gasior M, Hudson J, Quintero J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, McElroy SL. A phase 3, multicenter, open-label, 12-month extension safety and tolerability trial of lisdexamfetamine dimesylate in adults with binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2017; 37(3):315-22.
10. Gill SK, Kaplan AS. A retrospective chart review study of symptom onset, diagnosis, comorbidities, and treatment in patients with binge eating disorder in Canadian clinical practice. *Eating and Weight Disorders*. 2021; 26(4):1233-42.
11. Guerdjikova AI, Blom TJ, Mori N, Matthews A, Cummings T, Casuto LL, et al. Lisdexamfetamine in Pediatric Binge Eating Disorder: A Retrospective Chart Review. *Clinical Neuropharmacology*. 2019; 42(6):214-6.
12. Guerdjikova AI, Mori N, Blom TJ, Keck PE, Williams SL, Welge JA, et al. Lisdexamfetamine dimesylate in binge eating disorder: a placebo controlled trial. *Human Psychopharmacology*. 2016:382-91.
13. Hudson JI, McElroy SL, Ferreira-Cornwell C, Radewonuk J, Gasior M. Efficacy of lisdexamfetamine in adults with moderate to severe binge-eating disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(9):903-10.
14. Kornstein SG, Bliss C, Kando J, Madhoo M. Clinical characteristics and treatment response to lisdexamfetamine dimesylate versus placebo in adults with binge eating disorder: Analysis by gender and age. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2019; 80(2).
15. McElroy SL, Hudson J, Ferreira-Cornwell MC, Radewonuk J, Whitaker T, Gasior M. Lisdexamfetamine Dimesylate for Adults with Moderate to Severe Binge Eating Disorder: Results of Two Pivotal Phase 3 Randomized Controlled Trials. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41(5):1251-60.
16. McElroy SL, Hudson JI, Gasior M, Herman BK, Radewonuk J, Wilfley D, et al. Time course of the effects of lisdexamfetamine dimesylate in two phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled trials in adults with binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2017; 50(8):884-92.
17. McElroy SL, Mitchell JE, Wilfley D, Gasior M, Ferreira-Cornwell MC, McKay M, et al. Lisdexamfetamine Dimesylate Effects on Binge Eating Behaviour and Obsessive-Compulsive and Impulsive Features in Adults with Binge Eating Disorder. *Eur*. 2016; 24(3):223-31.
18. Quilty LC, Allen TA, Davis C, Knyahnytska Y, Kaplan AS. A randomized comparison of long acting methylphenidate and cognitive behavioral therapy in the treatment of binge eating disorder. *Psychiatry Research*. 2019; 273:467-74.
19. Robertson B, Wu J, Fant RV, Schnoll SH, McElroy SL. Assessment of Amphetamine Withdrawal Symptoms of Lisdexamfetamine Dimesylate Treatment for Adults With Binge-Eating Disorder. *Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2020; 22(2).

20. Schneider E, Martin E, Rotshtein P, Qureshi KL, Chamberlain SR, Spetter MS, et al. The effects of lisdexamfetamine dimesylate on eating behaviour and homeostatic, reward and cognitive processes in women with binge-eating symptoms: an experimental medicine study. *Translational Psychiatry*. 2022; 12(1).
21. Sheehan DV, Gasior M, McElroy SL, Radewonuk J, Herman BK, Hudson J. Effects of lisdexamfetamine dimesylate on functional impairment measured on the sheehan disability scale in adults with moderate-to-severe binge eating disorder: Results from two randomized, placebo-controlled trials. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 2018; 15(5):22-9.
22. Sjøgren M, Kizilkaya I, Støving RK. Inpatient weight restoration treatment is associated with decrease in post-meal anxiety. *Journal of Personalized Medicine*. 2021; 11(11).
23. Uniacke B, Attia E, Kaplan A, Walsh BT. Weight suppression and weight maintenance following treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 2020; 53(6):1002-6.
24. Walsh BT, Xu T, Wang Y, Attia E, Kaplan AS. Time Course of Relapse Following Acute Treatment for Anorexia Nervosa. *The American journal of psychiatry*. 2021; 178(9):848-53.

