



Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser

Om retningslinjen

Mandat, arbeidsform og arbeidsgruppe

Mandat

Mandatet for retningslinjen er å utvikle anbefalinger som bygger på anerkjente og kunnskapsbaserte tiltak og metoder. Med retningslinjen settes det en faglig, felles standard for å styrke kvaliteten, harmonisere tilbudet i hele landet og hindre uønsket variasjon.

Retningslinjens anbefalinger er rettet mot personer med en spiseforstyrrelsesdiagnose, både anoreksi, bulimi og overspisingslidelse, samt personer med en potensiell spiseforstyrrelsesdiagnose. Personer med spiseproblemer er ikke i målgruppen. Retningslinjen skal omhandle både tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon, utredning og behandling av personer med spiseforstyrrelser både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, inkludert samhandlingstiltak mellom tjenestenivå og mellom somatikk og psykisk helsevern.

Retningslinjens anbefalinger tar hensyn til andre retningslinjer/veiledere og lignende som er under utarbeidelse eller er ferdigstilte og som omhandler tilgrensende problematikk.

Statens helsetilsyn utga i 2000 «Alvorlige spiseforstyrrelser; Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten», som denne retningslinjen erstatter.

Målgruppe

Målgruppene for retningslinjen er tjenesteytere og ledere innenfor kommunenes helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som har ansvar for oppdagelse, utredning og behandlingstilbudet for mennesker med spiseforstyrrelser.

Arbeidsform

Hovedarbeidsgruppen startet sitt arbeid i 2010. Arbeidet med retningslinjen ble satt på vent i 2012, med en pause på over ett år, på bakgrunn av manglende ressurser i Helsedirektoratet. Høsten 2013 ble arbeidet igangsatt igjen, og da med ny prosjektleder. I 2012 vedtok Helsedirektoratet at alle retningslinjer skulle utvikles etter retningslinjemetodikk beskrevet i Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (2012), samt benytte Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for å vurdere kvaliteten på forskningen. Retningslinjen ble derfor utviklet etter metodikk beskrevet i veilederen– <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/184/Veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer-IS-1870.pdf>

Hovedarbeidsgruppen hadde tre til fem heldags arbeidsgruppemøter per år. Høsten 2015 ble det opprettet en egen undergruppe som jobbet med anbefalinger innen primærhelsetjenesten, og gruppen har i alt hatt tre heldagsmøter.

I utarbeidelsen av anbefalinger var brukerrepresentanter med i alle diskusjonene som ledet frem til de konkrete anbefalingene. Arbeidsgruppen leverte sitt forslag til Helsedirektoratet mai 2016.

Arbeidsgruppe, samt andre bidragsytere

Prosjektleder: Kari Aanjesen Dahle, seniorrådgiver, Helsedirektoratet. I første fase av prosjektet var prosjektleder: Karin Irene Gravbrøt, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Prosjektmedarbeider: Torhild Torjussen Hovdal, seniorrådgiver/psykiater, Helsedirektoratet

Prosjektmedarbeider: Pernille Sofie Hauge, rådgiver, Helsedirektoratet

Juridisk bistand: Wenche Dahl Elde, seniorrådgiver/jurist, Helsedirektoratet

Faglig leder: Bjørnelv, Sigrid. Overlege, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger

Arbeidsgruppedeltagere i hovedarbeidsgruppen:

Bæra, Linn. Brukerrepresentant, Rådgivning om spiseforstyrrelser-ROS.

Engh, Ida. Klinisk ernæringsfysiolog, DPS Øvre Romerike, AHUS.

Frostad, Stein. Seksjonsoverlege, Seksjon for spiseforstyrrelser, Klinikk for psykosomatisk medisin, Haukeland universitetssykehus, Helse Bergen.

Halvorsen, Inger M. Overlege, RASP (Regional seksjon spiseforstyrrelser), Oslo universitetssykehus HF.

Halvorsen, Tori Flaatten. Allmennlege, tidligere ansatt i Studenthelsetjenesten, Universitet i Oslo, Oslo Universitetssykehus.

Olsen, Silje Sønsterud. Brukerrepresentant, Spiseforstyrrelsesforeningen- SPISFO.

Rosenvinge, Jan. Professor, Institutt for psykologi, Universitet i Tromsø.

Rø, Øyvind. Professor, Institutt for klinisk medisin, Universitet i Oslo og forskningsleder, RASP (Regional seksjon spiseforstyrrelser), Oslo universitetssykehus HF.

Stalsberg, Vibeke. Psykologspesialist, RSS (Regionalt senter for spiseforstyrrelser), BUPA, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

Urdshals, Jan-Steinar. Psykologspesialist, BUP Fana, Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen.

Valvik, Mildrid. Psykologspesialist, RESSP (Regionalt senter for spiseforstyrrelser), Nordlandssykehuset.

Ødegård, Guri Stenberg. Helsesøster, Orkdal kommune.

Arbeidsgruppedeltagere i undergruppe innen primærhelsetjeneste

Bæra, Linn. Brukerrepresentant, ROS- Rådgivning om spiseforstyrrelser.

Engh, Ida. Klinisk ernæringsfysiolog, DPS Øvre Romerike, AHUS.

Fredheim, Vigdis. Psykologspesialist, akuttambulant ungdomsteam, Helse Stavanger HF.

Frigård, Dordi Øiamo. Helsesøster/psykiatrisk sykepleier, Barne- og familietjenesten Østbyen, Trondheim kommune.

Halvorsen, Tori Flaatten. Allmenn lege, tidligere ansatt i Studenthelsetjenesten, Universitet i Oslo, Oslo Universitetssykehus.

Medbø, Astrid. PhD. Allmennlege, Tromsø kommune, 1. Lektor ved Universitetet i Tromsø.

Olsen, Silje Sønsterud. Spiseforstyrrelsesforeningen- SPISFO.

Søbestad, Helle Marie. Lege ved allmennpsykiatrisk poliklinikk Sunnmøre DPS.

Urdshals, Jan-Steinar. Psykologspesialist, BUP Fana, Psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen.

Ødegård, Guri. Helsesøster, Orkdal kommune.

Alle gruppedeltagere har undertegnet habilitets- og interessekonfliktskjema. Ingen relevante inhabilitets

eller interessekonflikter er identifisert.

Fra Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO) har det vært ulike representanter involvert i arbeidet; både Helle Borchrevik, Eline Mathesom Gustafson og Silje Sønsterud Olsen. Sistnevnte var fast medlem av hovedarbeidsgruppen i siste del av arbeidet, samt fast medlem i underarbeidsgruppen innen primærhelsetjeneste. Ida Engh, klinisk ernæringsfysiolog, var inkludert i arbeidet fra oktober 2015. Hun har vært fast medlem i underarbeidsgruppen for primærhelsetjeneste.

Prosjektleder har i en periode, høsten 2013, hatt metodisk støtte i forbindelse med opplæring innen GRADE metodikken fra:

- Steiro, Asbjørn. Forsker ved Folkehelseinstituttet, (daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).
- Reinar, Liv-Merete. Forsker og seksjonsleder ved Folkehelseinstituttet (daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).

I tillegg har både prosjektleder og brukerrepresentanter deltatt på ukes kurs i kunnskapsbasert praksis og helsetjeneste (Forskning ved fjæra), og prosjektleder har deltatt på GIN- konferanser, samt deltatt i GIN-Nordic samarbeid.

To psykologstudenter; Annika Rø og Vilde Vollestad, samt Pernille Sofie Hauge har vært ansvarlige for litteraturgjennomgangen. Henny-Kristine Korsmo-Haugen har bistått i gjennomgang av innspill fra ekstern høring, samt med ferdigstilling av retningslinjen.

Takk til Lill Monica Drivdal, klinisk ernæringsfysiolog ved Regional seksjon spiseforstyrrelser- Helse Sør-Øst, Lill Anett Falch, klinisk ernæringsfysiolog ved Akershus universitetssykehus, Ingvild Sæterdal, forsker, Folkehelseinstituttet og Marianne Catharina Astor, indremedisiner ved medisinsk avdeling ved Haukeland for skriftlige innspill til arbeidet med retningslinjen. Takk også til Statens legemiddelverk for gjennomgang av alle anbefalinger som omhandler legemidler.

Metode

Kunnskapsbasert tilnærming

En nasjonal faglig retningslinje skal ha en kunnskapsbasert tilnærming. Det innebærer at forskning, klinisk erfaring og brukererfaring skal vurderes samlet opp mot ønskede og uønskede konsekvenser av foreslåtte tiltak.

Anbefalingene i denne retningslinjen er derfor basert på tre tilnærminger:

- Innhentet og vurdert oppsummert forskningsbasert kunnskap
- Klinisk kunnskap og erfaring
- Brukerkunnskap og erfaring

På områder der det er funnet mindre forskningsbasert kunnskap, har klinisk kunnskap og brukerkunnskap fått større vekt. Klinisk kunnskap og brukerkunnskap har fremkommet gjennom diskusjoner i arbeidsgruppen og mellom arbeidsgruppedeltakere og andre brukere og klinikere. Anbefalingene ble utarbeidet med utgangspunkt i den oppsummerte forskningen, klinisk erfaring og brukererfaring. Her ble det benyttet et rammeverk for diskusjon- Developing and Evaluating Communication strategies to support Informed Decisions and practice based on Evidence (DECIDE). [DECIDE er en skjematisk fremgangsmåte som skal bistå og dokumentere prosessen fra forskningsgrunnlag til anbefaling](#). Instrumentet brukes for å utforme anbefaling(er) etter at forskningsgrunnlaget er kjent, og sikre at brukerrepresentanter og klinikere går gjennom relevante forhold slik som verdier, ønskede og uønskede effekter, ressursbruk, likhet, akseptabilitet og gjennomførbarhet knyttet til det aktuelle spørsmålet. Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget graderes for at brukeren skal vite i hvilken grad resultatene i de systematiske oversiktene som retningslinjene bygger på, er til å stole på. Styrken på

anbefalingene graderes for å dokumentere i hvilken grad man kan stole på at det gjør mer nytte enn skade å følge anbefalingene. Vi har benyttet Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE-metodikk) for å vurdere grad av tillit man kan ha til de oppsummerte resultatene (svært lav, lav, moderat eller høy), samt for å vurdere styrken på anbefalingen.

Utarbeidelse av forskningsgrunnlag

Hvilke spørsmål som retningslinjen skulle besvare ble vurdert av arbeidsgruppen. Ulike aktuelle spørsmål ble foreslått av arbeidsgruppen, og spørsmålene ble deretter prioritert med tanke på uenighet om nytte, usikkerhet om effekt og viktighet for feltet. Prioriteringen av de ulike spørsmålene ble i hovedsak valgt ved anonyme stemmerunder. Arbeidsgruppemedlemmene stemte på de spørsmålene som best kan:

- hindre uønsket variasjon i tjenesten
- sikre god kvalitet
- sikre riktige prioriteringer
- løse samhandlingsutfordringer
- sikre helhetlige pasientforløp

Etter en prosess med arbeidsgruppen endte vi til slutt opp med 17 hovedspørsmål. Disse spørsmålene ble i hovedsak løst ved å formulere spørsmål etter PICO-metoden, for å lette prosessen med litteratursøk, og for lettere ha klare inklusjons- og eksklusjonskriterier ved gjennomgang av forskningslitteraturen.

PICO står for:

- Population (pasientgruppe)
- Intervention (tiltak)
- Comparison (sammenligning)
- Outcome (utfall)

Noen av hovedspørsmålene ble underveis delt opp i underspørsmål. For eksempel kunne et hovedspørsmål som omhandlet alle former for spiseforstyrrelser, bli oppdelt i tre underspørsmål som omhandlet de tre diagnosene; anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Retningslinjen består av i alt 24 anbefalinger basert på PICO. For noen spørsmål var det mindre relevant å søke etter internasjonal forskning, se kapitlene nedenfor.

Litteratursøk

Biblioteket ved Helsedirektoratet gjorde systematiske litteratursøk på alle relevante problemstillinger. [Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet utførte også et søk på oppdrag av arbeidsgruppen i 2010](#). Dette søket ble senere oppdatert av biblioteket ved Helsedirektoratet.

Det ble søkt både etter relevante retningslinjer og etter systematiske oversikter, som kunne besvare problemstillingene (PICO-spørsmålene). For mer informasjon om søkestrategi og søketidspunkt ved de ulike søkene, se kunnskapsgrunnlaget for hver anbefaling.

På noen spørsmål er det ikke søkt i internasjonale databaser etter systematiske oversikter, da det ikke ble vurdert som relevant, se kapittel *Spørsmål hvor systematiske oversiktsartikler ble vurdert som mindre relevant som kunnskapsgrunnlag* nedenfor.

Gjennomgang av sammendrag og artikler

Alle trefflister fra søk ble gjennomgått av to personer uavhengig av hverandre. De har vurdert hvilke systematiske oversikter som er relevante ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier, og vurderte kvaliteten på de ulike oversiktene ved bruk av sjekklister for systematiske oversikter, [sjekklister for systematiske oversikter \(Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet\)](#).

Kun systematiske oversikter med middels eller høy kvalitet, er inkludert som kunnskapsgrunnlag for anbefalinger.

En tilsvarende prosess er utført for søk etter relevante retningslinjer. Vi fikk også tilgang på ulike retningslinjer fra andre kilder enn gjennom søket utført ved Helsedirektoratet. Alle retningslinjer som ble vurdert som aktuelle for å svare på de ulike PICO-spørsmålene er vurdert med [sjekklister for faglige retningslinjer \(kunnskapsenteret.no\)](http://sjekklister.faglige.retningslinjer.kunnskapsenteret.no). Kun retningslinjer med høy eller middels kvalitet er inkludert i kunnskapsgrunnlaget, med ett unntak. Retningslinjer som gjelder somatisk utredning og behandling av pasienter med spiseforstyrrelser som har utarbeidet anbefalinger på bakgrunn av internasjonal klinisk konsensus, får ikke høy metodisk kvalitet vurdert med sjekklister. Disse retningslinjene er likevel vurdert som de mest relevante for å besvare spørsmål innen somatisk utredning og behandling.

To personer vurderte treffister fra litteratursøk uavhengig av hverandre. Utvalgelse av litteratur ble gjort i to steg: først ved vurdering av tittel og sammendrag, deretter ved lesing av full-tekst. Ved eventuell uenighet i utvalgelse av systematiske oversiktsartikler, ble det konferert med en tredje person.

Artikler ble ekskludert på bakgrunn av:

1. Manglende overførbarhet til PICO
2. Metodisk fremgangsmåte som ikke samsvarte med systematisk oversiktsartikkel

Metodisk kvalitet ble vurdert for de systematiske oversiktene som ble ansett som aktuelle for å besvare PICO-spørsmål. Målet var å finne den eller de systematiske oversiktsartiklene av nyeste dato, av best kvalitet, som best belyste PICO. Artikler kunne derfor bli ekskludert på bakgrunn av at kvaliteten var mangelfull, eller at kunnskapen er oppdatert i nyere systematisk oversikt. Flere systematiske oversiktsartikler ble inkludert i kunnskapsgrunnlaget der det var relevant for best mulig å belyse PICO.

Se kunnskapsgrunnlaget for hver anbefaling, for informasjon om inkluderte og ekskluderte artikler.

Spørsmål hvor systematiske oversiktsartikler ble vurdert som mindre relevant som kunnskapsgrunnlag

På noen spørsmål ble det ikke søkt i internasjonale databaser etter systematiske oversikter, da det ikke ble vurdert som relevant. Dette gjelder spørsmål om utredning, organisatoriske forhold/ansvarsfordeling, samt noen spørsmål innen somatisk behandling.

For psykiatrisk utredning var arbeidsgruppen godt kjent med hvilke utredningsverktøy som er aktuelle å bruke i Norge, og det som finnes av forskningsdokumentasjon om egenskapene til disse testene. Dette ble vurdert som godt nok kunnskapsgrunnlag for å utarbeide anbefalinger om psykiatrisk utredning.

For å få et kunnskapsgrunnlag om hva slags somatisk utredning og behandling som var aktuell for denne pasientgruppen, var det relevant å se på hva internasjonale retningslinjer anbefalte. Tilsvarende anbefalinger fra internasjonale retningslinjer bygger også bare på konsensus.

De spørsmålene som ble vurdert som viktigst å få svar på for primærhelsetjenesten var:

1. Hvordan identifisere mulige sårbarhetsfaktorer og risikofaktorer?
2. Hvordan avdekke hvem som har en spiseforstyrrelse?
3. Hvilke oppgaver skal primærhelsetjenesten ha ansvaret for?
4. Hvordan få til et godt samarbeid mellom nivåene?
5. Når skal pasienten henvises videre?
6. Hvordan samarbeide godt med familien?

For organisatoriske forhold/ansvarsfordeling ble det vurdert at kunnskap om den norske helse- og omsorgstjenesten, samt andre gjeldende veiledere eller retningslinjer fra Norge, var mer relevante enn internasjonal litteratur. I samråd med arbeidsgruppen og etter råd fra biblioteket ble det vurdert som mindre relevant å søke etter systematiske oversiktsartikler for å få svar på spørsmålene ovenfor.

Flere notat ble utarbeidet av medlemmer i arbeidsgruppen for å svare på spørsmålene ovenfor. Notatene var

basert på ulike dokumenter som arbeidsgruppen vurderte som relevante, både styringsdokumenter og primærforskning.

På bakgrunn av notatene ble arbeidsgruppen enig om hva de mente var viktigst for å gi svar på spørsmålene ovenfor. Etter råd fra arbeidsgruppen blir noen av disse temaene omtalt i kapitler, og ikke utgitt som sterke eller svake anbefalinger. For mer informasjon om temaene som omtales i kapitler, se avsnittet nedenfor.

For mer informasjon om metodikken som er benyttet ved de ulike anbefalingene, se kunnskapsgrunnlaget for hver anbefaling.

Temaer som omtales i kapitler

Noen kapitler omhandler beskrivelse av temaer. Disse beskrivelsene har ikke [status som normerende anbefalinger, hverken sterke eller svake](#), men inneholder relevante omtaler av temaene.

Kapitler med omtale av tema er:

- Om spiseforstyrrelser
- Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser
- Identifisering og oppfølging i primærhelsetjenesten
- Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Andre typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag

Utfordringer i arbeidet med retningslinjen

Den største utfordringen har vært at mange av problemstillingene (PICO-spørsmålene) mangler relevant oppsummert forskning.

Av tids- og ressurs hensyn har vi ikke utarbeidet nye systematiske oversiktsartikler for alle spørsmål som har ingen eller lite tilgjengelig oppdatert oppsummert forskning, noe som er en svakhet.

At brukerens stemme bare har kommet frem i diskusjoner i arbeidsgruppemøtene, og ikke via større prosesser eller undersøkelser hvor man kunne fått et mer representativt syn på brukernes preferanser og verdier, er også en svakhet. Det samme gjelder klinikernes stemme. Det ville vært svært tids- og ressurskrevende å gjennomføre større prosesser eller undersøkelser for å undersøke et større utvalg av brukernes og/eller klinikernes verdier og preferanser, før utforming av anbefalinger. Gjennom både intern og ekstern høring fikk vi innspill fra en større gruppe med klinikere, brukere og andre interessenter som kan veie noe opp for dette.

Utarbeidelse og vurdering av anbefalinger

Utarbeidelse av anbefalinger

På bakgrunn av forskningsgrunnlaget ble erfaringer fra klinikere og brukere fremlagt og diskutert før endelig anbefaling ble formulert. Vurderingene som ligger til grunn for beslutning om endelige anbefalinger ligger oppsummert under kunnskapsgrunnlaget for alle anbefalinger der det er relevant. Det fremgår av disse hvordan det på noen anbefalinger, til tross for manglende oppsummert forskning eller lav kvalitet på kunnskapsgrunnlaget, kan konkluderes med en sterk anbefaling.

Alle anbefalinger som omhandler legemidler ble gjennomgått av Statens legemiddelverk, som en kvalitetssikring.

Retningslinjen ble sendt ut på ekstern høring med 3 måneders høringsfrist. Helsedirektoratet fikk innspill fra 40 høringsinstanser fordelt på brukerorganisasjoner, tjenestesteder innen psykisk helsevern for voksne eller innen psykisk helsevern for barn og unge, kommuner, forskningsinstitusjoner og andre.

Etter høringsfristens utløp ble det nedsatt en gruppe fra Helsedirektoratet og hovedarbeidsgruppen. Gruppen

gikk gjennom alle innspillene etter en systematisk prosess. Arbeidet førte til at strukturen på noen kapitler og anbefalinger ble endret slik at det ble lettere å finne frem og bedre logikk i oppbygningen. Blant annet ble det på bakgrunn av innspillene tydeligere hva som gjaldt barn og ungdom og hva som gjaldt voksne, samt hva som gjelder spesialisthelsetjenesten og hva som gjelder primærhelsetjenesten. De ulike kapitlene og anbefalingene ble også satt i bedre sammenheng. Det kom ikke frem noen vesentlig uenighet i ekstern høring og det er derfor ikke gjort noen substansielle endringer på anbefalinger.

Vurdering av anbefalinger

Retningslinjen består av sterke og svak anbefalinger, vurdert etter GRADE- metodikk.

Sterk anbefaling

I en sterk anbefaling er det vurdert som klart at fordelene veier opp for ulempene. Pasienter og helse- og omsorgspersonell vil, i de fleste situasjoner, mene at det er riktig å følge anbefalingen.

Ved sterke anbefalinger for et tiltak bruker vi begrepene «...bør» og «det anbefales». Ved sterke anbefalinger mot en intervensjon bruker vi begrepene «det anbefales ikke». Det vises også at anbefalingen er sterk ved en markering av anbefalingen.

Svak anbefaling

I en svak anbefaling vil det være noe mer uklart om fordelene veier opp for ulempene. Ulike valg kan være riktig for ulike pasienter, og helse- og omsorgspersonell må hjelpe til med å vurdere hva som er riktig i den enkelte situasjon.

Ved svake anbefalinger for en intervensjon bruker vi begrepene «...kan» og «det foreslås». Ved svake anbefalinger mot en intervensjon bruker vi begrepene «det foreslås ikke at/å».

Spørsmålene som ble diskutert for å komme frem til anbefalingene var blant annet:

- Er det usikkerhet om balanse mellom nytte og skade?
- Er det lav kvalitet på dokumentasjonen /lav tiltro til effektestimaterne?
- Er det usikkerhet eller variasjon vedrørende verdier og preferanser?
- Er det usikkerhet om netto gevinst er verdt kostnadene?

Flere ja på disse spørsmålene ga større sannsynlighet for svak anbefaling.

Alle anbefalinger er merket om de er sterke eller svake, i tillegg til at man kan lese styrken på anbefalingene ut fra ordlyden i anbefalingsteksten.

En person i arbeidsgruppen er uenig i to anbefalinger

På to anbefalinger under kapittel Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser var Stein Frostad uenig med resten av arbeidsgruppen.

På anbefalingen; Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser foreslås som behandling for voksne med bulimi. Dette er en svak anbefaling om kognitiv adferdsterapi. Her ønsker Frostad en sterk anbefaling om kognitiv atferdsterapi.

På anbefalingen; Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med overspisingslidelse. Dette er en sterk anbefaling om å bruke en eller annen form for psykoterapi for å behandle overspisingslidelse. Her ønsker Frostad i tillegg en anbefaling av kognitiv adferdsterapi for spiseforstyrrelser.

Begrunnelsen for at Frostad er uenig med resten av arbeidsgruppen er at han tolker kunnskapsgrunnlaget annerledes enn resten av gruppen.

Anbefalingenes rettslige betydning, samt bruk av verktøy

HelseDirektoratet skal utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonal faglige retningslinjer og veiledere som understøtter de mål som er satt for helse- og omsorgstjenesten. Retningslinjer og veiledere skal baseres på kunnskap om god praksis og skal bidra til kontinuerlig forbedring av virksomhet og tjenester jf. spesialisthelsetjenesteloven § 7-3 og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5.

Nasjonal faglige retningslinjer inngår som et akseptert grunnlag og setter en norm for hva som er faglig forsvarlig. anbefalinger gitt i nasjonal faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men har allikevel stor rettslig betydning gjennom kravet om faglig forsvarlighet. I situasjoner der helsepersonell velger løsninger som i vesentlig grad avviker fra gitte anbefalinger skal dette dokumenteres (jf. journalforskriften § 8, bokstav h.) En bør være forberedt på å begrunne sine valg i ev. klagesaker eller ved tilsyn.

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innenfor rammen for «god klinisk praksis» og de rettslige rammene som finnes. Helseforetakene har egne systemer i henhold til norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av tester medfører innsamling og lagring av data.

Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

Innholdsfortegnelse

[1 Om spiseforstyrrelser](#)

- [1.1 Kapittel med beskrivelse av temaer](#)
- [1.2 Definisjon og diagnostiske kriterier](#)
- [1.3 Alvorlighetsgrad](#)
- [1.4 Forekomst](#)
- [1.5 Samsykelighet](#)
- [1.6 Generelt om behandling for spiseforstyrrelser](#)
- [1.7 Referanser](#)

[2 Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser](#)

[3 Identifisering og oppfølging i primærhelsetjenesten](#)

- [3.1 Kapittel med beskrivelse av temaer](#)
- [3.2 Forebygging](#)
- [3.3 Barn og ungdom](#)
- [3.4 Voksne](#)
- [3.5 Nyttige spørsmål for å avdekke spiseforstyrrelse for barn, unge og voksne](#)
- [3.6 Utredning i primærhelsetjenesten for barn, unge og voksne](#)
- [3.7 Behandling i primærhelsetjenesten for barn, unge og voksne](#)
- [3.8 Oppfølging av pasienter som er i spesialisthelsetjenesten](#)
- [3.9 Oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten](#)
- [3.10 Langvarig alvorlig syke \(SEED, Serious Enduring Eating Disorders\)](#)
- [3.11 Referanser](#)

[4 Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten](#)

[5 Familiearbeid ved spiseforstyrrelser for barn, unge og voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten](#)

[6 Selvhjelp](#)

[7 Utredning av spiseforstyrrelser](#)

- [7.1 Utredning av spiseforstyrrelser i primærhelsetjenesten](#)
- [7.2 Utredning av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten](#)

[8 Poliklinisk behandling og indikasjon for innleggelse](#)

[9 Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser](#)

[10 Psykoterapi for barn og unge med spiseforstyrrelser](#)

[11 Legemiddelbehandling for pasienter med spiseforstyrrelser](#)

[12 Somatisk behandling for pasienter med spiseforstyrrelser](#)

[13 Graviditet og barselperiode for kvinner med spiseforstyrrelse](#)

[14 Diabetes og spiseforstyrrelser](#)

[15 Andre typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag](#)

[15.1 Kapittel med beskrivelse av et tema](#)

[15.2 Om bruk av behandlinger og terapeutiske tilnærminger med manglende eller ukjent forskningsdokumentasjon](#)

[15.3 Liste over noen typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag](#)

[15.4 Forskningsdokumentasjon](#)

[15.5 Referanser](#)

[16 Rettslig grunnlag ved behandling av spiseforstyrrelser](#)

[16.1 Samtykke](#)

[16.2 Barn og unge under 16 år](#)

[16.3 Tvungent psykisk helsevern](#)

[16.4 Tvungen observasjon](#)

[16.5 Vedtak om behandling uten eget samtykke \(tvangsernæring\)](#)

[16.6 Tvungen behandling ved somatisk avdeling](#)

[16.7 Samhandling mellom psykiatriske og somatiske avdelinger](#)

[16.8 Øyeblikkelig hjelp](#)

[16.9 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A](#)

1 Om spiseforstyrrelser

1.1 Kapittel med beskrivelse av temaer

Dette kapittelet omhandler beskrivelse av definisjonen av spiseforstyrrelser, diagnostiske kriterier, vurdering av alvorlighetsgrad, forekomst, samsykelighet, samt generell beskrivelse av behandling av spiseforstyrrelser. Disse beskrivelsene har ikke status som normerende anbefalinger, men inneholder en relevant omtale av temaene.

Disse omtalene er basert på ulike dokumenter og forskningsartikler som arbeidsgruppen vurderte som relevante, samt en diskusjon av temaene i arbeidsgruppen.

1.2 Definisjon og diagnostiske kriterier

Spiseforstyrrelser er en gruppe psykiske lidelser med symptomer som handler om forholdet til mat, kropp og vekt.

Med spiseforstyrrelser i disse retningslinjene mener vi de tilstandene som fyller de diagnostiske kriteriene slik de er definert i [ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015](#). Etter planen skal det komme ny versjon av ICD (ICD-11) i 2018, og her vil diagnosekriteriene kunne bli noe endret.

Det er viktig å merke seg at det meste av behandlingsforskning er gjort med bakgrunn i kriteriene fra DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) eller DSM-5.

DSM-5 (før 2013: DSM-IV) er et klassifikasjonssystem utarbeidet av APA (American Psychiatric Association), og her er de diagnostiske kriteriene for spiseforstyrrelser noe forskjellig fra de som finnes i ICD-10. Mens ICD-10 omtaler hovedgruppene anorexia nervosa og bulimia nervosa, har DSM-5 også med overspisingslidelser som en egen definert kategori.

I resten av retningslinjen er det gjennomgående valgt å omtale anorexia nervosa og bulimia nervosa som henholdsvis «anoreksi» og «bulimi» med unntak av når det blir vist til definisjon av diagnostiske kriterier.

Diagnostiske kriterier for ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser

A) ICD-10

F 50.0 Anorexia nervosa (anoreksi)

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles:

- Kroppsvekten holdes minst 15 % under forventet vekt (enten ved vekttap eller ved manglende vektøkning), eller Quetelets kroppsmasseindex¹ er 17,5 eller mindre. Prepubertale pasienter kan vise manglende evne til å nå forventet vektøkning i vekstperioden.
- Vekttapet er selvfremkalt ved at «fetende mat» unngås. Ett eller flere av følgende kan også være til stede: Selvfremkalte brekninger og bruk av avføringsmidler, overdreven trening og bruk av appetittdepemde midler og diuretika.
- Forstyrret kroppsoppfatning i form av en spesifikk psykopatologi, der frykten for å bli overvektig vedvarer i form av en påtrengende overdreven ide, og individet pålegger seg selv en lav vektgrense.
- Omfattende endokrin sykdom som omfatter aksene hypothalamus – hypofyse-gonade, er til stede hos kvinner som amenorrhè, og hos menn som tap av seksuell interesse og potens. (Et klart unntak er vedvarende vaginale

blødninger hos anorektiske kvinner som får hormonerstatningsterapi, vanligvis i form av befruktningshindrende piller). Det kan også være økt mengde av veksthormoner og kortisol, forandringer i den perifere metabolismen av tyreoidhormonet, og unormal insulinsekresjon.

e) Hvis utbruddet er prepubertalt, blir den pubertale utviklingen forsinket (vekststans som hos jenter vises ved at brystene ikke blir utviklet og ved at det foreligger primær amenorrè, og hos gutter ved at genitaliene ikke utvikles normalt). Ved helbredelse blir puberteten ofte fullført normalt, men den første menstruasjonen inntreffer sent.

F 50.1 Atypisk anorexia nervosa (atypisk anoreksi)

Kategorien skal brukes for individer som mangler ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene ved anoreksi som amenorrè, eller betydelig vekttap, men som på en annen måte har et ganske typisk klinisk bilde.

Kategorien skal ikke brukes for spiseforstyrrelser som ligner anoreksi, men som skyldes kjent somatisk lidelse.

F 50.2 Bulimia nervosa (bulimi)

Følgende kreves for at en sikker diagnose skal kunne stilles.

a) Vedvarende opptatthet av spising og uimotståelig trang til mat, pasienten henfaller til episoder med overspising der store matmengder blir konsumert på kort tid.

b) Pasienten forsøker å oppveie den «fetende» virkningen av mat på en eller flere av følgende måter: selvfremkalte brekninger, misbruk av avføringsmidler, vekslende sulteperioder, bruk av appetittdependerende midler, tyreoidpreparater eller diuretika. Når bulimi rammer diabetiske pasienter, kan de forsømme insulinbehandlingen.

c) Psykopatologien består av en sykkelig frykt for overvekt, og pasienten setter en klart definert vektgrense som er langt under den premorbide vekten som etter legens oppfatning representerer en optimal eller sunn vekt.

Det foreligger ofte, men ikke alltid, en sykehistorie med en tidligere episode av anoreksi. Episoden kan ha forekommet måneder eller år tidligere. Den tidligere episoden kan ha manifestert seg gjennom et fullt utviklet sykdomsbilde, eller kan ha vært av en lettere, skjult form med moderat vekttap og en forbigående fase med amenorrè.

F50.3 Atypisk bulimia nervosa (atypisk bulimi)

Benevnelsen skal brukes på personer som mangler en eller flere av de nevnte nøkkelegenskapene ved bulimia nervosa (F50.2), men som på annen måte viser et ganske typisk klinisk bilde. Vanligvis gjelder dette mennesker med normal vekt eller en viss overvekt, men med typiske perioder med overspising etterfulgt av oppkast eller avføring.

Overspisingslidelse

ICD-10 mangler diagnostiske kriterier for overspisingslidelse, som i ICD-10 blir kodet som F 50.9 eller F 50.8.

F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser

Inklusive pica av ikke-organisk opphav hos voksne og psykogen appetittløshet.

F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse

NB: Mange pasienter har en uspesifisert spiseforstyrrelse uten de klare symptomene på enten anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse. Disse pasientene har også et betydelig symptomtrykk med behov for behandling.

B) DSM-5

I DSM-5 er følgende kriterier angitt for overspisingsslidelse, og vil være rådgivende i forhold til å sette denne diagnosen også i ICD-10.

DSM-5 har følgende diagnostiske kriterier for overspisingsslidelse:

A) Gjentatte episoder med overspising. En overspisingsepisode er karakterisert av følgende:

1. Spising av en mengde mat som er definitivt større enn hva folk flest ville spise innenfor et avgrenset tidsrom (f. eks i løpet av to timer) under de samme omstendighetene.
2. En opplevelse av kontrolltap over spisingen under episoden (kan ikke stoppe å spise eller kontrollere hva eller hvor mye en spiser).

