



Senter for
omsorgsforskning

Sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder

En scoping review

Kristin Margrete Briseid og Jana Myrvold

Utgitt av: Senter for omsorgsforskning, Gjøvik 2026

Tittel: Sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder. En scoping review

English title: Secondary prevention related to eating disorders among school-age children and teenagers. A scoping review

Forfattere: Kristin Margrete Briseid og Jana Myrvold

Redaktør: Terje Emil Fredwall, professor ved UiA/NTNU

ISBN: 978-82-8340-157-8

ISSN: 2464-4382

Oppsummering nr. 43

Grafisk utforming og design: Saara Ojanen

www.omsorgsbiblioteket.no

Innhold

Sammendrag	5
Abstract	6
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Begrepsavklaringer og avgrensning	8
1.3 Institusjonell kontekst	9
1.4 Hensikt, forskningsspørsmål og målgruppe	9
2. Metode	11
2.1 Utvalg, søkestrategi og analyse	11
2.2 Søkestrategi	12
2.3 Analyse	14
2.4 Forfatterbidrag og kvalitetssikring	15
3. Lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter	16
3.1 Lover og forskrifter	16
3.2 Politiske føringer gitt i relevante styringsdokumenter	21
3.3 Nasjonale veiledere og retningslinjer	22
4. Presentasjon av funn fra vitenskapelige publikasjoner	24
4.1 Tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og -symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser	24
4.2 Forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og/eller behandles tidlig	27
5. Verktøy og ressurser	32
5.1 Relevante nettsider og telefontjenester	32
5.2 Tilskuddsordninger	34
5.3 Filmer og podkaster	34
6. Konklusjoner	36
6.1 Bakgrunn, materiale og metode	36
6.2 Hovedfunn i oppsummeringen	36
6.3 Veien videre	37
Referanser	39
Om forfatterne	45
Vedlegg 1. Søk i databaser	46
Vedlegg 2. Inkluderte forskningsarbeider – en oversikt	54

Sammendrag

Dette er en kunnskapsoppsummering om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder i skolen og kommunehelsetjenesten. Den bygger på Arksey og O'Malleys metodiske rammeverk for scoping review og inkluderer 34 vitenskapelige publikasjoner fra mellom 2016 og februar 2025. Hensikten er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om skolens og kommunehelsetjenestens ansvar for og arbeid med sekundærforebygging av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Oppsummeringen gir også oversikt over juridiske, politiske og faglige dokumenter som regulerer og legger føringer for disse tjenestenes arbeid med slik sekundærforebygging.

De inkluderte publikasjonene er utviklet i USA, Australia, Tyskland, Japan, Singapore, Kypros, Storbritannia, Frankrike, Sverige og Norge. 20 publikasjoner gjelder forhold og tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser. 14 gjelder forhold som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig. Resultatene viser at sekundærforebygging basert på kognitiv dissonans-teori og aksept- og forpliktelsesterapi er blant temaene som er utforsket. Det samme gjelder digital forebygging i skoleregi, støttetiltak for foreldre og systematisk vektmålingsarbeid for tidligere oppdagelse av anoreksi. Noen studier gjelder aspekter ved tjenestene som kan påvirke om spiseforstyrrelser oppdages og behandles tidlig. Bruk av tidligere pasienters erfaringer som ressurs tematiseres også.

Lav kompetanse i tjenestene fremheves i noen studier som et hinder for tidlig oppdagelse. Også lave bevilgninger og lange ventetider beskrives som hindre. Digital veiledning har vært utprøvd for å gjøre kompetanse tilgjengelig lokalt med tanke på tidlig innsats. Betydningen av at de ansatte kjenner til henvisningsmuligheter og har faste avtaler med barna/ungdommene frem til behandlingsoppstart, fremheves også. Forebyggingsforskningen er imidlertid fortsatt i sin spede barndom. Det trengs mer forskning – om forebygging basert på aksept- og forpliktelsesterapi, om kognitiv dissonans-basert forebygging blant barn og unge under 15, om forebygging blant gutter, kjønnsminoriteter og dem som ikke bor hjemme, om forholdet mellom forebygging av overvekt og spiseforstyrrelser, og om forebygging i ulike faser av forløpet der risiko blir symptomer på klinisk sykdom.

Abstract

This is a scoping review about secondary prevention of eating disorders in school-aged children and adolescents in schools and primary health services. It is based on Arksey and O'Malley's methodological framework for scoping review and includes 34 scientific publications from between 2016 and February 2025. The purpose is to identify, describe and summarise knowledge about schools' and primary health services' responsibility for and work with the prevention of anorexia, bulimia and binge eating disorder. The scoping review also provides an overview of legal, political and professional documents that regulate and guide these services' work with such secondary prevention.

The included publications were developed in the USA, Australia, Germany, Japan, Singapore, Cyprus, the UK, France, Sweden and Norway. There are 20 publications on conditions and measures that can influence whether eating disorder risk and symptoms become clinical eating disorders. 14 of them concern conditions that can influence whether clinical eating disorders are detected, diagnosed and treated at an early stage. The results show that secondary prevention based on cognitive dissonance theory and acceptance and commitment therapy are among the topics explored. The same applies to digital prevention in schools, support measures for parents and systematic weight measurement work for earlier detection of anorexia. Some studies concern aspects of the services that can influence whether eating disorders are detected and treated at an early stage. The use of former patients' experiences as a resource is also thematised.

Low competence in these services is highlighted in some studies as an obstacle to early detection. Low funding and long waiting times are also described as obstacles. Digital guidance has been tested to make competence available locally in terms of early intervention. The importance of staff knowing about referral options, and about maintaining regular appointments with the children/youth until treatment starts, is also highlighted. However, prevention research is still in its infancy and more research is needed: on prevention based on acceptance and commitment therapy, cognitive dissonance-based prevention among children and adolescents under 15, prevention among boys, gender minorities and those who do not live at home, on the relationship between prevention of obesity and eating disorders – and on prevention in different phases of the process where risk becomes symptoms of clinical illness.

1. Innledning

Dette er en kunnskapsoppsummering om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder. Med sekundærforebygging forstår vi tiltak som søker å stanse sykdomsutvikling (Helsedirektoratet, 2016). Fokus er på sekundærforebygging i skolen og kommunehelsetjenesten. Oppsummeringen identifiserer, beskriver og sammenfatter vitenskapelige publikasjoner i perioden fra 2016 til februar 2025, og presenterer de mest relevante juridiske og politiske rammene, samt faglige strategier og veiledere av betydning for temaet.

Oppsummeringen er strukturert som følger: Kapittel 1, innledningen, presenterer bakgrunnen for oppsummeringen, avklarer begreper og redegjør for oppsummeringens problemstilling og hensikt. I kapittel 2 redegjøres det for metode: for litteratursøk og for kriteriene for inklusjon av studier. Kapittel 3 legger frem sentrale juridiske og politiske rammer, faglige strategier og veiledere. Kapittel 4 oppsummerer forskningslitteraturen. Kapittel 5 gir en oversikt over verktøy og ressurser. I kapittel 6 oppsummeres og presenteres sentrale funn.

Dette innledende kapittelet er delt i fire. Første del gjelder oppsummeringens bakgrunn. Andre del redegjør for sentrale begreper. Tredje del beskriver den institusjonelle konteksten for kommunehelsetjenestens og skolens arbeid med sekundærforebygging. Fjerde del presenterer oppsummeringens hensikt, forskningsspørsmål og målgruppe.

1.1 Bakgrunn

En norsk undersøkelse gjennomført i 2021 blant 1558 elever mellom 16 og 19 år viste at nesten én av ti (9,4 %) hadde en klinisk spiseforstyrrelse (Dahlgren et al., 2023). Av de tre spiseforstyrrelsene denne kunnskapsoppsummeringen omhandler – overspisingslidelse, bulimi og anoreksi – er overspisingslidelse den mest utbredte, med en forekomst på 2–3 % (Helsedirektoratet, 2017b). Mellom 5,5 % og 17,9 % av kvinner i vestlige land har hatt en diagnostisert spiseforstyrrelse ved inngangen til voksenlivet, tilsvarende tall for menn er mellom 0,6 % og 2,4 % (Silén & Keski-Rahkonen, 2022). Generelt er det vesentlig flere jenter og kvinner enn gutter og menn som utvikler spiseforstyrrelser (Surén et al., 2022). I vestlige land anslås det (Silén & Keski-Rahkonen, 2022) at mellom 0,8 og 6,3 % av kvinnene har hatt anoreksi en eller annen gang i løpet av livet, og at det samme gjelder mellom 0,1 og 0,3 % av mennene. Mellom 0,8 og 2,6 % av kvinnene har hatt bulimi – mens samme gjelder mellom 0,1 og 0,2 % av mennene. For overspisingslidelse lå tilsvarende tall mellom 0,6 og 6,1% for kvinner og mellom 0,3 og 0,7 % for menn.

Det at spiseforstyrrelser forekommer oftere hos jenter, har medført at forebyggingsprogrammer, kartleggingsskjemaer og tjenester noen ganger designes som om det kun var jenter som ble rammet. I kartleggingsskjemaet «Eating disorders inventory» bes

respondenten eksempelvis om å ta stilling til påstanden «Jeg synes jeg har for store lår», et utsagn som oftere vil kunne indikere spiseproblematikk hos jenter enn hos gutter (Cohn et al., 2016; Nagata et al., 2021). Men australske forskere antyder at spiseforstyrrelser har vært mer utbredt blant menn enn kliniske studier har klart å fange opp (Mitchison et al., 2013), og i en narrativ review over studier med empiri fra vestlige land antydes det at forekomsten i den mannlige befolkningen er økende (Capuano et al., 2025). Insidensraten for spiseforstyrrelser hos norske gutter og menn økte fra 11,6 til 18,6 per 100 000 personår fra 2010 og frem mot pandemien, men holdt seg (i motsetning til for jenter) stabil gjennom den (Reas et al., 2025).

Antallet barn og unge som får spiseforstyrrelser, økte i vestlige land fra 1950-tallet av og fremover (Rosen, 2010). Covid-19-pandemien har vært ledsaget av økninger i insidensen av spiseforstyrrelser. I 2021 lå insidensraten for spiseforstyrrelser hos jenter og kvinner (beregnet ved hjelp av tall fra Norsk pasientregister for første gangs registrering av en spiseforstyrrelsesdiagnose mellom 1. januar 2010 og 31. desember 2023) 45,5 % over nivået som kunne forventes på bakgrunn av utviklingen i insidensraten i perioden 2010–2019, altså før pandemien (Reas et al., 2025). Selv om insidensen flatet ut etter pandemien, lå den fortsatt over det nivået som hadde vært forventet før pandemien (på bakgrunn av utviklingen fra 2010 til 2019), og for jenter mellom 10 og 24 år var den 30 % høyere enn forventet (Reas et al., 2025). Internasjonalt har flere kohortstudier av tenåringer estimert en forekomst av spiseforstyrrelser på mellom 15 og 22 % (Burton et al., 2022).

Noe som skiller spiseforstyrrelser fra mange andre sykdommer, er at de ofte er egosyntone. Det betyr at atferdsmønstre og symptomer som i andres øyne er avvikende, oppfattes som rimelige og naturlige av den som har sykdommen, slik at vedkommende gjerne har lav motivasjon for behandling (Malt, 2024). Dette skaper ofte mye usikkerhet hos dem som står rundt et barn eller en ungdom med forhøyet risiko og/eller tidlige tegn på sykdomsutvikling. Usikkerheten bidrar ofte til at det tar lang tid før behandling igangsettes. En europeisk multisenterstudie viste at det i gjennomsnitt tok to år før personer med spiseforstyrrelser kom til spesialistbehandling (Monteleone et al., 2023). Ved anoreksi er et vanlig anslag at det tar tre år før man kommer til spesialistbehandling (Kästner et al., 2021). Blant ungdommer som utvikler spiseforstyrrelser, anslås det at om lag 70 % blir friske ved tidlig oppdagelse og behandling (Hornberger et al., 2021). Men man regner også med at åtte av ti med spiseforstyrrelse ikke behandles (Kazdin et al., 2017), og at opptil halvparten av dem som behandles, fortsatt har symptomer etter endt behandling (Treasure et al., 2020).

1.2 Begrepsavklaringer og avgrensning

Sekundærforebygging forstås i denne oppsummeringen som tiltak som søker å stanse sykdomsutvikling (Helsedirektoratet, 2016). Dette favner både tiltak iverksatt i møte med forhøyet risiko (som eksempelvis kroppsbildemisnøye) og subklinisk spiseforstyrrelse og tiltak iverksatt ved tidlige symptomer på klinisk spiseforstyrrelse.

Nedenfor følger en kort redegjørelse, basert på artikkelen til Koziol et al. (2022) der ikke annet er oppgitt, for sentrale kjennetegn ved hver av de tre spiseforstyrrelsene som denne kunnskapsoppsummeringen dekker:

- *Overspisingslidelse* innebærer episoder av overspising og opplevd mangel på kontroll som gjentas ukentlig eller oftere.
- *Bulimi* kjennetegnes av episoder der man veksler mellom overspising og påfølgende atferd for å kompensere for næringsinntaket. Kompenseringen kan eksempelvis skje ved selvpåført oppkast eller ved at man faster eller tar medisiner som lakserende midler.
- *Anoreksi* kjennetegnes av for lav kroppsmasseindeks og av et sterkt ønske om ytterligere å redusere kroppsmassen. Ønsket søkes gjerne virkeliggjort gjennom begrensning av matinntak og/eller ved overdreven trening. Kroppsbildet er gjerne forstyrret, slik at man eksempelvis feilaktig tror at hele eller deler av kroppen er for stor.

Risiko for spiseforstyrrelse kan bety litt ulike ting i ulike sammenhenger. En rekke faktorer har vist seg å øke sannsynligheten for spiseforstyrrelsesutvikling. Folkehelseinstituttet (2025a) nevner blant annet følgende faktorer: eksponering for idealer om tynnhet, kroppsmisnøye, tarmmikrobiell ubalanse, diabetes, vektstatus i barndommen, foreldres oppfatning av at barnet er overvektig, traumer, overgrep, neglekt, perfektjonisme og andre personlighetstrekk, og komorbide lidelser som depresjon og sosial angst (Folkehelseinstituttet, 2025a). I denne kunnskapsoppsummeringen rettes imidlertid oppmerksomheten kun mot forhold som kan indikere at en spiseforstyrrelse er under oppseiling, slik som for eksempel kroppsmisnøye.

1.3 Institusjonell kontekst

Det er skolen og kommunehelsetjenesten som utgjør konteksten for den sekundærforebyggingen som er tema i denne kunnskapsoppsummeringen. I skolen kan sekundærforebyggingen skje samordnet som ledd i planlagt innsats ved én eller flere skoler. Den kan også skje ved at individuelle lærere, rådgivere og/eller skoleledelsen iverksetter tiltak overfor enkeltelever som viser forhøyet risiko og/eller tidlige symptomer. Begge typer innsats kan skje både på grunnskoletrinnene og i den videregående skolen, samt i skoletilbud etter at den ordinære skoletiden er over.

At forebygging er et kommunalt ansvar, følger blant annet av helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-3) og folkehelseloven (2023, § 4). Kommunen skal sørge for at barn og unge med mulig klinisk spiseforstyrrelse henvises til spesialisthelsetjenesten for diagnose og behandling.

I den norske kommunehelsetjenesten er det særlig skolehelsetjenesten (representert ved helsesykepleier), ungdomshelsetjenesten og fastlegene som vil ha ansvar og muligheter for arbeid med sekundærforebygging.

1.4 Hensikt, forskningsspørsmål og målgruppe

Hensikten med denne kunnskapsoppsummeringen er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om sekundærforebygging i regi av skolen og kommunehelsetjenesten ved spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder. Den søker å besvare følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke sekundærforebyggende tiltak er beskrevet i den internasjonale forskningslitteraturen med tanke på utviklingen fra spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer til klinisk spiseforstyrrelse?
- Hvilke beskrivelser inneholder den internasjonale forskningslitteraturen av forhold og tiltak som kan hemme og fremme effektiv sekundærforebygging ved nylig oppstått klinisk spiseforstyrrelse?

Oppsummeringens målgrupper er forskere, fastleger, helsesykepleiere, kommunepsykologer, lærere, skolerådgivere og ledere i grunnskolen og den videregående skolen, og overordnet ledelse i kommunen og fylkeskommunen. Men vi tror at også studenter, undervisere, personer med levd erfaring, pårørende, politikere og andre kan ha nytte av denne kunnskapen.

2. Metode

En scoping review er en bred kartlegging og syntetisering av kunnskapsgrunnlaget på et avgrenset felt, og kildetilfanget er gjerne mangfoldig (Ringnes & Thørrisen, 2024). Den identifiserer, beskriver og sammenfatter kunnskap om et tema (Arksey & O'Malley, 2005), som i dette tilfellet altså er sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder.

I en scoping review går man frem strukturert og systematisk, men på en litt annen måte enn ved såkalte systematiske oversikter. En sentral forskjell er at man i en scoping review avholder seg fra å vurdere kvaliteten på studiene. Målet er i stedet å få frem et bredt bilde av den kunnskapen som finnes, å beskrive funn detaljert og å synliggjøre sentrale temaer i inkluderte studier (Arksey & O'Malley, 2005). Funnene kan være fra forsknings- så vel som fra fagutviklingsarbeid, men i denne kunnskapsoppsummeringen har vi av kapasitetshensyn valgt å konsentrere oss om forskningsarbeid. Ved utarbeidelsen av kunnskapsoppsummeringen har vi fulgt anvisningene fra Arksey og O'Malleys (2005) metodiske rammeverk for scoping review. Det vil si at vi først har identifisert forskningsspørsmål og relevant litteratur. Deretter har vi valgt ut litteratur og kartlagt data. Til sist har vi samlet, oppsummert og rapportert resultatene.

2.1 Utvalg, søkestrategi og analyse

Utvelgelsen av litteratur bygger på Frascati-manualens forståelse av forsknings- og utviklingsarbeid (OECD, 2015; OECD & Norges forskningsråd, 2021). Her beskrives forsknings- og utviklingsarbeid som kreativt og systematisk arbeid utført for å øke kunnskap, og for å finne frem til nye måter å anvende tilgjengelig kunnskap på (OECD & Norges forskningsråd, 2021, s. 22). Følgende krav må være oppfylt for at et arbeid skal kunne sies å være forsknings- og utviklingsarbeid: 1) Det må inneholde noe nytt, 2) det må være kreativt, 3) det må være usikkerhet knyttet til utfallet av arbeidet, 4) arbeidet må være systematisk, og 5) det må kunne overføres og/eller reproduseres (OECD & Norges forskningsråd, 2021, s. 23).

Vi har i denne kunnskapsoppsummeringen inkludert den typen litteratur om forskningsarbeider som kan klassifiseres som vitenskapelige publikasjoner (Omsorgsbiblioteket, 2025). At publikasjonene anses som vitenskapelige, betyr at de tilfredsstiller fire kriterier: 1) De presenterer ny innsikt, 2) de er utformet slik at resultatene kan etterprøves eller benyttes i videre forskning, 3) de er skrevet på et språk og distribuert på en måte som tilgjengeliggjør dem for forskere som har interesse for dem, og 4) de er publisert i en kanal (tidsskrift, serie, forlag eller nettsted) med etablerte rutiner for fagfellevurdering (Universitets- og høyskolerådet, 2004). Eksempler på vitenskapelige publikasjoner er vitenskapelige antologier, vitenskapelige artikler, vitenskapelige monografier og vitenskapelige oversiktsartikler/oppsummeringer.

Problemstillingene som er listet opp i kapittel 1.4, har styrt arbeidet med utvelging av forskningspublikasjoner. Publikasjoner ble inkludert dersom de

- var utgitt mellom 2016 og februar 2025
- var på et skandinavisk språk eller engelsk
- gjaldt én eller flere av diagnosene anoreksi, bulimi og overspisingslidelse (i de tilfellene der de fokuserte på spesifikke diagnoser)
- inneholdt funn om og/eller perspektiver på sekundærforebygging som, enten utelukkende eller i stor grad, gjaldt barn og unge i skolealder
- enten a) gjaldt tiltak utprøvd i skolen eller kommunehelsetjenesten eller b) gjaldt funksjoner som i Norge er tillagt skolens og/eller kommunehelsetjenestens mandat eller ansvarsområde

Screeningen ble gjennomført av Mari Aune og Kristin Margrete Briseid, som begge har utdanning og erfaringsbakgrunn som gir kjennskap til hvilke funksjoner som i Norge er tillagt skole- og helsevesenet. Allikevel bød akkurat det sistnevnte kriteriet på noen utfordringer. Internasjonalt varierer det jo hvilke ansvarsområder og oppgaver som er lagt til hvilke yrkesgrupper og etater i helse- og skolesystemet. Studier som omhandler en oppgave eller funksjon som i Norge er tillagt kommunehelsetjenesten eller skolen, er inkludert i studien, også i de tilfellene der studien ikke handler direkte om skolen eller kommunehelsetjenesten i det aktuelle landet.

Publikasjoner ble ekskludert dersom de

- kun presenterte funn som hadde mulige implikasjoner for sekundærforebygging, men som ikke ble knyttet direkte til beskrivelser av sekundærforebygging
- gjaldt testing av konkrete screeninginstrumenter
- utelukkende gjaldt tannhelsetjenestens arbeid med sekundærforebygging

Det har vært forsket lite på sekundærforebygging av spiseforstyrrelser. Samtidig har kunnskapsgrunnlaget om dette vokst gradvis siden tusenårsskiftet. For å få et mest mulig helhetlig bilde både av hva som eksisterer av oppdatert forskning, og av forholdet mellom hva som for kun få år siden fantes av forskning, og hva som finnes i dag, har vi derfor valgt å ta med både primærstudier og litteraturoppsummeringer i oppsummeringen vår. En fare ved å inkludere oppsummeringer, er at overlapp mellom disse kan føre til at forskningen (eller visse deler av den) fremstår som mer omfattende enn den egentlig er.