Id BN5: KBT i grupp för ungdomar och vuxna med bulimi

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Kognitiv beteendeterapi (KBT) anpassad för behandling av ätstörning i grupp (jämfört med KBT individuellt)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbingar, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för behandlingsmetoder som har det gemensamma antagandet att svårigheter i livet har sitt ursprung och vidmakthålls i inlärningspsykologiska och kognitiva processer. Syftet med KBT är att patienten bättre ska kunna hantera känslomässiga problem genom att pröva nya tankemönster och beteenden.

Specifika KBT-baserade insatser har utvecklats och anpassats för behandling av ätstörning. Dessa kan variera i format (grupp eller individuellt), behandlingens längd och antal sessioner. Ett sådant exempel är KBT-E (KBT Enhanced) [1]. KBT-E fokuserar på att specifikt arbeta med beteenden som vidmakthåller ätstörningen.

Detta underlag syftar på KBT som ges i gruppformat (jämfört med KBT som individuell terapi). KBT i form av vägledad självhjälp ingår inte.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det går inte att bedöma effekten av KBT i grupp jämfört med KBT som individuell terapi hos personer över 15 år med bulimia nervosa. Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet, eller så saknas det relevanta studier.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Det saknas information i studierna om biverkningar eller oönskade effekter.

Vilka studier ingår i granskningen?

I underlaget ingår en studie med 60 patienter med bulimia nervosa som randomiserades till KBT som individuell terapi eller till KBT i grupp [2]. Studien bedöms ha måttlig risk för bias. I studien rapporteras flera relevanta utfall för båda grupperna, både direkt efter avslutad behandling (19 veckor), samt efter uppföljning 3 och 6 månader efter avslutad behandling. Inga signifikant effektskillnader mellan grupperna kunde påvisas för den absoluta majoriteten av de rapporterade utfallen. Slutsatserna från denna enskilda studie går inte att generalisera eftersom den omfattar få patienter och att effekttestimaten därmed blir väldigt osäkra. Konfidensintervallen är generellt breda och omfattar effektskillnader som pekar i olika riktning. Utöver detta bidrar en viss risk för bias till att minska tillförlitligheten hos resultaten. Fler studier hade behövts för att kunna dra tillförlitliga slutsatser om eventuella skillnader eller likvärdighet mellan KBT i grupp och KBT som individuell terapi.

Inga pågående studier har identifierats.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Summering av effekt och evidensstyrka

Utfall direkt efter avslutad behandling	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT individuellt)	Interventionsgrupp (KBT grupp)				
Remission (andel utan diagnos för någon ätstörning)	<u>Antal:</u> Efter behandling: 5 (17%) av 30 3 månader: antal ej rapporterat 6 månader: antal ej rapporterat	<u>Antal:</u> 0 (0%) av 30 Ej rapporterat Ej rapporterat	<u>Riskskillnad:</u> -0,17 [-0,31 – -0,03] Ej signifikant Ej signifikant <i>Per 100 behandlade:</i> 31 till 3 färre	<u>Riskkvot:</u> 0,09 [0,01, 1,57]	60 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ Avdrag: Precision!: -2 Publikationsbias?: -1
Ätstörningspsykopatologi (EDE-12)	<u>Medelvärde±SD:</u> Efter behandling: 3,7±2,0 3 månader: 3,5±2,1 6 månader: 3,8±2,2 (Baslinje: 5,2±1,4)	<u>Medelvärde±SD:</u> 4,0±1,7 3,9±2,3 3,7±1,9 (5,2±1,3)	<u>Skillnad:</u> 0,30 [-0,64 – 1,24] 0,40 [-0,71 – 1,51] -0,10 [-1,14 – 0,94]	--	60 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ Avdrag: Precision!: -2 Publikationsbias?: -1
Vikt (BMI)	<u>Medelvärde±SD:</u> Efter behandling: 22,2±2,3 3 månader: 22,1±2,1	<u>Medelvärde±SD:</u> 22,4±3,3 22,6±3,1	<u>Skillnad:</u> 0,20 [-1,24 – 1,64] 0,50 [-0,84 – 1,84]	--	60 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ Avdrag: Precision!: -2