B) Overspisingsepisoden er assosiert med tre eller flere av de følgende kriteriene:

1. Spiser raskere enn normalt
2. Spiser til en føler seg ukomfortabelt mett
3. Spiser store mengder mat uten å kjenne fysisk sult
4. Spiser alene fordi en er flau over mengden mat som spises
5. Føler seg kvalm, deprimert eller skyldig etterpå

C) Markert ubehag i forhold til overspisingsepisoden.

D) Overspisingsepisode i gjennomsnitt 1 gang per uke i minst 3 mndr.

E) Overspisingen er ikke forbundet med gjentatt bruk av upassende kompensatorisk adferd som ved bulimi, og skjer ikke bare under en periode med bulimi eller anoreksi.

1.3 Alvorlighetsgrad

I ICD-10 beskrives det ingen differensiering av alvorlighetsgrad av de ulike typene spiseforstyrrelser. Da både behandlingsnivå og komplikasjoner til en viss grad henger sammen med tilstandens alvorlighetsgrad, presenteres DSM-5's gradering av alvorlighet som hjelp.

Jo lavere kroppsmasseindeks (KMI/BMI) eller hyppigere oppkast eller overspising, jo høyere alvorlighetsgrad. Ved anoreksi er også raskt vekttap over kort tid (for eksempel 30 % vekttap på 3 mndr. hos voksne) et uttrykk for at tilstanden er alvorlig.

Alvorlighetsgradering DSM-5

1. Anoreksi

Grad av alvorlighet vurderes ut fra KMI.

- Mild: KMI >17
- Moderat: KMI 16 – 16.99
- Alvorlig: KMI 15 – 15,99
- Ekstrem: KMI <15

Grad av alvorlighet kan økes for å reflektere kliniske symptomer, grad av funksjonssvikt og behov for supervisjon. Ved anoreksi er stort vekttap over kort tid (f.eks. 30 % over 3 mndr.) også noe som kan vurderes i forhold til alvorlighetsgrad.

2. Bulimi

Alvorlighetsgrad vurderes ut fra gjennomsnittlig antall episoder med uhensiktsmessig kompensatorisk adferd.

- Mild: 1-3/episoder/uke
- Moderat: 4- 7 episoder/uke
- Alvorlig: 8-13 episoder/uke
- Ekstrem: mer enn 14 episoder/uke

Alvorlighetsgraden kan økes for å reflektere andre symptomer og grad av funksjonssvikt.

3) Overspisingslidelse

Alvorlighetsgraden vurderes ut fra gjennomsnittlig antall episoder med overspising

- Mild: 1-3 overspisningsepisoder/uke
- Moderat: 4-7 overspisningsepisoder/uke
- Alvorlig: 8-13 overspisningsepisoder/uke
- Ekstrem: 14 eller flere overspisningsepisoder/uke
- Alvorlighetsgraden kan økes for å reflektere andre symptomer og grad av funksjonssvikt.

1.4 Forekomst

Forekomsten av anoreksi angis til ca. 0,5 %, bulimi 1-2 % og overspisingslidelse til 2-3 %. Tallene varierer mellom de ulike studiene, og forekomsten varierer med valgt diagnosesystem, da DSM-5-kriteriene øker andelen med anoreksi og bulimi (Smink et al., 2012; Smink et al., 2013; Keski-Rahkonen et al., 2016; Hoek, 2016; Rosenvinge et al., 2015).

Antall nye med anoreksi synes å være stabil, mens forekomsten av bulimi kanskje er synkende.

Spiseforstyrrelser debuterer hyppigst i ungdomsalderen, men noen få før puberteten, og noen i voksen alder.

Det er fortsatt mange med spiseforstyrrelser som ikke blir oppdaget og får hjelp for sin spiseforstyrrelse.

Prognosen er god for mange, men det er likevel en gruppe som har langvarig spiseforstyrrelse og betydelige somatiske komplikasjoner.

1.5 Samsykelighet

Mange pasienter med spiseforstyrrelser fyller også kriteriene for andre psykiatriske tilstander. Dette kan være tilstander som oppstår før spiseforstyrrelsen, men også tilstander som er et resultat av spiseforstyrrelsessymptomer som undervekt, overspising og oppkast. Samsykelighet kan medføre behov for å fravike retningslinjen når det gjelder terapitilnærming, fokus og varighet av behandling. Det er pasienten og ikke enkeltdiagnoser som skal behandles, men ved alvorlig samsykelighet bør det vurderes hvilken tilstand behandlingen skal være rettet mot. Samsykelighet krever at evaluering av behandlingen ikke bare omfatter spiseforstyrrelses-symptomer, men også symptomer på depresjon, angst m.m.

Forekomsten av komorbide lidelser varierer noe med type spiseforstyrrelse og alvorlighetsgrad av sykdommen (Rø et al., 2005; Vrabel et al., 2010; Turner et al., 2016).

Det er få behandlingsstudier som fokuserer både på spiseforstyrrelsen og de komorbide lidelsene, men samtidig viser studier at behandling av spiseforstyrrelser også har effekt på samtidige lidelser (Rø et al., 2005; Turner et al., 2016; Vrabel et al., 2010). Se til relevant nasjonal faglig retningslinje for ytterligere informasjon om utredning

og behandling av den aktuelle lidelsen.

Depresjon

Depresjon er den vanligste forekommende tilleggslidelsen ved spiseforstyrrelser, både ved anoreksi, bulimi og ved overspisingslidelser. Det er også noe økt forekomst av bipolare lidelser ved spiseforstyrrelser (Godart et al., 2007; Swanson et al., 2011; Thornton et al., 2016; Lunde et al., 2009; McElroy et al., 2011).

Angstlidelser

Flere angstlidelser opptrer hyppig hos pasienter med spiseforstyrrelser, som sosial fobi, panikk lidelse og generalisert angst (Gadalla et al., 2008; Swanson et al., 2011). Tvangslidelse er også hyppig, og har ikke sjelden startet før pasienten utviklet sin spiseforstyrrelse (Micali et al., 2011; Cederlöf et al., 2015). Tvang som bare er knyttet til mat, kropp og vekt er imidlertid en del av spiseforstyrrelsen, og ikke en samtidig tvangslidelse.

Traumer

Mange pasienter med spiseforstyrrelser har en historie med negative livshendelser i barndom/ungdom, og disse kan ha vært en medvirkende årsak til at pasienten utviklet en spiseforstyrrelse. Det kan være snakk om mobbing, relasjonstraumer som tap av nære og viktige omsorgspersoner, men også fysiske og seksuelle overgrep (Vrabel et al., 2010; Backholm et al., 2013; Isomaa et al., 2015).

Hos pasienter med en traumehistorie krever det at denne håndteres som en del av behandlingen for spiseforstyrrelsen som en integrert del av behandlingen. For pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og lignende symptomer er det spesielt viktig å kartlegge spiseforstyrrelsens funksjon, og forhold knyttet til mat kropp og vekt som trigger traumesymptomer. Det kan være direkte knyttet til måltider, som f.eks. matvarer, konsistens og lukt, situasjon rundt veiing og relasjon til terapeuter.

God spiseforstyrrelsesbehandling vil også være en god stabilisering hos en traumepasient.

Ruslidelser

Bruk og avhengighet av rusmidler, både legale og illegale, forekommer ved alle typer spiseforstyrrelser. Alvorlighetsgraden av rusavhengighet er avgjørende for utfallet av spiseforstyrrelsesbehandling, og rusavhengighet må ofte behandles før pasienten kan nyttiggjøre seg spiseforstyrrelsesbehandling (Gadalla et al., 2007; Root et al., 2010; Welch et al., 2016).

Personlighetsforstyrrelser

Mange pasienter med spiseforstyrrelse har også en personlighetsforstyrrelsesdiagnose, men typen og alvorlighetsgraden varierer noe. Mens pasienter med anoreksi har en overhyppighet av unnvikende og tvangspregget personlighetsforstyrrelse, har pasienter med bulimi og overspisingslidelser oftere emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Friborg et al., 2014; Reas et al., 2013; Martinussen et al., 2016).

Bedring av spiseforstyrrelsessymptomer reduser symptomene på personlighetsforstyrrelse, og ved mistanke om personlighetsforstyrrelse er det viktig å sjekke om trekkene også har vært til stede før pasienten utviklet sin spiseforstyrrelse. Mange pasienter fyller ikke lenger kriteriene for en personlighetsforstyrrelse når de ikke lenger har aktive spiseforstyrrelsessymptomer (Vrabel et al., 2010).

Forekomsten av personlighetsforstyrrelser hos pasienter med spiseforstyrrelser varierer mellom ulike populasjoner, med mer alvorlige personlighetsforstyrrelser i døgnenheter enn i poliklinikker (Godt, 2008).

Nevropsykiatriske lidelser

Pasienter med spiseforstyrrelser har høyere forekomst både av ADHD og autismespekterforstyrrelser, som Aspergers syndrom, enn i normalbefolkningen (Huke et al., 2013; Welch et al., 2016; Nazar et al., 2016). Disse tilstandene vil vedvare selv etter bedring av spiseforstyrrelsen, og må tas hensyn til i utformingen av

behandlingstilbudet og planlegging av langsiktige tiltak.

1.6 Generelt om behandling for spiseforstyrrelser

Forutsetninger for god behandling

Utredning og behandling for spiseforstyrrelser forutsetter tilstrekkelig kompetanse på utredning og behandling av spiseforstyrrelser, og rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen. Kompetanse er en kombinasjon av teoretisk kunnskap og klinisk erfaring, og organisering av behandlingstilbudet bør sikre kompetanse og ressurser i poliklinikker som skal utrede og behandle denne pasientgruppen. I dag- og døgnenheter er det også viktig at de fysiske rammene og det miljøterapeutiske tilbudet, inklusive rammer rundt måltider, er tilpasset pasientgruppens alder og med mulighet for å ivareta individuelle behov.

Behandlingsformer

Psykiatrisk behandling av pasienter med spiseforstyrrelser vil alltid måtte være en kombinasjon av konkrete atferdstiltak rettet mot reduksjon av spiseforstyrrelsessymptomene og annet psykoterapeutisk arbeid rettet mot underliggende og vedlikeholdende faktorer.

Behandlingen kan være individuell eller i gruppe, og gis som poliklinisk behandling, dagbehandling eller døgnbehandling.

Gruppebehandling

Mange pasienter vil ha nytte av gruppebasert terapi, det å dele erfaringer, støtte og utfordre hverandre på endring. Gruppene kan være psykoedukative eller prosessorientert, og være en del av et poliklinisk tilbud, som ledd i dagbehandling eller døgnbehandling.

Dagbehandling

Dagbehandling er en intensivert poliklinisk behandling der pasienten har et omfattende tilbud flere dager i uken, et tilbud som også omfatter flere måltider.

Døgnbehandling

Døgnbehandling for spiseforstyrrelser bør skje i enheter som har et spesialisert tilbud til denne pasientgruppen. Dette innebærer en klar målsetting knyttet til spiseforstyrrelsessymptomene som å etablere regelmessige måltider, normalisere spising, stoppe eller redusere kompensatorisk atferd, som f.eks. oppkast eller overtrening. Ved undervekt er det viktig å ha som mål å oppnå normalvekt. Videre må det være fokus på opprettholdende faktorer og et mål om å redusere dette.

Ved døgnbehandling er miljøterapien sentral, og det bør være en kombinasjon av ulike individuelle og gruppebaserte tiltak med fokus på så vel ulike sider ved spiseforstyrrelsen som på pasientens ressurser.

For mer informasjon om hvilken behandling som anbefales for ulike pasientgrupper, se de ulike anbefalingene i denne retningslinjen.

1.7 Referanser

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®) (Fifth edition ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
2. Backholm, K., Isomaa, R., & Birgegård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *Eur J Psychotraumatol*, 4. doi:10.3402/ejpt.v4i0.22482.

3. Cederlof, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Ruck, C., . . . Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry*, 14(3), 333-338. doi:10.1002/wps.20251.
4. Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Martinsen, E. W., Schmierer, P., & Rosenvinge, J. H. (2014). Personality disorders in eating disorder not otherwise specified and binge eating disorder: a meta-analysis of comorbidity studies. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(2), 119-125.
5. Gadalla, T., & Piran, N. (2007). Co-occurrence of eating disorders and alcohol use disorders in women: a meta analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 10(4), 133-140.
6. Gadalla, T., & Piran, N. (2008). Psychiatric comorbidity in women with disordered eating behavior: a national study. *Women & health*, 48(4), 467-484.
7. Godart, N., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P., & Flament, M. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *J Affect Disord*, 97(1), 37-49.
8. Godt, K. (2008). Personality disorders in 545 patients with eating disorders. *Eur Eat Disord Rev*, 16(2), 94-99. doi:10.1002/erv.844.
9. Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 336-339. doi:10.1097/ycp.0000000000000282.
10. Huke, V., Turk, J., Saeidi, S., Kent, A., & Morgan, J. (2013). Autism spectrum disorders in eating disorder populations: a systematic review. *European Eating Disorders Review*, 21(5), 345-351.
11. Isomaa, R., Backholm, K., & Birgegård, A. (2015). Posttraumatic stress disorder in eating disorder patients: The roles of psychological distress and timing of trauma. *Psychiatry Res*, 230(2), 506-510. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.044.
12. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29(6), 340-345. doi:10.1097/ycp.0000000000000278.
13. Lunde, A. V., Fasmer, O. B., Akiskal, K. K., Akiskal, H. S., & Oedegaard, K. J. (2009). The relationship of bulimia and anorexia nervosa with bipolar disorder and its temperamental foundations. *J Affect Disord*, 115(3), 309-314.
14. Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Overgard, K. T., Neunhoeffler, A. L., . . . Rosenvinge, J. H. (2016). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord*. doi:10.1007/s40519-016-0345-x.
15. McElroy, S. L., Frye, M. A., Helleman, G., Altshuler, L., Leverich, G. S., Suppes, T., . . . Post, R. M. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 128(3), 191-198.
16. Micali, N., Hilton, K., Natatani, E., Heyman, I., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2011). Is childhood OCD a risk factor for eating disorders later in life? A longitudinal study. *Psychological medicine*, 41(12), 2507-2513.
17. Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 49(12), 1045-1057. doi:10.1002/eat.22643.
18. Reas, D. L., Rø, Ø., Karterud, S., Hummelen, B., & Pedersen, G. (2013). Eating disorders in a large clinical sample of men and women with personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 801-809.
19. Root, T. L., Pisetsky, E. M., Thornton, L., Lichtenstein, P., Pedersen, N. L., & Bulik, C. M. (2010). Patterns of co-morbidity of eating disorders and substance use in Swedish females. *Psychological medicine*, 40(01), 105-115.
20. Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198-220.
21. Rø, Ø., Martinsen, E. W., Hoffart, A., Sexton, H., & Rosenvinge, J. H. (2005). The interaction of personality disorders and eating disorders: A two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(2), 106-111.
22. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep*, 14(4), 406-414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y.

23. Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 543-548. doi:10.1097/YCO.0b013e328365a24f.
24. Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents: Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714-723.
25. Turner, H., Marshall, E., Wood, F., Stopa, L., & Waller, G. (2016). CBT for eating disorders: The impact of early changes in eating pathology on later changes in personality pathology, anxiety and depression. *Behaviour research and therapy*, 77, 1-6.
26. Vrabel, K. R., Rø, Ø., Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. H. (2010). Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 22-28.
27. Welch, E., Jangmo, A., Thornton, L. M., Norring, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., Herman, B. K., . . . Bulik, C. M. (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*, 16(1), 163.

2 Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser

Kapittel med beskrivelse av et tema

Dette kapitlet består av en beskrivelse av temaet; risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser. Denne beskrivelsen har ikke status som normerende anbefalinger, men inneholder en relevant omtale av temaet.

Denne omtalen er basert på ulike forskningsartikler som arbeidsgruppen vurderte som relevante.

Det er mange ulike årsaker til å utvikle en spiseforstyrrelse, og hos den enkelte er det ofte en kombinasjon av ulike risiko- og sårbarhetsfaktorer som bidrar i ulik grad (Rikani et al., 2013; Culbert et al., 2015). Utløsende faktorer er viktige for hvorvidt en person med sårbarhetsfaktorer får en spiseforstyrrelse eller ikke, mens beskyttende faktorer kan redusere risikoen for dette selv om det foreligger mange sårbarhetsfaktorer. Vedlikeholdende faktorer bidrar til å gjøre det vanskeligere å bli frisk når en person har utviklet en spiseforstyrrelse.

Genetisk og biologisk sårbarhet

Genetiske faktorer har betydning for risiko for å utvikle spiseforstyrrelser (Zipfel et al., 2015; Striegel-Moore et al., 2007). Forskning på dette området har hatt fokus på ulike signalsystemer i hjernen (Bakalar et al., 2015). Flere gener, og påvirkning av ulike miljøfaktorer, bidrar til den genetiske sårbarheten (Culbert et al., 2015).

Biologisk sårbarhet kan også være knyttet til nevrobiologiske forhold. Anoreksi ser ut til å vise sammenheng med visse kognitive vansker, og både strukturelle og funksjonelle forandringer i hjernen (Culbert et al., 2015), men det er uklart i hvilken grad dette er uttrykk for sårbarhetsfaktorer eller et resultat av underernæring.

Uregelmessig spisemønster, lavt matinntak og slankekurer medfører nevrofysiologiske endringer som kan påvirke psykologisk og kognitiv fungering og øke risikoen for spiseforstyrrelser (Stice, 2016). Overvekt i barne- og ungdomsår og store svingninger i kroppsvekten, både vektøkning og vekttap, viser også sammenheng med økt risiko for spiseforstyrrelser (Bakalar et al., 2015), mens lav kroppsvekt i ungdomstiden er en risikofaktor for anoreksi (Stice, 2016).

Puberteten er en sårbar periode for utvikling av spiseforstyrrelser, særlig hos jenter. Dette kan ha sammenheng med de store hormonelle endringene i puberteten og medfølgende kroppslige og følelsesmessige endringer. Psykologiske og sosiale faktorer vil ha betydning for hvor sårbar den unge er for at omveltningene knyttet til puberteten fører til psykiske vansker, som depresjon, og problemer knyttet til kroppsbilde og spiseatferd.

Psykologisk sårbarhet

Ulike personlighetstrekk ser ut til å øke risikoen for spiseforstyrrelse (Keel et al., 2013). Både arv og miljøfaktorer har betydning for barn og unges personlighetsutvikling. Lav selvfølelse, perfektjonisme og rigiditet er personlighetstrekk som er hyppigere hos personer som utvikler spiseforstyrrelser enn hos friske personer (Stice, 2016; Haynos et al., 2016). Overopptatthet av mat, kropp og vekt er også risikofaktorer for å utvikle spiseforstyrrelse (Stice, 2016; Keel et al., 2013).

Tilstedeværelsen av andre psykiske lidelser er en veletablert risikofaktor for spiseforstyrrelser (Bakalar et al., 2015). Mange psykiske lidelser, som depresjon, angstlidelser, tvangslidelse, ADHD, atferdsforstyrrelser, alkohol- og stoffmisbruk, posttraumatisk stressforstyrrelse, autismespekterforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser, viser økt forekomst hos personer med spiseforstyrrelser. Mulige årsaker til dette kan både være felles genetiske faktorer for ulike psykiatriske lidelser, at belastningen pga. den psykiske lidelsen fører til økt sårbarhet for spiseforstyrrelse, og at spiseforstyrrelsen forsterker andre psykiske vansker, f.eks. depressive symptomer og tvangssymptomer.

Faktorer i familien

Høy utdanning både hos mødre og fedre har vist en sammenheng med høyere forekomst av spiseforstyrrelser hos jenter, men ikke hos gutter (Ahren et al., 2013). En mulig forklaring på dette kan være at foreldre med høy utdanning kan ha høyere forventninger til barnas prestasjoner, og at dette kan føre til at spesielt jenter setter høye krav til seg selv, og dermed kan oppleve mer stress og selvkritikk. Både spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser hos foreldre viser også sammenheng med økt risiko for spiseforstyrrelser hos barna (Bould et al., 2015a, 2015b). Dette kan både skyldes genetiske faktorer og belastninger i familiesituasjonen pga. foreldrenes psykiske lidelse. Det er videre en sammenheng mellom fokus på kroppsstørrelse og slanking hos foreldre og økt risiko for spiseforstyrrelser hos jenter (Haynos et al., 2016; Bould et al., 2015a; Berge et al., 2013).

Dårlig kommunikasjon i familien, og foreldrefunksjoner preget av lite omsorg og lite følelsesmessig tilgjengelighet, kan bidra til økt risiko for spiseforstyrrelser i ungdomstiden (Bakalar et al., 2015; Haynos et al., 2016) og i ung voksen alder (Cordero et al., 2009). Høyt konfliktnivå i familien kan være særlig knyttet til utvikling av bulimi (Goncalves et al., 2016). Andre påkjenninger og stressfaktorer i familien, som tap av nære og trygge relasjoner, og traumatiske erfaringer, som vold eller psykiske, fysiske eller seksuelle overgrep, kan føre til depresjon og andre psykiske reaksjoner, som igjen gir økt sårbarhet for å utvikle spiseforstyrrelser (Bakalar et al., 2015).

Forhold hos barnet (f.eks. prematuritet), hos omsorgspersonene (f.eks. depresjon) og i familiens livssituasjon kan bidra til vansker i samspillet med spebarnet, som igjen kan føre til utrygghet i barnets tilknytningsforhold til omsorgspersoner. Utrygg tilknytning viser sammenheng med økt risiko for psykiske lidelser, inkludert spiseforstyrrelser (Tasca et al., 2014; Jewell et al., 2016).

Sosiokulturelle faktorer

Overgangsfaser i livet kan gi økt sårbarhet for spiseforstyrrelser, særlig der det allerede foreligger andre risikofaktorer. Dette gjelder særlig puberteten, der de biologiske endringene ofte faller sammen i tid med overgang til ungdomsskole med økte krav til målbare skoleprestasjoner, nye utfordringer i forhold til jevnaldrende og til egen identitet som ungdom (Zipfel et al., 2015). Overgang fra ungdom til voksen, og flytting hjemmefra, er også en fase med økt risiko for debut av spiseforstyrrelser. Andre utfordrende sosiale situasjoner, som bytte av skole/studier, tap av venner eller kjæreste og samlivsbrudd, kan også være utløsende faktorer for spiseforstyrrelser hos personer med økt sårbarhet.

Jevnaldremiljøet på skolen og i fritiden har betydning for risiko for å utvikle spiseforstyrrelser (Keel et al., 2013; Bould et al., 2016). Miljøer blant jenter der en er opptatt av kroppsstørrelse, tynnhetsidealer og slanking øker risikoen for spiseforstyrrelser. Personlighetsfaktorer som negativ emosjonalitet og perfektjonisme kan føre til økt risiko for å internalisere tynnhetsidealer i samfunnet eller for å velge venner med usunt fokus på tynnhet (Keel et al., 2013).

Å ha opplevd mobbing, erting eller negative kommentarer om kropp eller vekt viser sammenheng med økt risiko for spiseforstyrrelser (Bakalar et al., 2015; Haynos et al., 2016). Det er også økt forekomst av spiseforstyrrelser

blant unge som deltar i idretter der det er fokus på kroppsstørrelse og/eller utseende (Fay et al., 2013).

Skjønnhetsidealer i samfunnet og kulturen, med stort fokus på slankhet, formidles både direkte og indirekte gjennom familien, jevnaldrende og media, som aviser, TV og internett. Dette kan bidra til internalisering av usunne tynnhetsidealer, kroppsmissnøye og bruk av dietter med lavt kaloriinnhold, særlig blant unge jenter og kvinner, noe som igjen gir økt risiko for spiseforstyrrelser (Keel et al., 2013; Stice et al., 2017).

Beskyttende faktorer

Selv om det er mange og ulike faktorer som kan øke risikoen for å utvikle en spiseforstyrrelse, er det viktig å huske at det også er mange og ulike psykologiske, familiære, sosiale og biologiske faktorer som beskytter mot utvikling av spiseforstyrrelser (Rosenvinge et al., 2015; Liechty et al., 2013). Dette er faktorer som gode relasjoner i familien (Cordero et al., 2009), sosiale nettverk og tilgang på sosial støtte når man trenger det, samt personlighetstrekk og væremåter som gjør det enklere for andre å gi slik sosial støtte.

Foreldre og andre voksne som har kontakt med ungdom, som lærere, idrettsledere og helsesøstre, kan bidra til å redusere risikoen for spiseforstyrrelser (Haynos et al., 2016; Keel et al., 2013), bl.a. ved å understøtte sunne kroppsidealene, godt selvbilde, rutiner for regelmessige måltider, og til å motvirke slanking og vekttap hos unge, både gjennom holdninger og ved å oppdage dette tidlig.

Utløsende faktorer

Underernæring og vekttap, vanligvis pga. restriktivt spisemønster eller dietter, er en viktig utløsende faktor for anoreksi og bulimi hos personer med sårbarhet for spiseforstyrrelser (Stice, 2016). Andre utløsende faktorer kan være utfordrende overgangsfaser, særlig puberteten og flytting hjemmefra, eller belastende hendelser, som sykdom/skader, tap av nære personer, mobbing eller overgrep.

For personer som er i behandling for spiseforstyrrelser, vil diskontinuitet i behandlingsrelasjoner og behandlingsopplegg pga. overføring mellom ulike behandlingssteder, f.eks. fra BUP til DPS, fra spesialist- til primærhelsetjenesten eller ved utskrivning fra døgnbehandling, kunne være spesielt sårbare situasjoner med økt risiko for å avbryte videre behandling og for tilbakefall.

Vedlikeholdende faktorer

Lav vekt og underernæring fører til fysiologiske, psykiske og kognitive forstyrrelser som forsterker spiseforstyrret atferd (Stice, 2016). Kognitive og følelsesmessige faktorer som bidrar til sårbarhet for å utvikle spiseforstyrrelser, kan også forsterkes som følge av selve spiseforstyrrelsen, og bidra til å opprettholde sykdommen (Treasure et al., 2013). Spiseforstyrrelser påvirker samspillet i familien i stor grad, og det kan utvikle seg samspillsmønstre som er lite nyttige eller negative for bedring av spiseforstyrrelsen (Anastasiadou et al., 2014; Salerno et al., 2016). Dette kan motvirkes ved å gi støtte og hjelp til foreldre og andre pårørende slik at de blir tryggere på hvordan de kan hjelpe den som er syk, og dermed bidra til mer hensiktsmessige samspillsmønstre (Hibbs et al., 2015).

Referanser

1. Ahren, J. C., Chiesa, F., Koupil, I., Magnusson, C., Dalman, C., & Goodman, A. (2013). We are family--parents, siblings, and eating disorders in a prospective total-population study of 250,000 Swedish males and females. *Int J Eat Disord*, 46(7), 693-700. doi:10.1002/eat.22146.
2. Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eat.Behav.*, 15(3), 464-477.
3. Bakalar, J. L., Shank, L. M., Vannucci, A., Radin, R. M., & Tanofsky-Kraff, M. (2015). Recent Advances in Developmental and Risk Factor Research on Eating Disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 17(6), 42. doi:10.1007/s11920-015-0585-x.
4. Berge, J. M., Maclehose, R., Loth, K. A., Eisenberg, M., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Parent conversations about healthful eating and weight: associations with adolescent disordered

- eating behaviors. *JAMA Pediatr*, 167(8), 746-753. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.78.
5. Bould, H., De Stavola, B., Magnusson, C., Micali, N., Dal, H., Evans, J., . . . Lewis, G. (2016). The influence of school on whether girls develop eating disorders. *Int J Epidemiol*, 45(2), 480-488. doi:10.1093/ije/dyw037.
 6. Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015a). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *Int J Eat Disord*, 48(4), 383-391. doi:10.1002/eat.22325.
 7. Bould, H., Sovio, U., Koupil, I., Dalman, C., Micali, N., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015b). Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort. *Acta Psychiatr Scand*, 132(1), 51-59. doi:10.1111/acps.12389.
 8. Cordero, E. D., & Israel, T. (2009). Parents as protective factors in eating problems of college women. *Eat Disord*, 17(2), 146-161. doi:10.1080/10640260802714639.
 9. Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2015). Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. doi:10.1111/jcpp.12441.
 10. Fay, K., & Lerner, R. M. (2013). Weighing in on the issue: a longitudinal analysis of the influence of selected individual factors and the sports context on the developmental trajectories of eating pathology among adolescents. *J Youth Adolesc*, 42(1), 33-51. doi:10.1007/s10964-012-9844-x.
 11. Goncalves, S., Machado, B. C., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2016). Retrospective Correlates for Bulimia Nervosa: A Matched Case-Control Study. *Eur Eat Disord Rev*, 24(3), 197-205. doi:10.1002/erv.2434.
 12. Haynos, A. F., Watts, A. W., Loth, K. A., Pearson, C. M., & Neumark-Stzainer, D. (2016). Factors Predicting an Escalation of Restrictive Eating During Adolescence. *J Adolesc Health*, 59(4), 391-396. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.03.011.
 13. Hibbs, R., Rhind, C., Leppanen, J., & Treasure, J. (2015). Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 48(4), 349-361. doi:10.1002/eat.22298.
 14. Jewell, T., Collyer, H., Gardner, T., Tchanturia, K., Simic, M., Fonagy, P., & Eisler, I. (2016). Attachment and mentalization and their association with child and adolescent eating pathology: A systematic review. *Int J Eat Disord*, 49(4), 354-373. doi:10.1002/eat.22473.
 15. Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord*, 46(5), 433-439. doi:10.1002/eat.22094.
 16. Liechty, J. M., & Lee, M. J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the U.S. *Int J Eat Disord*, 46(8), 790-800. doi:10.1002/eat.22174.
 17. Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., . . . Mobassarrah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*, 20(4), 157-161. doi:10.5214/ans.0972.7531.200409.
 18. Rosenvinge, J. H., Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part III: Social epidemiology and case definitions revisited. . *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(3), 17. doi:DOI: 10.1080/21662630.2015.1022197.
 19. Salerno, L., Rhind, C., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., . . . Treasure, J. (2016). An examination of the impact of care giving styles (accommodation and skilful communication and support) on the one year outcome of adolescent anorexia nervosa: Testing the assumptions of the cognitive interpersonal model in anorexia nervosa. *J Affect Disord*, 191, 230-236. doi:10.1016/j.jad.2015.11.016.
 20. Stice, E. (2016). Interactive and Mediational Etiologic Models of Eating Disorder Onset: Evidence from Prospective Studies. *Annu Rev Clin Psychol*, 12, 359-381. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093317.
 21. Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM-5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol*, 126(1), 38-51. doi:10.1037/abn0000219.
 22. Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *Am Psychol*, 62(3), 181-198. doi:10.1037/0003-066x.62.3.181.
 23. Tasca, G. A., & Balfour, L. (2014). Attachment and eating disorders: a review of current research. *Int.J.Eat.Disord.*, 47(7), 710-717.
 24. Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *J Eat Disord*, 1, 13. doi:10.1186/2050-2974-1-13.

25. Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111. doi:10.1016/s2215-0366(15)00356-9.

3 Identifisering og oppfølging i primærhelsetjenesten

3.1 Kapittel med beskrivelse av temaer

Dette kapitlet består av en beskrivelse av temaet; identifisering og oppfølging i primærhelsetjenestene. Denne beskrivelsen har ikke status som normerende anbefalinger, men inneholder en relevant omtale av temaet.

Denne omtalen er basert på ulike forskningsartikler som arbeidsgruppen vurderte som relevante, samt diskusjon rundt temaet i arbeidsgruppen.

3.2 Forebygging

Det er viktig at helsearbeidere i primærhelsetjenesten har fokus på tidlig oppdagelse og intervensjon ved mistanke om spiseforstyrrelse. Det å kunne forebygge utvikling av spiseforstyrrelser er viktig, men selv om det er utviklet mange metoder for forebygging av spiseforstyrrelser, er det fortsatt usikkert om dette kan redusere antallet som får en spiseforstyrrelse (Le et al., 2017).

Sekundærforebygging i form av tidlig identifisering, forutsetter grunnleggende kunnskap om tidlige tegn på mulig spiseforstyrrelse uansett pasientens alder, og tidlig intervensjon er viktig for å redusere faren for utvikling av alvorlig sykdom. Se også kapittel: [Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser](#).

3.3 Barn og ungdom

Spiseforstyrrelser kan ramme i ung alder, og skolehelsetjenesten med helsesøster vil ha en viktig rolle overfor skoleelever. Det er viktig å fange opp de som befinner seg i risikosonen, og at helsesøster åpner for at elever kan komme for en samtale eller få råd uten at de behøver å ha et klart definert problem. Bekymrede medelever, lærere eller foreldre kan også ta kontakt med helsesøster, og sammen kan de finne en strategi slik at den eleven som strever kan få hjelp. Det første møtet med en ungdom som har problemer er viktig, og når en ungdom tar kontakt, er første steg å skape tillit, og å signalisere ro og trygghet. Overgangen fra barn til tenåring til voksen kan oppleves vanskelig for mange, men bare et fåtall utvikler en spiseforstyrrelse.

Ved mistanke om spiseforstyrrelse bør fastlegen involveres for videre utredning og eventuell henvisning til behandling.

Tidlige tegn på mulig spiseforstyrrelse hos barn/unge

Generelle symptomer på nedsatt trivsel og dårlig form, som endringer i aktivitet og skoleprestasjoner, endringer i spisevaner og vektendringer (både opp og ned) kan øke mistanken om en begynnende spiseforstyrrelse. Mange er økende opptatt av vekt, sunn mat og fysisk trening.

Plager som **kan** være tidlige tegn på spiseforstyrrelse:

- Hodepine
- Konsentrasjonsproblemer
- Reduserte skoleprestasjoner
- Svimmelhet/besvimelse

- Mage- og fordøyelsesproblemer
- Vektendringer (både opp og ned)
- Muskelsmerter
- Menstruasjonsforstyrrelser
- Forsinket pubertetsutvikling
- Redusert høydevekst

Dersom en elev oppsøker helsesøster eller fastlege med slike symptomer, er det viktig at en mulig spiseforstyrrelse vurderes og utredes.