2.2 Søkestrategi

På bakgrunn av kunnskapsoppsummeringens tema valgte vi å gjennomføre søk i følgende helsefaglige og tverrfaglige databaser: Medline (OVID), Cinahl Complete, PsycINFO (OVID), ERIC (EBSCO), Scopus og de skandinaviske bibliotekatalogene Oria (Norge), Bibliotek.dk (Danmark) og Libris.kb.se (Sverige). Søkestrategien ble utviklet av denne kunnskapsoppsummeringens andreforfatter, Jana Myrvold, i samarbeid med Anneline Mjøseng.

Myrvold og Mjøseng er begge universitetsbibliotekarer ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Kontrollerte termer, synonymer og relaterte termer for konseptene *spiseforstyrrelser*, *primærhelsetjenesten* og *forebygging/tidlig innsats* ble kartlagt av Myrvold og Mjøseng og gjennomgått av forfatterne. Trunkering av søkeord ble brukt der det var hensiktsmessig å få med både entalls- og flertallsformer og ulike stavemåter. Nærhetsoperatører i søkestrengene ble tilpasset hver enkelt database for å balansere søkenes sensitivitet og presisjon. Søkestrategiene ble avgrenset til engelsk og skandinaviske språk. For å finne studier som inkluderer målgruppen barn 6–18 år, brukte vi et aldersfilter (Wolters Kluwer Health, 2025) utarbeidet av Medline (OVID). Myrvold og Mjøseng tilpasset filteret til alle databaser.

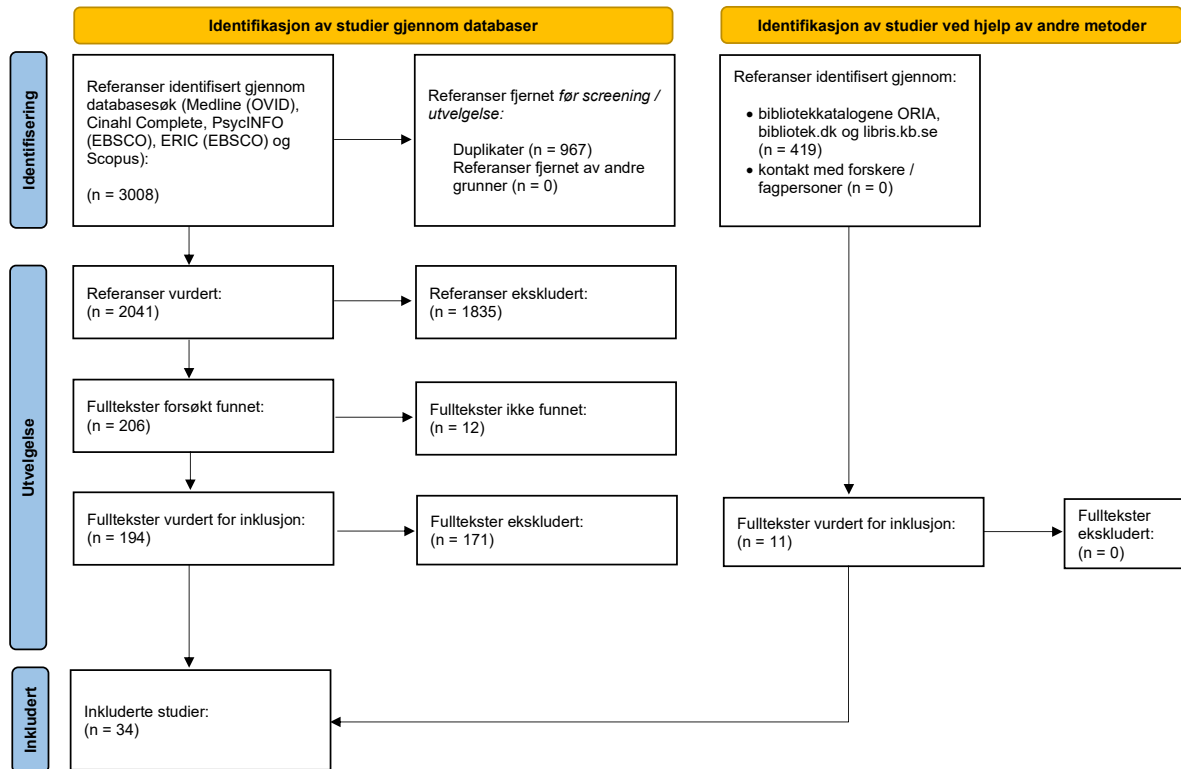
Myrvold og Mjøseng gjorde prøvesøk i to databaser: Medline (OVID) og Scopus. Myrvold og Briseid vurderte resultatenes relevans opp mot problemstillingen og var enige om at søkeprosessen kunne igangsettes i alle databaser. Søkestrategiene i alle databaser og skandinaviske bibliotekataloger ble vurdert av enda en universitetsbibliotekar (i tillegg til andreforfatter Myrvold og Mjøseng) ved USNs systematiske søketjeneste, som brukte en modifisert versjon av PRESS-skjema (McGowan et al., 2016). Søkestrategien er dokumentert i Vedlegg 1.

Myrvold og Mjøseng gjorde søkene i databaser og skandinaviske bibliotekataloger i to omganger. Det første søket ble foretatt i desember 2023. Søk i databaser i desember 2023 resulterte i 2720 treff. Referansene fra databaser ble importert til EndNote, hvor duplikatene ble fjernet, først automatisk ved bruk av programmets duplikatfjerningsfunksjon og deretter manuelt ved sammenligning av titler. Deretter ble 1800 referanser overført til screeningverktøyet Rayyan. Alle titler/sammendrag ble screenet av to forskere uavhengig av hverandre, Mari Aune og Kristin Margrete Briseid, for å avgjøre hvilke publikasjoner som var aktuelle for fulltekstgjennomgang. Aune og Briseid registrerte ikke årsak til at publikasjoner ble ekskludert, men mange ble ekskludert fordi de ikke handlet om sekundærforebygging. Det var også mange som ble ekskludert fordi de ikke gjaldt kommunehelsetjenesten, skolen eller funksjoner tillagt disse i Norge. Etter at Aune og Briseid hadde kommet sammen og løst konflikter, gjenstod det 183 publikasjoner for fulltekstgjennomgang. Fulltekstgjennomgangen ble gjennomført av Briseid alene og resulterte i at 23 publikasjoner ble inkludert i oppsummeringen.

Siden arbeidet med oppsummeringen ble forsinket, ble de samme søkene gjentatt i februar 2025, og tidsperioden for inklusjon av publikasjoner ble utvidet til februar 2025. I oppdateringssøket ble 288 nye referanser overført til EndNote. Etter at dublettene var fjernet, ble 241 referanser gjennomgått i screening-verktøyet Rayyan. Briseid vurderte relevansen av de 241 bidragene med utgangspunkt i tittel og sammendrag. Dette resulterte ikke i at noen nye publikasjoner ble inkludert i analysen.

For å finne studier på skandinaviske språk gjorde universitetsbibliotekarene også søk i bibliotekatalogene Oria (Norge), Bibliotek.dk (Danmark) og Libris.kb.se (Sverige). På grunn av begrensede søkemuligheter i disse katalogene måtte søkestrengene her forenkles noe. Myrvold og Mjøseng valgte å søke kun med norske, danske og svenske søketermer. Oria, Bibliotek.dk og Libris.kb.se er discoveryverktøy for digitale og fysiske biblioteksamlinger, og for publikasjoner som er tilgjengelige i open access gjennom utvalgte universitetsarkiver. Disse systemene viser ulike versjoner av bøker. Det gjør at antall treff blir høyere enn det reelle antallet bøker. Søk i bibliotekatalogene i desember 2023 og oppdateringssøket i februar 2025 ga 419 treff. Trefflistene fra de skandinaviske bibliotekatalogene ble ikke overført til EndNote på grunn av dårlig EndNote-funksjonalitet. Briseid gikk gjennom trefflister

i bibliotekcatalogene ved å føre opp søkestrategien direkte i disse katalogene. Totalt ble 23 publikasjoner inkludert. Briseid gjennomførte dernest håndsøk i litteraturlistene for de inkluderte bidragene og i ekskluderte fulltekstbidrag. Dette resulterte i at elleve nye publikasjoner ble identifisert. Hun kontaktet to forskere på feltet, Line Wisting fra Norge og Ata Ghaderi fra Sverige, for å undersøke om de kunne se relevante forskningspublikasjoner fra perioden 2016–februar 2025 som manglet på lista over inkluderte publikasjoner. Denne forespørselen resulterte ikke i at det ble identifisert noen flere publikasjoner.



Figur 1. Flyttdiagram over utvelgelse av publikasjoner. Norsk oversettelse av PRISMA 2020 flyttdiagram (Page et al., 2021).

2.3 Analyse

Briseid gjennomførte en tematisk analyse av de inkluderte publikasjonene. Hun leste gjennom hver artikkel i sin helhet og utarbeidet en systematisk oversikt over sentrale aspekter: forfatter, årstall, tittel, type (artikkel/bokkapittel), nasjonal kontekst, hensikt, metode/utvalg og resultater/erfaringer (se vedlegg 2). Dette systematiseringsarbeidet bidro til å klargjøre sentrale temaer i hver publikasjon. Temaene ble brukt som utgangspunkt for å ordne funnene i oppsummeringen. Funnene ble kategorisert etter hvilket tidspunkt i en sykdomsutviklingsprosess de fokuserte på, hvilket teorigrunnlag forebyggingen bygde på, hvilken kontekst forebyggingen foregikk i, og hvilken type forebygging det var snakk om.

I vår gjennomgang av forskningslitteraturen har vi identifisert to hovedtemaer som forskningsfunnene kan grupperes under: 1) tiltak som kan påvirke om

spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser, og 2) forhold og tiltak som kan påvirke om nylig oppstått spiseforstyrrelse oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig.

2.4 Forfatterbidrag og kvalitetssikring

Kristin Briseid og Jana Myrvold er forfattere av kunnskapsoppsummeringen. Myrvold hadde en sentral rolle i den innledende fasen, der relevante søketermer ble identifisert, og har hatt hovedansvaret for gjennomføringen av litteratursøkene. Kapittel 2 er skrevet av Myrvold og Briseid i fellesskap. Briseid har skrevet resten av oppsummeringen. Begge har lest, drøftet og gått god for innholdet i hele oppsummeringen. Mari Aune hadde en nøkkelrolle i screeningen og utvelgelsen av litteratur.

Vi har fått nyttige tilbakemeldinger underveis fra faglig ekspertise på ulike deltemaer. Følgende personer har gitt slike bidrag: Line Orvedal (daglig leder i Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS)), Marianne Clementine Haaheim (fagansvarlig kommunikasjon i ROS), Silje Sønsterud Olsen (seniorrådgiver i Spiseforstyrrelsesforeningen), Ata Ghaderi (professor i psykologi ved Karolinska Institutet, Stockholm), Line Wisting (forsker ved Oslo universitetssykehus), Hanne Valø (helsesykepleier ved St. Hallvard videregående skole, Lier), Kristin Morlandstø (rådgiver ved Åssiden videregående skole, Drammen), Gorm Grammeltvedt (advokat og tidligere avdelingsdirektør i Helsetilsynet) og Per Gunnar Disch (førstelektor ved Universitetet i Sørøst-Norge).

Oppsummeringen er fagfellevurdert av en anonym fagfelle, mens professor Terje Emil Fredwall ved Senter for omsorgsforskning, UiA/NTNU har vært redaktør for utgivelsen.

3. Lover, forskrifter og andre sentrale offentlige dokumenter

Dette kapitlet belyser først lover og forskrifter av særlig relevans for sekundærforebygging av spiseforstyrrelser (3.1). Lovene og forskriftene hører i hovedsak inn under helse- og skolelovgivningen, men også familie- og menneskerettighetslovgivningen berøres kort. Kapitlet presenterer deretter politiske dokumenter som gir føringer for henholdsvis kommunehelsetjenestens og skolens arbeid med sekundærforebygging (3.2), før blikket rettes mot nasjonale veiledere og retningslinjer på feltet (3.3).

3.1 Lover og forskrifter

I redegjørelsen for lover og forskrifter nedenfor presenteres først sentrale lover på helseområdet og så sentrale forskrifter på helseområdet. Dernest følger en integrert redegjørelse for lover og forskrifter på skoleområdet, før det gjøres kort rede for to bestemmelser i hhv. familie- og menneskerettighetslovgivningen som er av relevans for denne oppsummeringen.

Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)

Helsepersonelloven (1999) har som formål å sikre kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Loven regulerer rettigheter og plikter for helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge (§ 1). § 4 inneholder bestemmelser om at arbeidet helsepersonellet utfører, skal være forsvarlig. Forsvarlighetskravet innebærer blant annet at helsepersonell må gjøre de anstrengelsene som er nødvendige for å få kontakt med en pasient, eller sørge for at noen andre gjør dette, når man har fått informasjon om at vedkommende er, eller er i ferd med å bli, alvorlig syk. Dette gjelder uavhengig av om det er pasienten selv eller andre som har gitt helsepersonellet slik informasjon. Spiseforstyrrelser kan være svært alvorlige og dødelige. Derfor vil situasjoner der helsepersonell har fått slik informasjon, rettslig sett ofte være parallelle med situasjoner der helsepersonell får informasjon om et barn eller en ungdom med tidlige symptomer på alvorlig kreftsykdom.

Forpliktelsen til å opprette kontakt med en pasient man har fått slik informasjon om, følger også av lovens § 7, som gir helsepersonell en plikt til *straks* å tilby eller yte helse- og omsorgstjenester når hjelpen som kan tilbys, må antas å være «påtrengende nødvendig». Forpliktelsen til å handle gjelder selv om pasienten ikke samtykker. § 7 slår fast: «Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Med de begrensninger som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 4–9, skal nødvendig helsehjelp gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.»

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) forplikter kommunen til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle personer som oppholder seg i kommunen. Loven slår fast at kommunen straks skal tilby eller yte helse- og omsorgstjenester når dette er påtrengende nødvendig. Dette ansvaret for øyeblikkelig hjelp gjelder undersøkelse, behandling eller annen hjelp som det er forsvarlig at kommunen yter (§ 3-5). Også denne loven har en bestemmelse om at helsetjenestetilbudet og tjenestene skal være forsvarlige (§ 4-1).

Et spørsmål som reiser seg her, er hva dette forsvarlighetskravet innebærer i tilfeller der et barn eller en ungdom man som helsepersonell har innkalt på grunnlag av komparentinformasjon, unnlater å møte opp og/eller gir uttrykk for ikke å ønske kontakt. Manglende selverkjennelse er et vanlig symptom på alvorlig sykdom ved spiseforstyrrelsesutvikling. Derfor vil det ofte være et tegn på alvorlig sykdomsutvikling dersom et barn eller en ungdom unnlater å møte opp og/eller gir uttrykk for ikke å ønske kontakt med helsetjenesten. I likhet med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven innebærer også forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven at helsepersonell skal gjøre nødvendige undersøkelser for å utelukke alvorlig sykdom når man sitter på opplysninger som kan indikere at slik sykdom foreligger. Helsepersonellet skal altså gjøre det som er mulig for å få undersøkt pasienten. Ofte vil dette innebære å kalle inn barnet eller den unge til undersøkelse og å sørge for undersøkelse ved hjemmebesøk eller på annen måte dersom barnet/ungdommen ikke møter opp.

For å få kontakt med barnet/ungdommen med sikte på undersøkelse kan det bli aktuelt for helsepersonellet (ofte fastlege eller helsesykepleier) å be om hjelp fra foreldrene for å komme i kontakt med barnet/ungdommen og/eller for å komme på hjemmebesøk. Dersom ikke noe av dette lykkes, kan eventuelt barnet / den unge henvises til spesialisthelsetjenesten selv om fastlege eller helsesykepleier ikke har møtt barnet/ungdommen. Dersom helsepersonellet sitter på opplysninger om mulig spiseforstyrrelsesutvikling, vil det altså ofte være faglig uforsvarlig og dermed ulovlig for helsepersonell å respondere på manglende oppmøte og/eller på uttalelser fra barnet / den unge om at man ikke ønsker å undersøkes, ved å ikke foreta seg noe mer (§ 4-1).

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har som ett viktig formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Den er ment å skulle fremme tillit mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten og sosial trygghet og respekt for pasienters og brukeres liv, integritet og menneskeverd.

Loven gir foreldre rett til å samtykke til helsehjelp for barn under 16 år (§ 4-4). For barn mellom 12 og 16 år forutsetter imidlertid denne retten at barnet ikke kan samtykke etter § 4-3 første ledd bokstav c. I praksis innebærer det at dersom helsepersonell har avgjort at et barn (mellom 12 og 16 år) mangler samtykkekompetanse som følge av for eksempel «fysiske eller psykiske forstyrrelser» som åpenbart gjør det ute av stand til å forstå hva det innebærer å samtykke (eller la være å samtykke), kan henvisning til behandling skje på grunnlag av foreldrenes samtykke (§ 4-3 annet ledd). Ved spiseforstyrrelser i tidlig fase vil barn mellom 12 og 16 år ofte ikke være i stand til å forstå hva samtykke / fravær av samtykke til helsebehandling for en spiseforstyrrelse innebærer. Derfor vil foreldre ofte ha rett til å samtykke, på vegne av et barn mellom 12 og 16 år, til at barnet henvises til behandling for en spiseforstyrrelse. Det er imidlertid viktig å merke seg at pasient- og brukerrettighetsloven

allikevel krever at helsepersonellet legger forholdene best mulig til rette, ut fra barnets alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn, for at barnet selv kan samtykke til helsehjelp (§ 4-3 tredje ledd).

Dersom et barn eller en ungdom ikke forstår eller vil forstå at hen er eller er i ferd med å bli alvorlig syk og trenger behandling, kan altså henvisning til og igangsetting av behandling basere seg på foreldrenes samtykke dersom ungdommen ikke selv samtykker. Dette kan i noen tilfeller også skje selv om ungdommen er mellom 16 og 18 år. At barn er helserettslig myndige ved 16 års alder, innebærer bare at barnet kan takke nei til behandling dersom det på dette alderstrinnet har evne til å forstå konsekvensene av å velge bort behandling. Når en spiseforstyrrelse er i tidlig fase, vil dette kravet ofte ikke være oppfylt. Manglende selverkjennelse er i dette tilfellet ofte et naturlig symptom på sykdomsutviklingen. I mange tilfeller vil det altså være faglig uforsvarlig etter pasient- og brukerrettighetsloven, og dermed ulovlig, å ikke henvide en ungdom opp til 18 år med spiseforstyrrelsessymptomer til behandling vedkommende uttrykker motvilje mot å henvises til, basert på samtykke fra de foresatte.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven skal imidlertid helsehjelp bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke (§ 4-1). For at samtykket skal være gyldig, må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Barn og unge som viser tidlige symptomer på spiseforstyrrelser, og som det kan bli aktuelt å henvide til behandling, har derfor rett etter pasient- og brukerrettighetsloven til nødvendig informasjon for å få innsikt i helsetilstanden sin og i innholdet i helsehjelpen (§ 3-2). Hvis barnet eller ungdommen er under 16 år, skal både barnet/ungdommen og foreldrene eller andre med foreldreansvar gis slik informasjon.

Hvis pasienten eller brukeren er mellom 12 og 16 år, skal informasjon ikke gis til foreldrene eller andre som har foreldreansvaret, når pasienten eller brukeren «av grunner som bør respekteres», eller av «tungtveiende grunner» ikke ønsker dette (§ 3-4). Informasjon til foreldrene om sentrale aspekter ved en mulig spiseforstyrrelsesutvikling vil som regel ikke falle inn under denne bestemmelsen så lenge grunnene ikke tilsier at det vil være nødvendig med en bekymringsmelding til barneverntjenesten. Foreldre skal etter pasient- og brukerrettighetsloven derfor som hovedregel informeres om sentrale aspekter ved en mulig spiseforstyrrelsesutvikling hos sitt eget barn dersom barnet er mellom 12 og 16 år. Ved spiseforstyrrelser skal de i en del tilfeller også informeres selv om barnet er mellom 16 og 18 år, siden foreldreansvaret innebærer ansvar for å få ungdommen til helsehjelp og ungdommen ofte ikke forstår konsekvensene av å ikke komme til helsehjelp.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten)

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018) har som formål å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, forebygge sykdom og skader, utjevne sosiale helseforskjeller og forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (§ 1). Forskriften pålegger blant annet kommunen å tilby helsestasjons- og skolehelsetjeneste til barn og ungdom mellom 0 og 20 år, og å dekke alle utgifter til denne tjenesten (§ 3). Tilbudet i skolehelsetjenesten skal blant annet inneholde helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid, helseundersøkelser og veiledning, og kartlegging for å avdekke risiko for fysiske og psykiske vansker/problemer og skjevutvikling (§ 6).

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2012) har som formål å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (§1). Kommunen skal organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på en fastleges liste (§ 4). Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt (§ 20). Fastlegen skal tilby hjemmebesøk når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp (§ 23). Når det trengs, skal fastlegen henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 24). Kommunen har et ansvar for å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen og spesialisthelsetjenesten (§ 8).

Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) og Forskrift om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringsforskrifta)

Opplæringslova (2023) krever at skolen driver forebyggende og systematisk arbeid og pålegger den en aktivitetsplikt overfor enkeltelever (§§ 12-2–12-5). Skolen har en plikt til å følge med, gripe inn, melde fra, undersøke og sette inn tiltak der elever ikke opplever å ha det trygt og godt på skolen. Elevene har etter opplæringslova rett til et trygt og godt skolemiljø som fremmer helse (§ 12-2). For at elevene skal få oppfylt denne rettigheten, kan skolen i noen tilfeller måtte sørge for at elevene spiser i fellesskap, og/eller sikre at en voksen er til stede for å skape trygghet og rammer og/eller for å følge med (noe som også kan være i tråd med Helsedirektoratets (2015) nasjonale faglige retningslinje om mat og måltider i skolen). Uansett hva som er årsaken til at en elev utvikler en spiseforstyrrelse, har skolen i henhold til opplæringslova også en plikt til å foreta seg noe i møte med en slik utvikling (§ 16-2). Loven slår fast at kommunen og fylkeskommunen skal sørge for at elever får den rådgivingen de trenger, om sosiale og personlige forhold som kan ha innvirkning på hvordan de har det på skolen (§ 16-2).

I noen tilfeller vil det kunne være behov for individuell tilrettelegging i tråd med opplæringslova kapittel 11. Dette følger også av en bestemmelse om at alle som arbeider på skolen, skal følge med på hvordan elevene har det, og melde fra til rektor hvis de har mistanke om eller kjennskap til at en elev ikke har det trygt og godt (§ 12-4). Da skal skolen undersøke saken og sette inn tiltak for at eleven skal få det trygt og godt igjen. Denne *aktivitetsplikten* gjelder uavhengig av hva som er årsaken til at eleven ikke har det trygt og godt. Også helseforhold, som utvikling av en spiseforstyrrelse, kan tilsi at skolen må sette inn tiltak for at eleven skal få et trygt og godt skolemiljø igjen.

For at det skal kunne iverksettes egnede tiltak, må saken undersøkes godt. Det er imidlertid uklart hvor langt denne undersøkelsesplikten strekker seg. For å avklare om det foreligger en spiseforstyrrelse, vil det ofte trengs helsefaglig kompetanse. Det betyr ikke at skolen ikke har ansvar for å følge med på spisevaner osv. Det kan imidlertid innebære at kartlegging av denne art ofte vil måtte gjøres i nært samarbeid med helsepersonell.

Opplæringslova pålegger skolen å samarbeide med aktuelle hjelpeinstanser, å samordne dette samarbeidet og å sørge for at aktuelle hjelpeinstanser får nødvendige opplysninger, dersom problemet er så alvorlig at kompetanse utenfor skolen bør inn (§§ 24-1–24-3). Også disse bestemmelsene kan innebære at skolen har et ansvar for å bringe elever med spiseforstyrrelse i kontakt med helsevesenet. Det kan være særlig viktig for skolens personale

å være klar over at skolen har et slikt ansvar, i tilfeller der foreldrene selv ikke klarer å få barnet / den unge til nødvendig helsehjelp. At foreldre ikke klarer dette kan i noen tilfeller skyldes at foreldrene mangler ressurser eller «våkenhet» til å forstå barnets behov for helsehjelp og/eller til å handle adekvat i møte med dette behovet. I andre tilfeller kan det skyldes en kombinasjon av at barna befinner seg i en aldersadekvat psykologisk løsrivelsesfase, og/eller at sykdommen som er under utvikling, er av egosyntonisk karakter. Begge deler vil ofte være tilfelle ved spiseforstyrrelser i tidlig fase, og kan gjøre det særlig vanskelig for nettopp foreldrene å få barnet til helsehjelp. I slike tilfeller kan altså skolen ha et ansvar i henhold til opplæringslova for å bringe eleven i kontakt med helsevesenet (§ 24-2).

Opplæringslova slår også fast at eleven har rett til å bli møtt av lærere og annet skolepersonell med respekt for sine personlige og sosiale vansker (§ 16-2). Denne bestemmelsen innebærer at kommunen og fylkeskommunen må sørge for at lærere og andre ansatte på skolen har et slikt nivå av kunnskap om risikofaktorer for og symptomer på spiseforstyrrelser at de kan kommunisere med eleven om problemet slik det anbefales av anerkjent ekspertise på feltet.

Opplæringslova regulerer også foreldresamarbeid og informasjon til foreldrene (§§ 10-3, 10-8). Dette følger også av opplæringsforskrifta (2024, § 11-1). Etter disse bestemmelsene har skolen en plikt til å samarbeide med og informere foreldrene. Foreldre skal blant annet få informasjon om elevens fravær, oppførsel og faglige utvikling, i tillegg til annen informasjon. Bestemmelsene innebærer blant annet at skolen har plikt til å sørge for at foreldrene blir informert når skolen er bekymret for at en elev kan være i ferd med å utvikle en spiseforstyrrelse eller annen alvorlig sykdom. Så lenge eleven er under 18 år, gjelder dette selv om eleven ikke ønsker at foreldrene skal få slik informasjon.

Dersom læreren eller andre ansatte har grunnlag for å anta at særlig vanskelige forhold hjemme er grunnen til at eleven ikke ønsker at hjemmet skal kontaktes, som vold og overgrep, skal man ikke informere foreldrene, men melde fra til barneverntjenesten om situasjonen (Opplæringslova, 2023, § 24-3).

Lov om barn og foreldre (barnelova)

Etter barnelova (1981) har foreldrene ansvar for å skaffe nødvendig helsehjelp til et barn som er i risikozonen for, eller i ferd med, å utvikle alvorlig sykdom. Dette ansvaret varer frem til barnet er 18 år (§ 30). Selv om myndighetsalderen i helsespørsmål er 16 år i Norge (og helsepersonell dermed i utgangspunktet skal respektere et ønske hos en ungdom over 16 år om at de pårørende ikke får vite det helsepersonellet har fått vite gjennom kontakten med ungdommen), så må det gjøres avveininger mellom taushetspliktsbestemmelsen i helsepersonelloven på den ene siden og foreldreansvaret etter barneloven § 30 på den andre, også når barnet er mellom 16 og 18. Foreldrene må jo ha nok informasjon om barnet til å kunne utøve det lovpålagte foreldreansvaret sitt, og foreldreansvaret varer frem til barnet er 18 år.

Barnekonvensjonen art. 16

I henhold til barnekonvensjonen artikkel 16 har barn rett til privatliv (Barne- og familiedepartementet, 2004). Men for at artikkel 16 skal komme til anvendelse i saker som gjelder en begynnende spiseforstyrrelse, må det foreligge vektige grunner for ikke å informere pårørende, som at helsepersonellet tror at foreldrene vil reagere veldig kraftig, for eksempel med fysisk eller psykisk mishandling.

3.2 Politiske føringer gitt i relevante styringsdokumenter

Meld. St. 23 (2024–2025). Fornye, forsterke, forbedre. Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Stortingsmeldingen om framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus (Meld. St. 23 (2024–2025)) lanserer regjeringens mål for fastlegeordningen og den akuttmedisinske beredskapen. Ett viktig mål er at den offentlige allmennlegetjenesten er innbyggernes førstevalg. For å oppnå dette skal det blant annet prøves ut nye digitale løsninger, også samhandlingsløsninger, innenfor fastlegeordningen og mellom fastlegene og andre tjenester. Et annet mål er at alle innbyggere skal oppleve gode og sammenhengende tjenester, og at sosiale forskjeller i helse reduseres. Disse målene skal blant annet nås ved å tilrettelegge for at flere leger og personellgrupper har tilhold på fastlegekontorer, slik at den tverrfaglige oppfølgingen styrkes. Folk skal dessuten hjelpes til å forebygge og begrense sykdomsutvikling, og allmennlegetjenestene i hele landet skal være tilgjengelige, kunnskapsbaserte og gode. Dette skal blant annet oppnås gjennom tilpasninger i finansieringen av fastlegeordningen.

Meld. St. 23 (2022–2023) Opptappingsplan for psykisk helse (2023–2033)

Opptappingsplanen for psykisk helse (Meld. St. 23 (2022–2023)) viser regjeringens innsats for psykisk helsefeltet og har helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid som ett av innsatsområdene. Det nevnes spesifikt at arbeidet med forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser skal styrkes, og at det samme gjelder generelt for tilbudet til barn og unge med psykisk helseutfordringer. Det trekkes frem at det ofte forekommer at spiseforstyrrelser hos unge ikke oppdages, og at unge med disse sykdommene ofte ikke får hjelp tidlig nok. Spiseforstyrrelser beskrives som en av de mest alvorlige psykiske lidelsene for barn og unge, og som en lidelse med økt forekomst. Det nevnes at det nasjonale pasientforløpet for spiseforstyrrelser og den nasjonale retningslinjen om spiseforstyrrelser har hatt hovedvekt på spesialisthelsetjenesten. Det trengs ifølge meldingen derfor mer veiledningsmaterieil for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Endelig gjøres det et poeng av at det mangler et oppdatert kunnskapsgrunnlag om hvorvidt ulike typer forebyggingsmetodikk kan redusere antallet som får spiseforstyrrelser. Regjeringen har derfor bevilget penger til forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser.

Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse

Støre-regjeringens kvinnehelsestrategi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024) har som overordnet mål å bidra til at betydningen av kjønn blir vektlagt i politikktutforming og i hvordan helsemyndighetene og vår felles helsetjeneste arbeider med kvinners helse og kjønnsperspektivet i helse. Strategien skal styrke kunnskapsgrunnlaget om og utredningen, behandlingen og oppfølgingen av kvinnehelse i helse- og omsorgstjenestens forebyggingsarbeid. Målet er å sikre at betydningen av kjønn og kvinners helse blir anerkjent når politikk og helse- og omsorgstjenester utformes. Regjeringen vil dessuten prioritere helsekompetanse på dette feltet, og vil at kjønnsperspektivet skal integreres i helsefremmende og forebyggende arbeid på ulike nivåer. Den satsningen opptappingsplanen for psykisk helse legger opp til, og som blant annet innebærer styrking av arbeidet med forebygging av spiseforstyrrelser, knyttes til kvinnehelseutvalgets arbeid.

3.3 Nasjonale veiledere og retningslinjer

Psykisk helsearbeid barn og unge. Nasjonal veileder

Den nasjonale veilederen *Psykisk helsearbeid barn og unge* (Helsedirektoratet, 2023) retter seg mot kommunens politiske og administrative ledelse, ansatte og ledere i helsetjenesten (kommune og spesialisthelsetjenesten), ledere i aktuelle tjenester og sektorer i kommunen (for eksempel utdanning, barnevern eller NAV-kontoret) og barn og unge mellom 0 og 25 år med psykiske plager og deres familie, inkludert søsken. Veilederen er også aktuell for fylkeskommunen, samarbeidspartnere som private virksomheter, frivillig sektor og andre som jobber med barn og unge.

En sterk anbefaling her er at kommunen sørger for en tilgjengelig og tverrfaglig psykisk helsetjeneste for barn og unge med psykiske plager, begynnende rusmiddelproblemer eller reaksjoner på belastende livshendelser. Her skal unge med blant annet psykiske plager få tidlig hjelp. Tjenesten skal komme i tillegg til helsestasjons- og skolehelsetjenesten og fastlegeordningen, preges av medvirkning, være et lavterskeltilbud åpent for alle og være digitalt tilgjengelig ved behov. Henvisning skal ikke være nødvendig. Målet er at tilbudet skal knytte til seg kompetanse med henvisningsrett til psykisk helsevern for barn og unge.

Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier. Nasjonal veileder

Den 1. august 2022 ble det vedtatt nye bestemmelser om samarbeid, samordning, barnekoordinator og individuell plan i helse- og skolelovgivningen og annet lovverk. Den nasjonale veilederen *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier* (Helsedirektoratet, 2022) omtaler velferdstjenestenes plikt til å samarbeide både på individ- og systemnivå, kommunens samordningsplikt, retten til barnekoordinator og retten til individuell plan.

Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge. Nasjonal faglig retningslinje

Helsedirektoratets retningslinje om tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge (Helsedirektoratet, 2019) anbefaler at kommunens ledelse sørger for at de som arbeider med barn og unge, har kunnskap om signaler som kan gi grunnlag for å oppdage utsatte barn og unge. De bør også sørge for at det finnes rutiner for handling ved bekymring, samt samarbeidsavtaler mellom virksomheter som følger opp barn og unge det er knyttet bekymring til.

Nasjonale faglige retningslinjer for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser

Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2017b) anbefaler blant annet at helsearbeidere i primærhelsetjenesten (dvs. i kommunehelsetjenesten) fokuserer på tidlig oppdagelse og intervensjon ved mistanke om spiseforstyrrelse. I veilederen begrunnes dette med at tidlig oppdagelse kan minske farene for alvorlig sykdomsutvikling. Sekundærforebygging i form av tidlig identifisering beskrives som viktig, og som betinget av at de ansatte har kunnskap om tidlige tegn på mulig spiseforstyrrelse.

Retningslinjen gjør en grensdragning mellom personer med «spiseforstyrrelser» eller en «potensiell spiseforstyrrelsesdiagnose» på den ene siden og personer med «spiseproblemer» på den andre. Retningslinjen gjelder kun den første gruppen.

Skolehelsetjenestens og helsesykepleiers rolle beskrives som viktig for å fange opp barn og unge i risikozonen. Det går frem at foreldre, lærere og medelever kan kontakte

helsesykepleier for å sørge for at barn og unge i risikosonen fanges opp. Der det er mistanke om spiseforstyrrelse, bør fastlegen ifølge retningslinjen involveres for videre utredning og eventuelt henvisning til behandling. Det understrekes også at helsepersonell i skolehelsetjenesten og ved helsestasjon må ha lav terskel for å kontakte fastlege og/eller annet kompetent helsepersonell. Retningslinjen anbefaler sterkt at fastlegen utreder alle pasienter der det er mistanke om spiseforstyrrelse.

Fastlegen bør ifølge retningslinjen utrede både psykiske og somatiske aspekter ved en eventuell spiseforstyrrelse, og utredningen bør gjøres i nært samarbeid med omsorgspersonene når det er snakk om barn og unge. Retningslinjen angir konkrete områder som bør utredes, prøver som bør tas, undersøkelser som bør gjøres, og spørsmål det er aktuelt å stille. Fastlegens kompetanse til å identifisere og henvise fremheves som viktig. Det fremheves som avgjørende at fastlegen bygger opp et sterkt tillitsforhold til pasienten og alltid gir pasienten ny time før pasienten forlater legekantoret. Det minnes om at spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt, og at fastleger kan innhente råd og veiledning fra den for å ivareta forsvarlighetskravet.

Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. Nasjonal faglig retningslinje

I Helsedirektoratets retningslinje om helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (Helsedirektoratet, 2017a) anbefales det at skolehelsetjenesten og skolen samarbeider systemrettet for å sikre barn og unge et godt fysisk og psykososialt miljø. Retningslinjen inneholder blant annet en sterk anbefaling om at helsesykepleier gjennomfører vekt- og høydemålinger av alle barn og unge ved skolestart, på 3. trinn og på 8. trinn. I tillegg anbefales det å følge barna / de unge opp på indikasjon eller der foreldre eller barnet / den unge selv etterspør dette. Det gis også en detaljert beskrivelse av hvordan målingen bør skje. Det vektlegges at måleresultater som viser endringer i vekt- eller høydeutvikling, formidles skriftlig innen kort tid og i god tid før ferie, slik at man kan tilby en oppfølgingsamtale. Formidlingen skjer skriftlig, gjennom trygg digital kommunikasjon der dette er mulig, og hvis det ikke er mulig, i brev. Det anbefales å unngå «ranselpost» til denne informasjonen. Informasjonen om endringer gis åpent, ærlig og tilpasset familiens helsekompetanse. Opplysninger om oppfølging og tilbud gis også i denne sammenheng.

Retningslinjen understreker at informasjonen bør handle om hvorvidt eleven følger sin egen vektkurve, ikke om hvorvidt vekten ligger lavt eller høyt. Det anbefales også å vurdere om det bør sendes med en kopi av selve vekstkurven, siden denne kan være vanskelig å tolke. Videre anbefaler retningslinjen å følge eleven opp med ekstra kontroller innen tre til seks måneder dersom resultatene viser at kroppsmasseindeksen (KMI) stiger eller faller under eller over et angitt nivå. Ved mistanke om spiseforstyrrelser henvises eleven fra skolehelsetjenesten til videre utredning hos fastlege. Retningslinjen slår også fast at alle kommuner skal ha et gratis helsestasjonstilbud (helsestasjon for ungdom) for ungdom opp til 20 år, og at dette skal være organisert slik at det er tilpasset ungdommenes behov, gis på ungdommenes premisser og oppleves som tilgjengelig også av ungdommer som ikke går på skole.

Mat og måltider i skolen. Nasjonal faglig retningslinje

I Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinje om mat og måltider i skolen (Helsedirektoratet, 2015) anbefales det for både barne- og ungdomstrinnet at elevene gis minst 20 minutter til å spise, og at elevene har tilsyn av en voksen under spisingen. På videregående skole er anbefalingen for voksen tilstedeværelse under spising ikke like sterk.

4. Presentasjon av funn fra vitenskapelige publikasjoner

I dette kapitlet beskrives og oppsummeres kunnskap fra 34 vitenskapelige publikasjoner om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolealder. Dette er funn fra 29 engelsk- og norskspråklige artikler fra vitenskapelige tidsskrifter og fem engelskspråklige bokkapitler. En oversikt over alle inkluderte publikasjoner er gitt i vedlegg 2.

Presentasjonen av forskningsfunn er organisert i to temaer: 1) tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser, og 2) forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og/eller behandles tidlig.

Et flertall av studiene er fra USA (15), Australia (7) og Tyskland (6). De øvrige er fra Japan, Singapore, Kypros, Storbritannia, Frankrike, Sverige og Norge. Fem studier handler kun om sekundærforebygging av anoreksi. Ingen handler kun om sekundærforebygging av bulimi eller overspisingslidelse. Sju studier gjelder kun jenter, ingen kun gutter. Fem studier er helt eller delvis basert på surveydata, seks er helt eller delvis basert på kvalitative intervjuer, femten er kunnskapsoppsummeringer, tolv artikler gjelder evaluering av ni ulike intervensjoner hvorav fire er randomiserte kontrollerte forsøk. En av publikasjonene er en studie basert på journalgjennomgang og vektmålinger. Utvalgsstørrelsen varierer fra fem til 7807 deltakere.

4.1 Tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og -symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser

Nedenfor gjengis funn fra 20 vitenskapelige publikasjoner (Bauer et al., 2019; Becker & Stice, 2017; Berge et al., 2016; Breithaupt et al., 2017, 2019; Ghaderi, 2023; Ghaderi et al., 2020; Jacobi et al., 2018; Jebeile et al., 2019; Karekla et al., 2022; Koreshe et al., 2023; Le et al., 2017; Moessner et al., 2016a, 2016b; Savaglio et al., 2021; Stice et al., 2019; Stice et al., 2021; Taylor et al., 2017; Wade, 2018; Watson et al., 2016) om tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og -symptomer blir til kliniske spiseforstyrrelser. Dette delkapitlet er inndelt i fem avsnitt: Å stanse spiseforstyrrelsesutvikling ved kognitiv dissonans-baserte tilnærminger (4.1.1), Å stanse spiseforstyrrelsesutvikling gjennom aksept av tanker og følelser (4.1.2), Digital forebygging fasilitert av skolen (4.1.3), Øvrig forskning om tiltak som kan hindre risiko og symptomer i å bli kliniske spiseforstyrrelser (4.1.4) og Oppsummering av hovedfunn (4.1.5).

4.1.1 Å stanse spiseforstyrrelsesutvikling ved kognitiv dissonans-baserte tilnærminger

Begrepet kognitiv dissonans stammer fra en teori utviklet av den amerikanske psykologen Leon Festinger (1957) om hva mennesker gjør når verdiene og handlingene deres kolliderer.

Ifølge teorien vil et følelsesmessig ubehag – kognitiv dissonans – oppstå ved slik kollisjon. Mennesker vil gjerne søke å unngå dette ubehaget, noe som blant annet kan anspore dem til nye handlingsmønstre for å oppnå samsvar mellom verdier og handlinger. Vi identifiserte seks studier om dissonansbaserte intervensjoner (Becker & Stice, 2017; Breithaupt et al., 2017, 2019; Ghaderi, 2023; Ghaderi et al., 2020; Stice et al., 2019), ofte gjennomført i grupper og i skoleregi. Dette er forebyggingsprogrammer som rekrutterer deltakere med selvopplevd kroppsmisnøye, som er en kjent risikofaktor for utvikling av spiseforstyrrelser. I studiene kommer det frem at dissonansbaserte forebyggingsprogrammer har forebyggende effekt både på selvopplevd kroppsmisnøye og på andre risikofaktorer for spiseforstyrrelser, som internalisering av samfunnets tynnhetsidealer. Programmene har i noen studier også vist seg å kunne forebygge oppstart av spiseforstyrrelser. Programmenes effekt påvirkes av faktorer som antall gruppesesjoner som har vært gjennomført, gruppestørrelse, frivillighet og fasilitatoropplæring. De påvirkes også av om deltakerne har fått kompensasjon for å delta, og av om gruppesesjonene filmes. Resultater fra virtuell gjennomføring av slike grupper der gruppelederne har manglet klinisk bakgrunn, beskrives som lovende.