Utfall direkt efter avslutad behandling	Risk eller effekt i kontrollgrupp respektive interventionsgrupp		Absolut effekt [95%KI]	Relativ effekt [95%KI]	Antal deltagare, studier [referens]	Evidensstyrka
	Kontrollgrupp (KBT individuellt)	Interventionsgrupp (KBT grupp)				
	6 månader: 22,3±2,5 (Baslinje: 22,0±2,1)	22,3±2,9 (22,4±3,4)	0,00 [-1,37 – 1,37]			Publikationsbias ² : -1
Hetsätning (objektiva episoder senaste 28 dagarna)	Medelvärde±SD: Efter behandling: 7,8±12,9 3 månader: 8,8±14,2 6 månader: 10,5±14,2 (Baslinje: 32,1±23,8)	Medelvärde±SD: 10,6±17,8 7,3±10,6 9,6±14,6 (28,2±25,5)	<u>Skillnad:</u> 2,80 [-5,07 – 10,67] -1,50 [-7,84 – 4,84] -0,90 [-8,19 – 6,39]	--	60 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ Avdrag: Precision ¹ : -2 Publikationsbias ² : -1
Kompensatoriskt beteende (kräkning+laxativ+överträning under 28 senaste dagarna)	Medelvärde±SD: Efter behandling: 11,32±17,6 3 månader: 13,87±18,6 6 månader: 16,5±20,7 (Baslinje: 51,7±50,2)	Medelvärde±SD: 24,03±54,2 14,73±17,6 14,83±22,1 (41,6±35,8)	<u>Skillnad:</u> 12,71 [-7,68 – 33,10] 0,86 [-8,30 – 10,02] -1,67 [-12,51 – 9,17]	--	60 deltagare i 1 studie [2].	⊕○○○ Avdrag: Precision ¹ : -2 Publikationsbias ² : -1
Livskvalitet	--	--	--	--	--	Relevanta studier saknas

¹Precision: Breda konfidensintervall som omfattar liten till stor effekt, eller stora effektskillnader som pekar i olika riktning. Konfidensintervallen omfattar i många fall effekter som är kliniskt relevanta. På grund av en liten total patientpopulation och endast en studie blir det numeriska effektestimatet osäkert. Man kan inte säkert säga om det finns en relevant effektskillnad eller inte.

²Publikationsbias: risken för publikationsbias kan varken bedömas eller uteslutas baserat på enbart en enskild studie.

Översikt av inkluderade studier

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Ätstörningspsykiatri	Hetsättning och kompensatoriskt beteende	Vikt
<p>Chen 2003 [2], RCT med kontrollerad terapeut/bedömare i en och samma person, 2-armed, Australien.</p> <p>N=60</p> <p>Uppföljning: Vid behandlingsavslut (4,5 månader), samt 3 respektive 6 månader</p>	<p><u>Inklusion:</u> Kvinnor över 17 år med BN enligt DSM-IV.</p> <p><u>Vid baslinjen:</u> Ålder: 25,8±7,2 år BMI: 22,2±2,8 kg/m² Duration BN: 9,6±7,3 år Antal episoder: 30±25 EDE-12 tot: 5,2±1,3 BDI: 22,3±10,1</p>	<p>I (n=30): KBT individuellt K (n=30): KBT i grupp</p> <p>KBT individuell: 19 sessioner á 50 min över 4,5 månader enligt Fairburns manual.</p> <p>KBT grupp: 19 sessioner á 50 min över 4,5 månader enligt Oxford manualen av Fairburn. 6 patienter per grupp, stängda grupper.</p>	<p>Andel som inte uppfyller diagnoskriteriet för BN.</p> <p>Post-treatment och follow-up rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader (både för ITT-analys och med enbart completers).</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Eating disorder examination 12 totalpoäng (EDE-12).</p> <p>Pre, post, 3 mån och 6 mån rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader (både för ITT-analys och med enbart completers).</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>	<p>Klinikerskattad och självskattad hetsättning under senaste 28 dagarna.</p> <p>Kräkningar, laxativanvändning och överträning.</p> <p>Pre, post, 3 mån och 6 mån rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader (både för ITT-analys och med enbart completers).</p>	<p>BMI</p> <p>Pre, post, 3 mån och 6 mån rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader (både för ITT-analys och med enbart completers).</p> <p>Måttlig risk för bias.</p>