3.4 Voksne

I primærhelsetjenesten er det oftest fastlegen som møter voksne pasienter med mulig spiseforstyrrelser. Selv om spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi gjerne debuterer i ungdomså, er det mange som ikke kommer i kontakt med helsetjenesten før de er voksne, og mange blir ikke diagnostisert selv om de har vært i kontakt med helsetjenesten.

Mange voksne oppsøker fastlegen med diffuse symptomer som kan være uttrykk for spiseforstyrrelse. Det er derfor viktig at det stilles konkrete spørsmål om spiseforstyrrelsessymptomer eller- adferd ved utredning av ulike somatiske og psykiske symptomer, selv om de oppsøker helsetjenesten for andre symptomer og plager. Å erkjenne at man har spiseforstyrrelser kan være veldig skamfullt.

3.5 Nyttige spørsmål for å avdekke spiseforstyrrelse for barn, unge og voksne

- Kaster du opp fordi du føler deg ubehagelig full i magen?
- Er du bekymret fordi du mister kontroll over hvor mye du spiser?
- Har du nylig gått ned med mer enn seks kilo i vekt over en tremånedersperiode?
- Synes du at du er tykk selv om andre sier at du er for tynn?
- Vil du si at mat har en dominerende plass i livet ditt?

Basert på SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire (Hill et al., 2010).

Momenter for å kartlegge trening og funksjon

Det er ikke bare forholdet til mat og spising som det er viktig å kartlegge, også spørsmål om trening og fysisk aktivitet, samt hvordan hverdagslivet påvirkes, hører med. Påvirkes konsentrasjon og arbeid/skoleprestasjoner, og hvordan påvirkes fritidsaktiviteter og det sosiale nettverket?

Fysisk aktivitet/trening

- Hvordan er balansen mellom aktivitet, hvile og ernæring?
- Er treningen rigid og tvangspreget, eller lystbetont?
- Trening for å unngå uro, dårlig samvittighet, vanskelige følelser
- Trening for å tillate seg å spise og hvile
- Trening for kontroll av vekt, kropp og fasong

Påvirkning av funksjon

- Konsentrasjon
- Arbeidsevne/skoleprestasjoner
- Sosial fungering
- Fritidsaktiviteter

En norsk studie konkluderer med at pasienten og allmennlegen snakker for lite sammen om spiseforstyrrelsessymptomene, spesielt om overspising og overtrening. Det er viktig at legen spør direkte om hvert enkelt spiseforstyrrelsessymptom for å få pasienten til å fortelle om disse (Halvorsen et al., 2014).

3.6 Utredning i primærhelsetjenesten for barn, unge og voksne

Utredning i primærhelsetjenesten foregår hos fastlegen. Utredningen bør omfatte både somatiske og psykiatriske symptomer. Høyde og vekt bør måles som en del av den somatiske utredningen. For barn og ungdom bør utredningen utføres i nært samarbeid med omsorgspersonene fra familien.

For mer informasjon, se anbefaling om [utredning i primærhelsetjenesten](#).

3.7 Behandling i primærhelsetjenesten for barn, unge og voksne

Hvilke pasienter som bør henvises til spesialisthelsetjenesten avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad og fastlegens kompetanse på sykdommen. Alle barn og unge med mistanke om spiseforstyrrelser bør henvises til spesialisthelsetjenesten. For mer informasjon om når pasienten bør henvises til spesialisthelsetjenesten, se kapittel: [Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten](#).

Dersom det vurderes at det ikke er behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, kan fastlege og kommunepsykologer behandle pasienter med spiseforstyrrelser, hvis de har relevant kompetanse til dette. Noen pasienter ønsker ikke behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kan innhentes råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten i henhold til deres veiledningsplikt, for å ivareta forsvarlighetskravet.

Ved behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten bør det være fokus på symptomreduksjon i form av vektøkning ved anoreksi, reduksjon av bulimisk adferd ved bulimi og reduksjon av overspising ved overspising. Målene må være realistiske, og bruk av spiseliste og oppfølging av fysisk aktivitet anbefales. Behandling av andre lidelser som angst og depresjon er også viktig. Ved vedvarende symptomer bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten.

Se for øvrig de ulike anbefalingene for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser i følgende kapitler:

[Poliklinisk behandling og indikasjon for innleggelse](#)

[Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser](#)

[Psykoterapi for barn og unge med spiseforstyrrelser](#)

[Legemiddelbehandling for pasienter med spiseforstyrrelser](#)

[Somatisk behandling for pasienter med spiseforstyrrelser](#)

3.8 Oppfølging av pasienter som er i spesialisthelsetjenesten

Når pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten vil behandler der ha ansvaret også for at de somatiske symptomene og komplikasjonene ved spiseforstyrrelsen blir fulgt opp. Enkelte poliklinikker vil gjøre dette i samarbeid med fastlege, som gjør undersøkelser og tar prøver og rapporterer tilbake til poliklinisk behandler.

3.9 Oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten

Ved avsluttet behandling av pasienten i spesialisthelsetjenesten, bør fastlege ha et oppfølgingsansvar blant annet med fokus på å forebygge tilbakefall. Veiing og spørsmål om konkrete symptomer er viktig, samt støtte til å håndtere utfordringer uten å ty til spiseforstyrrelsen. Studier viser at faren for tilbakefall er størst umiddelbart etter avsluttet behandling og avtar etter hvert, men faren for tilbakefall er fremdeles høy frem til 1,5 år etter avsluttet behandling (Berends et al., 2016).

3.10 Langvarig alvorlig syke (SEED, Serious Enduring Eating Disorders)

Dette er en pasientgruppe som ikke har nyttiggjort seg behandling i spesialisthelsetjenesten, og som følges opp i primærhelsetjenesten. Somatisk oppfølging, men også oppfølging av pasientens psykisk og sosiale forhold er viktig, og fortsatt motivasjon til å våge endring.

For noen pasienter vil det være nødvendig med sykehusinnleggelse i perioder for å unngå betydelig forverring av tilstanden.

3.11 Referanser

1. Le, L. K., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 53, 46-58. doi:10.1016/j.cpr.2017.02.001.
2. Hill, L. S., Reid, F., Morgan, J. F., & Lacey, J. H. (2010). SCOFF, the development of an eating disorder screening questionnaire. *Int J Eat Disord*, 43(4), 344-351. doi:10.1002/eat.20679.
3. Halvorsen, T. F., Haavet, O. R., Rydsa, B. J., Skarbo, T., & Rosvold, E. O. (2014). Patients' experience of their general practitioner's follow-up of serious eating disorders. *Tidsskr Nor Legeforen*, 134(21), 2047-2051. doi:10.4045/tidsskr.13.1222.
4. Berends, T., van Meijel, B., Nugteren, W., Deen, M., Danner, U. N., Hoek, H. W., & van Elburg, A. A. (2016). Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *BMC Psychiatry*, 16(1), 316. doi:10.1186/s12888-016-1019-y.

4 Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten

Kapittel med beskrivelse av et tema

Dette kapitlet består av en beskrivelse av temaene; samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten. Denne beskrivelsen har ikke status som normerende anbefalinger, men inneholder en relevant omtale av temaene.

Denne omtalen er basert på ulike styringsdokumenter, og andre dokumenter som arbeidsgruppen vurderte som relevante, samt en diskusjon av temaene.

Behov for samarbeid

Alvorlighetsgrad, sykdomsvarighet, omfang av tilleggs lidelser og pasientgruppens totale psykososiale situasjon, kan utløse behov for tjenestetilbud over lengre tid både fra kommunehelsetjenesten, somatisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsevern. Dette stiller store krav til samhandling og samarbeid innad og mellom tjenestenivåene. Overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innen spesialisthelsetjenesten er særlig utfordrende, ikke minst fordi pasienten selv ofte ikke ønsker eller syns de trenger behandling, eller ikke ønsker endring. Motivasjonsarbeid i forkant av henvisning vil derfor være avgjørende. Tett fastlegeoppfølging og at fastlegen tydelig viser interesse for pasientens situasjon vil kunne være med å minske den ambivalensen mange pasienter sitter med. Rett tidspunkt (timing) er helt avgjørende for at pasienten skal være motivert for å ta imot behandling. Overganger bør derfor planlegges nøye og sikres av etablerte samarbeidsavtaler.

Samarbeid innen primærhelsetjenesten

Kommunene har et viktig og bredt ansvar for pasienters behandling og rehabilitering, jfr. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Relevante aktører i primærhelsetjenesten er fastlege, jordmødre, skolehelsetjeneste med helsesøstre, helsestasjon, tannhelsetjeneste, samt psykisk helsearbeid i kommunen. Hvordan kommuner organiserer sitt arbeid innen helse vil variere fra kommune til kommune.

Skolehelsetjeneste og helsestasjon

I veilederen for psykisk helsearbeid anbefales det at leder for helsestasjon og helsestasjon for ungdom etablerer et nært samarbeid med kommunelegen i form av skriftliggjorte rutiner rundt medisinske utredninger, konsultasjoner og annen oppfølging.

Det er viktig at helsepersonell i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon har lav terskel for å ta kontakt med fastlege, og/eller annet helsepersonell med kompetanse på spiseforstyrrelser, for råd/veiledning eller videre henvisning.

Helsesøster bør ha kjennskap til de viktigste tegn på spiseproblemer og spiseforstyrrelser, og vurdere alvorlighetsgrad ut fra kunnskap om barn og unges normalutvikling. Se også kapittelet: [Risiko- og sårbarhetsfaktorer ved spiseforstyrrelser](#); kapittelet: [Identifisering og oppfølging i primærhelsetjenesten](#) og [Retningslinje for skolehelsetjenesten](#).

Jordmor bør ha kjennskap til de viktigste tegn på spiseproblemer og spiseforstyrrelser og vurdere alvorlighetsgrad ut fra kunnskap om normalutvikling under svangerskap. For anbefaling om behandling av spiseforstyrrelser under svangerskap, se [anbefaling for graviditet og barselperiode for kvinner med spiseforstyrrelser](#).

Fastlegens ansvar

Fastlegen er en viktig ressurs i behandling av spiseforstyrrelser for å utrede pasientene og påse at behandling tilbys ut fra alvorlighetsgrad. Fastlegen har også det koordinerende ansvar for pasienten gjennom hele pasientforløpet. For å ivareta hensynet til somatisk oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelser, er det naturlig at fastlegen har et særlig ansvar for den medisinske oppfølgingen utenfor spesialisthelsetjenesten. Ved spiseforstyrrelser er det spesielt viktig at alle involverte parter vet hvem som har ansvaret for vektmåling og somatisk oppfølging for den enkelte pasient.

Det er viktig at fastlege har kompetanse til å identifisere spiseforstyrrelser og henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov. Det er avgjørende at fastlegen bygger opp et sterkt tillitsforhold til pasienten og alltid gir pasienten ny time før pasienten forlater legekantoret. Dersom det vurderes at det ikke er behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten, kan fastlege og psykologer i kommunehelsetjenesten behandle pasienter med spiseforstyrrelser, hvis de har relevant kompetanse.

Se også kapittelet: [Identifisering og oppfølging i primærhelsetjenesten](#) og anbefaling for [utredning i primærhelsetjenesten](#).

I noen tilfeller bør det også innhentes råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten i henhold til deres veiledningsplikt, for å ivareta forsvarlighetskravet.

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Når pasienten skal henvises til spesialisthelsetjenesten avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad og fastlegens kompetanse på sykdommen.

Alle barn og unge med mistanke om spiseforstyrrelse kan henvises til lokal BUP. Rask oppstart av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten øker sannsynligheten for rask symptomkontroll og bedre prognose.

Som beslutningsstøtte ved vurderinger av henvisning er det utgitt prioriteringsveileder både for barn og unge og voksne, der det for både barn/unge og voksne med anoreksi er angitt en frist for utredning og behandling på 8 uker, for anoreksi med alvorlig forverring er fristen 4 uker, og for bulimi er fristen 12 uker. Dagens prioriteringsveileder angir ikke frist for behandling av overspisingslidelse.

Se også følgende prioriteringsveiledere:

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne](#)

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge](#)

Voksne med anoreksi og alvorlig bulimi bør henvises til spesialisthelsetjenesten. Dersom fastlege har kompetanse til å starte behandling av bulimi eller overspisingslidelse kan slik behandling igangsettes. Ved manglende bedring eller forverring skal pasienten raskt henvises videre.

For vurdering av alvorlighetsgraden, se kapittel: [Om spiseforstyrrelser](#).

Se også:

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne](#)

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge](#)

Samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

Samhandling og helhet er spesielt viktig ved spiseforstyrrelser fordi behandling og rehabilitering kan strekke seg over mange år, fordi pasienten er ambivalent til behandling og tilfriskning. Samarbeid er særlig viktig blant annet knyttet til behov for å overvåke vektutvikling, somatisk helse og for å behandle samsykelighet. Videre vil fokus på tilrettelegging eller sykemelding i pasientens arbeid, skolegang være avgjørende for at pasienten faktisk kan nyttiggjøre seg en terapi. Det må sikres god dialog med fastlege under behandling i spesialisthelsetjenesten. Ansvar for samarbeidsmøte/informasjonsutveksling bør ivaretas av behandler i spesialisthelsetjenesten.

Individuell plan

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har [rett til å få utarbeidet individuell plan](#). Dette er særlig viktig for pasienter med langvarig og alvorlig spiseforstyrrelser der det er nødvendig med et godt samarbeid mellom psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten, somatisk avdeling og primærhelsetjenesten, og andre kommunale hjelpetjenester.

Samarbeid innen spesialisthelsetjenesten

Behandling i spesialisthelsetjenesten varierer i forhold til intensitet og lengde, og hvilke instanser som er involvert ut fra alvorlighetsgrad av lidelsen. Ved poliklinisk behandling er behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten

ansvarlig for at det er tydelig avklart hvem som følger opp pasienten somatisk, enten det er fastlegen eller lege i spesialisthelsetjenesten.

På flere poliklinikker finnes det spesialiserte team eller enkelt behandlere med særlig kompetanse innen spiseforstyrrelser som bør rådspørres av mindre erfarne behandlere, på tvers av seksjoner innen psykisk helsevern og somatiske avdelinger

I hver helseregion er det spesialiserte regionale enheter for behandling av spiseforstyrrelser for de mest alvorlig syke. Noen steder er det etablert lokale spesialiserte poliklinikker og/eller sengeposter. Det er opp til hvert regionalt helseforetak å finne frem til egnet organisering av spesialisert kompetanse innen arbeid med spiseforstyrrelser for alle aldersgrupper.

Ved manglende bedring over tid bør personal med spesialkompetanse kontaktes for råd og veiledning. Det er viktig at det utarbeides klare samarbeidsrutiner innad i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig de mest alvorlig syke der innleggelse i somatisk avdeling kan være nødvendig.

Aktuelle dokumenter:

[Lov om spesialisthelsetjenester](#)

[Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#)

[Forskrift til lov om spesialisthelsetjenesten](#)

[Revidert forskrift om prioritering og rett til spesialistbehandling](#)

[Forskrift om individuell plan](#)

[Nasjonale veiledere om samhandling i og mellom tjenestenivåene](#)

[Nasjonal veileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge](#)

[Helsedirektoratets pårørendeveileder](#)

[Helsedirektoratets veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge](#)

[Nasjonal retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten](#)

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne](#)

[Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge](#)

5 Familiearbeid ved spiseforstyrrelser for barn, unge og voksne i primær- og spesialisthelsetjenesten

5.1 Dialog og samarbeid med familie og andre pårørende bør vektlegges for personer med spiseforstyrrelser

Dialog og samarbeid med familie og andre pårørende bør vektlegges både i primær- og spesialisthelsetjenesten for barn, unge og voksne med spiseforstyrrelser.

Begrunnelse

Populasjon

Barn og unge med spiseforstyrrelser

Intervensjon

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser

Komparator

Ingen inkludering av familie eller andre omsorgspersoner

Sammendrag

Anbefalingen er basert på konsensus i arbeidsgruppen, på bakgrunn av klinisk erfaring og bruker erfaring. Som informasjon brukte arbeidsgruppen ulike forskningsartikler som arbeidsgruppen vurderte som relevante.

Dialog og samarbeid med familien, og andre nære pårørende, anbefales for barn, unge og voksne med spiseforstyrrelser både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

For å behandle barn og unge med spiseforstyrrelser [anbefales familiebasert behandling](#).

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser er spesifikke behandlingsmetoder for barn og unge med spiseforstyrrelser, mens familiearbeid er et vidt begrep som her brukes om all helsehjelp der dialog og samarbeid med familie og andre pårørende inngår i utredning, støtte, behandling og/eller oppfølging av personer med spiseforstyrrelser. Familiearbeid vurderes som nyttig både for å gi hensiktsmessig hjelp til den som er syk, og for å ivareta pårørendes behov når en nær person er rammet av spiseforstyrrelse.

For barn og unge under 18 år bør foreldre være inkludert i utredning, oppfølging og behandling. Hvis det foreligger forhold som gjør at en eller begge foreldre ikke kan, eller bør, delta i den unges helsetilbud, bør en inkludere andre omsorgspersoner fra familien eller barnevernstjenesten som kan støtte barnet/den unge. Helsepersonell bør også være oppmerksom på søskens situasjon, og bidra til at deres behov for informasjon og omsorg blir ivaretatt.

Også for unge voksne vil foreldre ofte være de viktigste støttepersonene, og være sterkt berørt av sitt barns sykdom. Forutsatt samtykke fra pasienten, bør foreldre inkluderes i dialog og samarbeid med helsepersonell for unge voksne med spiseforstyrrelser, selv om foreldre ikke har den samme rollen som ved mindreårige barn.

Hos pasienter som har en partner vil det ofte være nyttig å tilby kontakt og samarbeid med partner. Det kan også være aktuelt å inkludere nære venner, eller andre støttepersoner, til samtaler med pasienten sammen med helsepersonell. Dersom pasienten har barn, må både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten være oppmerksomme på pasientens behov for støtte i sin foreldrefungering, og på barnas situasjon og behov for omsorg, informasjon og et normalt dagligliv.

Begrunnelse

Støtte og hjelp fra familien og andre nære pårørende er viktig for personer med spiseforstyrrelser og kan føre til bedre prognose.

Familiemedlemmer og andre pårørende blir sterkt berørt av spiseforstyrrelser, og kan føle stor grad av bekymring og maktesløshet (Fox et al., 2015). Samarbeid med og hjelp til nære pårørende har betydning

både for å gjøre dem bedre i stand til å støtte den som er syk, for å fremme forståelse og samarbeid i familien, og for å redusere stress og psykiske plager hos pårørende (Hibbs et al., 2015).

Anbefalingen er sterk på bakgrunn av konsensus.

Praktisk

Generelt

Formålet med familiearbeid kan både være gjensidig informasjonsutveksling, å gi god helsehjelp til den som er syk og å støtte andre familiemedlemmer.

Pårørende er en viktig kunnskapskilde for å forstå pasientens situasjon. De kjenner pasienten og sykdomsutviklingen, og helsepersonell må derfor etterspørre og lytte til deres vurdering og erfaringer. Spiseforstyrrelser er ofte vanskelige å forstå både for pasienten selv, pårørende og helsepersonell. Pårørende har derfor stort behov for informasjon om sykdommen og behandlingen, noe som både gjelder foreldre, partnere, andre støttepersoner, søsken og barn av personer med spiseforstyrrelser, der informasjon må tilpasses barnets alder.

Kunnskap og forståelse av hvordan sykdommen arter seg har betydning for at foreldre og andre støttepersoner kan hjelpe pasienten på en hensiktsmessig måte, og for å redusere konflikter og negative samspillsmønstre som kan utvikle seg som følge av sykdommen. Pårørende blir sterkt berørt når en nær person rammes av spiseforstyrrelser, og overveldes ofte av følelser som usikkerhet, makteløshet og bekymring. De vil ofte ha behov for en drøftingspartner i helsevesenet både mht. hvordan de best mulig kan bruke sine ressurser og sitt engasjement til å hjelpe den som er syk, og vedrørende sin egen situasjon som pårørende.

Barn og unge

Foreldre til barn og unge under 18 år trenger informasjon og deltagelse i helsehjelpen for å ivareta sitt foreldreansvar. Behandling av barn under 16 er som hovedregel basert på foreldresamtykke, mens unge over 16 år samtykker selv til helsehjelp. Unge over 16 vil som regel samtykke i at foreldre blir inkludert når helsepersonell formidler at dette er nyttig. Helsepersonell kan, uten hinder av taushetsplikten, gi informasjon til foreldre eller andre med foreldreansvar, som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret ([link til lov om pasient- og brukerrettigheter](#)). En bør informere unge om hvilken informasjon som blir delt med foreldrene.

Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle om det foreligger spesielle forhold i familien som har betydning for hvordan omsorgspersoner skal inkluderes i helsetilbudet. Et høyt konfliktnivå i familien er en vanlig følge av spiseforstyrrelser og er ikke i seg selv en kontraindikasjon for familiearbeid. Bedring av spiseforstyrrelsen fører til bedring av familiens fungering (Ciao et al., 2015). I familier der kommunikasjonen er preget av et spesielt høyt nivå av kritikk mot den som er syk, og særlig ved uttrykt fiendtlighet, kan separate samtaler med foreldre og den unge være mer hensiktsmessig enn samtaler med familien sammen (Rienecke et al., 2016).

Dersom barnet/den unge har vært utsatt for overgrep fra en nær person, skal ikke den personen som har utsatt pasienten for alvorlige krenkelser inkluderes i familiearbeidet. Hvis den unge ikke har foreldre som kan eller bør inkluderes i den unges helsetilbud, bør en inkludere andre omsorgspersoner fra familien eller barnevernstjenesten som kan støtte barnet/den unge følelsesmessig og med spiseforstyrrelsen. Fosterforeldre, ansatte i barnevernsinstitusjoner eller andre daglige omsorgspersoner vil, i likhet med foreldre, ha behov for støtte og veiledning, og vil være viktige samarbeidspartnere for helsepersonell.

Omsorgen for barn og unge med spiseforstyrrelser kan være svært krevende. En viktig del av oppfølgingen er å avklare hvilken bistand barn og unge trenger fra familie, foreldrefungering og kommunale tjenester. Det kan være aktuelt med bistand for å understøtte bedre foreldrefungering, enten gjennom økonomisk bistand fra NAV eller tiltak fra barnevernstjenesten. Foreldre ha ha rett til pleiepenger for å gi omsorg til

barn/unge under 18 år under sykehusopphold. Ved svært alvorlig sykdom som krever omfattende pleie og tilsyn fra foreldrene, kan de ha rett til pleiepenger også når behandlingen er poliklinisk ([link til pleiepenger](#)). Kommunale instanser vil være viktige både for å gi støtte til pasienten, andre familiemedlemmer (inkludert søsken) og gi avlastning. Barnevernstjenesten bør kontaktes der pasientens behov for oppfølging, på tross av behandling, er større enn det foreldrene kan ivareta. Det kan også være aktuelt å vurdere om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. helsepersonelloven § 33.

Voksne

Pårørende til voksne med spiseforstyrrelser kan være like berørt av sykdommen som når pasienten er mindreårig. Hos voksne skjer informasjon til og samarbeid med pårørende som hovedregel etter samtykke fra pasienten. De fleste pasienter vil samtykke i at pårørende inkluderes i dialog og samarbeid når helsepersonell har tro på at dette vil være nyttig, og de er trygge på at deres ønsker mht. hvordan dette skal skje blir respektert. Foreldrene vil oftest være de viktigste støttepersonene for unge voksne. Deres rolle kan være spesielt vanskelig dersom de ikke får informasjon og dialog med helsetjenesten når det er grunn til alvorlig bekymring for den unges helse.

Avhengig av pasientens alder, livssituasjon og ønsker, kan det være aktuelt både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten å invitere foreldre, søsken, partner, nære venner eller andre støttepersoner for å få informasjon om sykdommen og behandlingen, delta i samtaler og annen behandling sammen med pasienten.

Når voksne med spiseforstyrrelser har barn, bør helsepersonell være spesielt oppmerksom på barnets situasjon og behov både i primærhelsetjenesten (fastlege, jordmor, helsestasjon m.m.) og i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også ved graviditet og barselperiode, se kapittel: [Graviditet og barselperiode for kvinner med spiseforstyrrelse](#). Det vil være viktig å støtte pasientens foreldrefungering, men også å ivareta barns behov gjennom informasjon til, og samarbeid med, andre omsorgspersoner. En bør tilstrebe et normalt dagligliv for barna og at foreldres spiseforstyrrelser ikke preger familiens måltider og forhold til mat. Når barn er pårørende til alvorlig syke foreldre, vil de ha behov for aldersadekvat informasjon og for å kunne uttrykke sine tanker og spørsmål om situasjonen, enten sammen med sine omsorgspersoner, helsepersonell eller andre voksne.

Å opprettholde og fremme gode relasjoner til pårørende og venner, på tross av langvarig sykdom, er viktig for motivasjon for bedring og funksjon i hverdagen. For voksne med langvarige, alvorlige spiseforstyrrelser vil det være viktig at pårørende er trygge på at pasienten får hensiktsmessig, langsiktig oppfølging fra helsetjenesten og eventuelt kommunale tilbud, som bolig, måltidsstøtte m.m., både for at pårørende ikke blir sittende alene med et for stort ansvar, og for å støtte pasientens rolle som voksen på tross av sykdom. Langvarig sykdom virker inn på pårørendes liv og kan ha negative konsekvenser for deres psykiske helse og livskvalitet. De kan derfor ha behov for samtaler om sin egen situasjon som pårørende, f.eks. med fastlege eller psykolog.

Referanser

- Fox, J. R., Dean, M., & Whittlesea, A. The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies Clin Psychol Psychother 2015.
- 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 4 349 361
- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & le, G. D Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa Int.J.Eat.Disord 2015 48 1 81 90
- Rienecke, R. D., Accurso, E. C., Lock, J., & le, G. D Expressed Emotion, Family Functioning, and Treatment Outcome for Adolescents with Anorexia Nervosa Eur.Eat.Disord.Rev 2016 24 1 43 51

o Selvhjelp

6.1 Selvhjelp kan tilbys til personer med anoreksi, som supplement til annen behandling

Voksne med anoreksi kan benytte selvhjelp som supplement til annen behandling.

Ungdom kan benytte selvhjelp i samråd med behandlingsansvarlig.

Pårørende til barn, ungdom eller voksne med anoreksi kan benytte selvhjelp.

Begrunnelse

Populasjon

Personer med anoreksi

Intervensjon

Selvhjelp

Komparator

Ventelieste, placebo/attention control

Utfall

KMI, livskvalitet, motivasjon, sosial støtte, redusert sosial isolasjon, psykopatologi knyttet til spiseforstyrrelse

Sammendrag

Ved litteratursøk ble det ikke funnet noen systematisk litteraturoversikt som kunne svare på om selvhjelp har noen positiv effekt for personer med anoreksi. Anbefalingen er derfor basert på konsensus i arbeidsgruppen, på bakgrunn av klinisk erfaring og bruker erfaring.

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Vi fant ingen relevant oppsummert forskning om selvhjelp for personer med anoreksi. Alle disse anbefalingene er basert på konsensus i arbeidsgruppen. For voksne og pårørende er anbefalingen svak om å benytte selvhjelp/selvhjelpsmateriell. For ungdom er anbefalingen svak om å benytte selvhjelp i samråd med behandlingsansvarlig.

Det finnes mange former for selvhjelp, alt fra bøker til selvhjelpsgrupper og internettbaserte programmer. Her defineres selvhjelp som psykoedukasjon og hjelp til å forstå og håndtere sine spiseforstyrrelsessymptomer.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde at personer med anoreksi kan ha nytte av selvhjelp, som supplement til annen behandling eller oppfølging. Det ble vurdert at selvhjelp kan være nyttig spesielt ved langvarig sykdom.

Pårørende: Arbeidsgruppen valgte å tilråde at selvhjelpsmateriell kan være nyttig for pårørende, og da spesielt for pårørende til unge eller nysyke.

Praktisk

For mer informasjon om selvhjelpsgrupper eller selvhjelpsmateriell, ta kontakt med:

- Spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser i din region

- [ROS - Rådgivning for spiseforstyrrelser](#)
- [SPISFO - Spiseforstyrrelsesforeningen](#)
- [Nasjonal plan for selvhjelp \(IS-2168\)](#)

6.2 Selvhjelp kan tilbys til personer med bulimi

Selvhjelp kan tilbys til ungdom og voksne med bulimi i påvente av behandling.

Pårørende til barn, ungdom eller voksne med bulimi kan benytte selvhjelp.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Bruk av selvhjelp kan medføre bedring i helsetilstanden ved reduksjon i overspising, oppkast, bulimiske symptomer og bedret holdninger til egen kropp, samt etablere motivasjon og håp og styrke ansvarsfølelsen.

Kvalitet på dokumentasjonen

Vi har samlet sett svært lav tillit til dokumentasjonen av effekt, da forskningsdokumentasjonen ble målt til å ha lav eller svært lav kvalitet med GRADE.

Begrunnelse

Populasjon

Mennesker med bulimi

Intervensjon

Selvhjelp

Komparator

Venteliste

Utfall

Overspising, oppkast, bulimiske episoder, holdninger til egen kropp

Sammendrag

Ved litteratursøk ble det funnet en aktuell systematisk oversiktsartikkel for denne problemstillingen:

- Erford, B. T., Richards, T. Peacock, E., Voith, K., McGair, H., Muller, B., Duncan, K. & Chang, C. Y. (2013). Counseling and guided self-help outcomes for clients with bulimia nervosa: A meta-analysis of clinical trials from 1980-2010. *Journal of Counselling & Development*, 91, 152-172.

I Erford et al., (2013) er det utført meta-analyse for flere utfallsmål. Grunnet manglende informasjon om enkeltstudiene som er inkludert, så er forskningsdokumentasjonen vurdert til å ha lav og svært lav kvalitet ved GRADE.

I den systematiske litteraturoversikten ser de blant annet på selvhjelp sammenlignet med det å stå på venteliste. Selvhjelp inkluderte både «client-directed (pure) self help» og ulike typer «therapist-directed

guided selfhelp».

Oversikten viser at det er signifikant bedre å få selvhjelp enn å stå på venteliste for flere relevante utfallsmål. Selvhjelp fører til en signifikant reduksjon i overspising, oppkast, selvrappportert bulimiske symptomer og en bedring av egne holdninger til egen kropp. Det er svært lav kvalitet på dokumentasjonen, med unntak av for utfallsmålet overspising, hvor det er lav kvalitet. Det betyr at vi har liten eller begrenset tillit til effektestimatet for disse utfallsmålene. Effektestimatet kan være vesentlig ulik den sanne effekten.

[Resultattabell - selvhjelp og bulimi, Erford et al., \(2013\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning på dette feltet tyder på at selvhjelp kan ha positiv effekt for personer med bulimi i forhold til flere utfallsmål; overspising, oppkast, selvrappportert bulimiske symptomer, bedret holdninger til egen kropp. Dokumentasjonen har lav eller svært lav kvalitet. I den oppsummerte forskningen spesifiseres det ikke hva slags type selvhjelp som benyttes. Det er konsensus blant klinikere og brukere i arbeidsgruppen på bakgrunn av oppsummert forskning og erfaring at selvhjelp kan være nyttig for personer med bulimi. Selvhjelp kan være både bøker, selvhjelpsgrupper og internetbaserte programmer.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en svak anbefaling basert på oppsummert forskning hvor kvaliteten på evidensgrunnlaget er svært lav eller lav (målt ved GRADE).

Praktisk

Selvhjelpsgrupper bør ha en leder med relevant erfaring.

Ved alvorlig bulimi bør ikke selvhjelp komme istedenfor behandling i spesialisthelsetjenesten.

For mer informasjon om selvhjelpsgrupper eller selvhjelpsmateriell ta kontakt med:

- Spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser
- [ROS - Rådgivning for spiseforstyrrelser](#)
- [SPISFO - Spiseforstyrrelsesforeningen](#)
- [Nasjonal plan for selvhjelp \(IS-2168\)](#)

Referanser

- Erford, B. T., Richards, T., Peacock, E., Voith, K., McGair, H., Muller, B., . . . Chang, C. Y. 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 2 152 172

6.3 Selvhjelp kan tilbys til personer med overspisingsslidelse

Selvhjelp kan tilbys til ungdom og voksne med overspisingsslidelse og kan være supplement til annen behandling.

Pårørende til barn, ungdom eller voksne med overspisingsslidelse kan benytte selvhjelp.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Selvhjelp kan medføre bedring i helsetilstanden.

Ulemper: Bruk av selvhjelp kan føre til økt skamfølelse eller at pasienten blir demotivert, dersom selvhjelpen ikke har effekt.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen er lav. Vi har samlet sett lav tillit til dokumentasjonen av effekt.

Verdier og preferanser

Noen pasienter vil foretrekke å benytte selvhjelp, og andre vil ikke foretrekke å benytte selvhjelp.

Ressurshensyn

De fleste former for selvhjelp er lite ressurskrevende.

Begrunnelse

Populasjon

Personer med overspisingslidelse

Intervensjon

Selvhjelp

Komparator

Venteliste, placebo/attention control

Utfall

Overspising, oppkast, KMI, generell psykiatrisk og mental status, depressive symptomer

Sammendrag

Ved litteratursøk ble det funnet en systematisk oversikt som kunne svare på om selvhjelp har noen positiv effekt for personer med overspisingslidelse:

- Perkins, SSJ., Murphy, RRM, Schmidt, UUS, & Williams, C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. The Cochrane library.

Den oppsummerte forskningen tyder på at selvhjelp kan ha positiv effekt for personer med spiseforstyrrelser, deriblant overspisingslidelse, i forhold til noen utfallsmål som generelle symptomer ved endt behandling og overspising, men i liten grad for en del andre utfallsmål. Dokumentasjonen har lav eller svært lav kvalitet.