Body Project (BP) er det mest studerte kognitiv dissonans-baserte programmet. Effekten av BP beskrives som sterkere enn for andre forebyggingsprogrammer som også kan dokumentere effekt (Stice et al., 2019). Andre kognitiv dissonans-baserte programmer, som REbeL, viser at dissonansbaserte tilnærminger kan tilpasses ulike kontekster og målgrupper og bidra til både symptomreduksjon og myndiggjøring. REbeL er verken rent universal- eller sekundærforebyggende, men beskrives som et program som bærer i seg fordelene fra begge tilnærminger. Her får lærere opplæring i å fasilitere et gruppebasert forebyggingsopplegg gjennom hele skoleåret.

De inkluderte studiene om dissonans-basert sekundærforebygging er gjennomgående store eksperimentelle studier med kjønnshomogene utvalg bestående av jenter over femten år. Dette kan begrense overførbarheten til bredere grupper av barn og unge. Den varianten av BP-programmet som det er forsket mest på, innebærer at det gjennomføres fire gruppesesjoner der unge jenter med selvrapportert kroppsmisnøye deltar (Ghaderi, 2023). I disse gruppesesjonene så vel som i hjemmeoppgaver gjennomfører jentene øvelser der de på ulikt vis utfordrer samfunnets ideal om tynnhetsideal. Idéen er at dette vil kunne skape kognitiv dissonans senere i møte med et tanke-, handlings- og holdningsmønster preget av kroppsmisnøye og samfunnets tynnhetsideal. Slik kan det forhindre at risiko utvikler seg til å bli symptomer på klinisk spiseforstyrrelse.

4.1.2 Å stanse spiseforstyrrelsesutvikling gjennom aksept av tanker og følelser

Teorien om kognitiv dissonans er altså én psykologisk teori som har inspirert forskere til å utvikle programmer for sekundærforebygging av spiseforstyrrelser. Men det finnes også sekundærforebyggingsprogrammer basert på idégrunnlaget fra aksept- og forpliktelses-terapi (ACT). ACT fremstilles av noen som uttrykk for en grunnleggende annerledes tenkemåte enn den kognitiv dissonans-baserte, idet man innenfor ACT forstår spiseforstyrrelsessymptomer som uttrykk for følelser som skal aksepteres, snarere enn som kognitive fenomener som skal forandres (Karekla et al., 2022). Et grunnleggende syn på spiseforstyrrelser er, innenfor ACT, at symptomer ofte har som funksjon å hjelpe unge mennesker til å unngå eller rømme fra vonde tanker og følelser. I tråd med dette ser man innenfor ACT-tradisjonen for seg at spiseforstyrrelser kan forebygges ved at de unge trenes i oppmerksomt nærvær, i å akseptere følelser og i å redusere negative virkninger av tanker. Utprøving

av ACT-basert forebygging ved hjelp av dataspill har gitt store, statistisk signifikante effekter på «vekt og form»-bekymringer og vesentlig lavere sannsynlighet for spiseforstyrrelsesutvikling. Fordi det aktuelle programmet søker å påvirke kognitiv og atferdsmessig rigiditet, argumenteres det for at det kan forebygge anoreksi (Karekla et al., 2022).

4.1.3 Digital forebygging fasilitert av skolen

Tre studier har undersøkt gjennomførbarheten og effektene av digital forebygging i regi av (blant annet) skolen (Bauer et al., 2019; Moessner et al., 2016a; Moessner et al., 2016b). Her kommer det blant annet frem at slike forebyggingsprogrammer kan bidra effektivt til å redusere symptomer på og risiko for spiseforstyrrelser, og at effektene i enkelte tilfeller kan sammenlignes med dem som oppnås ved intervensjoner basert på personlig kontakt. Det å involvere skolen har vist seg å påvirke både effekter av digitale forebyggingsprogrammer og rekrutteringen av deltakere. Skolen har vist seg som en velegnet rekrutteringsarena, og de mest intensive skolebaserte rekrutteringsstrategiene har rekruttert flest deltakere. Også entusiasme hos lærere, god opplæring og høy tilgjengelighet påvirket rekrutteringen positivt. Internett-basert forebygging i regi av skolen fremheves som fordelaktig fordi det er lett å utbre, er kostnadseffektivt, er tilpasset ungdom, kan skreddersys til individuelle behov og risikoer og krever lite bruk av personell.

Samtidig viser en studie om det tyske forebyggingsprogrammet ProYouth at det kan være utfordrende å få skoler til å delta (Moessner et al., 2016a). Dette gjelder særlig de mest intensive strategiene, selv om disse er mest virksomme og kostnadseffektive. Dette utfordrer antakelsen om at internettbaserte intervensjoner alltid gir bred utbredelse til lave kostnader. En survey fra Moessner et al. (2016b) viser at deltakelse i ProYouth kan styrke ungdoms tilgang til profesjonell helsehjelp: 9,5 % startet behandling innen tre måneder, og halvparten oppga at de hadde endret holdning til å søke hjelp. En studie av Bauer et al. (2019) viser at ungdom som ble rekruttert utenfor skolen, hadde høyere risiko og symptomer, og brukte programmet mer intensivt enn dem som ble rekruttert via skolen.

4.1.4 Øvrig forskning om tiltak som kan hindre risiko og symptomer i å bli kliniske spiseforstyrrelser

Mange har interessert seg for forholdet mellom forebygging av overvekt på den ene siden og forebygging av spiseforstyrrelser på den andre. I en systematisk litteraturoversikt med metaanalyse utarbeidet av australske forskere (Jebeile et al., 2019) rettes oppmerksomheten mot tiltak innrettet mot barn og unge med fedme. Studiens funn tilsier at tiltakene kan ha sekundærforebyggende virkninger for spiseforstyrrelser, selv om tiltakenes formål har vært noe annet, nemlig å forebygge overvekt gjennom intervensjoner med en «kostholdskomponent». Hovedkonklusjonen her er at når overvektsbehandling gjennomføres strukturert og profesjonelt, kan det vanligvis også redusere forekomsten av spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer og av spiseforstyrrelser. Forutsetningen er imidlertid at barna / de unge deltar i behandlingen lenge. Dette funnet må imidlertid tolkes med varsomhet. Det trengs mer forskning, påpekes det, for å forstå forholdet mellom slanking og spiseforstyrrelsesrisiko for barna og ungdommene som trekker seg ut av programmet (Jebeile et al., 2019).

I det amerikanske prosjektet UMatter (Berge et al., 2016) har forskningstilnærmingen CBPR (community-based participatory research) vært brukt i primærhelsetjenesten til å forebygge både overvekt og spiseforstyrrelser på én gang, i familier fra økonomisk vanskelige kår. Her deltok unge jenter, mødrene deres, jevnaldrende, allmennleger og annet personale i primærhelsetjenesten i et arbeid med å utvikle en metodikk som skal gi unge

jenter den selvtilliten de trenger for å ha omsorg for egen kropp (Berge et al., 2016).

Det finnes også seks bidrag (Koreshe et al., 2023; Le et al., 2017; Stice et al., 2021; Taylor et al., 2017; Wade, 2018; Watson et al., 2016) som inneholder sammenfatninger av tidligere forskning om tiltak som kan påvirke om risiko og symptomer blir til klinisk sykdom. Her beskrives programmer og typer forebygging som redegjøres for i denne kunnskapsoppsummeringen. To av sammenfatningene nevner at det kun er tre typer program som har vist seg å ha signifikant forebyggende effekt på spiseforstyrrelsesoppstart: programmer som søker å fremme sunn livsstil, programmer som søker å bygge selvtillit, og dissonansbaserte forebyggingsprogrammer (Stice, Onipede & Marti, 2021, Wade, 2018). En annen slik oppsummeringsstudie (Koreshe et al., 2023) fremhever at det er god forskningsmessig støtte til forebyggingsprogrammer for reduksjon av risiko for spiseforstyrrelser og for skolebaserte programmer og teknologi- og mindfulnessbaserte forebyggingsstrategier (Koreshe et al., 2023). Endelig kommer det frem at det er enkelte temaer det fortsatt trengs mer forskning om, som forebygging i de yngste aldersgruppene. Det trengs blant annet mer forskning om effekten av de kognitiv dissonansbaserte forebyggingsprogrammene (Le et al., 2017), om screeninginstrumenter og om forebyggingsinnsats som kan treffe menn og andre særskilt utsatte risikogrupper (Taylor et al., 2017).

Det finnes også en studie (Savaglio et al., 2021) om hvordan de intervensjonene som vanligvis brukes ved problematisk spiseatferd (også på subklinisk nivå), virker for unge som ikke bor hjemme, men for eksempel i fosterhjem og institusjon. Her konkluderes det med at ingen slike intervensjoner er utviklet spesielt for denne gruppen unge, og at «oversettelse» av slike må preges av traumebevissthet og blikk for tilknytningsproblematikk hvis de skal kunne brukes for denne gruppen unge.

4.1.5 Oppsummering av hovedfunn

Oppsummert viser de inkluderte studiene at det er utviklet en rekke tiltak for å hindre at spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer hos barn og unge blir til kliniske spiseforstyrrelser. Noen tiltak kan dokumentere sekundærforebyggende effekter både på kjente risikofaktorer for spiseforstyrrelser, som kroppsmisnøye, og på oppstart av spiseforstyrrelser. Blant disse finner vi de kognitiv dissonansbaserte forebyggingsprogrammene, inkludert BodyProject og REbeL, selv om man vet mindre om effekten på yngre ungdommer. Vi finner også en studie som dokumenterer sekundærforebyggende effekter av aksept- og forpliktelsesterapi og tre studier om digital forebygging i regi av skolen. Flere studier beskriver erfaringer med digitale forebyggingsprogrammer i skoleregj, og gjengir funn om forhold som kan påvirke gjennomførbarheten av og effektiviteten ved slik forebygging. En studie gjelder integrert forebygging av overvekt og spiseforstyrrelser. En annen gjelder særlige problemstillinger som knytter seg til sekundærforebygging i møte med barn og unge som ikke bor sammen med foreldrene sine, og det konkluderes her med at det trengs mer kunnskap om dette temaet. Dessuten finnes det studier der foreliggende forskning oppsummeres på en slik måte at det både tydeliggjøres hva det finnes forskning om, og hva som fortsatt mangler, som eksempelvis forskning om effekten av kognitiv dissonansbasert forebygging for de yngre aldersgruppene.

4.2 Forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og/eller behandles tidlig

I dette delkapittelet beskrives og sammenfattes funn fra 14 forskningspublikasjoner om

forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og/eller behandles tidlig (Cadwallader et al., 2016; Ciao, Pascual et al., 2022; Ciao, Lebow et al., 2022; Gumz et al., 2023; Kalindjian et al., 2021; Kästner et al., 2021; Lebow et al., 2021; Marion et al., 2020; Mills et al., 2023; Rosello et al., 2021; Seike et al., 2016; Tantillo et al., 2020; Wade et al., 2022; Aalmen et al., 2020). Her dominerer kvalitative intervjustudier og litteraturoversikter, men vi finner også noen små spørreskjemaundersøkelser og en retrospektiv studie basert på journalgjennomgang. Mange funn om dette temaet omhandler forhold på systemnivå i andre land. Dette er forhold som, ifølge studienes deltakere, har hemmet eller fremmet tidlig oppdagelse, diagnostisering og behandling av spiseforstyrrelser. Følgelig kan det være at disse funnene ikke er representative for eller overførbare til norsk kontekst. I likhet med flere av studiene under 4.1 gjelder også flere av studiene under 4.2 intervensjoner som har vært prøvd ut. Men det er en tendens til at studiene under 4.2 har utforsket erfaringer og resultater mer åpent og kvalitativt. Ingen av studiene under 4.2 gjengir funn fra (nye) randomiserte kontrollerte forsøk.

Dette delkapittelet er delt inn i tre avsnitt: Betydningen av tjenestenes oppbygning og innhold (4.2.1), Tjenestenes forhold til primæromsorgsgivere (4.2.2) og Oppsummering av hovedfunn (4.2.3).

4.2.1 Betydningen av tjenestenes oppbygning og innhold

Vi identifiserte tretten studier (Cadwallader et al., 2016; Ciao, Pascual et al., 2022; Ciao, Lebow et al., 2022; Gumz et al., 2023; Kästner et al., 2021; Lebow et al., 2021; Marion et al., 2020; Mills et al., 2023; Rosello et al., 2021; Seike et al., 2016; Tantillo et al., 2020; Wade et al., 2022; Aalmen et al., 2020) om hvordan tjenestenes oppbygning og innhold kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig. Deltakerne i disse studiene er dels personer med egenerfaring med spiseforstyrrelse, dels er de pårørende/foreldre, og dels ansatte i de tjenestene som møter barn og unge med spiseforstyrrelser i tidlig fase.

Fire av disse studiene (Kalindjian et al., 2021; Marion et al., 2020; Wade et al., 2022; Aalmen et al., 2020) tematiserte tjenestenes innhold og oppbygning med tanke på tidlig oppdagelse. Norske fastleger fremhever at det at det ikke er stigmatiserende å møte på et fastlegekontor, kan fremme oppdagelse. Men de peker også på at fastlegers tidspres og tradisjon for kun å adressere det pasientene presenterer, har motsatt virkning. Spiseforstyrrelser presenteres jo sjelden av pasientene selv, og det krever tid å få snakket ordentlig om dem (Aalmen et al., 2020). I én studie brukes begrepet tidlig oppdagelses-nettverket (Ciao, Lebow et al., 2022) om de aktørene som samlet befinner seg i en posisjon der de kan oppdage en spiseforstyrrelse. I denne gruppen inngår særlig foreldrene, skolen og kommunehelsetjenesten.

Et tema som behandles i denne delen av litteraturen, er at tjenestene må bygges opp på en slik måte at skolens og kommunehelsetjenestens ansatte har den kunnskapen som trengs for å oppdage spiseforstyrrelser tidlig. Skolens, inkludert andre elevers, samlede kompetanse om tidlig oppdagelse kan styrkes ved at skolen inviterer personer med egenopplevd spiseforstyrrelseserfaring til å fortelle om tidlige symptomer (Kalindjian et al., 2021). Barn og unges vektkurver bør følges opp systematisk og nøye (i Norge er det særlig skolehelsetjenesten som har ansvar for dette), konkluderes det i en fransk studie: I mange tilfeller kan dette gi nær ti måneder tidligere oppdagelse av anoreksi enn dersom man kun baserer seg på foreldres rapporter om symptomer (Marion et al., 2020).

Screening er også en mulig tilnærming til tidlig oppdagelse av spiseforstyrrelser. Det finnes en ganske omfattende litteratur som ikke er inkludert i denne oppsummeringen, om testing av konkrete screeninginstrumenter. I denne oppsummeringen har vi kun inkludert studier som behandler screening på generelt/prinsipielt grunnlag som et virkemiddel for tidlig oppdagelse. I en kunnskapsoppsummering om screening med tanke på spiseforstyrrelser konkluderes det med at effekten er uavklart (Cadwallader et al., 2016). I en annen studie beskrives erfaringer med utprøvingen av en konkret, ny og mer helhetlig tilnærming til tidlig oppdagelse i australske allmennlegepraksiser. Her inngikk blant annet et enkelt screeninginstrument, sammen med et nytt opplæringsopplegg og en ny, forenklet henvisningsmulighet. Tiltaket ga en markant økning i antallet henvisninger for spiseforstyrrelser, hvorav en høy andel viste seg å være kliniske spiseforstyrrelser (Wade et al., 2022).

Et annet tema som tas opp i flere studier (Gumz et al., 2023; Kästner et al., 2021; Mills et al., 2023; Rosello et al., 2021; Tantillo et al., 2020), er hva som skal til for at behandling av spiseforstyrrelser skal kunne komme i gang tidlig. Funnene om dette fra en japansk studie indikerer blant annet at relevant skole-/helsepersonell opplever det som nyttig med en oversikt over aktuelle henvisningsmuligheter (Seike et al., 2016). Videre indikerer funn fra en tysk studie at ungdommer i tidlig fase av en spiseforstyrrelse kan motiveres til tidlig behandling ved å bli eksponert for historier om andre som har gjennomført vellykket behandling (Gumz et al., 2023). Tidlig behandling kan dessuten fremmes ved å sørge for at ansatte i kommunehelsetjenesten lærer mer om symptomhåndtering, og ved at de informeres om at de bør ha faste avtaler med pasientene i tida frem til pasientene kommer til spesialisert behandling (Gumz et al., 2023; Mills et al., 2023).

Videre fremheves digitale intervensjoner som en mulig vei til tidlig behandling, og bemanningsnivået i og bevilgningene til aktuelle tjenester beskrives som avgjørende for tidlig behandling: Dårlig bemanning, lave bevilgninger og lange ventetider gjør ofte, kort fortalt, at tiltakene ikke kommer i gang tidlig nok (Kästner et al., 2021; Mills et al., 2023). Endelig er det et funn at kompetansemangel bidrar til at symptomer trivialiseres, og til at helsepersonell feilaktig stiller som et krav for at pasienten skal kunne henvises, at symptomer forverres, noe som fremstilles som hemmende for mulighetene for tidlig behandlingsoppstart (Kästner et al., 2021).

Spørsmålet om tjenestetilbudets oppbygning handler også om hvilket nivå i helse-tjenesten som bør ha ansvar for hva, gitt et mål å sikre tidlig behandling. Noen funn (fra nordamerikansk kontekst) indikerer at kommunehelsetjenesten både har kompetanse og andre fordeler i form av blant annet relasjonell kontinuitet som tilsier at den kunne hatt ansvar for mye her, men at ressursituasjonen gjør dette urealistisk (Lebow et al., 2021). En annen utfordring for den lokale (primær-/kommune-) helsetjenesten er at den geografiske avstanden kan være stor til de delene av helsevesenet som har spesialisert kompetanse på spiseforstyrrelser. For å bøte på mulige uheldige virkninger av dette med tanke på tidlig innsats prøvde man i USA ut et veiledningsprogram (Tantillo et al., 2020) der ansatte i kommunehelsetjenesten, særlig i distriktet, fikk digital veiledning annenhver uke fra et team fagfolk med bred ekspertise på spiseforstyrrelser. Evalueringen av prosjektet beskriver tiltaket som lovende (Tantillo et al., 2020).

4.2.2 Tjenestenes forhold til primæromsorgsgivere

Betydningen av tjenestenes forhold til primæromsorgsgivere tematiseres særlig i seks studier (Ciao, Pascual et al., 2022; Ciao, Lebow et al., 2022; Jacobi et al., 2018; Kästner et al., 2021;

Mills et al., 2023; Rosello et al., 2021). Her fremheves det blant annet at fordi barn og unge med spiseforstyrrelser i tidlig fase sjelden oppsøker hjelp selv, blir foreldre og andre pårørende særlig viktige. De trenger rådgivningstjenester og støttetiltak om hvordan de kan opptre i tiden som går frem til det eventuelt blir mulig med behandling i spesialisthelsetjenesten (Kästner et al., 2021; Mills et al., 2023). Et sykdomsutviklingsløp ved spiseforstyrrelse beskrives som bestående av ulike faser, og i hver fase trengs det ulike typer tidlig innsats. For hver slik fase bør tjenestetilbudet organiseres med sikte på å gi solid støtte og opplæring til foreldrene, blant annet med sikte på å reversere tidlige symptomer (Ciao, Lebow et al., 2022). Kunnskapsgrunnlaget om denne typen tidlig innsats er imidlertid mangelfullt, og mye av det som finnes, handler om anoreksi hos hvite jenter og unge kvinner med vest-europeisk og nordamerikansk bakgrunn (Ciao, Pascual et al., 2022). I Storbritannia og Tyskland har det blant annet vært prøvd ut gruppetilbud for å styrke foreldrenes rolle i slik sekundærforebygging, ved å gi foreldrene psykoedukasjon av utdannede fagfolk (Jacobi et al., 2018; Rosello et al., 2021).

En viktig erfaring er også at det ved fremveksten av en spiseforstyrrelse ofte er en lang periode der risiko gradvis utvikler seg til å bli symptomer på klinisk sykdom. Sekundærforebygging vil ofte kreve at noen, en eller annen gang i denne perioden, tar sykdomsutviklingen opp med ungdommen i en samtale (Ciao, Lebow et al., 2022). I intervjuer sa personer (ofte foreldre) som hadde tatt denne samtalen, at den eneste reaksjonen barnet/ungdommen hadde, var sterk motstand. Men da de aktuelle barna/ungdommene selv ble intervjuet om hvordan reaksjonen hadde vært, svarte de ofte at den hadde vært en blanding av sinne og takknemlighet (Ciao, Lebow et al., 2022). I tråd med dette konkluderes det med at de som skal ta opp en mulig spiseforstyrrelsesutvikling med et barn / en ungdom, bør regne med negative reaksjoner (Ciao, Lebow et al., 2022).

4.2.3 Oppsummering av hovedfunn

Oppsummert viser de inkluderte studiene at det er forsket på flere forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser hos barn og unge oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig. Tidlig oppdagelse kan ifølge en studie både hemmes og fremmes av aspekter ved den norske fastlegeordningen. Det kan fremmes ved å invitere tidligere pasienter til skolen for å fortelle elever om de første symptomene på spiseforstyrrelser, ved systematisk å følge opp vektkurver og ved å gi leger en egnet kombinasjon av opplæring og screening for tidlig oppdagelse og henvisning. Effekten av screening beskrives som uavklart. Noen studier finner at kompetansen i aktuelle tjenester er lav, og at dette hindrer tidlig oppdagelse. Tidlig behandling kan ifølge en studie fremmes ved å eksponere ungdommer med sykdom i tidlig fase for historier om vellykkede behandlingsløp, ved å sikre at de som møter ungdommer med tidlige symptomer, har oversikt over aktuelle henvisningsmuligheter, og ved at kommunehelsetjenestens ansatte vet hvor viktig det er at de har faste avtaler med pasientene frem til de kommer i behandling. Dårlig bemanning, lave bevilgninger og lange ventetider hemmer ofte tidlig behandling, og kompetansemangel kan gi trivialisering av symptomer og feilaktige krav for henvisning til spesialistbehandling. Endelig tematiseres forholdet mellom spesialist- og kommunehelsetjenestens ansvar: Kommunehelsetjenestens rolle og kompetanse taler for at den kan bidra med mye, men ressursituasjonen gjør dette mindre realistisk. Erfaringer med digital veiledning har dessuten tilgjengeliggjort spesialisert kompetanse til helsepersonell i distriktsområder på en måte som beskrives som lovende.