Författare, år, referens, studiedesign, land, studielängd, antal deltagare	Population	Åtgärder (I: Intervention K: Kontroll)	Remission	Åtstörningspsykiatri	Hetsättning och kompensatoriskt beteende	Vikt
efter avslutad behandling.					Måttlig risk för bias.	
<p>Ricca 2010 RCT med oberoende och blindade bedömare, 2-armed, single-center, Italien.</p> <p>N=144</p> <p>Uppföljning: Vid behandlingsavslut (24 veckor), samt efter 3 år.</p>	<p><u>Inklusion:</u> 18-60 år med BED enligt DSM-IV, eller subklinisk diagnos enligt "structured Clinical Interview for DSM-IV".</p> <p><u>Vid baslinjen:</u> Andel kvinnor: 88% Medelålder: 47±17 år Andel s-BED: 44% Episoder/månad: 8 (median-värde) BMI: 38 (median-värde)</p>	<p>I (n=72): KBT individuellt K (n=72): KBT i grupp</p> <p>KBT individuellt: baseras på manual av Fairburn. 22 sessioner á 50 minuter under 24 veckor.</p> <p>KBT i grupp: baseras på manual av Fairburn. 20 gruppsessioner á 60 minuter under 22 veckor. Upp till 12 individer per grupp.</p>	<p>Full recovery: ej uppfyllt diagnos (både BED och S-BED).</p> <p>Post och follow-up rapporteras.</p> <p>Signifikant skillnad mellan grupperna vid behandlingsavslut (Fler med individuell KBT), men inte vid uppföljning.</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Självrapporterat.</p> <p>Pre, post och follow-up rapporteras.</p> <p>Signifikant skillnad mellan grupperna (Individuell KBT minskar mer)</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>Binges per month. Klinikerskattning baserat på frågor från EDE-intervju.</p> <p>Pre, post och follow-up rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p> <p>Låg risk för bias.</p>	<p>BMI</p> <p>Pre, post och follow-up rapporteras.</p> <p>Inga signifikanta skillnader mellan grupperna.</p> <p>Låg risk för bias.</p>

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har KBT anpassad för behandling av ätstörning i grupp för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med att få individuell behandling, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: KBT anpassad för behandling av ätstörning i grupp (KBT-E eller KBT-BN)
- Kontrollgrupp: Individuell KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI/vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ) och randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Litteratursökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [3] relevansbedömdes utifrån PICO. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext	0
Artiklar som kvalitetsgranskades	1 från NICE
Artiklar som inkluderades i underlaget	1 från NICE

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Inga studier exkluderades efter granskning i fulltext.

Referenser

1. Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R, Murphy R, Hawker DM. Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders: Guilford Publications; 2008.
2. Chen E, Touyz SW, Beumont PJ, Fairburn CG, Griffiths R, Butow P, et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord.* 2003; 33(3):241-54; discussion 55-6.
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guideline, No. 69. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.

Id BN8: DBT för ungdomar och vuxna med bulimi

Tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna

Åtgärd: Dialektisk beteendeterapi (DBT)

Prioritet: -

Motivering: -

SBU har tagit fram det vetenskapliga underlaget. Socialstyrelsen har gjort vissa redaktionella justeringar i texten.

Beskrivning av tillståndet och åtgärden

Tillståndet: Bulimia nervosa kännetecknas av att personen minst en gång i veckan äter en stor mängd mat under en begränsad tid (hetsätning) och upplever sig inte kunna sluta eller begränsa sig (kontrollförlust). Hetsätningsepisoden följs av ett kompensatoriskt beteende, exempelvis kräkning, fasta, intag av laxermedel eller överdriven motion.

Personens självkänsla är överdrivet beroende av kroppsform och vikt. Många personer med sjukdomen känner stor skam och lever även med ångest eller depression. Vissa kompensatoriska beteenden kan orsaka saltbalansrubbningsar, vilket kan orsaka hjärtproblem. Påverkan på tänderna och mag- och tarmkanalen är också vanligt vid återkommande kräkningar. Sjukdomen kan debutera vid olika åldrar, men vanligtvis sker det under tonåren eller tidigt vuxenliv.

Åtgärden: Dialektisk beteendeterapi (DBT) är en form av kognitiv beteendeterapi (KBT) som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning. DBT utvecklades ursprungligen för självmordsnära och självskadande patienter med emotionellt instabil personlighetsstörning. Senare har insatsen anpassats för andra typer av problem som också är vanliga hos målgruppen, exempelvis missbruk, ätstörningar, depression och posttraumatisk stress.

Hur allvarligt är tillståndet?

Tillståndet har en stor svårighetsgrad.

Slutsatser om åtgärden

Det saknas studier för att bedöma effekten av DBT jämfört med KBT vid bulimia nervosa hos ungdomar över 15 år och vuxna.