I oversiktsartikkelen er ulike former for selvhjelp, både «Pure self help, (PSH)» og «guided selfhelp- (GSH)» hvor de bruker «manual based selfhelp» inkludert. Forfatterne hadde til hensikt å inkludere alle ulike diagnoser innen spiseforstyrrelser, men ingen studier med anoreksi ble funnet.

For sammenligningen PHS/GSH mot venteliste viser den systematiske oversikten at:

Det er ikke signifikant bedre å få PSH/GSH sammenlignet med venteliste målt med overspising ved endt behandling, ved oppkast ved endt behandling eller ved depressive symptomer. Dokumentasjonen har lav kvalitet vurdert med GRADE. Det betyr at vi har begrenset tillit til effektestimater: Effektestimater kan være vesentlig ulik den sanne effekten.

Det er ikke signifikant bedre å få PSH/GSH sammenlignet med venteliste målt med kroppsmasseindeks (KMI/BMI) ved endt behandling. Dokumentasjonen har moderat kvalitet vurdert med GRADE.

Det er signifikant bedre å få PSH/GSH sammenlignet med venteliste målt med generelle symptomer ved endt behandling. Dokumentasjonen har moderat kvalitet vurdert med GRADE.

Ved moderat kvalitet har vi middels tillit til effektestimater. Effektestimater ligger sannsynlig nær den sanne effekt, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.

For sammenligningen PSH/GSH mot placebo/attention control viser den systematiske oversikten at:

Det er signifikant bedre å få PSH/GSH sammenlignet med placebo målt ved overspising. Dokumentasjonen har lav kvalitet vurdert med GRADE. Vi har lav tillit til effektestimater.

Det er ikke signifikant bedre å få PSH/GSH enn placebo/attention control målt ved KMI og symptomer på depresjon ved endt behandling. Dokumentasjonen har lav kvalitet vurdert med GRADE.

For sammenligningen PSH/GSH mot andre former for psykoterapi viser den systematiske oversikten at:

Det er ikke signifikant bedre å få PSH/GSH sammenlignet med andre former for psykoterapi målt ved både overspising, oppkast, KMI og symptomer på depresjon ved endt behandling. Dokumentasjonen har svært lav kvalitet vurdert med GRADE. Vi har svært lav tillit til effektestimater.

[Resultattabell - selvhjelp og overspisingsslidelse, Perkins et al., \(2009\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Det som finnes av oppsummert forskning på dette feltet tyder på at selvhjelp kan ha positiv effekt for personer med spiseforstyrrelser, deriblant overspisingsslidelse i forhold til noen utfallsmål som generelle symptomer ved endt behandling og overspising, men i liten grad for andre utfallsmål (dokumentasjonen har moderat eller lav kvalitet).

Det er konsensus blant klinikere og brukere i arbeidsgruppen, på bakgrunn av erfaring og oppsummert forskning, at selvhjelp kan være nyttig for personer med overspisingsslidelse.

I den oppsummerte forskningen spesifiseres det ikke hva slags type selvhjelp som benyttes. Selvhjelp kan være både bøker, selvhjelpsgrupper og internettbaserte programmer.

Praktisk

Selvhjelpsgrupper bør ha en leder med relevant erfaring.

For mer informasjon om selvhjelpsgrupper eller selvhjelpsmateriell ta kontakt med:

- Spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser
- [ROS - Rådgivning for spiseforstyrrelser](#)
- [SPISFO - Spiseforstyrrelsesforeningen](#)
- [Nasjonal plan for selvhjelp \(IS-2168\)](#)

Referanser

- Perkins, SSJ., Murphy, RRM, Schmidt, UUS, & Williams, C Self-help and guided self-help for eating disorders The Cochrane library 2006

7 Utredning av spiseforstyrrelser

7.1 Utredning av spiseforstyrrelser i primærhelsetjenesten

7.1.1 Alle pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved en god anamnese med både psykiske og somatiske sider ved en eventuell spiseforstyrrelse

Alle pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved en god anamnese med både psykiske og somatiske sider ved en eventuell spiseforstyrrelse.

Utredning i primærhelsetjenesten skjer hos fastlege.

For barn og ungdom bør utredningen utføres i nært samarbeid med omsorgspersonene fra familien.

Utredningen omfatter en generell somatisk undersøkelse inklusiv høyde og vekt, og orienterende laboratorieprøver i forhold til presentert problematikk og tilstandens alvorlighetsgrad.

For mer informasjon, se under fanen Praktisk.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter, både barn, unge og voksne med potensiell spiseforstyrrelse

Intervensjon

Utredning i primærhelsetjenesten med god anamnese i forhold til både psykiske og somatiske sider ved en eventuell spiseforstyrrelse

Komparator

Annen anamnese/utredning

Utfall

Best mulig utredning i primærhelsetjenesten

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Det er ikke søkt etter systematiske oversikter for å belyse hva slags utredning som bør gjennomføres i primærhelsetjenesten, da det ble vurdert som mindre relevant.

Som informasjon brukte arbeidsgruppen ulike forskningsartikler eller andre relevante dokumenter eller

bøker som arbeidsgruppen vurderte som relevante.

Begrunnelse

Det er viktig at alle pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse utredes ved en god anamnese med både psykiske og somatiske sider ved en eventuell spiseforstyrrelse. Pasienter med spiseforstyrrelser har både psykiske og somatiske symptomer på sin lidelse, og det er derfor viktig at begge aspekt fanges opp i en utredning.

Praktisk

Utredningen bør omfatte både somatiske og psykiatriske symptomer. Høyde og vekt skal måles som en del av den somatiske utredningen.

[KMI-percentilskjema for barn og unge- jenter.](#)

[KMI-percentilskjema for barn og unge- gutter.](#)

Pasienter med spiseforstyrrelser har symptomer på sin spiseforstyrrelse, både psykiske og somatiske. I tillegg vil de kunne ha komorbide lidelser, og komplikasjoner til sin spiseforstyrrelse, noe den som utreder må ha i mente. Fagpersoner på spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser kan bistå med råd for drøfte problemstillinger og å sikre en hensiktsmessig utredning.

Anamnese

Det viktigste verktøyet ved utredning er en god anamnese, med fokus på generell psykiatrisk symptomatologi, men også på spesifikke symptomer ved de ulike spiseforstyrrelsesdiagnosene. Videre omfatter en god anamnese kartlegging av familiære sykdommer, spesielt psykiatriske lidelser, og sosiale forhold.

- Vektutvikling
- Spisevaner/endret spisemønster
- Vektreduserende atferd (oppkast, avføringstabletter, vanndrivende)
- Overspisingsepisoder
- Hos barn/unge: pubertetsutvikling, høydevekst
- Fysisk aktivitet /lystbetont eller tvang
- Annen psykiatrisk symptomatologi
- Psykiske lidelser i familien
- Forhold innad i familien
- Fungereing i skole og/eller jobb
- Sosial fungering

Utredningen omfatter også en generell somatisk undersøkelse inklusiv høyde og vekt, og orienterende laboratorieprøver i forhold til presentert problematikk og tilstandens alvorlighetsgrad.

De følgende standard laboratorieprøvene er viktige ved utredning hos fastlege:

Hb, EVF, LPK med diff-telling, s-glucose, s-natrium, s-kalium, s-klor, s-magnesium, s-ferritin, s-albumin, kreatinin m GFR, TSH, Frit T4, vitamin D, folsyre og vitamin B12.

Ut over dette rekvireres laboratorietester på klinisk indikasjon.

Referanser

- Rosenvinge, J. H., Frostad, S. & Andreassen O Spiseforstyrrelser. (kap. 19, pp 561-589). I: U. Malt,

Andreassen, O. K., Melle, & D. Aarsland (red.). Lærebok i psykiatri. Oslo: Gyldendal, ISBN/EAN: 9788205397392 2012

- Pettersen, G, Thune-Larsen K-B, Wynn, R., & Rosenvinge, J. H Eating disorders: Challenges in the later phases of the recovery process Scandinavian Journal of Caring Sciences 2013 27 92 98
- Ogg, E. C., Millar, H. R., Pusztai, E.E., & Thom A. S General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders International Journal of Eating Disorders 1997 22 89 93
- Nygaard A Pasienter med spiseforstyrrelser – hva bør allmennpraktikeren være oppmerksom på? Masteroppgave, Universitetet i Oslo 2009
- Hay PJ Eating disorders: Anorexia nervosa, bulimia nervosa and related syndromes - An overview of assessment and management Austr Prescriber 1998 21 100 103
- Halvorsen, T.F., Rosvold, E.O., Rydså, B., Skarbø, T. & Haavet, O.R Kommunikasjon om spiseforstyrrelses-symptomer på allmennlegekontoret Tidsskr Nor Legeforen 2014 134 21 2052 2056
- Bjørnelv, S Spiseforstyrrelser i allmennpraksis Tidsskr Nor Legeforen 2004 124 18 2372 2375

7.2 Utredning av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten

7.2.1 Pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon

Pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak, eventuelt med bruk av diagnostiske verktøy i form av spørreskjema eller diagnostiske intervju. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon.

For mer informasjon om innholdet i anamnesen og den somatiske undersøkelsen, se under Praktisk.

For informasjon om bruk av diagnostiske verktøy, se [anbefalinger om psykiatrisk utredning](#).

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Dersom blodprøvene blir vurdert av personell med tilstrekkelig kompetanse på klinisk og biokjemisk vurdering av spiseforstyrrelser, gir prøvene verdifull informasjon om klinisk tilstand og respons på behandling.

Ulemper: Dersom prøvene blir vurdert av personell med utilstrekkelig kompetanse på klinisk og biokjemisk vurdering av spiseforstyrrelser, kan det medføre iverksettelse av unødvendige tiltak eller at nødvendige tiltak ikke blir satt i verk.

Totalt: Det forventes at tilstrekkelig kompetanse på klinisk og biokjemisk vurdering av spiseforstyrrelser er tilgjengelig eller innhentes, og at prøvene derfor gir verdifull informasjon.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter, både barn, unge og voksne med potensielt spiseforstyrrelse

Intervensjon

Systematiske somatiske vurderinger

Komparator

Manglende somatiske vurderinger

Utfall

Oppdagelse av somatiske komplikasjoner, reduserte somatiske komplikasjoner, somatisk stabilisering, død

Sammendrag

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Som informasjon brukte arbeidsgruppen anbefalinger fra internasjonale retningslinjer. Disse anbefalingene er også basert på konsensus.

Det er søkt systematisk etter internasjonale retningslinjer som kan belyse hva slags somatisk utredning som bør gjennomføres for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. MARIPAN (2014) og Junior MARSIPAN Group (2012) er retningslinjer som bygger på internasjonal konsensus om hvordan utrede og behandle pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Disse retningslinjene får lav metodisk kvalitet vurdert med sjekklister, men er likevel vurdert som de mest relevante for å besvare spørsmål innen somatisk utredning og behandling.

Det er ikke søkt etter systematiske oversikter for å belyse hva slags somatisk utredning som bør gjennomføres for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, da det ble vurdert som mindre relevant.

Relevante retningslinjer som inneholder anbefalinger som støtter opp under foreliggende anbefaling er:

- MARSIPAN Junior. (2014). Management of really sick patients with anorexia nervosa. College Report CR189.
- MARSIPAN Junior. (2012). Management of really sick patients under 18 with Anorexia Nervosa. College Report CR168.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psychiatry 163, 4-54. NGC-4987.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: British Psychological Society (UK).

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Ved alvorlig spiseforstyrrelse er det stor risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner. Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Som informasjon brukte arbeidsgruppen anbefalinger fra internasjonale retningslinjer. Disse anbefalingene var også basert på konsensus.

På bakgrunn av konsensus, valgte arbeidsgruppen å tilråde en sterk anbefaling.

Praktisk

Det anbefales at følgende somatisk utredning gjennomføres ved inntak i spesialisthelsetjenesten av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse:

Anamnese: ordinær anamnese sammen med

- måltidsanamnese med dagsoversikt, mengde og sammensetning av mat, antall måltider, inntak en typisk dag siste uke, væskeinntak pr. døgn
- fokus på somatiske forhold som vektutvikling siste tre måneder, menstruasjonstatus, bruk av p-piller eller annen prevensjon, smerter, svimmelhet eller anfall av noe slag, oppkast, bruk av avføringsmidler/vann drivende/andre legemidler, mengde og intensitet av trening, uregelmessig hjerterytme

Somatisk undersøkelse: ordinær orienterende somatisk undersøkelse, inklusiv puls og blodtrykk, og med særlig vekt på auskultasjon av hjerte og lunger, palpasjon av abdomen, undersøkelse av ekstremitetene (tegn til selvskading, ødemer, eller redusert perifer sirkulasjon). Vekt skal måles og kroppsmasseindeks (KMI/BMI) skal beregnes.

Dersom pasienten er under 18 år bør en innhente informasjon om utvikling av høyde og vekt fra småbarnsalder (persentilskjema), det bør undersøkes om pasienten har normal kjønnsmodning og det bør vurderes om pasienten har normal fysisk utvikling. Vekt bør måles med lette klær.

Standard blodprøver: Hb, erythrocytt volumfraksjon (EVF), totalt leukocytt-tall, granulocytt-tall, s-glukose, s-natrium, s-kalium, s-klor, s-magnesium, s-fosfat, s-ferritin, s-ionisert kalsium, s-albumin, kreatinin, eller glomerulær filtrasjonsrate, pro-trombintid (INR). TSH, Fritt T4/ Fritt T3, ASAT, ALAT, GT, vitamin D, folsyre og vitamin B12.

Rutinemessig differensialdiagnostikk: s-prolaktin, transglutaminase antistoffer.

Undersøkelser ved indikasjon ut fra anamnese og kliniske funn:

- EKG med bestemmelse av QTc-tid ved risiko for hjerterytmeforstyrrelse (elektrolyttforstyrrelser som hypokalemi, syre-baseforstyrrelser) og mistanke om hjertesvikt
- Liberal indikasjon for prøve med tanke på coeliaki (transglutaminase antistoffer) ved start av behandling
- S-folat og s-kobalamin, s-sink, s-follikelstimulerende hormon og s-østradiol
- Bentetthetsmåling ved alvorlig undervekt eller amenorè i mer enn 6 måneder
- Venøs base eller kapillær syre-base ved mistanke om brekninger
- Urin osmolalitet ved mistanke om nedsatt konsentreringskapasitet i nyrene
- Ved risiko for reernæringssyndrom, se anbefaling: [Det anbefales en omfattende somatisk behandling og oppfølging for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.](#)
- Tannhelseundersøkelse, spesielt ved oppkastproblematikk eller dehydrering
- Blodsukkermålinger opptil flere ganger daglig ved livstruende lav vekt (KMI under 11) eller klinisk mistanke om hypoglykemi
- ALP samt bilirubin ved KMI under 11 eller mistanke om leversvikt
- Trombocytter ved KMI under 11 eller ved blødningstendens
- Andre blodprøver ut fra klinisk indikasjon

For vurdering av alvorlighet av spiseforstyrrelsen, [se beskrivelse her.](#)

Det er behov for studier på kost-effektivitet av biokjemisk utredning ved forskjellige kliniske presentasjoner av spiseforstyrrelser. For eksempel kan sannsynligvis mennesker med anoreksi og KMI over 16 og gode anamnestiske opplysninger bare tilbys svært enkel biokjemisk utredning.

Referanser

- MARSIPAN junior Management of Really Sick Patients With Anorexia Nervosa, 2nd edition College Report CR189 2014
- MARSIPAN Junior Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa College Report CR168 2012

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004

7.2.2 I psykiatrisk utredning av voksne pasienter med potensiell spiseforstyrrelse anbefales det å bruke Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) og Clinical Impairment Assessment (CIA)

I utredning av voksne pasienter med potensiell spiseforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten anbefales det å bruke både Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)) som mål på omfanget av spiseforstyrrelsesymptomer og Clinical Impairment Assessment (CIA) som mål på funksjonsnedsettelse. I tillegg til å benytte disse instrumentene er det viktig at det systematisk vurderes om det foreligger komorbide lidelser.

Begrunnelse

Populasjon

Voksne pasienter med potensiell spiseforstyrrelse

Intervensjon

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) og Clinical Impairment Assessment (CIA)

Komparator

Andre utredningsverktøy/instrumenter

Utfall

Best mulig utredning i spesialisthelsetjenesten

Sammendrag

Det anbefales å bruke Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q, 28 spørsmål) som er en spørreskjemaversjon av Eating Disorder Examination intervju ved utredning av voksne med potensiell spiseforstyrrelse. I tillegg anbefales å bruke Clinical Impairment Assessment (CIA, 16 spørsmål) som gir uttrykk for hvordan spiseforstyrrelsene påvirker dagliglivet.

Begge disse instrumentene er oversatt og validert til norske forhold og godt testet ut i Norge. Flere norske studier bekrefter instrumentenes anvendbarhet og egenskaper.

Det ble ikke søkt etter systematiske oversikter som kan besvare hvilke instrumenter som brukes, da det ikke ble vurdert som relevant. Arbeidsgruppen var godt kjent med hvilke instrumenter som er aktuelle å bruke i Norge, og det som finnes av forskningsdokumentasjon om egenskapene til disse instrumentene. Dette ble vurdert som godt nok kunnskapsgrunnlag til å kunne anbefale å bruke disse instrumentene til utredning av spiseforstyrrelser hos voksne i Norge i dag.

Begrunnelse

Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) og Clinical Impairment Assessment (CIA) er noen av de mest brukte og internasjonalt anerkjente instrumenter til utredning av spiseforstyrrelser hos voksne. Disse instrumentene har vært brukt i Norge over lang tid med gode kliniske erfaringer. Flere norske studier bekrefter instrumentenes anvendbarhet og egenskaper. Arbeidsgruppen valgte å tilråde at man har nok dokumentasjon om instrumentene til å kunne anbefale dem i Norge i dag.

Praktisk

Spørreskjemaene kan fritt lastes ned via Helsebibliotekets hjemmesider. Skåringsveiledning finnes på oslo-universitetssykehus.no. Spørreskjemaene kan brukes fra 14 års alder og oppover. Pasienten opplyser på EDE-Q om frekvensen av de typiske patologiske atferdssymptomene og de spesifikke kognitive symptomene ved spiseforstyrrelser. I tillegg skal pasienten opplyse om høyde, vekt og om de har menstruasjon. Det utregnes en global skår på alvorlighetsgrad av de kognitive symptomene, samt 4 subskalaer som antas å være de viktige opprettholdende faktorene i lidelsen. Tolkningen av skår blant menn og unge er mer usikker og gyldigheten av de 4 subskalene er omdiskutert. Pasienter med anoreksi kan skåre lavere enn pasienter med bulimiske symptomer.

CIA gir et uttrykk for hvordan spiseforstyrrelsene innvirker på dagliglivets fungering.

Begge skjemaene brukes både i utredning og i å følge forløpet av lidelsen i løpet av behandlingen og det er etablert foreslåtte cut-off skårer for begge skjemaene.

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et instrument/verktøy, må selv sørge for at bruken av instrumentet/verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor de rettighetsrammene som finnes. Helseforetakene har egne systemer i henhold til norsk lov om lagring av data, personvern osv., som må følges når bruk av instrument/tester medfører innsamling og lagring av data. Private aktører er også ansvarlig for å følge norsk lov ved innsamling og lagring av data.

Referanser

- Rø Ø, Reas DL, Lask B Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway Nordic journal of psychiatry 2010 64 6 428 432
- Rø Ø, Reas DL, Rosenvinge J The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample Eating behaviors 2012 13 2 158 161
- Reas DL, Overas M, Rø Ø Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among high school and university men Eating disorders 2012 20 5 437 443
- Reas DL, Rø Ø, Kapstad H, Lask B Psychometric properties of the clinical impairment assessment: norms for young adult women International Journal of Eating Disorders 2010 43 1 72 76
- Rø Ø, Bang L, Reas DL, Rosenvinge JH The impact of age and BMI on impairment due to disordered eating in a large female community sample Eating behaviors 2012 13 4 342 346
- Rø Ø, Reas DL, Stedal K Eating disorder examination questionnaire (EDE-Q) in Norwegian adults: discrimination between controls and eating disorder patients. European Eating Disorders Review 2015.

7.2.3 I psykiatrisk utredning av barn og unge med potensiell spiseforstyrrelse foreslås det å bruke et strukturert kartleggingsinstrument

Psykiatrisk utredning i spesialisthelsetjenesten av barn og unge, der det er mistanke om spiseforstyrrelser, bør gjennomføres i nært samarbeid og dialog med foreldre/foresatte og den unge selv. Anamnese og klinisk barnpsykiatrisk undersøkelse bør inkludere både barnets/den unges generelle utvikling og funksjon, utvikling og symptomer relatert til mulig spiseforstyrrelse og andre psykiatriske og somatiske vansker. En må være oppmerksom på samsykelighet, f.eks. angstlidelser, tvangslidelse, depresjon, posttraumatiske reaksjoner og utviklingsforstyrrelser, og på den unges familie- og omsorgssituasjon.

Begrunnelse

Populasjon

Barn og unge med potensiell spiseforstyrrelse

Intervensjon

Strukturert kartleggingsinstrument

Komparator

Annen type utredning

Utfall

Best mulig utredning i spesialisthelsetjenesten

Sammendrag

I tillegg til den kliniske psykiatriske undersøkelsen kan en bruke strukturerte utrednings- og diagnostiske verktøy, med pasienten og/eller foresatte avhengig av pasientens alder, for å kartlegge spiseforstyrrelsessymptomer.

For unge over 14 år kan en bruke Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) for å måle omfanget av spiseforstyrrelsessymptomer og Clinical Impairment Assessment (CIA) for å måle funksjonsnedsettelse i dagliglivet relatert spiseforstyrrelse, forutsatt at dette er hensiktsmessig ut i fra den unges kognitive utvikling.

Andre diagnostiske verktøy kan også brukes, der dette vurderes hensiktsmessig, og til unge under 14 år, f.eks. The Development and Well-Being Assessment (DAWBA), Kiddie-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Present and Lifetime version) eller Child Eating Disorder Examination (Ch - EDE). Hvilket instrument det er mest hensiktsmessig å bruke, vil være avhengig av kompetanse og erfaring ved enheten der utredningen gjennomføres.

I tillegg vil det ofte være aktuelt å benytte kartleggingsinstrumenter for å utrede generell psykisk fungering og komorbide lidelser.

Det ble ikke søkt etter systematiske oversikter som kan besvare hvilke instrumenter som bør brukes, da det ikke ble vurdert som relevant. Arbeidsgruppen var godt kjent med hvilke instrumenter som er aktuelle å bruke i Norge, og det som finnes av forskningsdokumentasjon om egenskapene til disse instrumentene. Dette ble vurdert som godt nok kunnskapsgrunnlag til å kunne anbefale å bruke strukturerte kartleggingsverktøy i utredning av spiseforstyrrelser hos barn og unge i Norge i dag.

Begrunnelse

Ved bruk av kartleggingsinstrumenter kan man få en systematisk kartlegging av spiseforstyrrelsessymptomer. DAWBA og Kiddie-SADS-PL inkluderer en generell kartlegging av psykiske vansker samt moduler for ulike tilstandsbilder, inkludert spiseforstyrrelser, og egner seg derfor også til diagnostikk av komorbide psykiatriske lidelser.

EDE-Q og CIA: Anbefales til voksne, men kan brukes ned til 14 år dersom den unges kognitive utvikling og språklige ferdigheter tilsier at dette er hensiktsmessig.

DAWBA: Den norske versjonen av DAWBA, ved Heiervang, Søvik, Young, Ullebø og Jangård Orre, ble undersøkt av PsykTestBARN i 2013 (Brøndbo et al., 2013). PsykTestBARN konkluderte med at "den norske versjonen av DAWBA kan være et godt hjelpemiddel i arbeidet med diagnostisering av problemer innenfor psykisk helse for barn og unge." ([Link til PsykTest barn](#)). De psykometriske egenskapene ved

spiseforstyrrelses-modulen er ikke undersøkt i Norge, men det finnes to gode studier fra Brasil (Moya et al., 2005) og Storbritannia (House et al., 2008). Samsvaret mellom spiseforstyrrelsesdiagnoser hos unge basert på klinisk vurdering og DAWBA-resultater viste seg i disse studiene å være bedre enn mellom klinisk vurdering og EDE-intervju.

Kiddie-SADS-PL: Den norske versjonen av Kiddie-SADS-PL, ved Sund og Aalberg Villabø, ble undersøkt av PsykTestBARN i 2016 (Kornør et al., 2016). ([Link til PsykTest barn](#)). PsykTestBarn konkluderte med at «selv om kunnskapsgrunnlaget om måleegenskapene ved Kiddie-SADS-PL er begrenset, vil det likevel være forsvarlig at kvalifisert helsepersonell bruker intervjuet i forbindelse med klinisk utredning». Ingen av publikasjonene som inngikk i PsykTestBarns oversiktsstudie fokuserte spesielt på diagnostikk av spiseforstyrrelser.

Ch-EDE: Den norske versjonen av Ch-EDE er undersøkt hos unge med anoreksi, diabetes og to kontrollgrupper. En konkluderte med at den norske versjonen har adekvate psykometriske egenskaper (Frampton et al., 2011).

Praktisk

Bruk av kartleggingsinstrumenter kommer i tillegg til grundig klinisk vurdering, som er avgjørende for diagnostisering av alle typer spiseforstyrrelser hos barn og unge. Det kan være en fare for både over- og underdiagnostisering hvis man i for stor grad baserer seg på kartleggingsinstrumenter. Man må også være oppmerksom på at en del barn og unge med spiseforstyrrelser kan underrapportere problemer.

Barn og unge i ulik alder har ulikt kognitivt funksjonsnivå og ulike språklige ferdigheter, noe som må tas hensyn til ved valg av kartleggingsverktøy og tolking av resultatene.

EDE-Q og CIA

Spørreskjemaene anbefales til voksne, men kan brukes fra 14 årsalder og oppover. De kan fritt lastes ned via Helsebibliotekets hjemmesider. Skåringsveiledning finnes på www.rasp.no. EDE-Q og CIA inngår i det nasjonale kvalitetsregisteret innen spiseforstyrrelser (NORSPIS).

For mer informasjon, se anbefaling om psykiatrisk utredning av voksne.

DAWBA

DAWBA er et internett-basert diagnostisk intervju som består av ulike versjoner for foreldre og lærere, for barn og unge 5-17 år, og selvrapport for barn/unge fra 11 år. DAWBA er utviklet for å generere tentative ICD-10 og DSM-IV diagnoser, inkludert anoreksi- og bulimi-diagnose og komorbide lidelser. Det kan også gi en pekepinn om andre spiseforstyrrelser. DAWBA tar fra 1/2 – 3 timer å fylle ut, mens spiseforstyrrelsesmodulen tar 10-20 minutter. DAWBA er i vanlig bruk ved noen BUPer, men man må betale rettighetshaverne og det kreves godkjente personvernløsninger siden det er internett-basert.

Man finner mer informasjon om bruk av DAWBA og pris på: <http://www.dawba.info/>. Enkelte helseforetak har laget individuelle avtaler med www.youthinmind.com R. Goodman med hensyn til betaling.

Kiddie-SADS-PL

Kiddie-SADS-PL er et semi-strukturert diagnostisk intervju for barn/unge og foreldre for å kartlegge nåværende og tidligere episoder av psykopatologi i aldersgruppen 6-18 år, basert på DSM-IV diagnoser. Kiddie-SADS inkluderer et diagnostisk screeningintervju og tilleggshefter for ulike diagnoser, inkludert et kort intervju om spiseforstyrrelser for diagnostisering av anoreksi og bulimi. Intervjuet tar i gjennomsnitt 1,5 timer, eller 3 timer hvis foreldre og barn intervjues separat. Forsvarlig gjennomføring av intervjuet krever klinisk erfaring og diagnostisk kunnskap. Kiddie-SADS-PL er i vanlig bruk ved mange BUPer, og kan fritt lastes ned for klinisk bruk og forskning via Helsebibliotekets hjemmesider.

Ch-EDE

Ch-EDE er et semi-strukturert intervju for kartlegging av spiseforstyrrelser i henhold til DSM-IV hos barn og unge fra 8-14 år. Ch-EDE er basert på Eating Disorder Examination (EDE), men tilpasset barn. Barneverjonen har de samme 4 subskalaene som voksenversjonen samt at det regnes ut en global score. Det gir informasjon om omfang og alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsessymptomer og informasjon om en rekke aspekter ved spiseforstyrrelsen.

Bruk av Ch-EDE krever at klinikerne har opplæring i bruken av intervjuet og kompetanse på spiseforstyrrelser hos barn og unge. Ch-EDE er gratis, og tilgjengelig på hjemmesiden til Regional seksjon spiseforstyrrelser ved Oslo Universitetssykehus (www.rasp.no).

Helseforetakene og den enkelte helsearbeider som anvender et verktøy, må selv sørge for at bruken av verktøyet er innen rammen for «god klinisk praksis» og innenfor aktuelle rettslige rammer.

Referanser

- Brøndbo PH, Martinussen M Måleegenskaper ved den norske versjonen av Development and Well-Being Assessment (DAWBA) PsykTestBARN 2013 2 5
- Moya T, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Nogueira FC, Focchi PS, Nicoletti M, et al The Eating Disorders Section of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA): development and validation Rev Bras Psiquiatr 2005 Mar 27 1 25 31
- Frampton I, Wisting L, Overas M, Midtsund M, Lask B Reliability and validity of the Norwegian translation of the Child Eating Disorder Examination (ChEDE) Scand J Psychol 2011 52 2 196 9
- House J, Eisler I, Simic M, Micali N Diagnosing eating disorders in adolescents: a comparison of the eating disorder examination and the development and well-being assessment 2008 41 6 535 41
- Kornør, H., & Skarphedinsson, G. Å Måleegenskaper ved den norske versjonen av Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children: Present and Lifetime Version (6-18) (Kiddie-SADS-PL) 2016

8 Poliklinisk behandling og indikasjon for innleggelse

8.1 Pasienter med spiseforstyrrelser som har en stabil somatisk tilstand og mindre alvorlig undervekt, bør behandles poliklinisk

Pasienter med spiseforstyrrelse som har en stabil somatisk tilstand og mindre alvorlig undervekt, bør behandles poliklinisk, forutsatt at DPS/BUP har kompetanse til dette.

Ved starten av behandling i spesialisthelsetjenesten ved spiseforstyrrelser anbefales det behandling 1-2 ganger i uken vurdert ut fra alvorlighetsgrad.

Ved forverring eller manglende bedring bør behandlingen ved poliklinikken intensiveres.

Poliklinisk behandling av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten bør ivareta både somatiske og psykologiske/psykiatriske sider ved sykdommen.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Intensiv poliklinisk behandling i starten kan motvirke at spiseforstyrrelsen blir langvarig, og dermed redusere risikoen for somatiske, psykiske og sosiale skader. Poliklinisk behandling innebærer at

pasienten kan være i sitt vanlige miljø og i større grad enn ved døgnbehandling opprettholde sin sosiale fungering i forhold til familie, venner, skole og arbeid.

Ulemper: Dersom DPS/BUP ikke har et egnet behandlingstilbud, kan den polikliniske behandlingen være utilstrekkelig.

For pasienter med spiseforstyrrelser som har en stabil somatisk tilstand, bør poliklinisk behandling være førstevalg.

Kvalitet på dokumentasjonen

Det ble ikke funnet noen oversiktsartikler som kan svare på hvor ofte mennesker med spiseforstyrrelser skal gå til poliklinisk behandling og når eventuelt den polikliniske behandlingen skal intensiveres.

To retningslinjer, NICE (2004) og APA (2006), har beskrevet problemstillingen.

Ressurshensyn

Poliklinisk behandling er mindre ressurskrevende enn døgnbehandling. Kostnadene ved intensiv poliklinisk behandling (for eksempel 2 ganger per uke) sammenlignet med ukentlig poliklinisk behandling veies antagelig opp av at behandlingen blir mer effektiv/reduserer risikoen for langvarig sykdom/uførhet.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med spiseforstyrrelser

Intervensjon

Intensivert poliklinisk oppfølging

Komparator

Ordinær poliklinisk oppfølging

Utfall

Remisjon, tilfredstillende vektutvikling, symptomlette

Sammendrag

Det ble søkt etter systematiske oversikter som kunne besvare hvor ofte mennesker med spiseforstyrrelser skal gå til poliklinisk behandling og når eventuelt den polikliniske behandlingen skal intensiveres. Det ble ikke funnet noen oversiktsartikler som kunne besvare dette. Det ble også undersøkt om internasjonale retningslinjer omhandlet informasjon om denne problemstillingen, og to retningslinjer inneholdt relevant informasjon som støtter opp om anbefalingen:

- NICE clinical guideline. (2004). Eating Disorders core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psychiatry 163, 4-54.

[Flytdiagram og søkestrategi systematiske oversiktsartikler \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi retningslinjer \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Hyppig behandlingskontakt i startfasen er viktig for å fremme tidlig atferdsendring og skape nødvendig tillit.

Anbefalingen er basert på klinisk konsensus i arbeidsgruppen og gjennomgang av internasjonale retningslinjer (NICE 2004 og APA 2006). Det er ikke funnet relevant forskningsdokumentasjon. Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus.

Praktisk

Med poliklinisk behandling menes individuell-, ambulant-, gruppebasert- og dagbehandling, inklusiv måltidsstøtte.

Ved forverring eller manglende bedring bør behandlingen ved poliklinikken intensiveres.

Intensivering bør vurderes senest 3-4 uker etter igangsatt behandling hos barn/unge og nysyke. Spesialisert dagbehandling kan være et alternativ der individuell poliklinisk behandling ikke fører frem.

Ved manglende effekt av poliklinisk behandling bør døgnbehandling vurderes som en del av en mer intensivert behandling.

For mer informasjon om forutsetninger for god behandling for spiseforstyrrelser, se kapittel: [Generelt om behandling for spiseforstyrrelser](#).

For mer informasjon om vurdering av alvorlighetsgrad, se kapittel: [Alvorlighetsgrad](#).