Tjenestenes forhold til barnas / de unges primæromsorgspersoner beskrives også som en faktor som kan hemme eller fremme tidlig behandling. Det har vært prøvd ut modeller for organisering av tjenestene som innebærer økt støtte og hjelp til foreldre. Den første som tar opp en spiseforstyrrelsesutvikling med et barn eller en ungdom, bør forvente negative reaksjoner, men kan vite at barnet / den unge muligens også kjenner takknemlighet i det stille.

5. Verktøy og ressurser

Dette kapitlet presenterer verktøy og ressurser av relevans for sekundærforebygging av spiseforstyrrelser. Kapitlet presenterer først relevante nettsider og telefontjenester (5.1), deretter tilskuddsordninger (5.2) og til slutt filmer og podkaster (5.3).

5.1 Relevante nettsider og telefontjenester

Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS)

ROS er en rådgivningstjeneste for alle som strever med mat og kropp. Tjenesten er gratis. Kompetansen hos ROS skriver seg dels fra egenerfaring, dels fra faglig kunnskap. ROS er et supplement til hjelpeapparatet, og tilbyr veiledet selvhjelp på telefon, på chat og som individuelle samtaler. Tilbudet er for dem som er direkte berørt av spiseforstyrrelsesproblematikk, for pårørende og for mennesker som møter spiseproblematikk i arbeidshverdagen. De lokale sentrene ligger i Vestland, Rogaland, Trøndelag, Østlandet og Troms og Finnmark, og her kan man komme uten henvisning til fysiske samtaler. Også digitale samtaler er mulig for dem som bor lenger unna. ROS arrangerer dessuten temakvelder, kurs, grupper m.m. Nettside: <https://nettros.no>

Sidetmedord

Organisasjonen Mental Helse har en anonym chattetjeneste kalt Sidetmedord. Her kan man skrive om det som er vanskelig i livet, i en anonym melding og få svar innen 24 timer. Man kan også få kontakt med andre i samme situasjon som en selv, og chatte med tjenestens veiledere hele døgnet. Nettside: <https://sidetmedord.mentalhelse.no>

Mental Helses hjelpetelefon

Mental Helse er en medlemsorganisasjon for mennesker med psykiske helseutfordringer, pårørende og andre interesserte. De driver en hjelpetelefon med nummeret 116 123.

Rådgivningstelefonen for Landsforeningen for pårørende (LPP)

Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse og rus tilbyr rådgivning om hjelpeapparatet, og om pårørendes rettigheter og behov. Telefonnummeret dit er 22 49 19 22.

PIO-senteret

PIO-senteret er et støttesenter for pårørende og et kompetansesenter for pårørendesamarbeid i helse- og omsorgssektoren. Det drives av LPP (se over) i samarbeid med Oslo kommune. Senteret tilbyr veiledning for alle kategorier pårørende, også for barn, søsken, naboer osv. Rådgiverne er fagpersoner og har selv pårørenderfaring.

Nettside: <https://www.piosenteret.no>

Spiseforstyrrelsesforeningen SPISFO

SPISFO er en organisasjon for alle som er berørt av spiseforstyrrelser, eller som har et anstrengt forhold til mat, kropp og vekt. SPISFO tilbyr råd- og veiledningssamtaler, driver en nasjonal informasjons- og støttetelefon og en nasjonal anonym chat, og arrangerer temakvelder. Organisasjonen driver også diverse selvhjelpstilbud som samtale- og pårørendegrupper og frivillig arbeid i regi av organisasjonens fylkeslag. SPISFO driver kompetansearbeid blant annet i skoler og andre utdanningsinstitusjoner og i helseforetak. Organisasjonen arbeider også politisk for at behandlingstilbudet skal bli bedre for dem som rammes av spiseforstyrrelser, eller som har et anstrengt forhold til mat, kropp og vekt – og for et bedre tilbud til pårørende. Nettside: <https://spisfo.no>

Mental Helse Ungdom

Mental Helse Ungdom ble ifølge organisasjonens nettside startet for å gi unge en grunn til å velge livet, og for å arbeide for et samfunn der alle får det de trenger for å mestre hverdagen og for å tørre å snakke om hvordan de har det – og der det er lett å få hjelp raskt når man trenger det. Organisasjonens nettsider inneholder informasjon om mange vanlige psykiske lidelser, deriblant om ulike spiseforstyrrelser, om hva man kan gjøre, og hvor man kan henvende seg for å få hjelp. Nettside: <https://www.mentalhelseungdom.no>

Norsk selskap for spiseforstyrrelser (NSFS)

NFSF er en forening for klinikere og forskere som arbeider med forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Foreningen jobber for å gjøre kunnskap om spiseforstyrrelser mer tilgjengelig gjennom seminarer/foredrag, kongressaktivitet, samarbeid med interesseforeninger og formidling i mediene. Foreningen formidler også via Facebook og X/Twitter. På selskapets hjemmeside står det blant annet en del om forebygging på diverse arenaer som i skolen og hos fastlegen. Nettside: <https://nsfsf.no>

Norsk digital læringsarena (NDLA): Temaside om spiseforstyrrelser

NDLA, som er finansiert av norske fylkeskommuner og tilbyr kvalitetssikrede, nettbaserte læremidler i alle fag i videregående opplæring, har for faget kroppsøving en side om spiseforstyrrelser. Her presenteres blant annet en film og en podkast om spiseforstyrrelser. Her finner man også en liste med spørsmål man kan stille seg dersom man lurer på om en elev eller en selv har en spiseforstyrrelse. Man finner forslag til oppgaver om spiseforstyrrelser som elever kan arbeide med og samarbeide om. Nettside: <https://ndla.no/r/kroppsoving-vg1/spiseforstyrrelser/920c034d11>

Utdanningsforskning.no – om spiseforstyrrelser

Utdanningsforskning.no er Utdanningsforbundets nettside for forskning om utdanningsfeltet. Her finner man blant annet en norsk artikkel og en bloggpost om hvordan skolen kan være til hjelp for elever som har eller er i ferd med å utvikle en spiseforstyrrelse. Man finner også en dansk artikkel om hvorvidt fem enkle spørsmål kan avsløre en spiseforstyrrelse. Man finner dessuten en artikkel om betydningen av å ta gutters problemer med kropp og spising alvorlig. Nettside: <http://utdanningsforskning.no/sok/?searchQuery=spiseforstyrrelse>

Helsebibliotekets side om spiseforstyrrelser

Helsebiblioteket drives av Folkehelseinstituttet (FHI) og inneholder diverse oppslagsverk, retningslinjer, databaser og kunnskapsressurser for helsepersonell i Norge. Her finnes en egen side om spiseforstyrrelser, med opplysninger om blant annet retningslinjer og veiledere, skåringsverktøy og oppsummert forskning om spiseforstyrrelser, herunder om forebygging. Nettside: <https://www.helsebiblioteket.no/sykdom-og-behandling/psykisk-helse/spiseforstyrrelser>

Sykepleien.no: Erfaringsbasert innspill om betydningen av relasjonskompetanse i møte med spiseforstyrrelser

I en meningsytring på sykepleien.no forteller Irene Kingswick, generalsekretær i Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), om hvilken betydning det kan ha å vise oppriktig nysgjerrighet på hvem en person med en spiseforstyrrelse er. Nettside: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2021/01/relasjonskompetanse-er-helt-essensielt-i-bade-behandling-og-forebygging>

5.2 Tilskuddsordninger

Helsedirektoratets tilskuddsordning for styrket arbeid med forebygging, tidlig intervensjon og behandling av spiseforstyrrelser

Helsedirektoratet har siden 2024 hatt en tilskuddsordning der målsettingen er å styrke bevissthet, kunnskap og kompetanse i helse- og omsorgstjenestene om forebygging, tidlig oppdagelse, tidlig intervensjon og behandling for personer som strever med mat og kropp. I tillegg er det et mål å fremme samarbeid mellom helsetjenester internt i kommunen og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Ordningen retter seg mot personer som strever med mat og kropp, som er i risikozonen for utvikling av spiseproblemer og spiseforstyrrelser, eller som har utviklet spiseforstyrrelser. Det er kommuner og interkommunale selskaper som kan få tilskudd. Nettside: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/styrket-arbeid-med-forebygging-tidlig-intervensjon-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>

5.3 Filmer og podkaster

«Anoreksi, bulimi, overspising. Kroppspress med døden til følge! Forskning og effektiv forebygging» – episode i podkastserien Rosa Resept (lengde: 1 t 15 min)

Rosa Resept er en podkastserie der Sanitetskvinnene driver forskningsformidling om kvinnehelse. Målet er å henvende seg på en alminnelig måte til helsepersonell, lekfolk, pasienter og pårørende. I en episode fra 2021 er temaet anoreksi, bulimi og overspisingsslidelse. «Prioriteres ikke forskning på spiseforstyrrelser fordi det er ansett som en psykisk lidelse som ofte rammer kvinner?» spør man i denne episoden. En kvinne som lider av overspisingsslidelse deltar, det samme gjør professor Jorunn Sundgot Borgen, som har forsket på spiseforstyrrelser. Episoden handler blant annet om effektiv forebygging av spiseforstyrrelser på videregående skole. Hør podkastepisoden her: <https://www.lydenavnorge.no/podkast/1132/rosa-resept-forskning-og-tabu-om-kvinnehelse/episode/170850/-03>

«Spiseforstyrrelser» – episode i Pediatripodden (lengde: 25 min 8 sek)

Pediatripodden er en podkast fra Oslo universitetssykehus (OUS) som i 2024 hadde en episode med temaet spiseforstyrrelser. Ett sentralt spørsmål i episoden er hvordan man tidlig nok fanger opp barn og unge med spiseforstyrrelser. Hør podkastepisoden her:

<https://open.spotify.com/episode/0kaNPk1nTxLtRekCSOIdRE>

«Spiseforstyrrelser» – episode i podkastserien Helt personlig (lengde: 21 min., 5 sek.)

Helt personlig er en podkastserie fra Norsk digital læringsarena (NDLA) der man blant annet i en av episodene møter en kvinne som selv har hatt spiseforstyrrelse som hun har blitt frisk fra, og en psykolog som jobber med ungdom i videregående skole. Hør podkasten her:

<https://ndla.no/nb/r/kroppsoving-vg1/spiseforstyrrelser/920c034d11>

TikTok-serien Toxic

TikTok-serien *Toxic* fra 2022 er utviklet i et samarbeid med blant annet Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) og retter oppmerksomheten mot spiseforstyrrelser, særlig blant gutter og menn. Den ble lansert av helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol i november 2022. Se serien her: <https://www.tiktok.com/@toxicserie>

Lunsjwebinar om nettressursen SpiseMOT (lengde: 45 min., 26 sek.)

De fire norske helseregionene og Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NKLMH) og kommunehelsetjenesten samarbeider om en webinarserie de kaller Lunsjwebinaret. Webinarene tar for seg relevant forskning og nyttige praksiseksempler, og i et webinar fra 2024 presenterer Helse Sør-Øst nettressursen SpiseMOT og hvilke muligheter dette verktøyet gir for behandling av barn og unge med spiseforstyrrelser. Ett spørsmål som tas opp, er hva man kan gjøre når et barn eller en ungdom har utviklet spiseproblematikk. Se webinaret her: <https://mestring.no/se-opptak-av-lunsjwebinar-om-spisemot/>

Filmen Kort fortalt. Spiseforstyrrelser – (lengde: 2 min 53 sek)

I filmen *Kort fortalt. Spiseforstyrrelser* fra Norsk digital læringsarena (NDLA) gis det enkel, kortfattet informasjon om hva spiseforstyrrelser er, og hvordan det er å leve med dem. Se filmen her: <https://ndla.no/nb/r/kroppsoving-vg1/spiseforstyrrelser/920c034d11>

6. Konklusjoner

6.1 Bakgrunn, materiale og metode

Det har skjedd stor utvikling siden tusenårsskiftet i forskningen på forebygging av spiseforstyrrelser. I dag finnes det flere studier om sekundærforebyggingstiltak og programmer. Noen av disse studiene gjengir erfaringer med ulike organiseringsmodeller og praksiser som kan fremme og hemme sekundærforebygging. Andre beskriver effekter av forebyggingprogrammer på kjente risikofaktorer og på oppstart av spiseforstyrrelse.

Denne kunnskapsoppsummeringen identifiserer, beskriver og sammenfatter kunnskap fra forskningsarbeider om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge, i skolen og kommunehelsetjenesten. Den gir også en oversikt over relevante juridiske, faglige og politiske dokumenter som regulerer og gir føringer for slik sekundærforebygging. Fokus er på sekundærforebygging av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse.

Oppsummeringen er gjennomført ved hjelp av Arksey og O'Malleys rammeverk for scoping review. De inkluderte bidragene ble identifisert gjennom systematiske søk i databasene Medline (OVID), Cinahl Complete, PsycINFO (EBSCO), ERIC (EBSCO), Scopus, Oria, Bibliotek.dk og Libris.kb.se. Det ble søkt etter publikasjoner på skandinaviske språk og engelsk fra perioden mellom 2016 og februar 2025. Oppsummeringen inkluderer 34 publikasjoner: 29 engelsk- og norskspråklige vitenskapelige artikler og fem engelskspråklige vitenskapelige bokkapitler. Noen av publikasjonene handler om forhold og tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser. Andre handler om hva som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig.

6.2 Hovedfunn i oppsummeringen

Oppsummert viser de inkluderte studiene at det er utviklet en god del kunnskap om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser i skolen og kommunehelsetjenesten. Empirien er i all hovedsak hentet fra utenfor norsk kontekst. Forskningsbevilgningene til sekundærforebygging av spiseforstyrrelser har vært lave med tanke på hvor alvorlige og utbredte spiseforstyrrelser er. Men det har vært forsket – både på tiltak som kan hindre at forhøyet risiko og tidlige symptomer utvikler seg til klinisk sykdom, og på forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og behandles tidlig.

Når det gjelder tiltak som kan hindre at risiko og symptomer utvikler seg til sykdom, finnes det studier som omtaler sekundærforebyggende effekter av forebyggingprogrammer. Dette er effekter både på kjente risikofaktorer som kroppsmisnøye og på oppstart av spiseforstyrrelser. Det finnes for eksempel studier om kognitiv dissonans-baserte forebyggingprogrammer som BodyProject og REbeL, og en studie om et forebyggingprogram

basert på aksept- og forpliktelsesterapi. Dessuten er det identifisert noen studier om digital forebygging i regi av skolen og om integrert forebygging av overvekt og spiseforstyrrelser.

Når det gjelder forhold og tiltak som kan innvirke på tidlig oppdagelse, diagnostisering og behandling, finnes det altså studier også om dette. Noen gjelder aspekter ved allmennpraksis i ulike land som kan hemme og fremme slik tidlig innsats. Aspekter ved den norske fastlegeordningen trekkes i én studie frem som både potensielt fremmende og potensielt hemmende. En australsk studie har undersøkt virkningene på tidlig innsats av å tilby allmennleger en bestemt kombinasjon av opplæring, screeningverktøy og enkle henvisningsmuligheter. Generelt konkluderer en litteraturoversikt imidlertid med at effekten av screening for spiseforstyrrelser i kommunehelsetjenesten er uavklart. De inkluderte studiene omhandler dessuten en rekke tiltak som kan knyttes til tidligere oppdagelse. For skolen omtales eksempelvis mulighetene for å invitere inn tidligere pasienter for å fortelle andre elever om tidlige symptomer på spiseforstyrrelser. I hvilken grad man kan oppdage anoreksi vesentlig tidligere ved systematisk å følge opp barn og unges vektkurver, har også vært undersøkt.

Ett funn i noen inkluderte studier (som i all hovedsak gjengir empiri fra utenfor norsk kontekst) er at tidlig oppdagelse av spiseforstyrrelser hindres av at de ansattes kompetanse er lav, og av at bevilgningene til og bemanningen i tjenestene er lave. Lange ventetider kan, ifølge en tysk studie, hemme tidlig behandling. Lav kompetanse bidrar ifølge en annen tysk studie til at helsepersonell trivialisere symptomer og feilaktig krever symptomforverring for at pasienten skal kunne henvises, noe som utgjør et hinder for tidlig behandling. En nordamerikansk studie gjengir funn som kan indikere at selv om primærhelsetjenesten har sider som gjør at den burde kunne bidra med mye på sekundærforebyggingsfronten, kan ressursituasjonen vanskeliggjøre dette. Med tanke på primærhelsetjenestens behov for spesialisert kompetanse, særlig i distriktskommuner, har digital veiledning vært prøvd ut i nordamerikansk kontekst for å tilgjengeliggjøre slik kompetanse lokalt med sikte på tidlig innsats. En tysk studie gjengir erfaringer fra forsøk der man prøver å fremme tidlig behandling ved å la ungdommer med sykdom i tidlig fase bli eksponert for historier om andres vellykkede behandlingsløp. En japansk studie gjengir funn om betydningen av å sikre at personell som møter ungdommer med tidlige symptomer, har oversikt over aktuelle henvisningsmuligheter. En tysk studie tematiserer betydningen av at kommunehelsetjenestens ansatte kjenner til betydningen av å opprettholde faste avtaler med barna/ungdommene frem til oppstart av annen behandling.

Tjenestenes forhold til barnas / de unges primæromsorgspersoner er også et tema som behandles i denne litteraturen. Blant modellene som har vært prøvd ut, finner vi slike som fokuserer på støtte og veiledning til foreldre. Endelig er det et funn at den første som tar opp en spiseforstyrrelsesutvikling med et barn eller en ungdom, bør forvente negative reaksjoner. Barnet / den unge kan allikevel ofte kjenne takknemlighet i det stille.

6.3 Veien videre

Det har tradisjonelt vært bevilget lite penger til forskning om forebygging av spiseforstyrrelser. Derfor trengs det fortsatt forskning. Det trengs forskning om hvilke effekter kognitiv dissonans-baserte forebyggingsprogrammer har for dem under 15 år, og om hvor egnet slike programmer er for forebygging av anoreksi og overspisingslidelse. Videre trengs det mer forskning om sekundærforebygging basert på idéer fra aksept- og forpliktelsesterapi. Forholdet mellom forebygging av overvekt og spiseforstyrrelser er også et følsomt tema

som det er viktig å få mer nyansert kunnskap om. Det samme kan sies om forebygging av anoreksi ved nøye oppfølging av vektkurver. Sekundærforebygging blant gutter, blant kjønnsminoriteter, blant barn og unge som ikke bor hjemme, og blant barn og unge med ulik sosial bakgrunn fremstår også som viktige temaer som det bør forskes mer på. Endelig er det behov for nyansert kunnskap om særtrekk ved ulike faser av forløpet der risiko utvikler seg til kliniske symptomer, og om hvilke forebyggingstiltak som egner seg for hver fase.

For forskere så vel som for praksisfeltet kan det være verdt å merke seg at det er identifisert lite skandinavisk forskning. Mange av de inkluderte bidragene er fra USA, Tyskland og Australia. Skandinavisk samfunnsoppbygning og kultur kan ha mye til felles med disse landenes, men det er også viktige forskjeller. Slike forskjeller kan påvirke overførbarheten av viktige funn til skandinavisk kontekst. På den ene siden kan dette bety at det trengs mer skandinavisk forskning om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge. På den andre siden tilsier det at aktører i praksisfeltet bør vurdere kritisk om, og eventuelt på hvilke betingelser, funn som er presentert i denne kunnskapsoppsummeringen, er relevante for Skandinavia. Foreldrenes viktige rolle i sekundærforebygging er for eksempel betont i flere studier. Selv om det er liten grunn til å tvile på at foreldrene har stor betydning også i Skandinavia, bør man ta høyde for at det kan være forskjeller mellom land når det gjelder hvordan foreldre/barn-relasjoner fungerer.

En del av den inkluderte forskningen gjelder dessuten store, standardiserte forebyggingsprogrammer. Kunnskap om slike programmer kan være nyttig for dem i samfunnet som sitter på ressurser til å iverksette slike programmer. Samtidig er den kanskje noe mindre åpenbart anvendbar for skole- og helsepersonell som møter de konkrete unge menneskene der risiko og symptomer viser seg på individuelt særegne vis. I mangel av «sikker» kunnskap om alle aspekter ved slike individuelt særegne situasjoner kan kanskje de «vente-og-se»-tilnærmingene forskningslitteraturen advarer mot, fort bli nærliggende.

Denne kunnskapsoppsummeringen har synliggjort en mulig middelvei mellom «vente-og-se»-tilnærmingene på den ene siden og de store forebyggingsprogrammene på den andre. Inntil det om noen år forhåpentligvis vil finnes enda flere funn fra sekundærforebyggingsforskning, kan denne middelveien kanskje være et farbart alternativ for ansatte i skolen og kommunehelsetjenesten. Til det vil de trenge ressurstilførsel og støtte fra andre deler av samfunnet. Denne middelveien innebærer å utvikle gode systemer for å gi lokalt ansatte, barn, unge og foreldre lett tilgjengelig og jevnlig veiledning – både fra personer med levd erfaring og fra personell med spesialisert kompetanse.