Har åtgärden några biverkningar eller oönskade effekter?

Eftersom inga studier har identifierats så finns inga kända biverkningar eller oönskade effekter rapporterade.

Vilka studier ingår i granskningen?

Inga relevanta studier med acceptabel risk för snedvridning kunde identifieras.

En sökning på clinicaltrials.gov identifierade inga pågående studier som kan vara relevant för tillstånd och åtgärdsraden.

Hälsoekonomisk bedömning

Den hälsoekonomiska effekten går inte att bedöma, eftersom Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har sökt efter hälsoekonomiskt underlag men inte funnit något relevant material.

Frågeställning och PICO

Vilken effekt har DBT för ungdomar (över 15 år) och vuxna med bulimia nervosa, jämfört med KBT anpassad för behandling av ätstörning, på relevanta utfallsmått?

- Population/tillstånd: Bulimia nervosa, ungdomar (över 15 år) och vuxna
- Intervention/åtgärd: DBT
- Kontrollgrupp: KBT anpassad för behandling av ätstörning (KBT-E eller KBT-BN)
- Utfallsmått: Remission, livskvalitet, episoder (hetsätning eller kompensatoriskt beteende såsom kräkning), symtomskattningsskalor (EDI, EDEQ, CIA), BMI eller vikt
- Studietyp: Systematisk översikt (SÖ), randomiserad kontrollerad studie (RCT)

Sökdokumentation

Sökning genomfördes i februari 2023 och omfattade studier från och med 2016. Även äldre studier som ingår i de kliniska riktlinjerna för vård vid ätstörning från NICE [1] relevansbedömdes utifrån PICO, men inga relevanta studier identifierades. (Riktlinjerna från NICE omfattar motsvarande frågeställning som avses i detta underlag, samt processer för litteratursökning och urval av studier som håller god kvalitet.)

Granskade och inkluderade artiklar	Antal
Artiklar som lästes på titel-/abstraktnivå för åren 2016-2023	1277
Artiklar som lästes i fulltext	2
Artiklar som granskades för risk för bias	2
Artiklar som inkluderades i underlaget	0

Sökstrategin för frågeställningen kan begäras ut från SBU vid behov.

Exkluderade studier

Två studier med delvis relevant population och intervention identifierades, dock bedömdes båda ha oacceptabelt hög risk för bias och exkluderades därför [2, 3].

En av studierna inkluderade 44 deltagare (kvinnor 89% och män 11%) med hetsätningsstörning eller bulimia nervosa (BN) enligt DSM-5 [3]. Individerna randomiserades till KBT (n=18) och till gruppen Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment (MABT) med grund i DBT behandling (n=26). Antalet sessioner var 20 i båda grupper. Syftet med studien var

att jämföra MABT och KBT på band annat utfall för symtom. Uppföljningstiden var direkt efter behandling, 6 månader efter behandling. Bortfallet var högt 44.4% för KBT och 38.5% för MABT. Jämförelsen visade på likvärdiga resultat för alla symtomutfall.

En av studierna inkluderade 109 individer (kvinnor) med hetsätningsstörning eller BN enligt DSM IVTR [2]. Initialt fick samtliga individer en variant av självhjälps KBT och efter respons blev indelad av tidiga starka svarande och svagt svarande (non-responders). Därefter randomiserades bara gruppen av svagt svarande (non-responders) till DBT eller KBT. Till KBT randomiserades 31 individer och till gruppen DBT 36 individer. Inga subgrupper utvärderades för enbart hetsätningsstörning eller BN. Syftet med studien var att förbättra utfallet för individer med tidigt lågt svar på självhjälps KBT. Uppföljningstiden var direkt efter behandling, 6 månader och ett år efter behandling. Direkta jämförelseberäkningar mellan DBT och KBT gjordes inte.

Referenser

1. National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Eating Disorders: Recognition and Treatment. London; 2017.
2. Chen EY, Cacioppo J, Fattich K, Gallop R, McCloskey MS, Olinio T, et al. An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge-eating. *Psychological Medicine*. 2017; 47(4):703-17.
3. Juarascio AS, Parker MN, Hunt R, Murray HB, Presseller EK, Manasse SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral treatment for bulimia-spectrum disorders: A pilot feasibility randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*. 2021; 54(7):1270-7.