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004

8.2 Indikasjon for døgnbehandling for pasienter med anoreksi

Det anbefales å vurdere henvisning til døgnbehandling for pasienter med anoreksi ved en eller flere av følgende tilstander:

- Stort vekttap på kort tid eller med alvorlig undervekt (barn med vekt under 2,5 persentil, voksne med kroppsmasseindeks (KMI/BMI) <15)
- Ustabile somatiske parametre

Sammenbrudd i omsorgssituasjonen hvor familien ikke makter å ivareta barnet, eller ta ansvaret for å sikre at barnet spiser tilstrekkelig, er en sekundær indikasjon for henvisning til døgnbehandling.

Ved manglende effekt av poliklinisk behandling bør døgnbehandling vurderes som en del av en mer intensivert behandling.

Det forutsettes at det finnes kompetanse og rammer for behandling av pasienter med anoreksi ved døgnenheten.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Pasienten kan få tett oppfølging av måltider, noe som ofte er påkrevet for å snu en alvorlig undervekt. Den somatiske tilstanden kan følges tett opp, slik at en unngår fortsatt underernæring og kan håndtere somatiske komplikasjoner i re-ernæringsfasen. En får som regel til raskere vektøkning enn ved poliklinisk behandling.

Ulemper: Døgnbehandling over tid fører ofte til redusert kontakt med personens vanlige miljø, som familie, venner, skole og arbeid. Det kan forsterke følelser som ensomhet, av å være annerledes og ikke mestre det samme som andre, noe som kan være en belastning for identitetsutviklingen i ungdomstiden. Det kan føre til "institusjonalisering", noe som er uheldig for å stole på seg selv i forhold til dagliglivets utfordringer etter utskrivning. Døgnbehandling innebærer at en stor personalgruppe involveres i problemet, noe som stiller store krav til kommunikasjon og konsistens i personalgruppen.

Totalt: Ved anoreksi med alvorlig undervekt er det svært viktig å reversere underernæringen, noe som vanligvis ivaretas best ved døgnbehandling.

Kvalitet på dokumentasjonen

Det mangler forskingsdokumentasjon til grunn for denne anbefalingen, da det ikke ble funnet oversiktsartikler som kan svare på når mennesker med anoreksi bør henvises til døgnbehandling.

Anbefalingen er basert på klinisk konsensus i arbeidsgruppen, samt gjennomgang av konsensus-baserte anbefalinger fra internasjonale retningslinjer

Verdier og preferanser

For helsepersonell med ansvaret for å behandle pasienter med anoreksi, har tilgang på døgnbehandling ved alvorlig undervekt avgjørende betydning. Noen pasienter ønsker innleggelse, mens andre foretrekker poliklinisk behandling selv der helsepersonell vurderer innleggelse som nødvendig.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med anoreksi

Intervensjon

Henvisning til døgnbehandling

Komparator

Poliklinisk oppfølging

Utfall

Tilfredstillende vektutvikling, reduksjon av undervekt, symptomlette, stabilisering av somatisk status

Sammendrag

Anbefalingen er basert på konsensus i arbeidsgruppen og gjennomgang av konsensus-baserte anbefalinger i internasjonale retningslinjer.

Det ble søkt etter systematiske oversikter som kunne besvare når det var mer effektivt å behandle ved innleggelse enn ved poliklinisk behandling, men det ble ikke funnet relevant forskingsdokumentasjon. Det ble også undersøkt om relevante retningslinjer omhandlet denne problemstillingen, og tre retningslinjer inneholder informasjon som støtter opp om anbefalingen:

- NICE clinical guideline. (2004). Eating Disorders core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 163, 4-54.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40), 678-685.

[Flytdiagram og søkestrategi systematiske oversiktsartikler \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi retningslinjer \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Anoreksi er en alvorlig lidelse, hvor det er stor risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner. Lidelsen har store, negative konsekvenser for psykisk helse, livskvalitet, sosial fungering, og for ungdom, muligheten for normal utvikling og læring i ungdomstiden.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling. Den sterke anbefalingen er basert på klinisk konsensus i arbeidsgruppen og gjennomgang av konsensus-baserte anbefalinger i internasjonale retningslinjer.

Praktisk

Vanligvis bør barn med vekt under nedre 2,5 persentil legges inn på somatisk barneavdeling eller i annen egnet døgnenhet. Ved raskt vekttap hos barn, eller ved andre somatiske komplikasjoner eller ved behov for en snarlig differensialdiagnostisk avklaring, kan det være aktuelt med innleggelse selv om vekten skulle være over nedre 2,5 persentil.

For voksne med mer enn 30 % vekttap over tre måneder bør innleggelse vurderes.

Med ustabile somatiske parametre menes for eksempel lavt blodtrykk, lav puls, lav kroppstemperatur, elektrolyttforstyrrelser eller tegn på organsvikt. Ved hvilken avdeling pasienten skal legges inn, vil avhenge av lokal organisering av tilbudet.

Ved sammenbrudd i omsorgssituasjonen, hvor familien ikke makter å ivareta barnet, må det vurderes å kontakte barnevernstjenesten.

Ved tilstrekkelig respons på poliklinisk behandling er det viktig å vurdere døgnbehandling, så en sikrer at pasienter ikke blir gående lenge underviktig fordi de ikke regnes som tynne nok for døgnbehandling. Dette gjelder både barn, unge og voksne med anoreksi, med unntak av voksne som har hatt gjentatte innleggelser og hvor tilstanden er stabil.

Døgnbehandling av mennesker med anoreksi må skje i en enhet som har tilstrekkelig struktur og kompetanse.

For mer informasjon om forutsetninger for god behandling for spiseforstyrrelser, se kapittel: [Generelt om behandling for spiseforstyrrelser](#).

For mer informasjon om vurdering av alvorlighetsgrad, se kapittel: [Alvorlighetsgrad](#).

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietershiem, J., Cuntz, U., & Zeeck, A The diagnosis and Treatment of Eating Disorders Deutsches Ärzteblatt International 2011 108 40 678 685

8.3 Indikasjon for døgntilrettelagt behandling for pasienter med bulimi

Det anbefales døgntilrettelagt behandling for pasienter med bulimi ved høy frekvens av overspising, oppkast og andre kompensierende strategier som gir alvorlige somatiske komplikasjoner, og hvor poliklinisk behandling ikke har ført frem.

Sammenbrudd i omsorgssituasjonen hvor familien ikke makter å ivareta barnet kan være en sekundær indikasjon for henvisning til døgntilrettelagt behandling for barnet.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Pasienten kan følges tettere opp, og få mer støtte ved døgntilrettelagt behandling. Dette kan også være et godt alternativ der lokal spesialisthelsetjeneste ikke har et egnet poliklinisk behandlingstilbud.

Ulemper: Døgntilrettelagt behandling medfører at pasienten får redusert kontakt med sitt vanlige sosiale miljø. Mange pasienter med bulimi har sammensatte psykiske vansker, bl.a. vansker med personlighetsfungering, der langvarig døgntilrettelagt behandling kan være lite hensiktsmessig.

Kvalitet på dokumentasjonen

Det mangler forskingsdokumentasjon til grunn for denne anbefalingen, da det ikke ble funnet noen oversiktsartikkel som kan svare på når mennesker med bulimi bør henvises til døgntilrettelagt behandling

Anbefalingen er basert på klinisk konsensus i arbeidsgruppen, samt gjennomgang av konsensus-baserte anbefalinger fra internasjonale retningslinjer.

Verdier og preferanser

Det vil variere hvorvidt pasienter med bulimi ønsker døgntilrettelagt behandling eller poliklinisk behandling.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med bulimia nervosa

Intervensjon

Henvisning til døgnavdeling

Komparator

Poliklinisk oppfølging

Utfall

Tilfredsstillende vektutvikling, reduksjon av undervekt, symptomlette, stabilisering av somatisk status

Sammendrag

Anbefalingen er basert på konsensus i arbeidsgruppen og gjennomgang av konsensus-baserte anbefalinger i internasjonale retningslinjer.

Det ble søkt etter systematiske oversikter som kunne besvare når det var mer effektivt å behandle ved innleggelse enn ved poliklinisk behandling, men det ble ikke funnet relevant forskningsdokumentasjon. Det ble også undersøkt om relevante retningslinjer omhandlet denne problemstillingen, og tre retningslinjer inneholder informasjon som støtter opp om anbefalingen:

- NICE Clinical guideline. (2004). Eating disorders core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. *Am J Psychiatry* 163, 4-54.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., von Wietersheim, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The Diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40), 678-685.

[Flytdiagram og søkestrategi systematiske oversiktsartikler \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi retningslinjer \(PDF\)](#)

Begrunnelse

De fleste pasienter med bulimi bør behandles poliklinisk, men det er viktig å ha tilgang på døgnbehandlingsplasser for de som trenger tettere oppfølging eller en mer omfattende behandling.

Bulimi kan medføre en så ustabil somatisk tilstand at tett oppfølging i døgnhet er påkrevet. Lidelsen kan også ledsages av psykiske symptomer som alvorlig depresjon, selvskading og suicidalfare, som i perioder kan gjøre poliklinisk behandling utilstrekkelig. Ved uttalte symptomer og manglende respons på poliklinisk behandling kan det være hensiktsmessig å intensivere behandlingen ved å tilby døgnbehandling.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen, selv om det mangler forskningsdokumentasjon for denne problemstillingen.

Praktisk

Døgnbehandling er kvalitativt forskjellig fra poliklinisk behandling, og døgnbehandling kan gi bedre effekt for alvorlig syke personer med bulimi, når poliklinisk behandling ikke har ført frem.

Ved sammenbrudd i omsorgssituasjonen, hvor familien ikke makter å ivareta barnet, må det vurderes å kontakte barnevernstjenesten.

For mer informasjon om forutsetninger for god behandling for spiseforstyrrelser, se kapittel: [Generelt om behandling for spiseforstyrrelser](#).

For mer informasjon om vurdering av alvorlighetsgrad, se kapittel: [Alvorlighetsgrad](#).

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 *Am J Psychiatry* 2006 163 4 54

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietershiem, J., Cuntz, U., & Zeeck, A The diagnosis and Treatment of Eating Disorders Deutsches Ärzteblatt International 2011 108 40 678 685

9 Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser

9.1 Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med bulimi

Individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med bulimi.

Den psykoterapien som velges bør være rettet mot spiseforstyrrelser, og ha fokus på normalisering av spisemønstre, samt bortfall av overspisingsepisoder og ulik vektkompenserende atferd. Den individuelle psykoterapien bør ha en viss varighet og intensitet.

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser foreslås som behandling for voksne med bulimi.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Arbeidsgruppen tilrår at psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser er avgjørende for behandling av voksne med bulimi. Den oppsummerte forskningen viser at kognitiv atferdsterapi har bedre effekt enn andre psykoterapier for å få nedgang i bulimiske symptomer, samt for å bedre helsetilstanden.

Ulemper: I den oppsummerte forskningen er det ikke undersøkt hvorvidt behandlingen kan gi noen uønskede effekter.

Totalt: Fordelene ved individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser og kognitiv atferdsterapi for bulimi er større enn ulempene og behandlingen har trolig bedre effekt enn andre psykoterapier som ikke er rettet mot spiseforstyrrelsene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen for de viktigste utfallsmålene er moderat grunnet ulike feilkilder slik som risiko for systematiske feil, upresise effektestimater (vidt konfidensintervall) og få antall hendelser.

Verdier og preferanser

Det antas at flertallet av pasientene med bulimi vil ønske å få tilbud om den best dokumenterte behandlingen, som er kognitiv atferdsterapi spesifikt for spiseforstyrrelse.

Ressurshensyn

Å tilby pasienter med bulimi kognitiv atferdsterapi spesifikt for spiseforstyrrelser, vil trolig være ressursbesparende for samfunnet.

Begrunnelse

Populasjon

Personer med bulimia nervosa

Intervensjon

Kognitiv adfersterapi

Komparator

Andre psykoterapier

Utfall

Remisjon, bulimiske symptomer, bivirkninger, psykososial fungering, generelle psykiatriske symptomer, drop out

Sammendrag

En systematisk oversikt er inkludert i kunnskapsgrunnet, og belyser om kognitiv atferdsterapi har bedre effekt enn andre psykoterapier for voksne med bulimi:

- Vist, G., Jung, S., Straumann, GH., Ding, KY., Reinar, LM. (2016). Cognitive behavior therapy compared to other psychotherapy for treatment of bulimia. Report from the Norwegian Institute of Public Health.

Denne systematiske oversiktsartikkelen vurderer også hvilken tillit vi kan ha til resultatene ved hjelp av GRADE-metoden. Oversikten ble bestilt fra Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet for å oppdatere den systematiske oversikten som ble funnet i opprinnelig litteratursøk, på spørsmålet om kognitiv atferdsterapi har bedre effekt enn andre psykoterapier for voksne med bulimi. Den systematiske oversikten som ble funnet i opprinnelig litteratursøk var denne som er fra 2009 (se flytdiagram og søkestrategi nedenfor):

- Hay, PPJ., & Stefano, S. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review). The Cochrane Library.

I den nye oppdaterte systematiske oversikten av Vist et al., (2016) er bare personer over 16 år inkludert.

Forfatterens konklusjon fra denne oversikten (Vist et al., 2016): Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med annen psykoterapi for personer med bulimi fører trolig til at flere personer slutter med overspisingsepisoder og kompenserende atferd, og skårer bedre på skala for bulimisyntomer ved avsluttet behandling.

Resultat for primære utfallsmål:

Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med annen psykoterapi til personer med bulimi fører trolig til at flere personer slutter med overspisingsepisoder og kompenserende atferd (RR 0.84 (95% KI 0.72 to 0.97)), og skårer bedre på skala for bulimisyntomer (SMD -0.23 (95% KI -0.45 to -0.01)) (moderat kvalitet på dokumentasjonen vurdert med GRADE).

Resultat for sekundære utfallsmål:

Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med annen psykoterapi til personer med bulimi fører til at det er lignende antall personer som slutter med begge behandlingene (RR 1.11 (95% KI 0.88 to 1.39)) og lignende vekt/KMI etter endt behandling for begge behandlingene (SMD -0.04 (95% KI -0.13 to 0.22)) (moderat kvalitet på dokumentasjonen vurdert med GRADE).

Ved endt behandling med kognitiv atferdsterapi er det 494 av 1000 som ikke får remisjon.

Dokumentasjonen er målt til å ha moderat kvalitet for fem av 11 utfallsmål og for seks av 11 utfallsmål var det lav eller veldig lav kvalitet.

Resultattabellen nedenfor viser utfallsmål, resultater og kvalitetsvurderinger, vurdert med GRADE for de sammenligninger som er undersøkt i den oppdaterte systematiske oversikten (Vist et al., 2016).

[Resultattabell: Kognitiv atferdsterapi- bulimi. Vist et al., \(2016\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Anbefalingen om at voksne med bulimi bør få tilbud om individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser, er sterk. Den bygger på konsensus i arbeidsgruppen; på bakgrunn av klinisk erfaring og brukererfaring.

Oppsummert forskning viser at det er bedre å få kognitiv atferdsterapi enn andre psykoterapier målt med remisjon (100 % fravær av overspising og oppkast) ved endt behandling og bulimiske symptomer. Ved vurdering av forskningsgrunnlaget, samt klinisk erfaring og brukererfaring, valgte arbeidsgruppen å gi en svak anbefaling om kognitiv atferdsterapi spesifikt for spiseforstyrrelser for å behandle bulimi.

Kvaliteten på dokumentasjonen er moderat.

For andre utfallsmål som ble vurdert som noe mindre viktige enn utfallsmålet nevnt ovenfor, viste resultatene at det ikke var noen forskjell mellom ulike former for psykoterapi. Dette gjelder utfallsmålene vekt ved avslutning av behandling og antallet som avbryter behandlingen (moderat kvalitet på dokumentasjonen).

Det er muligens en bedre skår på depresjon ved bruk av kognitiv atferdsterapi enn andre psykoterapier (lav kvalitet på dokumentasjonen).

Praktisk

Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser foreslås som behandling for voksne med bulimi.

For barn og unge med bulimi, se [anbefaling om familiebasert behandling](#).

Oppsummert forskning viser at over 50% av voksne pasienter med bulimi har god effekt av kognitiv atferdsterapi rettet mot spiseforstyrrelser og denne behandlingen kom bedre ut enn andre psykoterapier for to viktige utfallsmål.

Ulike former for psykoterapi, både innsiktsorienterte og manualbaserte, brukes av behandlere i psykisk helsevern i dag. De ulike psykoterapiformene kan ha ulik teorigrunnlag, og med ulik utdanning. Der det ikke er grunn for å benytte en spesifikk psykoterapiform, må valg av psykoterapiform eller kombinasjon tilpasses pasienten i forhold til spiseforstyrrelssymptomer og komorbiditet.

Referanser

- Vist GE, Jung, S, Straumann GH, Ding KY, Reinart LM Cognitive behavior therapy compared to other psychotherapy for treatment of bulimia. Report from the Norwegian Institute of Public Health 2016
- Hay, PPJ., & Stefano, S Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review) The Cochrane Library 2009

9.2 Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med anoreksi

Individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med anoreksi.

Voksne pasienter med anoreksi bør få tilbud om individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser, men ingen spesifikk psykoterapi kan anbefales fremfor andre psykoterapier.

Den psykoterapien som velges bør være rettet mot spiseforstyrrelser, og ha fokus på vektnormalisering, samt bortfall av de symptomene og kliniske trekk som omfattes av de diagnostiske kriteriene for anoreksi. Den individuelle psykoterapien bør ha en viss varighet og intensitet.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Oppsummert forskning viste ingen flere fordeler knyttet til en spesifikk psykoterapi fremfor andre psykoterapier. Arbeidsgruppen tilrår allikevel at det er en fordel å gi en strukturert individuell psykoterapi målrettet mot spiseforstyrrelser. Det er en fordel med fokus på normalisering av vekt og spiseatferd, samt andre symptomer som omfattes av diagnosen anoreksi, da særlig undervekt medfører somatiske og psykologiske komplikasjoner som er med på å opprettholde lidelsen.

Ulemper: Den oppsummerte forskningen har ikke spesifikt vurdert ulemper ved ulike psykoterapier spesifikt rettet mot anoreksi. Arbeidsgruppen kan heller ikke identifisere noen sannsynlige ulemper ved å benytte terapiformer som er spesifikt rettet mot anoreksi.

Totalt: Det er hensiktsmessig å tilby en psykoterapi spesifikt rettet mot spiseforstyrrelser, med begrunnelse i de fordelene som er fremhevet ovenfor. Det er ingen spesifikk terapi som kan anbefales fremfor andre.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen vurderes som lav/svært lav, målt ved GRADE, på bakgrunn av få inkluderte pasienter i primærstudiene, få inkluderte primærstudier, ulike feilkilder, samt variasjon i utfallsmål. For noen utfallsmål viste resultatene ulike funn mellom ulike studier.

Verdier og preferanser

Selv når man tar hensyn til initial motstand mot endringer grunnet lav motivasjon, sykdomsinnsikt og allianseutfordringer, antas det at flertallet av voksne pasienter vil ønske strukturert individuell psykoterapi målrettet mot å normalisere vekt og spiseatferd med en viss varighet og intensitet.

Ressurshensyn

Å benytte en strukturert psykoterapi målrettet mot anoreksi vil trolig være den mest effektive terapiformen. Strukturert psykoterapi vil derfor kunne redusere sykdomsvarighet, øke livskvalitet og antall

produktive leveår, og vil derfor trolig være samfunnsøkonomisk lønnsom å benytte.

Begrunnelse

Populasjon

Voksne pasienter med anorexia nervosa

Intervensjon

Kognitiv atferdsterapi

Komparator

Andre former for psykoterapi

Utfall

Vektøkning, KMI, remisjon

Sammendrag

Kunnskapsgrunnlaget er basert på en systematisk oversikt som belyser hvorvidt en bestemt form for individuell psykoterapi har bedre effekt enn andre former for individualterapi ved anoreksi:

- Hay PJ, Claudina AM, Touyz S, ABD Elbaky G. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

Denne systematiske oversikten er en oppdatering av artikkelen som ble funnet i søket utført ved Kunnskapssenteret i 2010, se flytdiagrammet linket til nedenfor.

Oppsummering av datagrunnlag, resultater samt forfatterens konklusjoner:

Datagrunnlag

Forfatterne identifiserte 10 relevante kliniske studier som samlet omfattet 599 pasienter med diagnosen anoreksi, og som enten var rekruttert til terapistudier gjennom mediaoppslag, eller som deltok i slike studier gjennom å være henvist til primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste eller spesialenhet for spiseforstyrrelser. Alle mulige terapiformer kunne inkluderes, men de 10 studiene omfattet kognitiv atferdsterapi spesielt utviklet for anoreksi (KAT-AN), såkalt utvidet (enhanced) kognitiv atferdsterapi for alle typer spiseforstyrrelser (KAT-E), interpersonlig psykoterapi (IPT), kognitiv-analytisk terapi, psykoanalytisk/psykodynamisk terapi samt en terapiform utviklet ved spesialenheten for spiseforstyrrelser ved Maudsley Hospital i London. «Behandling som vanlig» omfattet pasienter henvist for anoreksi, men som ikke fikk noen spesifikk behandling rettet mot spiseforstyrrelsen, og behandlingen ble gitt av helsepersonell uten spesialkompetanse på spiseforstyrrelser.

Resultater og konklusjoner

Forfatterne fant ingen støtte for at noen av disse formene for individualterapi hadde bedre effekt enn andre målt mot ulike varianter av "behandling som vanlig". Kvaliteten på forskingsdokumentasjonen er vurdert med GRADE til å være lav til svært lav. Det betyr at de manglende forskjellene i effekt blir vurdert som lite pålitelige og at forskingsdokumentasjonen på manglende forskjell i effekt er usikker. For mer informasjon om vurderingen av kvaliteten på evidensen, se artikkel.

Anbefalinger for videre forskning

Forfatterne fremhever at fremtidig forskning av høy metodologisk kvalitet er nødvendig for å kunne identifisere særlig virksomme terapiformer, eventuelt også terapiformer som ikke er virksomme. Høy

metodologisk kvalitet innebærer bruk av randomiserte, kontrollerte design med et pasientgrunnlag som gir tilfredsstillende statistisk styrke, som har sammenlignbare utfallsmål, som studerer terapi av lengre varighet og som inkluderer både umiddelbare effekter og effekter på lengre sikt.

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Anbefalingen om at voksne med anoreksi bør få tilbud om individuell psykoterapi, rettet mot spiseforstyrrelser, er sterk. Den bygger på konsensus i arbeidsgruppen på bakgrunn av klinisk erfaring og brukererfaring.

Dokumentasjonen for at ingen bestemt form for psykoterapi kan anbefales fremfor noen andre er svak fordi kvaliteten på evidensen som finnes for dette er vurdert til lav/svært lav med GRADE. Arbeidsgruppen tilrår likevel å gi en sterk anbefaling om dette, på bakgrunn av klinisk erfaring, brukererfaring og den forskningen som finnes.

Den individuelle psykoterapiform som velges bør ha fokus på vektnormalisering samt bortfall av symptomer og kliniske trekk som omfattes av de diagnostiske kriteriene for anoreksi. Individualterapien bør også ha en viss varighet og intensitet. Dette er sterke anbefalinger basert på faglig konsensus i arbeidsgruppen. Denne konsensus bygger på omfattende klinisk erfaring om at fokus på symptombortfall så tidlig som mulig er gunstig for å fremme en god prognose fordi sykdomsvarigheten reduseres. Varighet og intensitet i behandlingen ansees som viktig for å kunne etablere en bærekraftig terapeutisk allianse og endringsmotivasjon hos pasientene. Pasientene kan ha liten sykdomsinnsikt og er ofte ambivalente til å normalisere vekt og spiseatferd og andre symptomer som omfattes av diagnosen anoreksi. Varighet er viktig med tanke på at vektoppgang til normalvekt tar tid.

Praktisk

Se [anbefalinger om poliklinisk behandling](#) for spesifisering av frekvens av behandlingen og når behandlingen bør intensiveres. Se [anbefaling om vektøkning](#) for anbefalt vektøkning i poliklinisk behandling.

[For barn og unge med anoreksi anbefales familiebasert behandling.](#)

Det er behov for mer forskning for å kunne konkludere hvorvidt en bestemt form for individual psykoterapi har bedre effekt enn andre psykoterapier for voksne pasienter med anoreksi. Man har foreløpig ikke godt nok forskningsgrunnlag til å vite om en psykoterapi er mer effektiv enn andre.

Ulike former for psykoterapi, både innsiktsorienterte og manualbaserte, brukes av behandlere i psykisk helsevern i dag. De ulike psykoterapiformene kan ha ulik teorigrunnlag, og med ulik utdanning. Valg av psykoterapiform eller kombinasjon tilpasses pasienten i forhold til spiseforstyrrelssymptomer og komorbiditet.

Referanser

- Hay PJ, Claudino AM, Touyz S, Abd Elbaky G Individual psychological therapy in the outpatient therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 7

9.3 Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med overspisingslidelse

Psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser anbefales for å behandle voksne pasienter med overspisingslidelse. Ingen spesifikk psykoterapi kan anbefales fremfor andre psykoterapier.

Den psykoterapien som velges bør ha fokus på bortfall av de symptomene og kliniske trekk som kjennetegner overspisingslidelse.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Den oppsummerte forskningen viser både at kognitiv atferdsterapi og annen psykoterapi har god effekt hos relativt mange (ca. 65% slutter helt med overspising).

Ulemper: I den oppsummerte forskningen er det ikke undersøkt hvorvidt behandlingene kan gi noen uønskede effekter.

Totalt: Fordelene ved behandling med psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelse for overspisingslidelse er større enn ulempene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på forskningsdokumentasjonen for de ulike utfallsmålene er svært lav til moderat grunnet risiko for systematiske feil, heterogenitet og presisjon.

Verdier og preferanser

Det antas at flertallet av pasientene med overspisingslidelse vil ønske å få tilbud om en eller annen form for psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser når de får informasjon om at dette er en effektiv behandling for flertallet for å slutte å overspise.

Begrunnelse

Populasjon

Personer med overspisingslidelse

Intervensjon

Kognitiv adferdsterapi

Komparator

Andre psykoterapier

Utfall

Remisjon, overspising, depresjons symptomer, funksjonsnivå, vekt

Sammendrag

En systematisk oversikt er inkludert i kunnskapsgrunnet, og belyser om kognitiv terapi har bedre effekt enn andre psykoterapier for voksne med overspisingslidelse:

- Bergman, & Livingstone. (2016). Targeted Update, Cognitive behavioural therapy compared to any other psychological therapy for binge eating disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Denne systematiske oversiktsartikkelen vurderer også hvilken tillit vi kan ha til resultatene ved hjelp av GRADE-metoden. Oversikten ble bestilt fra Cochrane Editorial Unit, UK, Cochrane Common Mental Disorder Group, for å oppdatere den systematiske oversikten som ble funnet i opprinnelig litteratursøk fra 2009 (se

flytdiagram og søkestrategi nedenfor):

- Hay, PPJ., & Stefano, S. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review). *The Cochrane Library*.

I den oppdaterte systematiske oversikten av Bergman et al., (2016) er kun personer over 16 år inkludert.

Forfatterens konklusjon er:

Forskningsdokumentasjonen tyder på at kognitiv atferdsterapi sannsynligvis fører til en svak reduksjon av overspisingssymptomer sammenlignet med andre psykoterapier, men dette utgjør liten eller ingen forskjell med tanke på 100% fravær av overspising. Kvaliteten på forskningsgrunnlaget er moderat grunnet upresise resultater (vidt konfidensintervall), samt risiko for systematiske feil. På bakgrunn av de overnevnte svakhetene, så har vi moderat tiltro til bedre effekten av kognitiv atferdsterapi enn andre psykoterapier.

Resultatene for de ulike utfallsmålene som er undersøkt:

Det er lav kvalitet på evidensgrunnlaget som viser at kognitiv atferdsterapi utgjør liten eller ingen forskjell med tanke på 100% fravær av overspising (RR 0.93, 95% KI 0.67 to 1.28, 5 studier, 408 deltakere) eller ved gjennomsnittlig psykososial/interpersonlig fungering (MD -0.025, 95% KI -0.145 to 0.09, 3 studier, 280 deltakere), sammenlignet med andre former for psykoterapier. Forskningsdokumentasjon av moderat kvalitet viser at kognitiv psykoterapi sannsynligvis fører til en svak reduksjon av gjennomsnittlige overspisingssymptomer (MD -0.513, 95% KI -0.836 til -0.171, 7 studier, 511 deltakere) og at kognitiv psykoterapi sannsynligvis utgjør liten eller ingen forskjell målt ved gjennomsnittlige depressive symptomer (MD 0.332, 95% KI -1.162 til 1.826, 7 studier, 489 deltakere). Kognitiv atferdsterapi reduserer sannsynligvis ikke kroppsvekt (MD 1.239, 95% KI 0.295 to 2.183, 9 studier, 611 deltakere), sammenlignet med andre former for psykoterapi. Effekten på generelle psykiatriske symptomer er usikker, kvaliteten på forskningsgrunnlaget er svært lav.

Ved endt behandling med kognitiv atferdsterapi er det 349 av 1000 som ikke får remisjon (100% fravær av overspisingsepisoder) mot 376 av 1000 ved andre psykoterapier. Dette viser at en stor andel får remisjon ved de undersøkte psykoterapiene, og at behandling med psykoterapier er effektivt for å behandle overspisingsslidelse.

Dokumentasjonen er målt til å ha svært lav til moderat kvalitet for de relevante utfallene.

Resultattabellen nedenfor viser utfallsmål, resultater og kvalitetsvurderinger, vurdert med GRADE for de sammenligninger som er undersøkt i den oppdaterte systematiske oversiktsartikkelen (Bergman et al., 2016).

[Resultattabell: Psykoterapi-overspisingsslidelse. Bergman et al., \(2016\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at kognitiv atferdsterapi sannsynligvis reduserer overspisingssymptomer noe mer sammenlignet med andre psykologiske terapier (moderat kvalitet på dokumentasjonen).

Det er ingen forskjell mellom kognitiv atferdsterapi og andre psykoterapier for andre utfallsmål som er undersøkt ved behandling av voksne med overspisingsslidelse:

- Remisjon målt ved 100% fravær av overspisingsepisoder (lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Depresjons symptomer (moderat kvalitet på dokumentasjonen)
- Generelle psykiatriske symptomer (svært lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Funksjonsnivå (lav kvalitet på dokumentasjonen)
- Vekt (moderat kvalitet på dokumentasjonen)

Ved vurdering av forskningsgrunnlaget, samt klinisk erfaring og brukererfaring, valgte arbeidsgruppen å tilråde en sterk anbefaling om psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser for å behandle overspising. Det ble vurdert at dokumentasjonen ikke hadde tilstrekkelig styrke og kvalitet for å gi en spesifikk anbefaling for kognitiv atferdsterapi.

Praktisk

Eksisterende forskning viser at de ulike psykoterapier har god effekt for å behandle overspisingsslidelse. Denne behandlingen har effekt på overspisingssatferd, men liten effekt på reduksjon av overvekt. Eventuelt behandling for vektreduksjon kan vurderes etter endt behandling av spiseforstyrrelsen.

For barn og unge med overspisingsslidelse, se [anbefaling om familiebasert behandling](#).

Det er behov for mer forskning for å undersøke hvilke psykoterapier som har best effekt for å behandle voksne med overspisingsslidelse, da den oppsummerte forskningen består av relativt få og små studier med varierende kvalitet.

Det er dokumentasjon for effekt av selvhjelpsprogrammer ved overspisingsslidelse og selvhjelpsprogrammer kan vurderes som første behandlingsintervensjon, se selvhjelp.

Ulike former for psykoterapi, både innsiktsorienterte og manualbaserte, brukes av behandlere i psykisk helsevern i dag. De ulike psykoterapiformene kan ha ulik teorigrunnlag, og med ulik utdanning. Valg av psykoterapiform eller kombinasjon bør tilpasses pasienten i forhold til spiseforstyrrelssymptomer og komorbiditet.

Referanser

- Bergman, H & Livingstone, N Targeted Update. Cognitive behavioural therapy compared to any other psychological therapy for binge eating disorder 2016
- Hay, PPJ., & Stefano, S Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (Review) The Cochrane Library 2009

10 Psykoterapi for barn og unge med spiseforstyrrelser

10.1 Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør tilbys til barn og

unge med spiseforstyrrelser

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør tilbys i spesialisthelsetjenesten til barn og unge med spiseforstyrrelser. Dette gjelder alle spiseforstyrrelsesdiagnoser, både ved anoreksi, bulimi og overspisingslidelse.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser er den best dokumenterte behandlingen. Involvering av foresatte vil trolig kunne øke sannsynligheten for tilfriskning, forhindre tilbakefall og drop-out, og reduserer behovet for mer behandling, inklusiv døgnbehandling.

Ulemper: Den oppsummerte forskningen viser at en relativ stor andel av pasientene ikke får remisjon av spiseforstyrrelsen ved familiebasert behandling. Den oppsummerte forskningen har ikke sett på ulike ulemper eller kostnader ved familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser. Ulike ulemper i Norge antas å kunne være: Dårlig familieøkonomi og utilstrekkelig økonomiske støtteordninger fra NAV rundt frikjøp av foreldre til intensiv oppfølging av barnet hjemme. Ved alvorlig psykopatologi hos foreldre kan dette være kontraindikasjon for familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser. En kan også møte på motivasjonsutfordringer, som at pasienten kan oppleve å bli presset inn i en terapiform hun/han ikke ønsker.

Totalt: Fordelene med å tilby familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser til barn og unge med spiseforstyrrelser vurderes som langt større enn ulempene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen vurderes samlet som moderat målt med GRADE, på bakgrunn av blant annet få studier og få deltagere. Videre forskning vil kunne påvirke vår tillit til effektestimater.