Det vil ikke alltid oppleves lett å ta i bruk kunnskap om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser. Men det som virkelig betyr noe, er sjelden spesielt lett. Det kan kreve mot, handlekraft og stor utholdenhet. Kunnskap, gode rammebetingelser, veiledning og støtte kan nære det motet, den handlekraften og den utholdenheten som må til for å spare mange mennesker for stor, unødig lidelse og for tap av elskede liv.

Referanser

- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Barnelova (1981). Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barne- og familiedepartementet (2004). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989: Ratifisert av Norge 8. januar 1991. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Bauer, S., Bilić, S., Ozer, F. & Moessner, M. (2019). Dissemination of an Internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 48(1), 25–32. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000662>
- Becker, C. B. & Stice, E. (2017). From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(8), 767–782. <https://doi.org/10.1037/ccp0000204>
- Berge, J. M., Didericksen, K., Bucchianeri, M., Prasad, S. & Neumark-Sztainer, D. (2016). Partnering with adolescents, parents, researchers, and family medicine clinics to address adolescent weight and weight-related behaviors. I M. R. Korin (Red.), *Health Promotion for Children and Adolescents* (s. 309–324). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7711-3_15
- Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E. & Fischer, S. (2017). Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the REbeL peer education model. *Eating behaviors*, 25, 38–41. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.05.003>
- Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E. & Fischer, S. (2019). REbeL peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. *Eating behaviors*, 32, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.08.003>
- Burton, A. L., Hamilton, B., Iorfino, F., La Monica, H. M., Scott, E. M. & Hickie, I. B. (2022). Examining the prevalence of disordered eating in a cohort of young Australians presenting for mental health care at a headspace centre: Results from a cross-sectional clinical survey study. *BMJ open*, 12(8), Artikkel e061734. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35948386/>
- Cadwallader, J. S., Godart, N., Chastang, J., Falissard, B. & Huas, C. (2016). Detecting eating disorder patients in a general practice setting: A systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 21, 365–381. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40519-016-0273-9>

- Capuano, E. I., Ruocco, A., Scazzocchio, B., Zanchi, G., Lombardo, C., Silenzi, A., Ortona, E. & Vari, R. (2025). Gender differences in eating disorders. *Frontiers in Nutrition*, 12, Artikkel 1583672. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1583672>
- Ciao, A., Pascual, S. & Hodges, G. (2022). The Role of Parents and Other Caregivers in the Early Detection of Eating Disorders. I V. Patel & V. Preedy (Red.), *Eating Disorders* (s. 1–30). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-67929-3_19-1
- Ciao, A., Lebow, J., VandenLangenberg, E., Ohls, O. & Berg, K. C. (2022). A qualitative examination of adolescent and parent perspectives on early identification and early response to eating disorders. *Eating Disorders*, 30(3), 249–266. <https://doi.org/10.1080/10640266.2020.1805960>
- Cohn, L., Murray, S. B., Walen, A. & Wooldridge, T. (2016). Including the excluded: Males and gender minorities in eating disorder prevention. *Eating disorders*, 24(1), 114–120. <https://dx.doi.org/10.1080/10640266.2015.1118958>
- Dahlgren, C. L., Reneflot, A., Brunborg, C., Wennersberg, A. L. & Wisting, L. (2023). Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *Int J Eat Disord*, 56(11), 2062–2073. <https://doi.org/10.1002/eat.24032>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Folkehelseinstituttet. (2025a). *Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser. Prosjektplan for et forskningskart*. <https://www.fhi.no/contentassets/d6a736a0edc648e2ab90ea7c-53b286cb/prosjektplan---forebygging-og-tidlig-intervensjon-av-spiseforstyrrelser.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. (FOR-2012-08-29-842). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Ghaderi, A. (2023). The Virtually Delivered Body Project (vBP): A Viable Option for Large-Scale Prevention of Eating Disorders. I V. Patel & V. Preedy (Red.), *Eating Disorders* (s. 1–17). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-16691-4_12
- Ghaderi, A., Stice, E., Andersson, G., Enö Persson, J. & Allzén, E. (2020). A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(7), 643–656. <https://doi.org/10.1037/ccp0000506>
- Gumz, A., Reuter, L., Löwe, B., Voderholzer, U., Schwennen, B., Fehrs, H., Wünsch-Leiteritz, W., Brunner, R., Kästner, D. & Zapf, A. (2023). Factors influencing the duration of untreated illness among patients with anorexia nervosa: A multicenter and multi-informant study. *International Journal of Eating Disorders*, 56(12), 2315–2327. <https://doi.org/10.1002/eat.24069>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

- Helsedirektoratet. (2015). Mat og måltider i skolen. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/mat-og-maltider-i-skolen>
- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunale frisklivssentra-ler-etablering, organisering og tilbud*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentra-ler-etablering-organisering-og-tilbud/sentrale-begreper>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet. (2019). *Tidlig oppdagelse av utsatte barn og unge*. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/tidlig-oppdagelse-av-utsatte-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2022). *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/samarbeid-om-tjenester-til-barn-unge-og-deres-familier>
- Helsedirektoratet. (2023). *Psykisk helsearbeid barn og unge*. Nasjonal veileder. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024). *Regjeringens kvinnehelsestrategi – betydningen av kjønn for helse*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-kvinnehelsestrategi-betydningen-av-kjonn-for-helse/id3056099/>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hornberger, L. L., Lane, M. A., Lane, M., Breuner, C. C., Alderman, E. M., Grubb, L. K., Powers, M., Upadhya, K. K., Wallace, S. B. & Loveless, M. (2021). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 147(1), Artikkel e2020040279. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-040279>
- Jacobi, C., Hütter, K., Völker, U., Möbius, K., Richter, R., Trockel, M., Jones Bell, M., Lock, J. & Taylor, C. B. (2018). Efficacy of a parent-based, indicated prevention for anorexia nervosa: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(12), Artikkel e296. <https://doi.org/10.2196/jmir.9464>
- Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J. & Lister, N. B. (2019). Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews*, 20(9), 1287–1298. <https://doi.org/10.1111/obr.12866>
- Kalindjian, N., Hirot, F., Stona, A.-C., Huas, C. & Godart, N. (2021). Early detection of eating disorders: A scoping review. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 27, 21–68. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01164-x>
- Karekla, M., Nikolaou, P. & Merwin, R. M. (2022). Randomized clinical trial evaluating AcceptME: A digital gamified acceptance and commitment early intervention program for individuals at high risk for eating disorders. *Journal of clinical medicine*, 11(7), Artikkel 1775. <https://doi.org/10.3390/jcm11071775>

- Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E. & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 170–189. <https://doi.org/10.1002/eat.22670>
- Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., Touyz, S. & Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: Findings from a rapid review. *Journal of eating disorders*, 11, Artikkel 38. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00758-3>
- Kozioł, K., Kazek, B., Sikora, D., Brzóška, A., Paprocka, J. & Emich-Widera, E. (2022). A Dialogue in the Medical Perspective: Body Mass and Nutritional Status Disorders during the Development Period. *Children*, 9(9), Artikkel 1360. <https://doi.org/10.3390/children9091360>
- Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B. & Gumz, A. (2021). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: A qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. *Journal of eating disorders*, 9, Artikkel 28. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00381-0>
- Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P. & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 53, 46–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.02.001>
- Lebow, J., Narr, C., Mattke, A., Gewirtz O'Brien, J. R., Billings, M., Hathaway, J., Vickers, K., Jacobson, R. & Sim, L. (2021). Engaging primary care providers in managing pediatric eating disorders: A mixed methods study. *Journal of eating disorders*, 9, Artikkel 11. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00363-8>
- Malt, U. (2024, 25. november). Egosynton. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/egosynton>
- Marion, M., Lacroix, S., Caquard, M., Dreno, L., Scherdel, P., Guen, C. G. L., Caldagues, E. & Launay, E. (2020). Earlier diagnosis in anorexia nervosa: Better watch growth charts! *Journal of eating disorders*, 8, Artikkel 42. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00321-4>
- McGowan, J., Sampson, M., Salzwedel, D. M., Cogo, E., Foerster, V. & Lefebvre, C. (2016). PRESS peer review of electronic search strategies: 2015 guideline statement. *Journal of clinical epidemiology*, 75, 40–46. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.01.021>
- Mills, R., Hyam, L. & Schmidt, U. (2023). A narrative review of early intervention for eating disorders: Barriers and facilitators. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 14, 217–235. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S415698>
- Mitchison, D., Mond, J., Slewa-Younan, S. & Hay, P. (2013). Sex differences in health-related quality of life impairment associated with eating disorder features: A general population study. *International Journal of Eating Disorders*, 46(4), Artikkel 375380. <https://doi.org/10.1002/eat.22097>
- Meld. St. 23 (2024–2025). *Fornye, forsterke, forbedre: Framtidens allmennelegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>
- Meld. St. 23 (2022–2023). *Opptappingsplan for psykisk helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>
- Moessner, M., Minarik, C., Özer, F. & Bauer, S. (2016a). Effectiveness and cost-effectiveness of school-based dissemination strategies of an Internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders: a randomized trial. *Prevention Science*, 17, 306–313. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-015-0619-y>

- Moessner, M., Minarik, C., Özer, F. & Bauer, S. (2016b). Can an internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders facilitate access to conventional professional healthcare? *Journal of Mental Health*, 25(5), 441–447. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139064>
- Monteleone, A. M., Barone, E., Cascino, G., Schmidt, U., Gorwood, P., Volpe, U., Abbate-Daga, G., Castellini, G., Marsá, M. D. & Favaro, A. (2023). Pathways to eating disorder care: A European multicenter study. *European Psychiatry*, 66(1), Artikkel e36. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.23>
- Nagata, J. M., Brown, T. A., Murray, S. B. & Lavender, J. M. (2021). *Eating disorders in boys and men*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-67127-3>
- OECD. (2015). *Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development*. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2015/10/frascati-manual-2015_g1g57dcb/9789264239012-en.pdf
- OECD & Norges forskningsråd. (2021). *Frascati-manualen 2015. Retningslinjer for innhenting og rapportering av data om forskning og eksperimentell utvikling. Utdrag*. <https://www.forskningsradet.no/globalassets/frascati-2015-norsk.pdf>
- Omsorgsbiblioteket. (2025). *Forfatterveiledning for kunnskapsoppsummeringer*. Senter for omsorgsforskning. <https://hdl.handle.net/11250/3121275>
- Opplæringsforskrifta (2024). *Forskrift om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa*. (FOR-2024-06-03-900). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2024-06-03-900>
- Opplæringslova (2023). *Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa* (LOV-2023-06-09-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2023-06-09-30>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reas, D. L., Rø, G. & Rø, Ø. (2025). Trends in the Observed Versus Expected Incidence of Eating Disorders Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A National Patient Registry Study. *International Journal of Eating Disorders*, 58(8), 1469–1476. <https://doi.org/10.1002/eat.24443>
- Ringnes, H. K. & Thørrisen, M. M. (2024). *Scoping review: En systematisk og fleksibel metode for kunnskapsoppsummering*. Cappelen Damm Akademisk.
- Rosello, R., Gledhill, J., Yi, I., Watkins, B., Harvey, L., Hosking, A., Viner, R. & Nicholls, D. (2021). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 519–526. <https://doi.org/10.1002/erv.2798>
- Rosen, D. S. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126(6), 1240–1253. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2821>
- Savaglio, M., Bergmeier, H., Green, R., O'Donnell, R., Pizzirani, B., Bruce, L. & Skouteris, H. (2021). Problematic eating interventions in out-of-home care: The need for a trauma-informed, attachment-focused approach. *Australian Social Work*, 74(3), 361–372. <https://doi.org/10.1080/0312407X.2019.1641528>
- Seike, K., Hanazawa, H., Ohtani, T., Takamiya, S., Sakuta, R. & Nakazato, M. (2016). A questionnaire survey of the type of support required by Yogo teachers to effectively manage students suspected of having an eating disorder. *BioPsychoSocial Medicine*, 10, Artikkel 15. <https://link.springer.com/article/10.1186/s13030-016-0065-5>

- Silén, Y. & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, 35(6), 362–371. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818>
- Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H. & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. *Clinical psychology review*, 70, 91–107. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.004>
- Stice, E., Onipede, Z. A. & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical psychology review*, 87, Artikkel 102046. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102046>
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating disorder diagnoses in children and adolescents in Norway before vs during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*, 5(7), Artikkel e2222079. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>
- Tantillo, M., Starr, T. & Kreipe, R. (2020). The recruitment and acceptability of a project ECHO® eating disorders clinic: A pilot study of telementoring for primary medical and behavioral health care practitioners. *Eating Disorders*, 28(3), 230–255. <https://doi.org/10.1080/10640266.2019.1580125>
- Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft, E. E. & Goel, N. J. (2017). Prevention: Current Status and Underlying Theory. I W. S. Agras & A. Robinson (Red.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (s. 247–270). <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190620998.013.14>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K. & Schmidt, U. (2020). Cognitive interpersonal model for anorexia nervosa revisited: The perpetuating factors that contribute to the development of the severe and enduring illness. *Journal of clinical medicine*, 9(3), Artikkel 630. <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Universitets- og høgskolerådet. (2004). *Vekt på forskning: Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. https://npi.hkdir.no/dok/Vekt_pa_forskning_2004.pdf
- Wade, T. D. (2018). Prevention of Eating Disorders. I K. D. W. Brownwell & B. Timothy (Red.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (s. 340–345). The Guilford Press.
- Wade, T. D., Johnson, C., Cadman, K. & Cook, L. (2022). Turning eating disorders screening in primary practice into treatment: A clinical practice approach. *International Journal of Eating Disorders*, 55(9), 1259–1263. <https://doi.org/10.1002/eat.23732>
- Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K. J. & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 833–862. <https://doi.org/10.1002/eat.22577>
- Wolters Kluwer Health. (2025). *Population Localisation: Children - Ovid MEDLINE* <https://tools.ovid.com/ovidgo/searches/?search=children>
- Aalmen, M. H., Rosenvinge, J. H., Holund, A. & Pettersen, G. (2020). Allmennleegers erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0676>

Om forfatterne

Kristin Margrete Briseid er førsteamanuensis ved Senter for omsorgsforskning, sør, Universitetet i Sørøst-Norge. Hun interesserer seg for sammenhengene mellom omsorgsutøvelse på velferdsstatens «bakkeplan» og de strukturelle og politiske forholdene som innvirker på omsorgsutøvelsen. Hun har skrevet artikler, bokkapitler, rapporter, en bok og en doktorgradsavhandling om ulike aspekter ved dette temaet.

Jana Myrvold er universitetsbibliotekar ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hun har lang erfaring med systematiske søk og er medlem av Oppdragstjenesten for systematiske søk ved Universitetsbiblioteket i Sørøst-Norge.

Vedlegg 1. Søk i databaser

Ovid MEDLINE(R) and In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations <1946 to December 20, 2023>

Dato: 22.12.2023

Treff: 681

1	"feeding and eating disorders"/ or anorexia nervosa/ or anorexia/ or avoidant restrictive food intake disorder/ or binge-eating disorder/ or bulimia nervosa/ or bulimia/ or diabulimia/ or rumination Syndrome/ or "feeding and eating disorders of childhood"/ or food addiction/ or night eating syndrome/ or orthorexia nervosa/ or pica/ or relative energy deficiency in sport/ or female athlete triad syndrome/ or body image/ or body dissatisfaction/	59885
2	((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) adj2 (eat* or vomit* or food* or meal*)),tw,kf.	44023
3	((((eating or appetite or rumination) adj2 (disorder* or syndrome*)) or (eating adj (pathology or psychopathology))).tw,kf.	29505
4	(anorexi* or anorectic or bulimi* or bulim#rexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or (loss adj2 control adj eating) or ("relative energy deficiency" adj2 sport*) or "female athlete triad").tw,kf.	71017
5	(body adj2 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*)),tw,kf.	19691
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	148816
7	primary health care/ or community health nursing/ or home health nursing/ or community mental health services/ or mental health services/ or family nursing/ or pediatric nursing/ or child health services/ or child health/ or adolescent health/ or adolescent health services/ or adolescent medicine/ or psychiatric nursing/ or public health nursing/ or school health services/ or school dentistry/ or school mental health services/ or school nursing/ or nurses/ or nurse practitioners/ or nurse clinicians/ or advanced practice nursing/ or family nurse practitioners/ or pediatric nurse practitioners/ or nurses, pediatric/ or nurses, community health/ or nurses, public health/ or general practitioners/ or pediatricians/ or physicians, family/ or family practice/ or physicians, primary care/ or pediatrics/ or school teachers/ or allied health personnel/ or community health workers/ or preventive health services/	486687
8	(GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) adj (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) adj (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*).tw,kf.	1706942
9	((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) adj2 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine)).tw,kf.	1050318
10	7 or 8 or 9	2651388
11	Diagnosis/ or early diagnosis/ or early medical intervention/ or secondary prevention/ or risk assessment/ or risk factors/ or Primary Prevention/ or Preventive Medicine/	1266900
12	((early or primary or secondary or target*) adj3 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*)),tw,kf.	1187646
13	11 or 12	2344892
14	6 and 10 and 13	3282

15	exp adolescent/ or exp child/ or "childhood disease*.ti,ab,kf. or (adolescen* or boy? or boyfriend or boyhood or girlfriend or girlhood or child* or girl? or juvenil* or kid? or minor? or paediatric* or peadiatric* or pediatric* or preschool* or puber* or pubescen* or school* or teen* or underage? or under-age? or youth*).ti,ab,kf. or (pediatric* or paediatric* or child* or adolescen* or young).jn,jw. or (pediatric* or paediatric* or child* or adolescen* or young).in.	5399757
16	14 and 15	1890
17	limit 16 to (yr="2016 -2023" and (danish or english or german or norwegian or swedish))	681

APA PsycInfo <1806 to December Week 2 2023>

Dato: 21.12.2023

Treff: 606

1	eating disorders/ or anorexia nervosa/ or "avoidant/restrictive food intake disorder"/ or binge eating disorder/ or bulimia/ or orthorexia/ or pica/ or "purging (eating disorders)/ or "rumination (eating)/ or binge eating/ or emotional eating/ or body image/ or body dissatisfaction/ or body image disturbances/	48375
2	((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) adj2 (eat* or vomit* or food* or meal*).tw.	22873
3	((((eating or appetite or rumination) adj2 (disorder* or syndrome*)) or (eating adj (pathology or psychopathology))).tw.	33543
4	(anorexi* or anorectic or bulimi* or bulim#rexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or (loss adj2 control adj eating) or ("relative energy deficiency" adj2 sport*) or "female athlete triad").tw.	41151
5	(body adj2 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*).tw.	20413
6	or/1-5	86264
7	primary health care/ or community mental health services/ or preventive mental health services/ or preventive health services/ or assertive community treatment/ or public health services/ or integrated services/ or public health service nurses/ or nurses/ or psychiatric nurses/ or mental health personnel/ or clinicians/ or physicians/ or therapists/ or family physicians/ or general practitioners/ or pediatricians/ or pediatrics/ or school nurses/ or teachers/ or elementary school teachers/ or middle school teachers/ or junior high school teachers/ or preschool teachers/ or allied health personnel/ or child health/ or youth mental health/ or adolescent health/	250297
8	(GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) adj (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) adj (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*).tw.	725361
9	((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) adj2 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine)).tw.	316310
10	or/7-9	975811
11	diagnosis/ or medical diagnosis/ or early intervention/ or risk factors/ or risk assessment/ or identification/ or prevention/	220879
12	((early or primary or secondary or target*) adj3 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*).tw.	152094
13	11 or 12	342311
14	6 and 10 and 13	2364
15	(preschool age 2 5 yrs or school age 6 12 yrs or adolescence 13 17 yrs).ag.	751335
16	("childhood disease*" or (adolescen* or boy? or boyfriend or boyhood or girlfriend or girlhood or child* or girl? or juvenil* or kid? or minor? or paediatric* or peadiatric* or pediatric* or preschool* or puber* or pubescen* or school* or teen* or underage? or under-age? or youth*).ti,ab,id. or (pediatric* or paediatric* or child* or adolescen* or young).in.	1397982

17	15 or 16	1542163
18	14 and 17	1395
19	limit 18 to ((danish or english or german or norwegian or swedish) and yr="2016 -2023")	606

Cinahl Complete

Dato: 22.12.2023

Treff: 521

#	Query	Limiters/ Expanders	Results
S16	S6 AND S10 AND S13 AND S14	Limiters - Publication Date: 20160101-20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/Phrase	521
S15	S6 AND S10 AND S13 AND S14		945
S14	((TI "childhood disease*" OR AB "childhood disease*" OR SU "childhood disease*")) OR ((TI adolescen* OR AB adolescen* OR SU adolescen*) OR (TI boy# OR AB boy# OR SU boy#) OR (TI boyfriend OR AB boyfriend OR SU boyfriend) OR (TI boyhood OR AB boyhood OR SU boyhood) OR (TI girlfriend OR AB girlfriend OR SU girlfriend) OR (TI girlhood OR AB girlhood OR SU girlhood) OR (TI child* OR AB child* OR SU child*) OR (TI girl# OR AB girl# OR SU girl#) OR (TI juvenil* OR AB juvenil* OR SU juvenil*) OR (TI kid# OR AB kid# OR SU kid#) OR (TI minor# OR AB minor# OR SU minor#) OR (TI paediatric* OR AB paediatric* OR SU paediatric*) OR (TI peadiatric* OR AB peadiatric* OR SU peadiatric*) OR (TI pediatric* OR AB pediatric* OR SU pediatric*) OR (TI preschool* OR AB preschool* OR SU preschool*) OR (TI puber* OR AB puber* OR SU puber*) OR (TI pubescen* OR AB pubescen* OR SU pubescen*) OR (TI school* OR AB school* OR SU school*) OR (TI teen* OR AB teen* OR SU teen*) OR (TI underage# OR AB underage# OR SU underage#) OR (TI under-age# OR AB under-age# OR SU under-age#) OR (TI youth* OR AB youth* OR SU youth*)) OR (pediatric* OR paediatric* OR child* OR adolescen* OR young) OR ((AF pediatric*) OR (AF paediatric*) OR (AF child*) OR (AF adolescen*) OR (AF young))		1,882,806
S13	S11 OR S12		595,588
S12	TI ((early or primary or secondary or target*) N2 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*)) OR AB ((early or primary or secondary or target*) N2 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*))		261,225
S11	(MH "Diagnosis") OR (MH "Early Diagnosis") OR (MH "Early Intervention") OR (MH "Risk Assessment") OR (MH "Risk Factors")		368,762
S10	S7 OR S8 OR S9		1,620,275
S9	TI ((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) N1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine))) OR AB (((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) N1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine))		502,384

S8	TI ((GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) W0 (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) W0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*) OR AB ((GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) W0 (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) W0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*)	1,113,453
S7	(MH "Primary Health Care") OR (MH "Community Health Nursing") OR (MH "Community Mental Health Nursing") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Home Health Nursing") OR (MH "Psychiatric Nursing") OR (MH "Public Health Nursing") OR (MH "Pediatric Nursing") OR (MH "Child Health Services") OR (MH "Child Health") OR (MH "Adolescent Health") OR (MH "Adolescent Health Services") OR (MH "Adolescent Medicine") OR (MH "School Health Services") OR (MH "School Mental Health Services") OR (MH "School Nursing") OR (MH "Nurses") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Advanced Practice Registered Nursing") OR (MH "Advanced Practice Registered Nurses") OR (MH "Community Health Nurses") OR (MH "Community Mental Health Nurses") OR (MH "Dentists") OR (MH "Nurse Practitioners") OR (MH "Primary Care Nurse Practitioners") OR (MH "Pediatric Nurse Practitioners") OR (MH "Public Health Nurses") OR (MH "Public Health Nursing") OR (MH "Psychiatric Mental Health Clinical Nurse Specialists") OR (MH "Physicians, Family") OR (MH "Family Practice") OR (MH "Physicians") OR (MH "Pediatricians") OR (MH "Pediatrics") OR (MH "Teachers") OR (MH "Allied Health Personnel") OR (MH "Dietitians") OR (MH "Health Educators") OR (MH "Nutritionists") OR (MH "Community Health Workers") OR (MH "Expert Clinicians") OR (MH "Expert Nurses") OR (MH "Mental Health Personnel") OR (MH "Preventive Health Care")	480,831
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	58,650
S5	TI ((body N1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*))) OR AB ((body N1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*)))	10,015
S4	TI (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimarexi* or bulimorexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad") OR AB (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimarexi* or bulimorexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad")	19,690
S3	TI (((eating or appetite or rumination) N1 (disorder* or syndrome*)) or (eating W0 (pathology or psychopathology))) OR AB (((eating or appetite or rumination) N1 (disorder* or syndrome*)) or (eating W0 (pathology or psychopathology)))	16,183
S2	TI ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) N1 (eat* or vomit* or food* or meal*)) OR AB ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) N1 (eat* or vomit* or food* or meal*))	17,178

S1	(MH "Eating Disorders") OR (MH "Feeding and Eating Disorders of Childhood") OR (MH "Anorexia") OR (MH "Anorexia Nervosa") OR (MH "Binge Eating Disorder") OR (MH "Avoidant Restrictive Food Intake Disorder") OR (MH "Bulimia") OR (MH "Bulimia Nervosa") OR (MH "Female Athlete Triad") OR (MH "Night Eating Syndrome") OR (MH "Orthorexia Nervosa") OR (MH "Pica") OR (MH "Relative Energy Deficiency in Sport" OR (MH "Body Image") OR (MH "Body Dissatisfaction")		33,032
----	---	--	--------

ERIC (EBSCO)

Dato: 22.12.2023

Treff: 313

#	Query	Limiters/ Expanders	Results
S16	S6 AND S10 AND S13 AND S14	Limiters - Publication Date: 20160101-20231231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Boolean/ Phrase	313
S15	S6 AND S10 AND S13 AND S14		1,038
S14	((TI "childhood disease*" OR AB "childhood disease*" OR SU "childhood disease*")) OR ((TI adolescen* OR AB adolescen* OR SU adolescen*) OR (TI boy# OR AB boy# OR SU boy#) OR (TI boyfriend OR AB boyfriend OR SU boyfriend) OR (TI boyhood OR AB boyhood OR SU boyhood) OR (TI girlfriend OR AB girlfriend OR SU girlfriend) OR (TI girlhood OR AB girlhood OR SU girlhood) OR (TI child* OR AB child* OR SU child*) OR (TI girl# OR AB girl# OR SU girl#) OR (TI juvenil* OR AB juvenil* OR SU juvenil*) OR (TI kid# OR AB kid# OR SU kid#) OR (TI minor# OR AB minor# OR SU minor#) OR (TI paediatric* OR AB paediatric* OR SU paediatric*) OR (TI paediatric* OR AB paediatric* OR SU paediatric*) OR (TI pediatric* OR AB pediatric* OR SU pediatric*) OR (TI preschool* OR AB preschool* OR SU preschool*) OR (TI puber* OR AB puber* OR SU puber*) OR (TI pubescen* OR AB pubescen* OR SU pubescen*) OR (TI school* OR AB school* OR SU school*) OR (TI teen* OR AB teen* OR SU teen*) OR (TI underage# OR AB underage# OR SU underage#) OR (TI under-age# OR AB under-age# OR SU under-age#) OR (TI youth* OR AB youth* OR SU youth*) OR (pediatric* OR paediatric* OR child* OR adolescen* OR young) OR ((AF pediatric*) OR (AF paediatric*) OR (AF child*) OR (AF adolescen*) OR (AF young))		1,040,989
S13	S11 OR S12		87,001
S12	TI ((early or primary or secondary or target*) N2 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*)) OR AB ((early or primary or secondary or target*) N2 (diagnos* or prevent* or intervent* or effort* or detect* or identif* or recogni* or therap* or treatment*))		21,784
S11	"Identification" OR DE "Clinical Diagnosis" OR DE "Early Intervention" OR DE "Prevention" OR DE "Preventive Medicine" OR DE "Risk Assessment" OR DE "At Risk Persons"		70,483
S10	S7 OR S8 OR S9		659,780

S9	TI ((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) N1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine))) OR AB (((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) N1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine))		48,472
S8	TI ((GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) W0 (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) W0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*) OR AB ((GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) W0 (practice* or practician* or practitioner*)) or ((health or healthcare) W0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*))		601,328
S7	DE "Allied Health Personnel" OR DE "Health Personnel" OR DE "Dietetics" OR DE "Nurses" OR DE "School Nurses" OR DE "School Health Services" OR DE "Physicians" OR DE "Teachers" OR DE "Teacher Role" OR DE "Early Childhood Teachers" OR DE "Elementary School Teachers" OR DE "Middle School Teachers" OR DE "Physical Education Teachers" OR DE "Preschool Teachers" OR DE "Public School Teachers" OR DE "Secondary School Teachers" OR DE "Junior High School Teachers" OR DE "High School Teachers" OR DE "Primary Health Care" OR DE "Child Health" OR DE "Family Practice (Medicine)" OR DE "Pediatrics" OR DE "Community Health Services" OR DE "Mental Health Workers" OR DE "School Psychologists" OR DE "School Counselors" OR DE "School Social Workers" OR DE "Nurses"		150,782
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		41,270
S5	TI ((body N1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*))) OR AB ((body N1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*)))		1,127
S4	TI (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimarexi* or bulimorexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad") OR AB (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimarexi* or bulimorexi* or "over eating" or overeating or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad")		1,427
S3	TI (((eating or appetite or rumination) N1 (disorder* or syndrome*)) or (eating W0 (pathology or psychopathology))) OR AB (((eating or appetite or rumination) N1 (disorder* or syndrome*)) or (eating W0 (pathology or psychopathology)))		1,234
S2	TI ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) N1 (eat* or vomit* or food* or meal*)) OR AB ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) N1 (eat* or vomit* or food* or meal*))		1,535
S1	DE "Eating Disorders" OR DE "Eating Habits" OR DE "Self Concept"		39,520

Scopus

Dato: 21.12.2023

Treff: 599

<p>(((TITLE-ABS ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) W/1 (eat* or vomit* or food* or meal*))) OR (AUTHKEY ((bing* or compulsive* or "self induc*" or selfinduc* or abnormal* or disturbance* or disturbed or dysfunction* or problem* or obsessive or emotional or night or stress or restrict* or avoid* or select* or addict* or habit*) W/1 (eat* or vomit* or food* or meal*)))) OR (((TITLE-ABS (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimorexi* or bulimarexi* or overeating or "over eating" or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad")) OR (AUTHKEY (anorexi* or anorectic or bulimi* or bulimorexi* or bulimarexi* or overeating or "over eating" or purging or rumination or orthorexi* or hyperrex* or polyphag* or dieting or pica or merycism or allotriophag* or geophag* or neophobi* or diabulimi* or "loss of control eating" or "relative energy deficiency in sport*" or "female athlete triad"))) OR (((TITLE-ABS ((eating or appetite or rumination) W/1 (disorder* or syndrome* or "eating pathology" or "eating psychopathology")) OR (AUTHKEY((eating or appetite or rumination) W/1 (disorder* or syndrome* or "eating pathology" or "eating psychopathology"))))) OR (((TITLE-ABS (body W/1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*))) OR (AUTHKEY (body W/1 (image* or identit* or representation* or schema* or dissatisfaction*)))))) AND (((TITLE-ABS ((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) W/1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine)) OR (AUTHKEY ((primary or public or community or home or allied or child* or adolescen* or young or youth* or teen* or pediatric* or paediatric* or family or school* or psychosocial* or "psycho social*" or preventive) W/1 (health or care or healthcare or treatment* or therap* or nursing* or medicine)))))) OR ((TITLE-ABS (GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) PRE/0 practice* or practician* or practitioner*) or ((health or healthcare) PRE/0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatrician* or paediatrician* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*)) OR (AUTHKEY (GP or physician* or doctor* or clinician* or ((general or family) PRE/0 practice* or practician* or practitioner*) or ((health or healthcare) PRE/0 (assistant* or worker* or personnel)) or nurse* or nursing* or pediatric* or paediatric* or dentist* or "health visit*" or teacher* or educator* or instructor* or counselor* or therapist* or dietitian* or nutritionist*)) AND (((TITLE-ABS ((early OR primary OR secondary OR target*) W/2 (diagnos* OR prevent* OR intervent* OR effort* OR detect* OR identif* OR recogni* OR therap* OR treatment*))) OR (AUTHKEY ((early OR primary OR secondary OR target*) W/2 (diagnos* OR prevent* OR intervent* OR effort* OR detect* OR identif* OR recogni* OR therap* OR treatment*))))) AND (((TITLE-ABS (boy or boys or boyfriend or boyhood or girlfriend or girlhood or child* or girl or girls or juvenil* or kid or kids or minor or minors or paediatric* or peadiatric* or pediatric* or preschool* or puber* or pubescen* or school* or teen* or underage or underaged or "under-age" or "under-aged" or pediatric* or paediatric* or child* or adolescen* or young or youth*)) OR (AUTHKEY (boy or boys or boyfriend or boyhood or girlfriend or girlhood or child* or girl or girls or juvenil* or kid or kids or minor or minors or paediatric* or peadiatric* or pediatric* or preschool* or puber* or pubescen* or school* or teen* or underage or underaged or "under-age" or "under-aged" or pediatric* or paediatric* or child* or adolescen* or young or youth*)) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2024 AND PUBYEAR > 2015 AND PUBYEAR < 2024 AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"German") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Danish")))</p>	<p>599</p>
--	------------

Oria

Dato: 01.02.2024

Treff: 181

<p>(spiseforstyrrelse* OR spisevegring OR matvegring OR anoreksi OR bulimi OR overspising) AND (primærhelse* OR kommunehelse* OR helsetjeneste* OR helsevesen* OR sykepleie OR lege OR allmennlege OR barnelege OR pедиater OR skole* OR lærer*)</p> <p>Avgrensning: År: 2016 - 2023 Språk: norsk</p>	<p>58</p>
<p>(spiseforstyrrelse* OR spisevegring OR matvegring OR anoreksi OR bulimi OR overspising) AND (diagnose* OR intervensjon* OR behandling* OR forebygging* OR risiko*)</p> <p>Avgrensning: År: 2016 - 2023 Språk: norsk</p>	<p>123</p>

Libris.se

Dato: 31.01.2024

Treff: 35

<p>Boolesk > (ätstörning* OR anorexi* OR aptit* OR självsvält* OR hetsätning* OR binge* OR bulimi* OR rumination* OR matmissbruk* OR «nattligt ätande» OR ortorexi OR pica OR «Relativ energibrist i sport» OR «Kvinliga triaden» OR Kroppsuppfattning* OR «Missnöje med kroppen») AND (diagnos* OR intervention* OR behandling* OR förebygg* OR primärprevention* OR risk*) AND (primærvård* OR omvård* OR sjukvård* OR vård* OR sjukskötersk* OR läkar* OR pediatriker* OR skol* OR lärar*) AND SPRÅK:swe</p> <p>Avgrensning: 2023 (4), 2022 (9), 2021 (11), 2020 (6), 2019 (1), 2018 (2), 2017 (1), 2016 (1)</p>	35
--	----

Bibliotek.dk

Dato: 08.02.2024

Treff: 173

<p>CQL-søgning (term.default="spiseforstyrrelser*" or spisevægring* or overspis* or anoreksi* or bulimi* or ortoreksi*) AND (term.default="behandling*" or diagnos* or intervention* or forebygg*)</p> <p>Avgrensning: Språk dansk År: 2023(20), 2022(11), 2021(16), 2020(13), 2019(9), 2018(14), 2017(14), 2016(16)</p>	113
<p>CQL-søgning (term.default="spiseforstyrrelser*" or spisevægring* or overspis* or anoreksi* or bulimi* or ortoreksi*) AND (term.default="sundhet*" or kommun* or læge* or lærer* or skole* or pædiatr* or børnelæge*)</p> <p>Avgrensning: Språk: dansk År: 2023(9), 2022(6), 2021(10), 2020(8), 2019(4), 2018(7), 2017(11), 2016(5)</p>	60

Vedlegg 2. Inkluderte forskningsarbeider – en oversikt

Forfatter, år, tittel, dokumenttype,	Hensikt	Land	Metode og utvalg	Resultater/Erfaringer
Bauer, S., Bilić, S., Ozer, F., & Moessner, M. (2019). Dissemination of an Internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (Artikkel).	Å undersøke forskjeller i effekt mellom brukergrupper som ble informert via ulike kanaler om det internettbaserte forebyggingsprogrammet ProYouth.	Tyskland	Survey/spørreundersøkelse blant 3548 jenter mellom 15 og 25 år, hvorav 77,2% oppga å ha fått høre om programmet på videregående skole. Surveyen fokuserte på deltakerkarakteristikker og brukeratferd.	Ulike veier inn til programmet var forbundet med ulikheter på andre relevante områder. De deltakerne som ikke var rekruttert via skolen, hadde betydelig sterkere risiko for og symptomer på spiseforstyrrelse og brukte programmet hyppigere og mer intensivt enn dem som var rekruttert via skolen.
Becker, C. B., & Stice, E. (2017). From efficacy to effectiveness to broad implementation: Evolution of the Body Project. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85(8), 767. (Artikkel).	Å gi innsikt i utviklingen på forebyggingsfeltet de første seksten årene etter tusenårsskiftet, en utvikling som har gått fra fravær av forebyggingsarbeid innrettet mot spiseforstyrrelser – og til at det finnes forskning om programmer med forebyggingseffekt på kjente risikofaktorer og, i noen forsøk, på fremtidig oppstart av spiseforstyrrelser	USA	Kvalitativ kunnskapsoppsummering basert på eksisterende litteratur om Body Project.	Body Project har gitt reduksjon i risikofaktorer, symptomer og på fremtidig oppstart av spiseforstyrrelser, selv om den sistnevnte effekten kun har vært påvist i noen studier. Body Project påvirket livene til over 3,5 millioner jenter og unge kvinner i 125 land: En følge av strategiske partnerskap mellom forskere, klinikere og andre samfunnsaktører.

<p>Berge, J. M., Didericksen, K., Bucchianeri, M., Prasad, S., & Neumark-Sztainer, D. (2016). Partnering with adolescents, parents, researchers, and family medicine clinics to address adolescent weight and weight-related behaviors. <i>Health Promotion for Children and Adolescents</i>, 309-324.</p> <p>(Bokkapittel)</p>	<p>Å oppsummere funn fra en prosessevaluering og gjennomførbarhetsundersøkelse av programmet UMatter. Programmet skulle redusere risikoen for fedme og forstyrret spising samtidig, gjennom et lokalsamfunnsbasert samarbeid om å utvikle og dernest iverksette intervensjonen.</p>	<p>USA</p>	<p>Gjennomgang og analyse av funn fra prosessevalueringen og gjennomførbarhetsundersøkelsen.</p>	<p>Intervensjonsstrategier som søker å redusere risiko for både fedme og spiseforstyrrelser bør ha blick for et bredt spekter av vektrelaterte temaer. Viktige temaer å adressere er ungdommens generelle velvære og at familiemedlemmer involveres. Metoden «community-based participatory research» anbefales for å styrke intervensjonens suksess og bærekraft.</p>
<p>Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2019). REbeL peer education: A model of a voluntary, after-school program for eating disorder prevention. <i>Eating behaviors</i>, 32, 111-116.</p> <p>(Artikkel).</p>	<p>Å vurdere forebyggingsprogrammet REbeL, et dissonansbasert forebyggingsprogram iverksatt på high schools i USA for å utfordre tynhetsidealer og styrke følelsen av selvtilit og positivt kroppsbilde hos unge jenter. Programmet var åpent for alle elever (og kunne slik sett egentlig klassifiseres som et universelt forebyggingsprogram), men blant dem som meldte seg på, var skåren på spiseforstyrrelseskognisjoner høyere enn man finner i ikke-kliniske utvalg, men lavere enn i kliniske utvalg.</p>	<p>USA</p>	<p>Ikke-kontrollert gjennomførbarhetsstudie blant 82 kvinnelige high school-elever mellom 14 og 18 år</p>	<p>Funnene indikerte at programmet var gjennomførbart og akseptabelt for elever og ansatte i high schools i USA: 84% ønsket å delta det påfølgende året. Det var ingen signifikant endring i følelsen av empowerment. Det at de «selvrekutterte» deltakerne hadde høyere skår på spiseforstyrrelseskognisjoner indikerer at måloppnåelse for både målrettede og universelle forebyggingsprogrammer kan fremmes ved at elever velger selv. Høy frafallsrate kan ha svekket mulighetene til å oppdage signifikante forskjeller før og etter test.</p>

<p>Breithaupt, L., Eickman, L., Byrne, C. E., & Fischer, S. (2017). Enhancing empowerment in eating disorder prevention: Another examination of the REbeL peer education model. <i>Eating behaviors</i>, 25, 38-41.</p> <p>(Artikkel).</p>	<p>Å evaluere piloteringen av et åtte måneder langt «etterskole-tilbud» (REbeL) for empowerment-basert forebygging av spiseforstyrrelser på sju high schools i Midtvesten. Programmets formål var å redusere risikoen for spiseforstyrrelser og å fremme myndiggjøring. Studien skulle dels undersøke om dette skjedde, dels om programmet var gjennomførbart.</p>	<p>USA</p>	<p>En ukontrollert gjennomførbarhetsstudie med ikke-randomisert design blant 83 jenter mellom 14 og 18 år.</p>	<p>Programmet var gjennomførbart og ga betydelig reduksjon i risikofaktorer (som sjekking av egen kropp og internalisering av tynnhetsidealer) samt økning i myndiggjøring.</p>
<p>Cadwallader, J. S., Godart, N., Chastang, J., Falissard, B., & Huas, C. (2016). Detecting eating disorder patients in a general practice setting: a systematic review of heterogeneous data on clinical outcomes and care trajectories. <i>Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity</i>, 21, 365-381.</p> <p>(Artikkel).</p>	<p>Å beskrive effekten av screening for spiseforstyrrelser i allmennpraksis</p>	<p>Frankrike</p>	<p>Systematisk litteraturreview av all litteratur identifisert i Medline, PsycINFO, CINAHL, Embase og web of science frem til 2015. Til sammen utgjør dette ti studier</p>	<p>Det er ikke avklart hva slags effekt systematisk screening i allmennpraksis har. Det trengs videre forskning om dette.</p>
<p>Ciao, A., Pascual, S., & Hodges, G. (2022). The Role of Parents and Other Caregivers in the Early Detection of Eating Disorders. <i>Eating Disorders</i>, 1-30.</p> <p>(Bokkapittel)</p>	<p>Å gjennomgå den eksisterende forskningen om tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon for spiseforstyrrelser hos barn og unge, med vekt på foreldre og andre primæromsorgsgiveres rolle.</p>	<p>USA</p>	<p>Gjennomgang av foreliggende forskning</p>	<p>Forskningen om tidlig intervensjon er mangelfull, men det er ulike faser i den perioden der en spiseforstyrrelse vokser frem. Foreldre trenger opplæring for å kunne iverksette tiltak for å reversere risikofaktorer, tidlige symptomer og/eller den tidlige fasen av en spiseforstyrrelse.</p>