Ressurshensyn

Det er behov for avklaring med NAV for hvordan foreldrene skal unngå å tape økonomisk på å delta i familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser.

Begrunnelse

Populasjon

Unge med spiseforstyrrelse

Intervensjon

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser

Komparator

Individuell behandling

Utfall

Remisjon ved endt behandling, remisjon etter 6-12 måneders oppfølging

Sammendrag

En systematisk oversiktsartikkel er inkludert i kunnskapsgrunnlaget, og belyser om familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser har bedre effekt enn individuell terapi for ungdom med spiseforstyrrelser:

- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P. (2013). Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(1), 3-11

Oversiktsartikkelen har kun inkludert studier med ungdom < 23 år med anoreksi, bulimi eller atypisk spiseforstyrrelse (EDNOS). Ingen av studiene har inkludert personer med overspisingslidelse.

Alle inkluderte studier har brukt Maudsley tilnærmingen i den familiebaserte behandlingen.

Den systematiske oversikten viser at:

- Det er ikke signifikant forskjell mellom ungdom som får familiebasert behandling (FBT) og ungdom som får individuell behandling på utfallet remisjon ved endt behandling. Det kan være en fordel å få FBT (143 flere som får remisjon per 1000), men effekten er usikker da konfidensintervallet krysser linjen for ingen forskjell i effekt: kan være 154 færre per 1000 til 657 flere per 1000 som får remisjon.
- Det er signifikant forskjell mellom ungdom som får FBT og ungdom som får individuell behandling på utfallet remisjon ved oppfølging 6 til 12 måneder etter endt behandling (226 flere som får remisjon per 1000 ved FBT).
- Det er signifikant forskjell mellom ungdom med bulimi som får FBT og ungdom med bulimi som får individuell behandling på utfallet remisjon ved oppfølging 6 til 12 måneder etter endt behandling (191 flere som får remisjon per 1000 ved FBT).
- Det er signifikant forskjell mellom ungdom med anoreksi som får FBT og ungdom med anoreksi som får individuell behandling på utfallet remisjon ved oppfølging 6 til 12 måneder etter endt behandling (359 flere som får remisjon per 1000 ved FBT).

All dokumentasjon er her målt til å ha moderat kvalitet, vurdert med GRADE, med unntak av sammenligningen som gjelder anoreksi, der kvaliteten på dokumentasjonen er lav.

[Resultattabell - familiebasert behandling, Couturier et al., \(2013\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at det er signifikant bedre for ungdom å få familiebasert behandling (FBT) enn å få individuell behandling, målt ved remisjon etter oppfølging 6 til 12 måneder etter endt behandling. Dette gjelder både ungdom med anoreksi og ungdom med bulimi. Dokumentasjonen er vurdert til å ha moderat kvalitet for bulimi, og lav kvalitet for anoreksi. Effekten er målt til å være størst for anoreksi, men det er usikkerhet rundt estimatet.

Det var konsensus blant klinikere og brukere i arbeidsgruppen om å tilråde en sterk anbefaling om familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser til barn og ungdom med spiseforstyrrelser på bakgrunn av oppsummert forskning, klinisk erfaring og brukererfaringer. Dette gjelder også barn og ungdom med overspisingslidelse, selv om det per i dag mangler oppsummert forskning for denne pasientgruppen.

Praktisk

Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser bør være førstevalg ved start av behandling for barn

og unge med anoreksi, bulimi og overspisingslidelse.

Helsepersonell bør vurdere om det foreligger kontraindikasjoner for familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser fører ofte til et høyt konfliktnivå i familien, noe som oftest vil bedre seg når spiseforstyrrelsen bedres, og som i seg selv ikke er kontraindikasjon for familiebasert behandling. Men dersom konfliktnivået mellom foreldrene er så stort at foreldrene ikke kan samarbeide om behandlingen, vil dette være en kontraindikasjon. I tilfeller hvor det er grunn til å tro at det foreligger uønskede hendelser, alvorlig omsorgssvikt eller lignende i familien, vil ikke familiebasert behandling være aktuelt. Det bør i slike tilfeller vurderes om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. helsepersonelloven § 33.

Individuell behandling av barn og unge med anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse kan gis etter en første fase med familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser.

I vurdering av om individuell psykoterapi skal tilbys, bør alder, funksjonsnivå og nytte av familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser vurderes. Hvis ungdom med bulimi tilbys individualterapi, foreslås kognitiv atferdsterapi spesifikt for spiseforstyrrelser. For ungdom med anoreksi eller overspisingslidelse kan ingen spesifikk psykoterapi foreslås fremfor andre psykoterapier.

[Se kapittel: Psykoterapi for voksne med spiseforstyrrelser](#)

For barn og ungdom med anoreksi bør behandlingen skje i kombinasjon med somatisk oppfølging og forutsette en reduksjon av undervekt. Ved komorbide tilstander som krever spesifikk individuell behandling kan kombinasjonsbehandling være aktuelt ved start av behandlingen.

Det er behov for økt kompetanse i familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser ved ulike institusjoner som poliklinikker innen psykisk helsevern for barn (BUP) og voksenpsykiatriske poliklinikker (VOP).

Den vanligste familieterapeutiske tilnærmingen, som har vist seg å være effektiv i behandlingsstudier, er basert på «Maudsley-modellen» for familieterapi ved spiseforstyrrelser, der det er utviklet manualer for anoreksi (Lock et al., 2012) og bulimi (Le Grange et al., 2009). Tilnærmingen legger stor vekt på å styrke foreldrenes kompetanse på å hjelpe barnet sitt med å overvinne sykdommen. I første fase av behandlingen er hovedfokus å støtte foreldrenes samarbeid og foreldrefunksjoner mht. å ta ansvar for at barnet spiser tilstrekkelig, og med å unngå annen spiseforstyrret atferd som overspisingsanfall, oppkast og overdreven trening. Når bedringen har kommet godt i gang, går en over i neste fase, der fokus er på at ungdommen gradvis tar over ansvaret for spisingen, men med fortsatt støtte og oppfølging fra foreldrene. I siste fase av behandlingen er det fokus på vanlige temaer i ungdoms utvikling.

Familiebasert behandling krever ofte at foreldrene helt eller delvis må være borte fra arbeidet for å følge opp barnet. Informasjon om økonomiske rettigheter ved sykdom i familien finnes på NAV.no.

Det er spesielt behov for mer forskning knyttet opp mot familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser for barn og ungdom med anoreksi og overspisingslidelse, men også for barn og ungdom med bulimi.

Det er behov for forskning både i forhold til hva slags familieterapeutisk tilnærming man bør bruke for de ulike diagnosegruppene, og i forhold til ulike aldersgrupper. Det er også behov for mer forskning om kombinasjonsbehandling med familiebasert behandling og individuell psykoterapi, samt forskning på multifamiliegruppeterapi.

Referanser

- Couturier, J., Kimber, M., & Szatmari, P Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: A systematic review and meta-analysis International Journal of Eating Disorders

2013 46 1 3 11

- Lock, J. Le Grange, D Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family-Based Approach. 2nd edition. New York: Guilford Press 2012
- Le Grange, D. Lock, J Treating Bulimia in Adolescents. A Family-Based Approach. New York: Guilford Press 2009

11 Legemiddelbehandling for pasienter med spiseforstyrrelser

11.1 Antidepressiva anbefales ikke brukt til behandling av anoreksi, ved indikasjon anoreksi

Antidepressiva anbefales ikke brukt til behandling av anoreksi, ved indikasjon anoreksi

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Den oppsummerte forskningen viste ingen fordeler ved å bruke antidepressiva for å behandle anoreksi, hverken i forhold til vektoppgang, spiseforstyrrelsessymptomer eller assosiert psykopatologi.

Ulemper: Den oppsummerte forskningen viste ikke hvilke uønskede effekter man kan få ved bruk av antidepressiva ved indikasjon anoreksi. Uønskede effekter kan være bivirkninger ved antidepressiva, ukontrollert vektøkning, tilleggseffekter som kan være uheldig for psykoterapi.

Totalt: Ulempene ved bruk av antidepressiva vurderes å veie tyngre enn fordelene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvalitet på dokumentasjonen er lav grunnet få studier med få deltagere, og store konfidensintervall. For flertallet av utfallsmålene var det ikke mulig å lage metaanalyse på bakgrunn av metodologiske begrensninger.

Verdier og preferanser

Det antas at flertallet av pasientene ikke vil starte med antidepressiva for å behandle anoreksi, da forskning ikke viser noen effekt av slik behandling.

Ressurshensyn

Det å ikke bruke antidepressiva for å behandle anoreksi vil trolig redusere ressursbruken i samfunnet.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med anoreksia nervosa

Intervensjon

Antidepressiva

Komparator

Ingen bruk av antidepressiva / placebo

Utfall

Vektoppgang ved slutten av behandlingen, spiseforstyrrelses symptomer, assosiert psykopatologi

Sammendrag

En systematisk oversiktsartikkel er inkludert i kunnskapsgrunnlaget, og belyser om antidepressiva bør brukes til å behandle anoreksi:

- Claudino, AM., Silva de Lima, M., Bacaltcuk, J., Schmidt, UUS., & Treasure, J. (2006). Antidepressants for anorexia nervosa. *Cochrane Library*.

Claudino et al., (2006) viser til at den oppsummerte forskningen er av lav kvalitet på bakgrunn av få studier, få deltagere, metodiske svakheter ved flere av enkeltstudiene, samt brede (upresise) konfidensintervall. Fire studier viser at antidepressiva ikke bedrer vektoppgang, spiseforstyrrelsessymptomer eller assosiert psykopatologi. Ut fra forskningen kan man ikke trekke noen konklusjon om hvorvidt enkelte antidepressiva fungerer bedre enn andre for mennesker med anoreksi.

Tabellen nedenfor viser blant annet utfallsmål og metodisk kvalitet for den systematiske oversiktsartikkelen og dokumentasjonen. Det er få studier, få deltagere og metodiske svakheter ved flere av enkeltstudiene. Man kan derfor vurdere at dokumentasjonen har lav kvalitet, målt ved GRADE-metodikk.

Studie	Claudino, AM., Silva de Lima, M., Bacaltcuk, J., Schmidt, UUS., & Treasure, J. (2006). Antidepressants for anorexia nervosa. <i>Cochrane library</i>.
Problemstilling	Å evaluere effekt og aksept (acceptability) av antidepressiva for behandling av anoreksi.
Metode	Systematisk oversikt. 7 randomiserte, kontrollerte studier er inkludert.
Populasjon	178 personer med anoreksi.
Tiltak	Randomiserte kontrollerte studier som har gått over minimum 4 uker og sammenlignet antidepressiva med: (i) Placebo; (ii) Andre antidepressive medisiner

Utfallsmål	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vektoppgang målt ved ulike mål 2. Spiseforstyrrelsessymptomer 3. Assosiert psykopatologi
Metodisk kvalitet	<p>Studien er en systematisk oversikt av høy kvalitet. 7 Randomiserte kontrollerte studier er inkludert. Det er klare inklusjons- og eksklusjonskriterier og det er brukt en tilfredsstillende søkestrategi. Det er blitt sikret mot systematiske skjevheter ved seleksjon av studier ved å ha to personer som uavhengig av hverandre har vurdert studiene. Resultatene er blitt sammenstilt i metaanalyser.</p> <p>Claudino et al. (2006) viser til at den oppsummerte forskningen er av lav kvalitet på bakgrunn av få studier, få deltagere, metodiske svakheter ved flere av enkeltstudiene, samt brede (upresis) konfidensintervall. Helsedirektoratet har ikke vurdert kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget med GRADE-metodikk, men valgt å stole på forfatterens vurderinger. Man kan derfor vurdere at dokumentasjonen har lav kvalitet, vurdert med GRADE-metodikk.</p>
Resultater	<p>"Only seven studies were included. Major methodological limitations such as small trial size and large confidence intervals decreased the power of the studies to detect differences between treatments, and meta-analysis of data was not possible for the majority of outcomes. Four placebo-controlled trials did not find evidence that antidepressants improved weight gain, eating disorder or associated psychopathology. Isolated findings, favouring amineptine and nortriptyline, emerged from the antidepressant versus antidepressant comparisons, but cannot be conceived as evidence of efficacy of a specific drug or class of antidepressant in light of the findings from the placebo comparisons. Non-completion rates were similar between the compared Groups".</p>

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at bruk av antidepressiva trolig har liten eller ingen effekt sammenlignet med placebo/kontroll for mennesker med anoreksi. Forfatterne av den systematiske oversiktsartikkelen konkluderer med at dokumentasjonen har lav kvalitet, da det er få studier, få deltagere og metodiske svakheter ved flere av enkeltstudiene. På bakgrunn av den tilgjengelige oppsummerte forskningen og klinisk- og brukererfaring var det konsensus i arbeidsgruppen om å tilråde at antidepressiva ikke bør brukes ved indikasjon anoreksi (svak fraråding).

Praktisk

Antidepressiva kan være et supplement til annen form for behandling ved komorbide tilstander der det er indikasjon for bruk av antidepressiva. Eventuell oppstart med antidepressiva bør skje i spesialisthelsetjenesten. En må være oppmerksom på at ved alvorlig undervekt kan legemiddelmetabolismen være endret, noe som kan påvirke doseringen, og den må derfor følges tett opp.

Det må vises vaksomhet for bruk av antidepressiva hos barn og unge, særlig i forhold til bivirkninger som suicidalitet.

For voksne som har depresjon og anoreksi, se [gjeldende norske retningslinje for behandling av depresjon](#).

For barn og unge som har depresjon og anoreksi, se [gjeldende retningslinje fra NICE for behandling av depresjon \(nice.org\)](#)

Referanser

- Claudino AM, Silva de Lima M, Hay PPJ, Bacaltchuk J, Schmidt UUS, Treasure J Antidepressants for anorexia nervosa Cochrane Database of Systematic Reviews 2006

11.2 Antipsykotika anbefales ikke brukt til behandling av anoreksi, ved indikasjon anoreksi

Antipsykotika anbefales ikke brukt til behandling av anoreksi, ved indikasjon anoreksi

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Den oppsummerte forskningen viste ingen fordeler ved å bruke antipsykotika for å behandle anoreksi, hverken i forhold til vekt eller anoreksi-relatert psykopatologi.

Ulemper: Bivirkninger kan være en stor ulempe ved bruk av antipsykotika, noe også den oppsummerte forskningen viste.

Totalt: Ulempene ved bruk av antipsykotika vurderes å veie tyngre enn fordelene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvaliteten på dokumentasjonen er vurdert til lav på grunn av lav presisjon (vidt konfidensintervall), små studier, samt uklare allokeringer i de fleste studiene.

Verdier og preferanser

Det antas at nesten ingen pasienter vil ønske å starte med antipsykotika for å behandle anoreksi, da antipsykotika kan gi alvorlige bivirkninger, og har ingen kjent positiv effekt for å behandle anoreksi.

Ressurshensyn

Det å ikke bruke antipsykotika for å behandle anoreksi vil trolig redusere ressursbruken i samfunnet.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med anoreksia nervosa

Intervensjon

Antipsykotika (både typisk og atypisk)

Komparator

Placebo eller behandling uten antipsykotika

Utfall

Vekt eller KMI, anoreksia relatert psykopatologi, dropout rate, bi-effekter

Sammendrag

To systematiske oversiktsartikler er inkludert i kunnskapsgrunnlaget, og belyser om antipsykotiske legemidler bør brukes til å behandle anoreksi:

- Kishi, T., Kafantaris, V. Sunday, S., Sheridan, E. M. & Correll, C. U. (2012). Are antipsychotics Effective for the Treatment of Anorexia Nervosa? Results From a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(6), 757-766.
- Lebow, J., Sim, L. A., Erwin, P. J., & Murad, M. H. (2013). The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), 332-339.

Kishi et al., (2012) viser at:

Det er ikke signifikant bedre å få antipsykotisk medisin sammenlignet med placebo eller standard behandling på utfall som kroppsmasseindeks (KMI/BMI), anoreksi-relaterte symptomer og frafall. Alle disse sammenligningene har lav kvalitet. Det er signifikant bedre å få placebo eller standard behandling sammenlignet med antipsykotiske legemidler på utfallet ulike bivirkninger. Denne sammenligningen har svært lav kvalitet, målt ved GRADE.

Lebow et al., (2013) viser at:

Det er ikke signifikant bedre å få atypisk antipsykotisk medisin sammenlignet med ingen behandling, placebo eller aktiv kontroll på utfallet KMI. Dokumentasjonen for utfallsmålet er vurdert til å ha lav kvalitet, vurdert med GRADE.

Da all denne dokumentasjonen er målt til å ha lav eller svært lav kvalitet vurdert med GRADE, kan man bare ha lav tillit til dokumentasjonen: Effektestimatene kan være vesentlig ulikt den sanne effekten.

[Resultattabell - antipsykotika, Kishi et al., \(2012\) \(PDF\)](#)

[Resultattabell - atypisk antipsykotika, Lebow et al., \(2013\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at for mennesker med anoreksi har bruk av antipsykotika (typisk og atypisk) ingen effekt for å behandle spiseforstyrrelsen. Dokumentasjonen er målt til lav kvalitet (målt med GRADE). Det er valgt en fraråding fra å bruke antipsykotika for å behandle anoreksi, da hverken brukererfaringer, kliniske-erfaringer eller oppsummert forskning gir noen støtte til slikt bruk. Bivirkninger ved bruk av antipsykotika vektlegges også.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av oppsummert forskning og konsensus i arbeidsgruppen.

Praktisk

Anbefalingen om å ikke bruke antipsykotika for å behandle anoreksi gjelder barn, unge og voksne. Antipsykotika kan være et supplement til annen form for behandling ved særskilte tilfeller under behandling i spesialisthelsetjenesten. Eventuell oppstart med antipsykotika bør skje i spesialisthelsetjenesten.

For mennesker som har psykotiske symptomer eller psykose lidelse og anoreksi, se [gjeldende norske retningslinje for psykoselidelser](#).

Referanser

- Kishi, T., Kafantaris, V. Sunday, S., Sheridan, E. M. & Correll, C. U. Are antipsychotics Effective for the Treatment of Anorexia Nervosa? Results From a Systematic Review and Meta-Analysis Journal of Clinical Psychiatry 2012 73 6 757 766
- Lebow, J., Sim, L. A., Erwin, P. J., & Murad, M. H. The effect of atypical antipsychotic medications in individuals with anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Eating Disorders 2013 46 4 332 339

11.3 Fluoksetin (antidepressiva) kan brukes til behandling av bulimi, som supplement til annen behandling

Fluoksetin (antidepressiva) kan tilbys som supplement til annen behandling for voksne, ved indikasjon bulimi.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Oppsummert forskning viser at bruk av antidepressiva, for voksne med bulimi, har positiv effekt på relevante utfallsmål som remisjon, klinisk forbedring, nedgang i overspising og mindre oppkast (signifikant).

Ulemper: Oppsummert forskning viser at det ikke er forskjell i frafall fra behandlingen for de som fikk antidepressiva og de som fikk placebo. Antidepressiva har ulike bivirkninger, men ulike bivirkninger er ikke oppgitt i den oppsummerte forskningen. En bivirkning kan være følelsemessig avflatethet.

Totalt: Det er vurdert at fordelene veier opp for ulempene ved bruk av antidepressiva for voksne med bulimi, men bruk av antidepressiva kan kun brukes som et supplement til annen behandling.

Kvalitet på dokumentasjonen

Kvalitet på dokumentasjon er moderat grunnet uklar randomisering og allokering i de fleste studiene.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med bulimia nervosa

Intervensjon

Antidepressiva

Komparator

Placebo
Utfall
Remisjon

Sammendrag

En systematisk oversiktsartikkel av høy kvalitet er inkludert i kunnskapsgrunnet, og belyser om antidepressiva bør brukes til å behandle bulimi:

- Bacalchuk J & Hay (2003). Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa. The Cochrane Library.

Bacalchuk et al., (2003) viser at:

Det er signifikant bedre å få antidepressiva enn placebo målt ved utfallsmålene remisjon og klinisk forbedring. Ved sammenligning mellom «any drugs» og placebo var det signifikant bedre å få «any drugs» målt ved overspising og oppkast. Her er dokumentasjonen for disse utfallsmålene målt til å ha moderat kvalitet vurdert med GRADE. Vi har moderat tillitt til effektestimaten. Effektestimaten ligger sannsynlig nær den sanne effekten, men effektestimaten kan også være vesentlig ulik den sanne effekten.

For utfallsmålet bulimiske symptomer, (forskjell i det gjennomsnittlige antall av bulimiske episoder ved studieslutt/ the difference in the mean number of bulimic episodes at the end of the trial), er det ikke signifikant bedre å få antidepressiva enn placebo. Dokumentasjonen på utfallsmålet "bulimiske symptomer" er målt til svært lav kvalitet vurdert med GRADE. Vi har liten tillitt til effektestimaten: Effektestimaten kan være vesentlig ulikt den sanne effekten.

[Resultattabell - antidepressiva, Bacalchuk et al., \(2003\) \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at bruk av antidepressiva, for personer med bulimi som er over 16 år, har positiv effekt på en rekke relevante utfallsmål som remisjon, klinisk forbedring, nedgang i overspising og mindre oppkast (signifikant effekt). Dokumentasjonen for disse utfallsmålene har moderat kvalitet, målt ved GRADE. Antidepressiva kan derfor brukes ved indikasjon på bulimi også uten depressive symptomer. Antidepressiva bør likevel kun brukes som et supplement til annen behandling, vurdert ut fra klinisk erfaring.

Fluoksetin er godkjent av Statens legemiddelverk for voksne ved indikasjon bulimi, ved samtidig psykoterapi.

Anbefalingen er svak, på bakgrunn av oppsummert forskning og konsensus i arbeidsgruppen.

Praktisk

Antidepressiva bør ikke tilbys barn og unge ved indikasjon bulimi.

For barn og unge med depresjon og bulimi, [se gjeldene retningslinje for behandling av depresjon hos barn og unge fra NICE \(nice.org\)](#).

For bruk av antidepressiva for voksne som har depresjon og bulimi, vises det også til [gjeldene norsk retningslinje for behandling av depresjon hos voksne](#).

Det er behov for forskning på langtidseffekter ved bruk av antidepressiva ved indikasjon bulimi. Det er også behov for forskning på bruk av antidepressiva ved ulike grader av bulimi og depresjon.

Referanser

- Bacaltchuk J., & Hay P.P Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa Cochrane Database of Systematic Reviews 2003

12 Somatisk behandling for pasienter med spiseforstyrrelser

12.1 Det anbefales å tilstrebe en reduksjon av undervekt fra 0,5 til 1,5 kg/uke for pasienter med anoreksi

Det anbefales å tilstrebe en reduksjon av undervekt fra 0,5 til 1,5 kg/uke for innlagte pasienter med anoreksi, og rundt 0,5 til 1,0 kg/uke for polikliniske pasienter med anoreksi. Dette gjelder både barn, ungdom og voksne.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Det kan være flere fordeler ved å ha en så tidlig og rask vektutvikling som mulig. Fordelene kan være kortere sykehusopphold, mindre institusjonalisering og raskere bedring.

Ulemper: Det kan også være noen ulemper ved å ha et mål om en rask vektøkning, for eksempel at pasientene blir skremt fra å gå i behandling eller at det medfører en større andel som dropper ut av behandlingen. Det kan også være lite motiverende å ha som mål å ha en vektøkning som er vanskelig å få til i praksis.

Totalt: Fordelene ved en så tidlig og rask vektutvikling som mulig er større enn ulempene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Samlet sett har vi svært lav tillit til dokumentasjonen av effekt i forhold til hvilken vektutvikling som er best for mennesker med anoreksi.

Verdier og preferanser

De fleste klinikere vil ønske en rask vektutvikling for å hindre senskader og for raskere bedring. Det antas at også de fleste pasienter vil ønske å unngå senskader og ønsker å bli frisk.

Begrunnelse

Populasjon

Mennesker med anorexia nervosa

Intervensjon

Vektutvikling 1,0 - 1,5 kg/uken ved innleggelse

Komparator

Vektutvikling 0,5 - 1,0 kg/uken ved innleggelse

Utfall

Tilbakefall, vektnedgang, prognose, utvikling av bulimi, utvikling av bulimiske symptomer, varighet på innleggelse

Sammendrag

Det ble søkt systematisk etter både systematiske oversikter og retningslinjer som kunne belyse hvordan man best reduserer undervekt hos pasienter med anoreksi.

Fem retningslinjer hadde relevant informasjon:

- NICE Clinical Guideline. (2004). Eating Disorders core intervention in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients With eating disorders. *Am J Psychiatry* 163, 4-54. NGC-4987.
- Wakefield, A., & Williams, H. (2009). Practice Recommendations for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa in Adults.
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietershiem, J., Cuntz, U., & Zeeck, A. (2011). The diagnosis and Treatment of Eating Disorders. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(40), 678-685.
- Statens Helsetilsyn. (2000). Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det ble funnet en systematisk oversikt som omhandler temaet:

- Rocks, T., Pelly, F., & Wilkinson, P. (2014). Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with anorexia nervosa: a systematic review of the evidence. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*.

Artikkelen inkluderer 7 observasjonsstudier.

Artikkelforfatterne konkluderer med at det per i dag ikke foreligger godt nok dokumentasjonsgrunnlag for å si noe om mengden på energiinntak eller hvilken metode man bør bruke ved tilførsel av næring.

<p>Studie</p>	<p>Rocks, T., Pelly, F., & Wilkinson, P. (2014). Nutrition therapy during initiation of refeeding in underweight children and adolescent inpatients with anorexia nervosa: a systematic review of the evidence. <i>Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics</i>.</p>
<p>Problemstilling</p>	<p>Å gjennomgå kunnskapsgrunnlaget vedrørende effekten av ulike ernæringsterapier brukt hos innlagte barn og ungdom diagnostert med anoreksi.</p>

Metode	Systematisk oversikt. 7 inkluderte studier, ingen RCT. Alle studiene er observasjonsstudier.
Populasjon	Barn og ungdom (<19år) av begge kjønn diagnostert med anoreksi (n=403).
Tiltak	Ernæringsterapi, energiinntak, metoder for næringstilførsel, rapporterte detaljer vedrørende overvåkingen av fremgang i vektøkning.
Utfallsmål	Endring i vekt/kroppsmasseindeks (KMI/BMI), uønskede hendelser.
Metodisk kvalitet	Studien er en systematisk oversikt av middels kvalitet. Det er uklart hvorvidt det er blitt sikret mot systematiske skjevheter. Studien har ikke en metaanalyse og er ikke vurdert med GRADE.
Resultater	The range of prescribed energy intake varied from 1000 kcal to > 1900 kcal/day with a progressive increase during the course of hospitalization. It appeared that additional tube feeding increased the maximum energy intake and led to greater interim or discharge weight; however, this was also associated with a higher incident of adverse effects. Overall, the level of available evidence was poor, and therefore consensus on the most effective and safe treatment for weight restoration in inpatient children and adolescents with AN is not currently feasible. Further research on refeeding methods is crucial to establish the best practice approach to treatment of this population.
Konklusjon	Our review provides insight into the current evidence on nutrition therapy during initiation of refeeding in inpatient children and adolescents with diagnosed AN. However, the evidence summarized in our review is not sufficient to draw any consensus on the most effective quantity or delivery of energy intake. The studies included in our review varied in methodology and described different refeeding protocols with regard to both energy content and feeding modalities. Although in all reviewed studies the participants gained weight as a result of nutrition management during their hospital admission, it is not possible to suggest any initial energy prescription or method of nutrient delivery as the most safe, efficient, or preferential for treatment. Clearly, more research is needed in this challenging area of practice.

[Flytdiagram og søkestrategi - systematiske oversikter \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi - retningslinjer \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Tidlig og rask vektøkning for pasienter med anoreksi er viktig, da det fremmer et godt forløp. Det foreligger ikke godt nok dokumentasjonsgrunnlag (forskning) for å si noe om mengden energiinntak som bør inntas for å redusere undervekt. Anbefalinger i internasjonale retningslinjer, samt en systematisk oversiktsartikkel som belyste temaet ble brukt som kunnskapsgrunnlag.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen.

Praktisk

Reduksjon av undervekt er et hovedmål for behandling av pasienter med anoreksi. Det er svært viktig hos barn og unge, samt nysyke voksne, med en rask vektøkning for reduksjon av undervekt. Langvarig undervekt fører til irreversible helseskader, som vekstretardasjon og manglende pubertetsutvikling hos barn og unge, og benskjørhet både hos unge og voksne.

Det er viktig å være klar over farene for reernæringssyndrom (RES). For mer informasjon om farene for RES, se anbefaling under: Det anbefales en omfattende somatisk behandling og oppfølging for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004
- Wakefield, A, & Williams, H Practice Recommendations for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa in Adults 2009
- Rocks, T., Pelly, F., Wilkinson, P Nutrition Therapy during Initiation of Refeeding in underweight Children and Adolescent Inpatients With Anorexia Nervosa: A Systematic Review of the Evidence Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 2013 114 6 897 907
- Herpertz, S., Hagenah, U., Vocks, S., Wietershiem, J., Cuntz, U., & Zeeck, A The diagnosis and Treatment of Eating Disorders Deutsches Ärzteblatt International 2011 108 40 678 685
- Statens Helsetilsyn Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten 2000

12.2 Det anbefales at målvekt i behandling av personer med anoreksi settes til kroppsmasseindeks (KMI) 20-25 for voksne, og på 25 til 75 percentil (KMI percentil) for barn

Det anbefales at målvekt/stabiliseringsvekt i behandling av personer med anoreksi settes til KMI 20-25 for voksne, og på 25 til 75 percentil (KMI percentil) for barn.

Det anbefales også etablering av regelmessig menstruasjon, det vil si en regelmessig menstruasjonsblødning tre måneder på rad.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Ved en høyere målvekt er det sannsynligvis mindre fare for tilbakefall og for vektnedgang, og prognosen blir bedre.

Ulemper: Det er ingen kjente vesentlige ulemper ved å ha en høyere målvekt.

Kvalitet på dokumentasjonen

Helsedirektoratet fant ingen systematiske oversiktsartikler som svarer på hvilken målvekt som er å anbefale hos mennesker med anoreksi. Vi fant relevant informasjon i andre retningslinjer, men informasjonen er ikke bygget på oppsummert forskning av høy kvalitet. Vi har derfor svært lav tillit til dokumentasjonen av effekt i forhold til hvilken målvekt som er å anbefale for mennesker med anoreksi.

Begrunnelse

Populasjon

Personer med spiseforstyrrelser

Intervensjon

KMI 19-20 som målvekt/stabiliseringsvekt

Komparator

KMI 18-19 som målvekt/stabiliseringsvekt

Utfall

Tilbakefall, vektnedgang, prognose, utvikling av bulimi, utvikling av bulimiske symptomer

Sammendrag

Anbefalingen er basert på konsensus.

Det ble søkt etter systematiske oversikter som kunne svare på hvilken målvekt som bør settes for pasienter med anoreksi eller bulimi. Det ble ikke funnet noen systematiske oversikter som kunne gi oss svaret på dette.

Det ble også søkt etter relevante internasjonale retningslinjer som kunne svare på problemstillingen. Det ble funnet informasjon i to retningslinjer som støtter opp om anbefalingen:

- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients With eating disorders. *Am J Psychiatry* 163, 4-54.
- Wakefield, A., & Williams, H. (2009). Practice recommendations for the nutritional management of anorexia nervosa in adults. ACT: Dietitians Association of Australia Website, 1-45.

Informasjonen i retningslinjene er ikke bygget på oppsummert forskning av høy kvalitet.

[Flytdiagram og søkestrategi - systematiske oversikter \(PDF\)](#)

[Flytdiagram og søkestrategi - retningslinjer \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Det finnes ikke grunnlag i forskning for å anbefale KMI på et bestemt nivå som målvekt/stabiliseringsvekt for personer med anoreksi. For lav målvekt kan opprettholde spiseforstyrrelsesadferd og gi senskader.

Anbefalingen er basert på klinisk konsensus i arbeidsgruppen og internasjonale retningslinjer. Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen.

Praktisk

Noen vil kunne ha en målvekt som både er under og over den anbefalte målvekten, da det er store individuelle variasjoner i hva som er sunn, normal vekt.

For noen pasienter er det svært vanskelig å oppnå en sunn, normal vekt, selv om dette er en forutsetning for å bli frisk av spiseforstyrrelsen. For langvarig, alvorlig undervektige voksne pasienter, som får frivillig behandling, kan det noen ganger være nødvendig for en periode å stabilisere vekten noe under anbefalt målvekt, før pasienten klarer å samtykke i full vektrestitusjon.

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- Wakefield, A, & Williams, H Practice Recommendations for the Nutritional Management of Anorexia Nervosa in Adults 2009

12.3 Det anbefales at reernæring er den grunnleggende behandlingen ved påvist redusert bentetthet hos pasienter med spiseforstyrrelser

Det anbefales at reernæring er den grunnleggende behandlingen ved påvist redusert bentetthet hos pasienter med spiseforstyrrelser.

Det anbefales å gi tilskudd av D-vitamin og kalsium til pasienter med spiseforstyrrelser og påvist redusert bentetthet, og som forebyggende tiltak mot benskjørhet.

Det foreligger ikke godt nok evidensgrunnlag til å kunne anbefale medikamentell behandling av benskjørhet ved spiseforstyrrelse.

Nøkkelinformasjon

Kvalitet på dokumentasjonen

Samlet sett hadde arbeidsgruppen svært lav tillit til dokumentasjonen av effekt ved medikamentell behandling av benskjørhet. Det ble funnet to systematiske oversiktsartikler som kan svare på om mennesker med spiseforstyrrelser med påvist nedsatt bentetthet bør få medikamentell behandling. Resultatene er ikke sammenstilt i metaanalyser, og det finnes derfor ingen resultattabell. Studiene er av ulike design, og ser på ulike sammenligninger.

Det foreligger ikke godt nok forskningsgrunnlag til å kunne anbefale medikamentell behandling av benskjørhet ved spiseforstyrrelse. Det foreligger godt nok forskningsgrunnlag til å anbefale reernæring som behandling av redusert bentetthet hos mennesker med anoreksi.

Begrunnelse

Populasjon

Mennesker med spiseforstyrrelse (AN, BM), og med påvist redusert bentetthet (ostoporose, osteopeni)

Intervensjon

Medikamentell behandling (bisfosfonat, hormoner, østrogen, p-piller, østrogenfrie p-piller raloxifen, progesteron, kombinasjonspiller)

Komparator

Treatment as usual/ ikke bruk av medikamenter

Utfall

Bedring av bentetthet eller forebygge redusert bentetthet (få tilbake menstruasjon)

Sammendrag

To systematiske oversiktsartikler er inkludert i kunnskapsgrunnlaget, og belyser hva slags behandling som har effekt på påvist redusert bentetthet.

Vescovi et al., (2008) oppsummert:

Ingen av de medikamentelle behandlingene som ble undersøkt med tanke på effekt på bentetthet hos kvinner med lav bentetthet ved anoreksi ga konsistent bedring av bentettheten.

Østrogener gitt i 8-24 måneder resulterte i variable forbedringer (1,0 - 19 %) i bentettheten, men svakheter i studiene (vektøkning, høy drop-out og spontan gjenopptakelse av menstruasjon i kontrollgruppene) gjorde det umulig å konkludere sikkert om effekten av østrogentilskudd. I tre studier ble bisfosfonater gitt i 3-12 måneder som intervensjon hos kvinner med anoreksi. Det var liten effekt av bisfosfonater sammenliknet med reernæring. Potensielle teratogene effekter og mangel på langtidsstudier blant premenopausale kvinner gjør at det er usikkert om bisfosfonater kommer til å få noen plass i behandlingen av mennesker med nedsatt bentetthet og anoreksi. Gjennomgang av 9 studier som så på sammenhengen mellom økt kaloriinntak og bentetthet viste 1,1 - 16,9 % økning i bentettheten samtidig med redusert nivå av benresorpsjonsmarkører og økt bensyntese.

Artikkelforfatterne konkluderer med at den beste strategien for å forbedre bentettheten hos kvinner med anoreksi er å øke kaloriinntaket slik at KMI øker og menstruasjonen blir gjenopptatt.

Strategier for å reversere benskjørheten hos kvinner med funksjonell hypothalamus amenoré:

Studie	Vescovi, J., Jamal, S., & De Souza, M. (2008). Strategies to reverse bone loss in women with functional hypothalamic amenorrhea: a systematic review of the literature. <i>Osteoporosis International</i> , 19(4), 465-478.
Problemstilling	Å evaluere effekten av farmakologiske og ikke-farmakologiske intervensjoner på bentetthet hos kvinner med FHA (functional hypothalamic amenorrhea). Av interesse for oss: kvinner med anoreksi-assosiert FHA.
Metode	Systematisk oversikt. 26 studier hvorav 11 av anoreksi-assosiert FHA. For disse 11 studiene var totalt inkluderte personer N = 456. Studiene er av ulike design.
Populasjon	Kvinner med FHA og anoreksi. (Også andre populasjoner inkludert som ikke møter vårt PICO).

Tiltak	<p>Ulike intervensjoner (farmakologiske og ikke-farmakologiske) for å behandle FHA. Dette inkluderte tradisjonelle hormonterapier (p-piller og østrogen-terapi), nye hormonterapier (androgener, rhIGF-1, og r-metHuLeptin), bisfosfonater og økt kalorinntak.</p>
Utfallsmål	<p>Benmasse tetthet og markører for benresorpsjon.</p>
Metodisk kvalitet	<p>Artikkelen er en systematisk oversikt, med kvalitet vurdert til lav til middels. Det er uklare metoder for å finne primærstudiene og dermed uklart hvorvidt det er utført tilfredsstillende litteratursøk (men virker til å ikke være tilfredsstillende). Det er beskrevet inklusjonskriterier og sikret mot systematiske skjevheter ved seleksjon av studier. Det er ikke beskrevet et klart sett av kriterier for å vurdere intern validitet, og dermed usikkert hvorvidt validiteten til studiene er vurdert ved bruk av relevante kriterier. Resultatene er ikke sammenstilt i metaanalyser og det kan derfor ikke fremstilles resultattabeller.</p>
Resultater (abstract)	<p>Most published studies (n=26) were designed to treat the hormonal abnormalities observed in women with FHA (such as low estrogen, leptin, insulin-like growth factor-1, and DHEA); however none of these treatments demonstrated consistent improvements in BMD. Therapies containing an estrogen given for 8-24 months resulted in variable improvements (1.0-19.0%) in BMD, but failed to restore bone mass to that of age-matched controls. Three studies reported on the use of bisphosphonates (3-12 months) in anorexic women, which appear to have limited effectiveness to improve BMD compared to nutritional treatments. Another three investigations showed no improvements in BMD after androgen therapy (DHEA and testosterone) in anorexic women. In contrast, reports (n=9) describing an increase in caloric intake that results in weight gain and/or the resumption of menses reported a 1.1-16.9% increase in BMD concomitant with an improvement in bone formation and reduction in bone resorption markers.</p>
Konklusjon	<p>Our literature review indicates that the most successful, and indeed essential strategy for improving BMD in women with FHA is to increase caloric intake such that body mass is increased and there is a resumption of menses. Further long-term studies to determine the persistence of this effect and to determine the effects of this and other strategies on fracture risk are needed.</p>

Mehler et al., (2009) oppsummert:

Når benmineral er blitt redusert, så er effekten av vektgjenopprettelse av bentettheten variabel. De mest testede behandlingene av osteoporose, herunder de som har vist seg å være effektive hos postmenopausale kvinner, slik som østrogen-terapi og bisfosfonater, har i all hovedsak vært ineffektive eller utilfredsstillende undersøkt hos pasienter med anoreksi. Den eneste behandlingen som har vist seg å være effektiv i en RCT av høy kvalitet har vært «subcutaneous injections of IGF-I» to ganger om dagen. Man kan ikke vite om

bisfosfonater er effektivt for å behandle benskjørhet, da det er for få studier til å kunne konkludere.

Artikkelforfatterne konkluderer med at til tross for at pasienter med anoreksi ofte mister benmassen når de helst skulle ha optimalisert benveksten sin, så er det ikke noe godt forskningsgrunnlag med tanke på medikamentelle intervensjoner. Derfor er tidlig oppdagelse og gjenopprettelse av vekten av høy viktighet mens pågående studier definerer effektive terapier.

Behandling av osteopeni og osteoporose hos personer med anoreksi:

Studie	Mehler, P. S., & MacKenzie, T. D. (2009). Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: a systematic review of the literature. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 42(3), 195-201.
Problemstilling	Å evaluere effekten av ulike behandlinger for osteopeni og osteoporose hos personer med anoreksi.
Metode	Systematisk oversikt. 8 studier, hvorav 6 er RCT og 2 er cohort-studier. Kommer ikke klart frem i artikkelen totalt antall inkluderte personer.
Populasjon	Personer med dokumentert anoreksi.
Tiltak	Ulike intervensjoner for behandling av osteopeni og osteoporose: østrogen, andre hormonterapier, bisfosfonater, vektgjenopprettelse, kalsium og "weight-bearing exercises".
Utfallsmål	Benmineral tetthet og insidens av benbrudd.
Metodisk kvalitet	Artikkelen er en systematisk oversikt, vurdert til moderat kvalitet. Det er utført tilfredsstillende litteratursøk, og sikret mot systematiske skjevheter ved seleksjon av studier. Det er noe uklare kriterier for inklusjon av studier. Det er ikke klart beskrevet et sett av kriterier for å vurdere intern validitet og dermed uklart hvorvidt studiene er vurdert ved bruk av relevante kriterier. Resultatene er ikke sammenstilt i metaanalyser og kan derfor ikke vurderes med GRADE.

Resultater (abstract)	<p>Six randomized controlled trials (RCTs) and two cohort trials examined five classes of medical therapy on bone mineral density outcomes. One RCT of bisphosphonates showed no benefit and a second flawed RCT showed some benefit; one RCT showed a benefit of insulin-like growth factor-I; none of the five trials evaluating estrogen therapy showed benefit.</p>
Konklusjon	<p>However, once bone mineral is lost, the effect of weight restoration on bone density is variable. Moreover, most tested treatments for osteoporosis, including those which are undeniably effective in postmenopausal women, such as estrogen therapy and bisphosphonates, have been basically ineffective or inadequately studied in patients with AN. The only treatment shown to be effective in one well-designed randomized clinical trial has been twice daily subcutaneous injections of IGF-I. Because so few studies have been done on bisphosphonates, the possibility of effectiveness has not been excluded. Therefore, more randomized clinical trials are needed which focus on combined anabolic/antiresorptive strategies, drugs able to increase osteoblast function, including teriparatide, and bisphosphonates to prevent bone loss in young women with AN during the critical ages for optimizing bone growth and mineral accrual. Because of the long-term increased risk of fracture in this young population of patients, there is a compelling need to define an effective and safe treatment to both prevent and reverse bone loss in AN.</p>

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Oppsummert forskning viser at reernæring er den beste behandlingen for å øke bentettheten hos pasienter med spiseforstyrrelser og påvist redusert bentetthet (Vescovi et al., 2008).

Det foreligger få og små studier på effekt av kalsiumtilskudd ved spiseforstyrrelser og disse gir ikke grunnlag for å komme med anbefalinger om bruk av kalsium og vitamin D blant mennesker med spiseforstyrrelser. Men fordi det forventes høy forekomst av mangel på kalsium og vitamin D blant mennesker med spiseforstyrrelser er det likevel vanlig å gi tilskudd av kalsium (500 – 1500 mg) og vitamin D 400 -800 IE/dag dersom det ikke foreligger kontraindikasjoner mot bruk av kalsium og vitamin D. Man antar ut fra klinisk erfaring at tilskudd av kalsium og vitamin D har gunstig effekt på nedsatt bentetthet ved spiseforstyrrelse (Mehler et al., 2009).

Det foreligger ikke evidensgrunnlag for å anbefale medikamentell behandling av benskjørhet ved spiseforstyrrelse.

Anbefalingen er sterk på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Forskingsdokumentasjonen består av studier med ulike design, som ser på ulike sammenligninger. Resultatene er ikke sammenstilt i metaanalyser. Den metodiske kvaliteten til artikkelen er vurdert fra lav til middels.

Praktisk

Østrogen:

- Ungdom som ikke er utvokst bør ikke få oral østrogen for å behandle benskjørhet, men kan få østrogenholdige preparater som prevensjon, hvis de trenger prevensjon.

Benskjørhet kan vedvare også etter normalisering av vekt.

Det foreligger ikke godt nok evidensgrunnlag til å kunne anbefale medikamentell behandling av benskjørhet ved spiseforstyrrelse. Ved vedvarende benskjørhet, bør henvisning til spesialist vurderes.

Man vet ikke om bisfosfonater er effektiv for å behandle benskjørhet hos mennesker med spiseforstyrrelser, da det er for få studier til å kunne konkludere. Det pågår også forskning for å finne ut effekten av østrogenplaster for å behandle benskjørhet i denne pasientgruppen.

Referanser

- Vescovi, J., Jamal, S., De Souza, M Strategies to reverse bone loss in women with functional hypothalamic amenorrhea: a systematic review of the literature *Osteoporosis International* 2008 19 4 465 478
- Mehler, P. S., MacKenzie, T. D Treatment of osteopenia and osteoporosis in anorexia nervosa: A systematic review of the literature *International Journal of Eating Disorders* 2009 42 3 195 201

12.4 Det anbefales en omfattende somatisk behandling og oppfølging for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse

Det anbefales en omfattende somatisk behandling og oppfølging for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.

Se fanen «Praktisk» for informasjon om behandling og oppfølging utover vanlig reernæring ved alvorlig spiseforstyrrelse.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse

Intervensjon

Somatisk behandling

Komparator

Manglende somatisk behandling

Utfall

Alvorlige somatiske komplikasjoner, død

Sammendrag

Anbefalingene er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Som informasjon brukte arbeidsgruppen anbefalinger fra internasjonale retningslinjer. Disse anbefalingene er også basert på konsensus.

Det er søkt systematisk etter internasjonale retningslinjer som kan belyse hva slags somatisk behandling som bør gis for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. MARSIPAN (2014) og Junior MARSIPAN Group (2012) er retningslinjer som bygger på internasjonal konsensus om hvordan utrede og behandle pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Disse retningslinjene får lav metodisk kvalitet vurdert med sjekklister, men er likevel vurdert som de mest relevante for å besvare spørsmål innen somatisk utredning og behandling.

Det er ikke søkt etter systematiske oversikter for å belyse hva slags somatisk behandling som bør gis for

pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, da det ble vurdert som mindre relevant.

Relevante retningslinjer som inneholder anbefalinger som støtter opp under foreliggende anbefaling er:

- MARSIPAN Junior. (2014). Management of really sick patients with anorexia nervosa. College Report CR189.
- MARSIPAN Junior. (2012). Management of really sick patients under 18 with Anorexia Nervosa. College Report CR168.
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders. Am J Psychiatry 163, 4-54. NGC-4987. The guideline was reaffirmed for currency by the developer in 2011.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: British Psychological Society (UK).

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Ved alvorlig spiseforstyrrelse er det stor risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner. Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Som informasjon brukte arbeidsgruppen også anbefalinger fra internasjonale retningslinjer. Disse anbefalingene var også basert på konsensus.

Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen.

Praktisk

Det anbefales følgende behandling og oppfølging utover vanlig reernæring ved alvorlig spiseforstyrrelse:

Risiko for reernæringssyndrom:

- Det er risiko for reernæringssyndrom hvis pasienten er avmagret og har spist lite eller ingenting (mindre enn 400-500 kcal/døgn) de siste to ukene før behandlingsstart

Oppfølging ved risiko for reernæringssyndrom:

- Næringsinntak initieres forsiktig avhengig av pasientens inntak siste 1-2 uker og trappes gradvis opp under samtidig kontroll av s- elektrolytter, væskebalanse, samt tilskudd av tiamin og øvrige mikronæringsstoffer.
- Energiinntak kan ved oppstart variere fra 5- 10-20 kcal/ kg ved henholdsvis svært høy, høy eller moderat risiko for RES
- Gradvis opptrapping i løpet av to til tre uker, hvis det ikke tilkommer fosfatfall økes næringstilførselen med ca. 200 kcal annenhver dag til ønsket vektøkning kommer i gang
- Ved samtidig hypoglykemi og risiko for reernæringssyndrom bør næringsmengden tilpasses nøye, personell med erfaring i behandling av livstruende spiseforstyrrelse bør konsulteres
- S-fosfat bør måles, ved stor risiko for utvikling av reernæringssyndrom bør det måles s-fosfat daglig under reernæring
- Ved ekstrem underernæring kan lavere næringsinntak og endret opptrapping være aktuelt
- Tiamin i.m. ved oppstart reernæring ved alvorlig undervekt

Ved tegn til utvikling av reernæringsyndrom skal spesialisert avdeling (regional avdeling for spiseforstyrrelser eller somatisk avdeling) kontaktes samme dag.

Hypofosfatemi:

- Lett hypofosfatemi: ta stilling til om det er aktuelt med peroralt tilskudd av fosfat eller om fosfatholdig næring (for eksempel melk) vil dekke pasientens behov
- Alvorlig hypofosfatemi (s-fosfat <0,5 mmol/L): gis intravenøs fosfat, næringstilførselen bør reduseres samme dag. Personell med erfaring i behandling av livstruende spiseforstyrrelse bør konsulteres.

Hypokalemi:

- S-kalium under 2,5 mmol/L bør pasienten legges inn til intravenøs tilførsel med kalium samme dag
- S-kalium mellom 2,5 og 3,0 mmol/L bør det tas EKG med bestemmelse av QTc-tid. Dersom QTc-tiden er forlenget eller dersom det ikke kan tas EKG bør pasienten legges inn til intravenøs kaliumtilførsel samme dag. Ved normal QTc-tid, gi peroralt tilskudd av kalium.
- S-kalium 3,0 til 3,5 mmol/L gis perorale kaliumtilskudd. På grunn av tomme kaliumlagre er det ofte aktuelt å gi peroralt kaliumtilskudd over tid etter normalisert s-kalium.

Granulocytopeni:

- Mindre enn $0,4 \times 10^9$ granulocytter/liter: iverksette generelle smittereduserende tiltak inkludert redusert kontakt med personer med aktiv øvre luftveisinfeksjon
- Pasienten følges spesielt med tanke på symptomfattig bakteriell infeksjon inkludert daglig måling av kroppstemperatur og regelmessig vurdering med tanke på andre infeksjonstegn

Mangeltilstander:

- Ved alvorlig spiseforstyrrelse anbefales tilskudd av multivitaminer med sink, omega 3 og kalsium
- Ved klinisk eller biokjemisk mistanke om mangeltilstander som ikke blir dekket av standard tilskudd som omtalt ovenfor gis det vitaminet eller mineralet som mangler. For eksempel kan det være aktuelt å gi tiamin eller høyere dose vitamin D enn det som inngår i standard vitamintilskudd.

Elektrolytt- og syre-base forstyrrelser:

- Skal korrigeres før opptrapping av næringstilførsel

Risiko for hjertesvikt:

- Monitorering av BT, puls, ødemutvikling, EKG med QTc-tid, s-kalium, s-fosfat, venøs eller kapillær syre-base

Det foreligger et klart behov for strukturerte kliniske studier på større pasientpopulasjoner med alvorlig avmagring for å få studier som viser kost-nytte-effekter av anbefalt behandling og oppfølging ved alvorlig anoreksi.

For vurdering av alvorlighetsgrad av spiseforstyrrelsen, [se kapittel om alvorlighetsgrad](#).

Referanser

- MARSIPAN junior Management of Really Sick Patients With Anorexia Nervosa, 2nd edition College Report CR189 2014
- MARSIPAN Junior Management of Really Sick Patients under 18 with Anorexia Nervosa College Report CR168 2012
- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004

12.5 For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, anbefales et formalisert samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt

For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, anbefales et formalisert samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt. Det gjelder pasienter i alle aldre, både polikliniske og innlagte pasienter i psykisk helsevern eller i somatiske avdelinger. For vurdering av alvorlighetsgrad, [se kapittel om alvorlighetsgrad](#).

For pasienter med alvorlig undervekt, som ved kroppsmasseindeks (KMI/BMI) under 11, anbefales det et formalisert og omfattende samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt.

For mer informasjon, se under fanen Praktisk.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Samarbeid mellom somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling sikrer at nødvendig behandling blir gjennomført. Ved tverrfaglig samarbeid kan behandlingen tilrettelegges slik at risikoen for spiseforstyrrelsesadferd i form av unnvikelse fra behandling (både ernæring og væske) blir redusert eller fjernet.

Ulemper: Samarbeid mellom somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling er ressurs- og tidkrevende.

Totalt: Tverrfaglig samarbeid mellom personell i medisinsk avdeling og psykiatrisk avdeling er nødvendig for å sikre at behandlingen blir gjennomført.

Begrunnelse

Populasjon

Pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse

Intervensjon

Formalisert samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt

Komparator

Manglende formalisert samarbeid mellom psykisk helsevern og somatisk fagfelt

Utfall

Alvorlige somatiske komplikasjoner

Sammendrag

Anbefalingen bygger på konsensus i arbeidsgruppen. Det ble vurdert som mindre relevant å søke etter systematiske oversikter eller internasjonale retningslinjer for å besvare hvordan man i Norge best samarbeider om pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse.

Begrunnelse

Ved alvorlig spiseforstyrrelse er det stor risiko for å utvikle alvorlige somatiske komplikasjoner. Samarbeid mellom somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling vurderes å være nødvendig for å sikre god og faglig forsvarlig behandling.

Ved alvorlig undervekt, som ved KMI under 11, skal ansvarlig psykiatrisk avdeling konferere med lege med spesialkompetanse i behandling av pasienter med livstruende lav vekt, for at behandlingen skal være faglig forsvarlig. Ved alvorlig undervekt er det høy risiko for utvikling av livstruende komplikasjoner av spiseforstyrrelsen og av behandlingen. Særlig vil hensynet til risiko for utvikling av re-ernæringssyndrom veies mot risiko for hypoglykemi og risiko for hypoglykemirelatert bevissthetstap og hjerterytmeforstyrrelser. Næringstilførsel utløser en rekke biokjemiske reaksjoner som skal ivaretas av personell med kompetanse på re-ernæring ved livstruende avmagring.

Ved innleggelse i somatisk avdeling vil spiseforstyrrelsesadferd ofte hindre gjennomføring av behandlingen. Ved alvorlig undervekt, som ved KMI under 11, vil dette lett kunne føre til livstruende komplikasjoner. På grunn av frykt for effekten av tilført næring eller tilført væske vil pasienten ofte prøve å unngå å få tilført næring eller væske. Hvis pasienten over en periode lykkes med å redusere næringstilførsel og deretter får endret behandlingsrammene slik at tilført næring økes brått kan livstruende re-ernæringssyndrom oppstå. Samarbeid mellom somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling med spesialkompetanse på behandling av livstruende anoreksi er nødvendig for å sikre faglig forsvarlig behandling.

Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen. Som informasjon brukte arbeidsgruppen anbefalinger fra en internasjonal retningslinje. Disse anbefalingene var også basert på konsensus.

Praktisk

For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse som legges inn på enten somatisk avdeling eller innen psykisk helsevern, anbefales det at samarbeidet mellom nivåer og innenfor nivåer skjer gjennom formaliserte samarbeidsavtaler.

Det bør utformes lokale skriftlige samarbeidsavtaler mellom enheter som behandler pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. I disse samarbeidsavtalene bør det fremkomme hvordan samarbeidet skal organiseres for å håndtere spiseforstyrrelsesadferd (unnavikelsesadferd).

De fleste somatiske avdelinger har relativt sjelden pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse. Det vil da ofte foreligge lite klinisk erfaring med pasientgruppen og behovet for formalisert samarbeid bør derfor utarbeides før pasienten kommer til innleggelse.

Ved behandling og oppfølging av pasienter med alvorlig undervekt, som ved en KMI under 11, bør ansvarlig psykiatrisk avdeling konferere med lege med spesialkompetanse i behandling av pasienter med livstruende lav vekt.

For pasienter med alvorlig undervekt, som ved KMI under 11, som krever innleggelse i somatisk avdeling, bør det etableres skriftlige rutiner for møter mellom ansvarlig somatisk avdeling og psykiatrisk avdeling med kompetanse på livstruende spiseforstyrrelse. Fastlegen bør også inviteres. Disse møtene bør sikre at behandling og oppfølging i tilstrekkelig grad håndterer kompensierende adferd og unnavikelsesadferd ved spiseforstyrrelse, inkludert unnavikelsesadferd før innleggelse eller i forbindelse med overføring.

Referanser

- MARSIPAN junior Management of Really Sick Patients With Anorexia Nervosa, 2nd edition College Report CR189 2014

13 Graviditet og barselperiode for kvinner med spiseforstyrrelse

13.1 Ved alvorlig spiseforstyrrelse og graviditet bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten og det anbefales kortere frist for helsehjelp ut fra individuelle forhold. Pasienten bør også ha hyppigere oppfølging etter fødselen.

Ved alvorlig spiseforstyrrelse og graviditet bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten og det anbefales kortere frist for helsehjelp ut fra individuelle forhold.

Ved alvorlig spiseforstyrrelse hos den gravide, bør vekt og ernæringstilstand hos mor følges hyppigere enn ved vanlig svangerskapsomsorg, og den gravide bør tilbys veiledning og støtte om ernæring og måltider.

Indikasjon på innleggelse for gravide med alvorlige spiseforstyrrelser kan være:

- Vektnedgang eller manglende vektøkning hos den gravide
- Utilstrekkelig ernæringstilstand
- Den gravide har en atferd som kan være skadelig for fosteret
- Stor grad av bulimiske symptomer

Gravide med alvorlige spiseforstyrrelser bør tilbys et strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg for spiseforstyrrelsen, i tillegg til svangerskapsomsorg. Spesialisthelsetjenesten skal tilby det strukturerte behandlings- og oppfølgingsopplegget. Behandlingen for spiseforstyrrelsen kan være lik som for andre med tilsvarende diagnose, men med ekstra fokus på ernæringstilstanden til mor, samt den generelle psykiske og somatiske helsen til mor.

Gravide med mindre alvorlig spiseforstyrrelse bør følge vanlig svangerskapsomsorg, men kan få hyppigere oppfølging av lege enn friske gravide, for å sikre prenatal ernæring og adekvat fosterutvikling.

Pasienter med spiseforstyrrelse bør tilbys hyppig oppfølging også etter fødsel, for blant annet å kunne bidra til god tilknytning mellom mor og barn.

Se [nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen](#).

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: God oppfølging av mor kan føre til en friskere mor og et friskere barn. Hyppig oppfølging etter fødsel kan hindre forverring av spiseforstyrrelsen og bidra til godt samspill mellom mor og barn.

Ulemper: Alle former for hyppig oppfølging er ressurskrevende. Det kan også være ulemper ved å legge inn kvinner over lengre tid, da de får mindre kontakt med nærmiljøet og familien.

Totalt: Fordelene ved hyppig oppfølging av gravide kvinner med alvorlig spiseforstyrrelse veier opp for ulempene.

Kvalitet på dokumentasjonen

Det ble ikke funnet noen studier, hverken primærstudier eller systematiske oversikter, som så på effekten av ulike behandlingstiltak eller oppfølgingstiltak for gravide med spiseforstyrrelser. Anbefalingen er utarbeidet på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen, klinisk erfaring og brukererfaring. Som informasjon brukte arbeidsgruppen også anbefalinger fra internasjonale retningslinjer, samt generell kunnskap om feltet.

Verdier og preferanser

Det forventes at så godt som alle med alvorlig spiseforstyrrelse og graviditet vil ønske hyppig hjelp. Det samme vil gjelde etter fødsel.

Ressurshensyn

Det vil være samfunnsøkonomisk å gi gravide kvinner med alvorlig spiseforstyrrelse hyppig oppfølging under svangerskapet og etter fødsel, for blant annet å forhindre at barnet blir skadet.

Begrunnelse

Populasjon

Gravide med anoreksi

Intervensjon

Strukturert behandlings- og oppfølgingsopplegg (som psykologisk samtale, medisinsk oppfølging)

Komparator

Vanlig svangerskapsomsorg

Utfall

Mor: vekt, vektutvikling, depressive symptomer, spiseforstyrrelsessymptomer, ernæringstilstand, fødselskomplikasjoner, ammeadferd, fødselsdepresjon. Barn: andel tidlig fødte, vekt, psykomotorisk utvikling

Sammendrag

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide en systematisk oversikt over effekten av behandlings- og oppfølgingstiltak for mor og barn, for gravide med spiseforstyrrelser:

- [Reinar, L., Straumann, G., Myrhaug, H., & Vist, G. \(2015\). Ingen effektstudier om behandling av gravide med spiseforstyrrelse. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 14 – 2015.](#)

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet fant ingen studier, hverken systematiske oversikter eller effektstudier (primærstudier) som kunne svare på hvilke behandlings- eller oppfølgingstiltak som gir best effekt for mor og barn.

Flere retningslinjer inneholder relevant informasjon som støtter opp under anbefalingen:

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2004). Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders: British Psychological Society
- American Psychiatric Association (APA). (2006). Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987. Am J Psychiatry, (163), 4-54.
- Statens Helsetilsyn (2000) .Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten.

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

Begrunnelse

Anbefalingen bygger på konsensus i arbeidsgruppen, samt anbefalinger fra andre retningslinjer.

Det ble ikke funnet noen forskning som kunne svare på hvordan gravide med spiseforstyrrelser bør behandles og følges opp. Arbeidsgruppen valgte å tilråde en sterk anbefaling på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen.

Gravide med alvorlig spiseforstyrrelse bør komme raskt til behandling i spesialisthelsetjenesten fordi grad av vektøkning og ernæringsstilstand hos mor under svangerskapet kan påvirke barnets helse både på kort og lang sikt.

Å få behandling for spiseforstyrrelsen er viktig for å fremme en spiseatferd som gir grunnlag for god helse for barnet.

For pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, vil det som oftest ikke være tilstrekkelig med generell informasjon om vektøkning og kosthold som gis alle gravide under svangerskapet. Det kan være nødvendig med individuell tilpasning av rådene ut fra den enkeltes spiseforstyrrelse, ernæringsstatus og generelle helsetilstand.

Mange oppnår bedring av spiseforstyrrelsen under graviditeten, og tiden etter fødsel er en risikoperiode for tilbakefall. Det er derfor viktig med hyppig oppfølging også etter fødsel for pasienter med spiseforstyrrelse, for å forhindre forverring og eventuelt fange dette opp på et tidlig tidspunkt.

Det er økt risiko for utvikling av fødselsdepresjon hos pasienter med spiseforstyrrelser.

Praktisk

Ut fra kunnskap om hva slags tilbud som finnes lokalt, må man vurdere hvor det er mest hensiktsmessig at den gravide henvises til, eventuelt legges inn og hvem som følger kvinnen tett opp etter fødsel. Det er viktig at det gjøres klare avtaler, så alle parter vet hvem som er ansvarlig for behandling og oppfølging.

Generelt for gravide vet vi at dersom vektøkningen i svangerskapet er for liten, øker sannsynligheten for at barnet har lav fødselsvekt. Lav fødselsvekt øker risikoen for helsekomplikasjoner tidlig i livet, og settes også i sammenheng med økt risiko for sykdom i voksen alder.

Det er viktig å informere pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse om at mors kosthold har betydning for barnets helse.

Vektøkning og kroppsforandringer under svangerskapet kan være spesielt vanskelig for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.

Dersom den gravide har overspisingslidelse, og er overvektig eller svært overvektig, vil en stor vektøkning i

svangerskapet utgjøre en helserisiko for mor og barn.

Referanser

- American Psychiatric Association (APA) Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders NGC-4987 Am J Psychiatry 2006 163 4 54
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders British Psychological Society 2004
- Statens Helsetilsyn Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten 2000
- Reinart, L., Straumann, G., Myrhaug, H., Vist, G Ingen effektstudier om behandling av kvinner med spiseforstyrrelse Rapport fra Kunnskapsenteret nr. 14 - 2015 2015 14

14 Diabetes og spiseforstyrrelser

14.1 Personer med spiseforstyrrelser og samtidig diabetes bør følges opp tettere av helsetjenesten enn vanlig

Personer med spiseforstyrrelser og samtidig diabetes bør følges opp tettere av helsetjenesten enn vanlig. Spiseforstyrrelse ved diabetes anses som en alvorlig tilstand.

Personer med spiseforstyrrelser og diabetes type 1 bør ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten, i første omgang poliklinisk oppfølging ved en diabetes poliklinikk med personell som har tilstrekkelig kompetanse på behandling av spiseforstyrrelse. Dersom slik kompetanse ikke finnes ved poliklinikken, anbefales det å henvise til spesialisert avdeling/team for spiseforstyrrelser.

Personer som har en alvorlig spiseforstyrrelse og samtidig diabetes type 1 bør prioriteres til behandling ved regional enhet for spiseforstyrrelse, eller tilsvarende høyspesialisert behandlingstilbud, slik at spiseforstyrrelsen kan behandles effektivt så tidlig som mulig.

Nøkkelinformasjon

Fordeler og ulemper

Fordeler: Ved tettere oppfølging enn vanlig ved samtidig spiseforstyrrelse og diabetes kan man oppnå færre episoder med hypoglykemi/hyperglykemi, reduksjon av depressive symptomer, symptomatisk adferd knyttet til spiseforstyrrelser og senkomplikasjoner av diabetes, samt bedre egenomsorg.

Ulemper: Tettere oppfølging vil vanligvis medføre lavere gjennomsnittlig blodsukker, i noen tilfeller opptrer da hyppigere følinger. Hyppigere kontakt med helsetjenesten kan oppleves belastende.

Totalt: Fordelene er vurdert til å veie opp for ulempene.

Ressurshensyn

Tettere oppfølging av helsetjenesten enn vanlig vil medføre økt ressursbruk, men effekten av tettere oppfølging vurderes å veie opp for det økte ressursbehovet.

Begrunnelse

Populasjon

Personer som både har en spiseforstyrrelse og diabetes

Intervensjon

Strukturert behandlingsopplegg med fokus på blodsukkerkontroll og regelmessige måltider og/eller i kombinasjon med psykologisk behandling

Komparator

Ingen tiltak eller annet tiltak

Utfall

Blodsukker, vekt på langtidsblodsukker (HbA1c), episoder med hypoglykemi, episoder med hyperglykemi, depressive symptomer, vekt, symptomatisk adferd knyttet til spiseforstyrrelser, egenomsorg eller mestring, senkomplikasjoner av diabetes

Sammendrag

Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utarbeide en systematisk oversikt over effekten av behandlingstiltak for personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes:

- [Vist, G., Reinar, L., Straumann, G., & Wisting, L. \(2015\). Behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 18-2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.](#)

Denne systematiske oversikten omhandler effekt av strukturert behandling med vekt på blodsukkerkontroll og regelmessige måltider og psykologisk behandling, enten hver for seg eller i kombinasjon, for personer som både har en spiseforstyrrelse og diabetes.

Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet fant ingen systematiske oversiktsartikler, men fire effektstudier som omhandlet behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes.

Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttets hovedbudskap er at det er for lite tilgjengelig forskningsdokumentasjon til at vi kan konkludere sikkert om effekten av noen av tiltakene, eller om det er forskjellig effekt på personer med forskjellige kombinasjoner av spiseforstyrrelse og diabetes.

Det mangler forskningsdokumentasjon for denne anbefalingen, bortsett fra generell kunnskap om fagfeltene.

Begrunnelse

Personer med spiseforstyrrelse og diabetes har økt risiko for diabeteskomplikasjoner. Spiseforstyrrelse ved diabetes kan gi dårlig regulert diabetes med svingende blodsukker, hypoglykemiepisoder, hyperglykemi med økt risiko for ketoacidose og senkomplikasjoner. Underdosering av insulin for å gå ned i vekt er vanlig. Tidlig intervensjon med effektiv psykoterapi kan gi en bedre prognose.

Anbefalingen er sterk på bakgrunn av konsensus i arbeidsgruppen, og på bakgrunn av alvorlighetsgraden ved å ha disse to lidelsene samtidig.

Praktisk

Spiseforstyrrelser som anoreksi, bulimi og overspisingslidelse hos personer med diabetes forekommer hyppigere enn hos personer uten diabetes.

Unge med spiseforstyrrelse ved diabetes type 1 bør ha regelmessige somatiske undersøkelser da de er i stor fare for utvikling av somatiske komplikasjoner som følge av diabetes.

Nært samarbeid og god informasjonsutveksling mellom ansvarlige behandlere for spiseforstyrrelsen og diabetes-sykdommen er essensielt i behandlingen av personer med spiseforstyrrelse og diabetes.

Personer med spiseforstyrrelse og samtidig diabetes bør prioriteres til psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelsen. Diabetesteamet og psykoterapeuten bør ha et nært samarbeid. Behandlingstilbudet i helseregionen bør tilrettelegges slik at mennesker med spiseforstyrrelser og diabetes kan få tilbud om psykoterapi- enten ved egne enheter eller team som har kompetanse på spiseforstyrrelse ved diabetes.

Referanser

- Vist, G., Reinar, L., Straumann, G., & Wisting, L Behandling av personer som både har spiseforstyrrelse og diabetes Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 18-2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

15 Andre typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag

15.1 Kapittel med beskrivelse av et tema

Dette kapittelet består av en liste over noen typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag, samt omtale om bruk av behandlinger og terapeutiske tilnærminger med manglende eller ukjent forskingsdokumentasjon. Innholdet i kapitelet har ikke status som normerende anbefalinger.

Kapitelet er basert på diskusjon om ulike tilnærminger som brukes i dag i arbeidsgruppen, samt forskingsdokumentasjon funnet i søk etter systematiske oversikter som kunne svare på to forskningsspørsmål:

- Om dynamisk inspirerte terapier har effekt ved behandling av spiseforstyrrelser
- Om kreative terapier har effekt på behandling av spiseforstyrrelser

15.2 Om bruk av behandlinger og terapeutiske tilnærminger med manglende eller ukjent forskingsdokumentasjon

Noen ulike typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag listes opp nedenfor. Disse tilnærmingene har manglende eller ukjent forskingsmessig dokumentasjon, men kan gis som tilleggsbehandling.

Det er nødvendig å jobbe direkte med spiseforstyrrelsessymptomene og sørge for forsvarlig somatisk oppfølging uansett hvilken behandlingstilnærming en bruker.

I behandling av spiseforstyrrelser bør en alltid inkludere symptomarbeidet, det vil si arbeid med vektregulering, matinntak, kompenserende strategier og andre spiseforstyrrelsessymptomer. Den behandlingsansvarlige må også sørge for forsvarlig somatiske oppfølging.

Selv om det ikke er forskingsdokumentasjon for å bruke behandlingstilnærmingene nevnt nedenfor ved spiseforstyrrelser, er flere av dem godt utprøvd for andre pasientgrupper. De fleste pasienter med spiseforstyrrelser har underliggende problematikk som er lik for mange andre psykiske lidelser. Behandlingstilnærminger som fokuserer på relasjonsproblematikk, tilknytningsvansker, affektregulering,

selvfølelsesproblematikk eller traumer kan også være nyttig for pasienter med spiseforstyrrelser. Utprøving av ulike behandlingstilnærminger som evalueres kontinuerlig, er også viktig for å fremme fagutvikling.

Valg av behandlingstilnærming må gjøres ut fra vurdering av den individuelle pasients problematikk og ønsker, samt ut fra en vurdering av hva som vil være nyttig og hensiktsmessig. Ved valg av behandlingstilnærming bør en først vurdere hvilke anbefalinger som foreligger for denne pasientpopulasjonen, og hvilke behandlingstilnærminger som har best evidens ut fra forskningsdokumentasjon.

Oppsummert forskning viser likevel at en relativt stor andel av pasientene ikke har effekt av de behandlingsformene som har best forskningsdokumentasjon, som kognitiv adferdsterapi eller familiebasert behandling. For de pasientene som ikke har effekt av disse behandlingsformene, er det viktig å kunne tilby andre former for behandling.

Det kan være en fordel å ha et mangfold av behandlingstilnærminger slik at en kan tilpasse behandlingen til den individuelle pasients behov og ønsker. Spiseforstyrrelser består av et stort spekter av problemområder og det er en fordel at man kan velge behandlingstilnærming som retter seg spesifikt mot den enkelte pasients viktigste problemområder.

En ulempe ved bruk av tilnærmingerne beskrevet nedenfor kan være at det ikke er beskrevet hvordan man spesifikt skal jobbe med spiseforstyrrelsessymptomene. Den enkelte terapeut må da finne ut hvordan han/hun skal inkludere symptomarbeidet i terapien. En kan risikere å bruke ressurser på behandlingstilnærminger som kanskje ikke har effekt, og mindre ressurser på behandlingstilnærminger som sannsynligvis har bedre effekt.

15.3 Liste over noen typer behandlinger og terapeutiske tilnærminger som brukes i Norge i dag

Kreative tilnærminger

- Kunstpsykoterapi: Terapiformen kan gis i kombinasjon med symptomarbeid og somatisk oppfølging av pasienten.
- Musikkterapi: Denne terapien kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer.
- Kunst- og uttrykksterapi: Denne terapien kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer.
- Billedterapi: Denne terapien kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer.

Motivasjonsterapi

- Motivasjonsterapi kan gis som supplement til andre behandlingstilnærminger, og man må sørge for forsvarlig somatisk oppfølging under forløpet.

Tilnærminger som fokuserer på tankemønstre/oppmerksomhet

- Cognitive Remediation Therapy (CRT): Denne tilnærmingen kan gis som tilleggsbehandling til annen form for psykoterapi.
- Mindfulness/oppmerksomhetstrening: Denne tilnærmingen kan gis som tilleggsbehandling til annen form for psykoterapi.

Kroppsfokuserte tilnærminger

- Psykomotorisk fysioterapi: Denne behandlingsformen kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer.

- Bevegelsesterapi/kroppsbvissthetsgruppeterapi: Denne behandlingsformen kan gis i kombinasjon med andre behandlingsformer.
- Yoga: Yoga kan tilbys i kombinasjon med andre behandlingsformer.

Tilnæringer som fokuserer på å styrke familiens/pårørendes mestring

- Flerfamiliegruppeterapi: Behandlingen gis i tillegg til en annen hoved-behandling, som hos unge som regel vil være familiebasert behandling. Det er utviklet manualbasert behandling for multifamilieterapi for voksne pasienter som fremdeles er sterkt tilknyttet sin primærfamilie. Her gis multifamilieterapi som et tillegg til individuell behandling.
- Foreldregruppeveiledning/pårørendegrupper: Dette brukes for å hjelpe foreldrene/de pårørende å takle sin egen hverdag med et sykt familiemedlem og å opparbeide mer trygghet og kompetanse på å hjelpe den som er syk.

15.4 Forskningsdokumentasjon

Det ble søkt etter systematiske oversikter som kunne svare på to forskningsspørsmål:

- Om dynamisk inspirerte terapier har effekt ved behandling av spiseforstyrrelser
- Om kreative terapier har effekt på behandling av spiseforstyrrelser

I listen ovenfor nevnes også behandlingsformer og terapeutiske tilnæringer som ikke er inkludert i disse søkene. Helsedirektoratet har ikke søkt og vurdert den oppsummerte forskningen på alle ulike behandlings- og terapeutiske tilnæringer som anvendes i Norge i dag, på bakgrunn av ressurs hensyn. For mer informasjon om søket, se PICO, flytdiagram og søkestrategi nedenfor.

Det ble funnet to relevante systematiske oversiktsartikler som svarte på PICO om dynamiske inspirerte terapier, og en systematisk oversiktsartikkel som svarte på PICO om kreative terapier:

- Hay, P. J., & Bacaltchuk, J. (2008). Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid*.
- Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav*, 15(2), 197-204.
- Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil*, 36(8), 628-634.

Disse oversiktene omhandler interpersonell psykoterapi (IPT), mindfulness/oppmerksomhetstrening og fysisk terapi (physical therapy). Det ble ikke funnet noen systematiske oversiktsartikler om andre behandlingstilnæringer innen det som her er definert som dynamisk inspirerte terapier eller kreative terapier.

Oversiktsartiklene viser at det foreligger få studier med varierende metodikk og metodisk kvalitet på disse behandlingstilnærmingene. Det er stor heterogenitet blant studiene med kreative- og dynamisk-inspirerte terapier. De inkluderte oversiktsartiklene kan i liten grad svare på effekten av behandlingstilnærmingene innen dynamisk-inspirerte terapier og kreative terapier. Dette tyder på at det er behov for mer forskning på feltet.

PICO for å undersøke om dynamisk inspirerte terapier har effekt ved behandling av spiseforstyrrelser:

Populasjon:

Mennesker med en spiseforstyrrelsesdiagnose

Intervensjon:

Mentaliseringsbasert terapi, mindfulness, IPT (interpersonell psykoterapi)

Komparator:

Her har vi ingen standard behandling å sammenlikne med, og ønsker de enkelte systematiserte behandlingstiltak som finnes sammenlignet innbyrdes

Utfall:

Vekt, symptomer på psykologiske og fysisk bedring av helsetilstand, akseptabilitet, sunt kosthold, tilbakefall, klinisk forverring av tilstanden, holdninger til vekt og kropp, dødsfall, medisinske komplikasjoner, psykososiale faktorer, vekttap, overaktivitet, oppkast, bulimi, BMI

PICO for å undersøke om kreative terapier har effekt ved behandling av spiseforstyrrelser:

Populasjon:

Mennesker med spiseforstyrrelsesdiagnose

Intervensjon:

Kunst- og uttrykksterapi, kunst psykoterapi, bevegelsesterapi, musikk terapi, psykomotorisk fysioterapi, yoga

Komparator:

Her har vi ingen standard behandling å sammenlikne med, og ønsker de enkelte systematiserte behandlingstiltak som finnes sammenlignet innbyrdes

Utfall:

Vekt, symptomer på psykologiske og fysisk bedring av helsetilstand, akseptabilitet, sunt kosthold, tilbakefall, klinisk forverring av tilstanden, holdninger til vekt og kropp, dødsfall, medisinske komplikasjoner, psykososiale faktorer, vekttap, overaktivitet, oppkast, bulimi, BMI

[Flytdiagram og søkestrategi \(PDF\)](#)

15.5 Referanser

1. Hay, P. J., & Bacaltchuk, J. (2008). Bulimia nervosa. *BMJ Clin Evid*.
2. Katterman, S. N., Kleinman, B. M., Hood, M. M., Nackers, L. M., & Corsica, J. A. (2014). Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav*, 15(2), 197-204.
3. Vancampfort, D., Vanderlinden, J., De Hert, M., Soundy, A., Adamkova, M., Skjaerven, L. H., . . . Probst, M. (2014). A systematic review of physical therapy interventions for patients with anorexia and bulimia nervosa. *Disabil Rehabil*, 36(8), 628-634.

16 Rettslig grunnlag ved behandling av

spiseforstyrrelser

16.1 Samtykke

Som hovedregel skal helsehjelp for spiseforstyrrelser gis frivillig på grunnlag av et gyldig samtykke, jf. [psykisk helsevernloven § 2-1](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4](#). Kun ved alvorlige spiseforstyrrelser er det aktuelt å vurdere om det er faglig og rettslig grunnlag for bruk av tvang i behandlingen.

For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre er det et krav for at samtykket skal være gyldig, at pasienten har samtykkekompetanse.

For nærmere omtale av regler om samtykke vises det til [Rundskriv om Psykisk helsevernloven og forskrift, IS-9/2012](#) og [Rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven, IS-8/2015](#).

16.2 Barn og unge under 16 år

Foreldre/barnevern-samtykke

For barn og unge under 16 år har foreldrene eller andre med foreldreansvaret, rett til å samtykke til helsehjelp på deres vegne. Dette gjelder både innleggelse i somatisk avdeling og psykisk helsevern. Som hovedregel må begge foreldre samtykke til helsehjelp, men unntaksvis er det tilstrekkelig med samtykke fra en av foreldrene. Også barneverntjenesten kan i visse tilfeller ha samtykkerett. Dette reguleres i [psykisk helsevernloven § 2-1](#) og [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#). For nærmere omtale av samtykkereglene vises til [Rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven, IS-8/2015](#).

Barns uttale- og medbestemmelsesrett

Barn og unge har uttale- og medbestemmelsesrett, både knyttet til om psykisk helsevern skal etableres eller ikke, og aktuelle behandlingstiltak under gjennomføringen. Det samme gjelder ved innleggelse i somatisk avdeling. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret eller barnevernet, høre hva barnet har å si før samtykke gis, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4](#) fjerde ledd. Når barnet er 12 år skal barnet få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Selv om det ikke er et særlig krav i bestemmelsen at barn under 12 år skal høres, må det legges til grunn at også yngre barn skal høres. Se Helsedirektoratets [rundskriv IS 8/2015](#), som viser til barneloven § 31, Barnekonvensjonen art 12 og Grunnloven § 104.

Barnets rett til å bli hørt er nært knyttet til retten til medbestemmelse, som innebærer at barnets syn på saken gradvis skal ha større betydning etter hvert som barnet utvikles og modnes. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Retten til medbestemmelse innebærer at barn over 12 år skal ha en økende grad av selvbestemmelse i helse spørsmål.

Hvis barnet ikke er enig

Foreldre/barnevern-samtykke kan gi grunnlag både for etablering og gjennomføring av nødvendige behandlingstiltak, herunder ernæringstilførsel, selv om barnet motsetter seg. Dette fremgår forutsetningsvis av [psykisk helsevernloven § 2-1](#) andre ledd, hvor psykisk helsevern kan etableres selv om barnet er uenig. I hvilken grad barn og unge kan påtvinges behandling med hjemmel i foreldre/barnevern-samtykke må vurderes i nær sammenheng med forsvarlighetskravet.

Hvis barn over 12 år ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmål om innleggelse i institusjon bringes inn for kontrollkommisjonen. Dette innebærer at institusjonen ved vegring fra pasienten automatisk må oversende

saken til kontrollkommissjonen for overprøving. Det kreves ikke at pasienten eksplisitt fremsetter en klage eller ber om behandling i kontrollkommissjonen - det kan være nok at barnet muntlig eller fysisk uttrykker motstand mot innleggelsen. Pasienten har i slike tilfeller rett til fri advokat, som oppnevnes av kontrollkommissjonen.

Dersom behandling for spiseforstyrrelser gjennomføres ved en somatisk avdeling, og barn over 12 år er uenig, bør saken på samme måte bringes inn for kontrollkommissjonen for overprøving.

Vedtak og klagerett under gjennomføringen

Når barn og unge under 16 år er innlagt i døgninstitusjon vil reglene som gjelder for frivillig innleggelse i [psykisk helsevernloven](#) kapittel 4 komme til anvendelse. Det skal treffes vedtak om tiltakene skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og tvangsmidler (§ 4-8), med klageadgang til kontrollkommissjonen.

Tiltak som forutsetter tvungent psykisk helsevern er derimot ikke aktuelle for barn og unge under 16 år. Det skal derfor ikke treffes vedtak om behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i kommunikasjon med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) og urinprøvekontroll uten eget samtykke (§ 4-7 a annet ledd) og overføring (§ 4-10). Her vil foreldre/barnevern-samtykke utgjøre rettsgrunnlaget. Det foreligger da heller ingen formell klageadgang til kontrollkommissjonen eller fylkesmannen.

Det følger av dette at det ved behandling for spiseforstyrrelser med ernæring mv. ikke skal treffes vedtak etter § 4-4 for barn og unge under 16 år, og det er ikke klageadgang til fylkesmannen. Dersom vilkårene er oppfylt og det er nødvendig med bruk av tvangsmidler under gjennomføringen av behandlingen, som kortvarig fastholding, må det imidlertid treffes særskilt vedtak om det i henhold til psykisk helsevernloven § 4-8. Vedtak om tvangsmidler kan påklages til kontrollkommissjonen både av pasienten eller hans eller hennes nærmeste pårørende.

Selv om det ikke foreligger en formell klageadgang på behandling barn og unge under 16 år motsetter seg, kan imidlertid pasienten be tilsynsmyndigheten (fylkesmannen) om en vurdering dersom vedkommende mener bestemmelser om plikter i helselovgivningen er brutt til ulempe for seg, for eksempel kravet til forsvarlighet. Retten til å be fylkesmannen om å vurdere om det er begått feil i forbindelse med behandlingen fremgår av [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 7-4.

Opplysningsplikt til barneverntjenesten

Dersom foreldrene ikke samtykker til nødvendig behandling, eller trekker samtykket under behandlingen, må det vurderes om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten i henhold til [helsepersonelloven](#) § 33. Se nærmere om opplysningsplikten til barneverntjenesten i Helsedirektoratets [rundskriv IS 8/2012](#) om helsepersonelloven og [IS 11/2015](#) kapittel 5 om samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste.

16.3 Tvungent psykisk helsevern

For pasienter over 16 år som ikke samtykker til nødvendig helsehjelp, kan [psykisk helsevernloven](#) kapittel 3 gi grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern. Etablering av tvungent psykisk helsevern forutsetter at visse formelle og materielle regler er oppfylt.

For nærmere omtale av reglene vises det til Helsedirektoratets rundskriv om psykisk helsevernloven, [IS 9/2012](#).

Det ble i 2017 vedtatt en del [endringer i psykisk helsevernloven](#), som styrker pasientens rett til selvbestemmelse og øker rettsikkerheten. Endringene om pasienters rett til fri rettshjelp ved klage til fylkesmannen på vedtak om tvangsbehandling trer i kraft 1. juli 2017. Øvrige endringer trer i kraft 1. september 2017.

Formelle regler

Frivillig psykisk helsevern må først ha vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette. Forsøk på å oppnå en behandlingsallianse med pasienten er det primære, og det må legges vekt på tillitsskapende og motiverende tiltak.

Før tvungent psykisk helsevern etableres skal det foretas en personlig legeundersøkelse for å bringe på det rene om det er grunnlag for tvangsinnleggelse. Legen må være uavhengig av den institusjonen som skal ha ansvar for det tvungne vernet. Innleggende lege vil normalt være tilknyttet helse- og omsorgstjenesten i kommunen, som fastlege eller legevakt, men kan også være lege i spesialisthelsetjenesten ved DPS eller somatisk avdeling, så lenge kravet til uavhengighet er oppfylt. På nærmere vilkår kan kommunelegen fatte vedtak om tvungen legeundersøkelse. Legen som foretar undersøkelsen skal gi en skriftlig erklæring.

På institusjonen godkjent for tvungent psykisk helsevern skal det foretas en ny legeundersøkelse av pasienten, og faglig ansvarlig for vedtak i henhold til [psykisk helsevernloven](#) § 1-4 skal innen 24 timer etter pasientens ankomst også undersøke vedkommende og vurdere om vilkårene i psykisk helsevernloven § 3-3 er oppfylt.

Før vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 3 fattes skal pasienten gis anledning til å uttale seg. Også pasientens nærmeste pårørende og offentlig myndighet som er direkte engasjert i saken, har rett til å uttale seg.

Det må også vurderes om institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg. Det må foretas en konkret vurdering av om pasienten kan få et egnet tilbud for spiseforstyrrelsen ved institusjonen.

Hovedvilkår om alvorlig sinnslidelse

Et hovedvilkår er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse". Begrepet omfatter i hovedsak psykotiske tilstander, men også andre tilstander kan etter en konkret vurdering omfattes av vilkåret. Dette vil være tilfeller hvor sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. Et eksempel kan være alvorlige spiseforstyrrelser. Ved den konkrete vurderingen av om tilstanden omfattes av lovens begrep, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart.

I sak [HR-2015-1752-A \(domstol.no\)](#) fant Høyesterett utvilsomt at pasienter med anoreksi i enkelte tilfeller kan ha en sykdom som må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse. Ved den nærmere avgrensning av når en anoreksi må karakteriseres som en alvorlig sinnslidelse, tok Høyesterett utgangspunkt i at pasienten – etter en totalvurdering av de konkrete omstendighetene – må ha en tilstand som kan likestilles med en psykose for at en spiseforstyrrelse skal regnes som en alvorlig sinnslidelse.

Ved denne vurderingen mente Høyesterett det var grunn til å feste særlig oppmerksomhet ved pasientens evne til å foreta en realistisk vurdering av slike forhold som eget utseende, kroppens vekt og fungering og de helsemessige konsekvensene av å innta mindre næring enn det som er nødvendig. Har pasienten tilsynelatende en form for innsikt i sin anoreksi og dens konsekvenser, vil evnen til å innrette seg etter dette stå sentralt. Det ble vist til at den "anorektiske drive" kan være så sterk at pasienten "handler på anoreksien" istedenfor de objektive kjennsegninger, selv om dette kan få dramatiske konsekvenser. Slike pasienter kan oppleve at det i dem utkjemper en form for indre "krig", og at det i dårlige perioder er sykdommen som "vinner". Vrangforestillinger om egen kropp og dens behov får da forrang, og tilstanden kan likestilles med psykose. Det følger av dette at det ved vurderingen av hovedvilkåret mer er styrken av den «anorektiske driven» som vektlegges, fremfor kroppsmasseindeks (KMI/BMI) og andre somatiske komplikasjoner.

Personer med en kronisk psykose kan anses å ha en alvorlig sinnslidelse i lovens forstand også i symptomfrie perioder dersom fraværet av symptomer settes i sammenheng med antipsykotisk medikasjon. Høyesterett uttalte i ovennevnte sak at næringstilførsel til personer, hvor anoreksien dominerer tanke- og følelselivet på en slik måte at den må regnes som en alvorlig sinnslidelse, var sammenlignbart med medisiner med antipsykotiske medikamenter. I begge tilfeller dempes, eller fjernes, symptomer uten at grunnlidelsen dermed nødvendigvis blir borte. Dette innebærer at vilkåret om alvorlig sinnslidelse kan være oppfylt også hvor

undervekten reduseres, så lenge grunnlidelsen/ den «anorektiske driven» består. I den konkrete saken hadde tvungent psykisk helsevern vart i ca. ett år på domstidspunktet.

Manglende samtykkekompetanse

Fra 1. september 2017 er det et vilkår for tvungen observasjon, tvunget psykisk helsevern og tvungen behandling at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. I lovens forarbeider er det lagt til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse, jf. [Prop. 147 L \(2015-16\)](#).

Tilleggsvilkår

I tillegg må enten behandlingsvilkåret eller farevilkåret være oppfylt. Dersom pasientens spiseforstyrrelse er så alvorlig at vilkåret om alvorlig sinnslidelse er oppfylt, vil ofte tilleggskriteriet om fare for eget liv eller helse også være oppfylt, i tillegg til behandlingsvilkåret.

Helhetsvurdering

Selv om både hovedvilkår og tilleggsvilkår er oppfylt kan tvungent psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering fremtrer som den klart beste løsning for pasienten.

16.4 Tvungen observasjon

Dersom det er overveiende sannsynlig at vilkårene for tvungent psykisk helsevern er oppfylt (at pasienten har en alvorlig sinnslidelse mv), men det er behov for å klarlegge dette nærmere, kan det være aktuelt å etablere tvungen observasjon etter [psykisk helsevernloven](#) § 3-2. Disse rammene kan også danne grunnlag for at pasienten samtykker til nødvendig ernæringstilførsel. Det kan ikke fattes vedtak om tvangsernæring mens pasienten er under tvungen observasjon.

16.5 Vedtak om behandling uten eget samtykke (tvangsernæring)

Vedtak om tvungent psykisk helsevern gir ikke grunnlag for nærmere behandling uten pasientens samtykke. Dette krever et eget vedtak etter [psykisk helsevernloven](#) § 4-4. Dette gjelder for pasienter over 16 år. Pasienters rett til å nekte å avbryte en pågående sultestreik pga alvorlig overbevisning etter [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 4-9 vil ikke være relevant for personer med en alvorlig spiseforstyrrelse.

Vilkår for behandling uten eget samtykke

Som ledd i behandling av pasient med alvorlig spiseforstyrrelse, kan det gis ernæring uten eget samtykke såfremt dette fremstår som et strengt nødvendig behandlingsalternativ, jf. § 4-4 andre ledd bokstav b).

Fra 1. september 2017 er det et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3. Dette vilkåret gjelder ikke ved nærliggende og alvorlig fare for eget liv eller andres liv eller helse. Før det kan treffes vedtak om tvangsernæring må følgende vilkår være til stede:

- Frivillighet er forsøkt eller åpenbart formålsløst å forsøke
- Det skal alltid vurderes om det kan tilbys andre frivillige tiltak som alternativ til behandling uten eget samtykke
- Pasienten må være tilstrekkelig undersøkt. Før det treffes vedtak om ernæringstilførsel uten eget

Samtykke, skal pasienten undersøkes av lege. Legeundersøkelsen må foretas i direkte tilknytning til at vedtaket skal fattes.

- Behandlingen må være klart i overensstemmelse med forsvarlig klinisk praksis
- Behandlingen må gi tilstrekkelig effekt
- Ernæringen skal være en del av et helhetlig behandlingsopplegg

Vilkårene viser at terskelen er lagt høyt for tvangsmessige inngrep ved alvorlige spiseforstyrrelser. Tvungen næringstilførsel må fremstå som strengt nødvendig for å være lovlig. Dette innebærer imidlertid ikke at kun de rene nødrettssituasjoner omfattes. Det gis mulighet for å vedta planmessig ernæringstilførsel i et helhetlig behandlingsopplegg i en lengre periode. Ernæring uten pasientens samtykke kan fremstå strengt nødvendig av hensyn til videre prognose også utover de situasjoner hvor pasienten er utenfor livsfare.

Det fremheves at ernæring uten samtykke er et tiltak som må inngå i et helhetlig behandlingsopplegg, som også inkluderer andre behandlingstiltak rettet mot spiseforstyrrelsen, som individualterapi, miljøterapi mv. Dette stiller krav til kompetansen ved institusjonen som skal ha ansvar for tvangsvedtaket.

Vedtaket fattes av faglig ansvarlig for vedtak, jf. [psykisk helsevernloven](#) § 1-4. Vedtaket skal angi planlagt begynnelse og varighet av behandlingen. Den planlagte varigheten kan maksimalt settes til 3 uker. Vedtak kan fornyes, om vilkårene er oppfylt.

Gjennomføring

Ved gjennomføring av vedtaket har pasienten rett til å medvirke ved valg mellom ulike tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Videre skal pasienten ikke tilføres ernæring uten å bli informert. Herunder skal det opplyses om den faktiske dosering. Informasjon til pasienten kan unnlates dersom det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten. Det vises til [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 3-2.

Dersom det ved gjennomføring av behandlingen er nødvendig å benytte tvangsmidler (kortvarig fastholding/mekaniske tvangsmiddel) og vilkårene for dette er oppfylt, må det treffes særskilt vedtak om dette etter [psykisk helsevernloven](#) § 4-8.

Det må fortløpende vurderes om vedtaket skal opprettholdes. I vurderingen skal det tas hensyn til pasientens syn på saken og eventuelle negative konsekvenser tiltaket kan ha for han eller henne. Dersom det foretas vesentlige endringer i innholdet i behandlingsopplegget, skal det treffes nytt vedtak.

16.6 Tvungen behandling ved somatisk avdeling

Som hovedregel kan tvungen behandling bare gis ved institusjoner som er særlig godkjent for dette formål i henhold til [psykisk helsevernloven](#) § 3-5 første ledd. Dette vil være institusjoner i psykisk helsevern.

Somatiske avdelinger vil normalt ikke være godkjent for bruk av tvang. Det er imidlertid i [psykisk helsevernloven](#) § 3-5 andre ledd gjort unntak fra godkjenningskravet. Formålet med unntaket er å sikre at pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern kan oppholde seg ved somatisk avdeling i spesialisthelsetjenesten dersom dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, for eksempel på grunn av svekket fysisk helsetilstand som følge av alvorlig spiseforstyrrelse.

Bestemmelsen er et snevert unntak som kan benyttes i tilfeller der pasienten har en slik helsetilstand at det er behov for avansert medisinsk overvåkning som ikke kan tilbys i institusjon i det psykiske helsevernet. Unntaket kan ikke benyttes til innleggelse i institusjoner i psykisk helsevern som ikke er godkjent for bruk av tvang. Pasienten kan ha opphold ved somatisk avdeling både ved etablering og under gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern.

Det åpnes kun for *midlertidig* opphold ved somatisk avdeling. Kravet om midlertidighet må ses i sammenheng med vilkåret om at opphold i somatisk avdeling kun skal finne sted så lenge det vurderes nødvendig av hensyn til

forsvarlig helsehjelp. Hvor lenge dette er tilfelle må vurderes konkret i den enkelte sak.

Bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4 vil som utgangspunkt kunne anvendes under oppholdet i somatisk avdeling, også vedtak om tvangsernæring. Tvangsmidler (§ 4-8) kan som hovedregel kun benyttes ved institusjon som er godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, jf. [psykisk helsevernforordningen](#) § 24 første ledd. Det er gjort unntak i bestemmelsens annet ledd for akutte situasjoner. Eventuelle vedtak må treffes av faglig ansvarlig ved institusjonen i psykisk helsevern som er ansvarlig for det tvungne vernet.

16.7 Samhandling mellom psykiatriske og somatiske avdelinger

Ansvar ved opphold på somatisk avdeling

Den institusjonen som er godkjent for tvang i psykisk helsevern er ansvarlig for det tvungne vernet, også når pasienten har midlertidig opphold i somatisk avdeling etter [psykisk helsevernloven](#) § 3-5 andre ledd.

Dette forutsetter at det etableres et samarbeid mellom godkjent institusjon og somatisk avdeling for å sikre klare ansvarsforhold rundt behandlingen av pasienten.

Det kan være behov for et opphold på somatisk avdeling både ved etableringen av tvungent vern, og i løpet av en innleggelse i psykiatrisk avdeling. Dersom det oppstår behov for overføring til somatisk avdeling, må pasienten henvises til somatisk avdeling på ordinær måte, og den somatiske avdelingen må vurdere behovet for overføring. Under innleggelse i somatisk avdeling vil ansvaret for behandlingen av den somatiske tilstanden ligge hos somatisk avdeling.

Pasienter innlagt ved somatisk avdeling kan være underlagt vedtak om tvangsernæring etter psykisk helsevernloven § 4-4 andre ledd bokstav b). Også i disse tilfellene er godkjent institusjon i psykisk helsevern ansvarlig for tvangsvedtaket. Institusjonene må etablere samarbeid som gjør det mulig å ivareta dette ansvaret.

Ansvar ved gjennomføring av vedtak om ernæringstilførsel

Vedtak om ernæringstilførsel uten eget samtykke treffes av faglig ansvarlig for vedtak innen psykisk helsevern. Denne vil være ansvarlig for vedtaket også der behandlingen gjennomføres på somatisk avdeling. Dette innebærer blant annet at det er faglig ansvarlig som må foreta den løpende vurderingen av om lovens vilkår for bruk av tvang er oppfylt. Faglig ansvarlig har også ansvar for at pasienten får nødvendig psykiatrisk behandling og oppfølging mens han eller hun er innlagt på somatisk avdeling. Behandlingsansvaret for selve den medisinske gjennomføringen av næringstilførselen og somatiske komplikasjoner vil på vanlig måte ligge hos den somatiske avdelingen der pasienten er innlagt. Den somatiske avdelingens ansvar vil omfatte de somatiske sidene ved behandlingen (det vil si ernæringstilførselen) som for eksempel plassering av sonde, veneflon, bruk av intravenøs væsketilførsel, overvåking, blodprøvetaking og så videre.

Den somatiske avdelingen er ikke underlagt faglig ansvarliges instruksjonsmyndighet. Pasienten må henvises til somatisk avdeling på vanlig måte, og den somatiske avdelingen må foreta en selvstendig vurdering av om gjennomføring av behandlingen som faglig ansvarlig tar initiativ til kan skje i overensstemmelse med lovverkets krav til forsvarlighet, jf. [helsepersonelloven](#) §§ 4 og 16 og [spesialisthelsetjenesteloven](#) § 2-2.

Opphold på somatisk avdeling i forbindelse med tvangsernæring forutsetter et nært samarbeid med den psykiatriske avdelingen. Avdelingene bør derfor ligge i geografisk nærhet til hverandre, og aller helst innenfor samme sykehusområde. Videre må den nærmere gjennomføringen av samarbeidet tilpasses den enkelte pasients tilstand og behov, og det må settes klare rammer for samarbeidet i forhold til den enkelte pasient.

16.8 Øyeblikkelig hjelp

For pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er bl.a. risikoen for organsvikt og andre livstruende tilstander betydelig.

Foreligger det en akutsituasjon skal det straks iverksettes helsehjelp når dette er påtrengende nødvendig, jfr. [helsepersonelloven](#) § 7 og psykisk helsevernloven § 1. Nødvendig ernæring mv. kan da gis uavhengig av pasientens samtykke og motstand. Det er i slike situasjoner ikke et krav at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern, og har en alvorlig sinnslidelse. Adgangen til å gi helsehjelp i akutte situasjoner er basert på nødrettslige betraktninger, og gir ikke grunnlag for å etablere et mer langvarig behandlingsopplegg uten pasientens samtykke. Når den akutte situasjonen er avverget må videre behandling enten baseres på samtykke eller etablering av tvungent vern igangsettes.

16.9 Forholdet til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A

Det finnes regler om helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A](#). I § 4A-2 avgrensnes imidlertid virkeområdet til kapittel 4A mot undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke. Dette kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven. Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A får dermed ikke anvendelse ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, som anses som en psykisk lidelse.

Selv om bestemmelsene i kapittel 4A ikke gir hjemmel for tvungen behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, kan pasienter med psykiske lidelser likevel få annen somatisk helsehjelp etter disse bestemmelsene, dersom vilkårene er oppfylt.