<p>Ciao, A. C., Lebow, J., VandenLangenberg, E., Ohls, O., & Berg, K. C. (2022). A qualitative examination of adolescent and parent perspectives on early identification and early response to eating disorders. <i>Eating Disorders</i>, 30(3), 249-266.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å fremskaffe kunnskap om den perioden der spiseforstyrrelser begynner å vokse frem, og å generere en tenkning om hvordan tjenestene kan støtte primæromsorgsgivere med sikte på at de sistnevnte kan avdekke spiseforstyrrelsessymptomer tidlig og handle på dem tidlig.</p>	<p>USA</p>	<p>Kvalitative intervjuer med 15 jenter i tenårene med ulike spiseforstyrrelser og 12 foreldre (elleve mødre og en far).</p>	<p>Foreldre var vanligvis de første til å legge merke til spiseforstyrrelsen, og til å ta den opp med ungdommen. Vekttap og tynnhet var vanligvis de tidligste symptomene som ble identifisert. Den vanligste ungdomsresponsen på oppdagelse var blandet (f.eks. lettelse og sinne). En barriere for tidlig intervensjon var at foreldre nølte med å handle ved mistanke. Dette indikerer at foreldre trenger mer støtte for å kunne respondere raskt.</p>
<p>Ghaderi, A. (2023). The Virtually Delivered Body Project (vBP): A Viable Option for Large-Scale Prevention of Eating Disorders. In <i>Eating Disorders</i> (pp. 1-17). Springer.</p> <p>(Bokkapittel)</p>	<p>Å undersøke hvor effektive Body Project-grupper er i forebygging av spiseforstyrrelser når gruppesesjonene gjennomføres virtuelt og ledes av jevnaldrende ikke-klinikere</p>	<p>Sverige</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>431 kvinnelige deltakere i alderen 15–20 år fra hele Sverige som rapporterte subjektiv opplevelse av kroppsmisnøye</p>	<p>Insidensen av spiseforstyrrelser var signifikant lavere blant deltakere i virtuelle BodyProject-grupper, og disse viste også signifikant større reduksjon i risikofaktorene som de virtuelle BodyProject-gruppene adresserte.</p>
<p>Ghaderi, A., Stice, E., Andersson, G., Enö Persson, J., & Allzén, E. (2020). A randomized controlled trial of the effectiveness of virtually delivered Body Project (vBP) groups to prevent eating disorders. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 88(7), 643.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke hvor effektive virtuelle Body Project-grupper er (for forebygging av spiseforstyrrelser) når de ledes av jevnaldrende ikke-klinikere</p>	<p>Sverige</p>	<p>Randomisert kontrollert studies blant 443 jenter mellom 15 og 20 år med kroppsmisnøye: 149 i virtuelle Body Project-grupper og henholdsvis 148 og 146 i ulike kontrollgrupper.</p>	<p>Insidensen for oppstart av spiseforstyrrelser i en 24- månedersperiode etter intervensjonen var signifikant redusert blant deltakerne i virtuelle BodyProject (vBP)-grupper sammenlignet med i kontrollgruppa, og det samme gjaldt for ulike risikofaktorer. Reduksjonen i insidens er bemerkelsesverdig tatt i betraktning at intervensjonen var virtuell og ikke ansikt-til-ansikt.</p>

<p>Gumz, A., Reuter, L., Löwe, B., Voderholzer, U., Schwennen, B., Fehrs, H., Wünsch-Leiteritz, W., Brunner, R., Kästner, D., & Zapf, A. (2023). Factors influencing the duration of untreated illness among patients with anorexia nervosa: A multicenter and multi-informant study. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 56(12), 2315-2327.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å tallfeste modifiserbare prediktorer for «varighet av ubehandlet sykdom» for anoreksi, og å utlede anbefalinger for sekundærforebyggingsstrategier.</p>	<p>Tyskland</p>	<p>En multisenter- og multiinformantstudie der man kartla varighet av ubehandlet sykdom i intervju med 72 anorekispasienter (hvorav 53 var tenåringer), 89 slektninger og 40 allmennleger. Intervjuene tok utgangspunkt i en sjekklister for hemmere og fremmere for oppstart av anoreksibehandling.</p>	<p>Varigheten av ubehandlet sykdom ble forkortet der pasientene ble kjent – f.eks. ved å lese artikler – med andre som hadde gjennomført vellykket anoreksibehandling. Den ble også forkortet der pasientene møtte til jevnlig avtaler hos lege. Den ble forlenget i tilfeller der familiemedlemmene oppga at ansatte i primærhelsetjenesten hadde trivialisert spiseproblemene. Artikkelen munner ut i følgende råd: 1. Sekundærforebyggingsstrategier kan med fordel betrakte mediebidrag om vellykket terapi som et viktig element. 2. Ansatte i kommunehelsetjenesten bør læres opp i å møte anoreksisymptomer og i å diagnostisere anoreksi. 3. Allmennleger bør opplyses om hvor store fordeler det medfører at de tar en aktiv rolle i å håndtere anoreksien, og i å sørge for faste avtaler frem til pasientene kommer i behandling.</p>
<p>Jacobi, C., Hütter, K., Völker, U., Möbius, K., Richter, R., Trockel, M., Jones Bell, M., Lock, J., & Taylor, C. B. (2018). Efficacy of a parent-based, indicated prevention for anorexia nervosa: randomized controlled trial. <i>Journal of Medical Internet Research</i>, 20(12), e296.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å evaluere effekten av et indisert, foreldrebasert, nettbasert forebyggingsprogram, Eltern als Therapeuten, som hadde til hensikt å redusere risikofaktorer for og symptomer på anoreksi.</p>	<p>Tyskland og USA</p>	<p>Randomisert kontrollert studie. Deltakere var først 66 familier som deltok enten i programmet eller i en ventelistekontrollgruppe (familiene bestod av foreldre og døtre med risiko for anoreksi). Disse var rekruttert fra skoler. 43 deltok i vurdering etter intervensjonen og 27 i oppfølging etter 12 måneder.</p>	<p>Utsatte jenter hvis foreldre hadde deltatt i Eltern als Therapeuten, gikk opp betydelig mer og raskere i vekt sammenlignet med jentene i kontrollgruppa. Effektstørrelsen var liten til middels, men tidligere nettbaserte forebyggingsforsøk for spiseforstyrrelser har vanligvis ikke funnet forskjeller i BMI. Få foreldre var villige til å melde seg på og delta i studien. Det var ikke flere signifikante effekter av intervensjonen. Foreldrebasert indisert forebygging med risiko for anoreksi fremstår ikke spesielt lovende.</p>

<p>Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J., & Lister, N. B. (2019). Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: a systematic review with meta-analysis. <i>Obesity Reviews</i>, 20(9), 1287-1298.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke hvilken effekt den typen behandling av overvekt som har en «kostholds-komponent» har på forekomst av spiseforstyrrelser, spiseforstyrrelsesrisiko og - symptomer hos barn og unge med overvekt.</p>	<p>Australia</p>	<p>Systematisk litteraturoppsummering med metaanalyse av 36 artikler om 29 studier publisert mellom 2000 og 2018, om ulike intervensjoner (med en «kostholds-komponent») innrettet mot behandling av overvekt hos til sammen 2589 barn og unge.</p>	<p>Metaanalyser viste en reduksjon i bulimiske symptomer, emosjonell spising, overspising og trang til å bli tynn etter intervensjonen. Ved oppfølging ble det funnet en reduksjon i risiko for spiseforstyrrelser. Strukturert og profesjonelt drevet overvekts-behandling var assosiert med redusert prevalens av spiseforstyrrelser, spiseforstyrrelsesrisiko og - symptomer.</p> <p>Når overvekts-behandling gjøres strukturert og profesjonelt, kan den redusere forekomsten av spiseforstyrrelser, men dette forutsetter deltakelse over lang tid i behandlingen. Det trengs mer forskning om forholdet mellom slanking og spiseforstyrrelsesrisiko for dem med overvekts-problematikk som trekker seg ut av behandlingsprogrammet.</p>
<p>Kalindjian, N., Hirot, F., Stona, A.-C., Huas, C., & Godart, N. (2021). Early detection of eating disorders: a scoping review. <i>Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity</i>, 1-48.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å gjennomgå det vitenskapelige datagrunnlaget som på dette tidspunktet forelå om tidlig oppdagelse av spiseforstyrrelser (som er ett aspekt ved sekundærforebygging)</p>	<p>Frankrike/ Singapore</p>	<p>Scoping review av 43 artikler utgitt frem til 2021 identifisert gjennom søk i PUBMED og PsycINFO</p>	<p>De populasjonene som var sterkest representert var fra skolen, allmennpraksis og idretten. De mest studerte spiseforstyrrelsene (med tanke på tidlig oppdagelse) var anoreksi og bulimi. Det var lite forskning på overspisingsslidelse, og seks studier oppga ingen spesifikk spiseforstyrrelse. Studiene var fra Australia, USA, Canada, Storbritannia og andre europeiske land. Det vanligste temaet gjaldt kompetansenivået hos relevante yrkesgrupper. Relevante fagfolk hadde bare delvis kompetanse om symptomer. Antall timer med opplæring styrket evnen til å oppdage. Svært få intervensjonsstudier omhandler bedring av kapasiteten til tidlig oppdagelse.</p> <p>Screening i skoleregi, kombinert med opplæringsprogram, hadde mindre sikker sekundærpreventiv effekt på high school-elever enn for universitetsstudenter. Allmennleger nevner sjeldnere spiseforstyrrelsesdiagnoser i egen pasientpopulasjon enn hva som kunne forventes basert på epidemiologiske data.</p>

<p>Karekla, M., Nikolaou, P., & Merwin, R. M. (2022). Randomized clinical trial evaluating AcceptME—A digital gamified acceptance and commitment early intervention program for individuals at high risk for eating disorders. <i>Journal of clinical medicine</i>, 11(7), 1775.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å evaluere AcceptME, et digitalt, spillbasert program for tidlig intervensjon utviklet med utgangspunkt i idégrunnet fra Aksept- og forpliktelsesterapi, for unge kvinner med symptomer på/risiko for spiseforstyrrelse.</p>	<p>Kypros</p>	<p>Randomisert kontrollert forsøk blant 92 unge kvinner, hvorav 30 i kontrollgruppe.</p>	<p>Å delta i programmet hadde store, statistisk signifikante effekter på «vekt- og form»-betyrninger sammenlignet i venteliste-kontrollgruppa. Flertallet av programdeltakerne skåret under den fastsatte «risiko-grensa» etter deltakelse. Sjansene for å havne i risikograppa var 14,5 ganger høyere for de i kontrollgruppa. Det manes til forsiktighet i tolkningen av funnene fra oppfølgingstidspunktet, siden man her mangler kontrollgruppedata. Fordi programmet søker å fremme større kognitiv og atferdsmessig fleksibilitet, kan det tenkes å være egnet for forebygging av spiseforstyrrelser preget av rigiditet - som anoreksi.</p>
<p>Koreshe, E., Paxton, S., Miskovic-Wheatley, J., Bryant, E., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2023). Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. <i>Journal of eating disorders</i>, 11(1), 38.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å identifisere og undersøke litteratur om programmer for forebygging og tidlig intervensjon i møte med spiseforstyrrelser</p>	<p>Australia</p>	<p>Hurtigoversikt utarbeidet på oppdrag fra den australske regjeringen over 130 studier publisert mellom 2009 og 2021, identifisert gjennom søk i ScienceDirect, PubMed og Ovid/Medline</p>	<p>Det er empirisk støtte til forebyggingsprogrammer som kan gi reduksjon i risikofaktorer, særlig som del av skolebaserte programmer. Det er også økende empirisk støtte for bruk av teknologi og for mindfulness-baserte intervensjoner. Det finnes imidlertid få longitudinelle studier om temaet.</p>
<p>Kästner, D., Weigel, A., Buchholz, I., Voderholzer, U., Löwe, B., & Gumz, A. (2021). Facilitators and barriers in anorexia nervosa treatment initiation: a qualitative study on the perspectives of patients, carers and professionals. <i>Journal of eating disorders</i>, 9, 1-11. https://doi.org/10.1186/s40337-021-00381-0</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å identifisere forhold som - sett fra pasienters, omsorgsgiveres og fagfolks perspektiv - utgjør hemmere og fremmere for at anoreksibehandling kan starte.</p>	<p>Tyskland</p>	<p>22 kvalitative intervjuer i triader av 1) Fire kvinnelige pasienter med anoreksi fra 14 år og oppover, ved oppstart av første psykoterapeutiske behandling, 2) omsorgspersonene deres og 3) helsepersonellet som henviste.</p>	<p>De mest fremtredende faktorene som påvirket oppstart av behandling var at nærstående personer anerkjente og tok tak i situasjonen, lengden på ventetider, tilgjengelighet, anbefalinger og at helsepersonell henviste. Også det å bli eksponert for positive rollemodeller som hadde gjennomført vellykket behandling ble beskrevet som en fremmede faktor. De fleste fremmede faktorene som ble nevnt gjaldt slikt som det er mulig å gjøre noe med. Tidlig intervensjon ved anoreksi bør ikke bare involvere systemer og pasienter, men også nære omsorgspersoner og tidligere pasienter.</p>

<p>Le, L. K.-D., Barendregt, J. J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. <i>Clinical psychology review</i>, 53, 46-58.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å systematisk gjennomgå og kvantifisere hvor effektive ulike tiltak for å forebygge spiseforstyrrelser er.</p>	<p>Australia</p>	<p>Systematisk litteraturoppsummering og metaanalyse av litteratur publisert mellom 2009 og 2015, identifisert ved søk i Cochrane Controlled Trial Register, MEDLINE, PsychInfo, EMBASE og Scopus</p>	<p>Det ble identifisert 112 artikler. Når det gjaldt selektiv forebygging, ble kognitiv dissonansbaserte intervensjoner trukket frem som effektive i å redusere symptomer. Kognitiv atferdsterapi hadde størst effekt på slanking (ved ni måneders oppfølging), mens en intervensjon for sunn vekt ga reduksjon i risiko og i BMI. Ingen intervensjoner for indisert forebygging ble funnet effektive i å redusere risikofaktorer.</p>
<p>Lebow, J., Narr, C., Mattke, A., Gewirtz O'Brien, J. R., Billings, M., Hathaway, J., Vickers, K., Jacobson, R., & Sim, L. (2021). Engaging primary care providers in managing pediatric eating disorders: a mixed methods study. <i>Journal of eating disorders</i>, 9, 1-8.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke primærhelsetjenestens perspektiv på utfordringer med å identifisere og håndtere spiseforstyrrelser.</p>	<p>USA</p>	<p>En mixed methods-studie med survey og kvalitative intervju blant 60 fagutøvere innenfor pediatri og «family medicine», i seks primærmedisinske praksiser. Seksten av fagutøvere deltok i kvalitative intervju.</p>	<p>Fagutøverne oppfattet primærhelsetjenesten som en egnet arena for tidlig identifisering og behandling av spiseforstyrrelser hos barn og unge. De identifiserte flere barrierer for implementering av evidensbasert behandling i primærhelsetjenesten, inkludert mangel på tid, kunnskap og ressurser.</p>
<p>Marion, M., Lacroix, S., Caquard, M., Dreno, L., Scherdel, P., Guen, C. G. L., Caldagues, E., & Launay, E. (2020). Earlier diagnosis in anorexia nervosa: better watch growth charts! <i>Journal of eating disorders</i>, 8, 1-9.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å måle og sammenligne tiden det tar fra symptomer på anoreksi vises seg og til diagnose settes, for å fremme tidligere oppdagelse av symptomer og bidra til bedre oppfølging av sykdom.</p>	<p>Frankrike</p>	<p>Retrospektiv studie basert på journalgjennomgang og vekstkurveundersøkelse for alle 137 pasienter i alderen 9 til 16 innlagt på Nantes universitetssykehus for anoreksi mellom 2013 og 2016.</p>	<p>For 48 % av pasientene kunne et avvik i vekstkurven ha blitt observert 9,7 måneder før foreldrene rapporterte om de første symptomene. Disse pasientene viste signifikant langsommere vekttap enn de pasientene der de første symptomene var blitt rapportert før vekstavviket. Nøyaktige studier av vekstkurver kan muliggjøre tidligere oppdagelse av anoreksi hos nesten halvparten.</p>
<p>Mills, R., Hyam, L., & Schmidt, U. (2023). A narrative review of early intervention for eating disorders: barriers and facilitators. <i>Adolescent Health, Medicine and Therapeutics</i>, 217-235. https://doi.org/10.2147/AHMT.S415698</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å sammenfatte litteraturen om hemmere og fremmere for tidlig innsats ved spiseforstyrrelser, med tanke på faktorer relatert til pasientene, fagutøverne og helsetjenestens systemer.</p>	<p>Storbritannia</p>	<p>Narrativ litteraturoppsummering over fagfelleverderte artikler på engelsk publisert frem til juli 2023, og søkt etter i PubMed og PsychINFO.</p>	<p>Den som har utviklet en spiseforstyrrelse må ofte overvinne egen indre motstand (fornektelse, skam, ambivalens). Etter dette kan man fort møte hindre i form av lange ventelister og begrensede behandlingsmuligheter. Men det pågår forskning om tidlig innsats, inkludert innsats for å nå sårbare grupper trass i mangel på kvalifiserte fagfolk og press på tjenestene. Finansieringen av forskning på og tjenester innrettet mot spiseforstyrrelser har vært lav, og det er en kløft mellom den forskningen som finnes og det som skjer i praksis.</p>

<p>Moessner, M., Minarik, C., Özer, F., & Bauer, S. (2016). Effectiveness and cost-effectiveness of school-based dissemination strategies of an Internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders: a randomized trial. <i>Prevention Science</i>, 17, 306-313.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke fem skolebaserte strategier for spredning av en internettbasert intervensjon for tidlig innsats og forebygging av spiseforstyrrelser. Undersøkelsens fokus er på spredningsstrategienes effekt og kostnadseffektivitet.</p>	<p>Tyskland</p>	<p>Randomisert forsøker 395 skoler tilfeldig fikk tildelt én av fem spredningsstrategier. Strategiene varierte med hensyn til intensitet.</p>	<p>De mest intensive, dyreste strategiene med personlig kontakt viste seg mest kostnadseffektive. Det mest effektive og samtidig mest kostnadseffektive var å kombinere en introduksjonspresentasjon om spiseforstyrrelser med en workshop på videregående skole.</p>
<p>Moessner, M., Minarik, C., Özer, F., & Bauer, S. (2016). Can an internet-based program for the prevention and early intervention in eating disorders facilitate access to conventional professional healthcare? <i>Journal of Mental Health</i>, 25(5), 441-447.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke om ProYouth, et internettbasert program for forebygging av og tidlig intervensjon ved spiseforstyrrelser kan bidra til behandling av spiseforstyrrelser.</p>	<p>Tyskland</p>	<p>Survey blant 453 ProYouth-deltakere som ble spurt tre måneder etter registrering om faktisk atferd for å søke hjelp, påtenkt hjelpesøking, potensiell hjelpesøking og barrierer for å søke hjelp.</p>	<p>Innen tre måneder etter oppstart i programmet hadde en av ti begynt i behandling, i underkant av åtte prosent oppga å ha til hensikt å gjøre det mens drøyt fire av ti oppga å ville søke profesjonell hjelp ved behov. Omtrent halvparten av (de potensielle) hjelpesøkerne oppga at deltakelse i ProYouth hadde endret holdningen deres til hjelpesøking.</p>
<p>Rosello, R., Gledhill, J., Yi, I., Watkins, B., Harvey, L., Hosking, A., Viner, R., & Nicholls, D. (2021). Early intervention in child and adolescent eating disorders: The role of a parenting group. <i>European Eating Disorders Review</i>, 29(3), 519-526.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å anslå virkningen, på vektøkning og psykopatologi, av en foreldregruppeintervensjon som ble iverksatt middelbart etter spiseforstyrrelsesdiagnose hos unge henvist til et lokalt spiseforstyrrelsestilbud. Det var også et mål å identifisere variabler som kunne predikere tidlig behandlingsrespons hos barn som hadde foreldre som deltok i programmet.</p>	<p>Storbritannia</p>	<p>Foreldre til 64 ungdommer med nylig diagnostisert anoreksi deltok i en seks uker lang foreldregruppeintervensjon. Alders- og kjønnsjustert BMI og psykopatologi ble målt på ulike tidspunkter.</p>	<p>Intervensjonen var assosiert med vektøkning og forbedret psykopatologi for spiseforstyrrelser ved programavslutning, og resultatene holdt seg ved oppfølging etter seks måneder.</p>

<p>Savaglio, M., Bergmeier, H., Green, R., O'Donnell, R., Pizzirani, B., Bruce, L., & Skouteris, H. (2021). Problematic eating interventions in out-of-home care: The need for a trauma-informed, attachment-focused approach. <i>Australian Social Work, 74</i>(3), 361-372.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å gå gjennom litteraturen om tiltak i møte med problematisk spiseadferd (inkludert subklinisk nivå) blant unge som ikke bor hjemme,</p> <p>Å undersøke hvilke tiltak mot problematisk spiseadferd som er utviklet for unge i befolkningen generelt.</p> <p>Å vurdere i hvilken grad tiltakene for befolkningen generelt kan oversettes og implementeres for unge som ikke bor hjemme.</p>	<p>Australia</p>	<p>Narrativ litteraturoppsummering</p>	<p>Det ble ikke identifisert noen tiltak mot problematisk spiseadferd utviklet spesielt for unge som ikke bor hjemme. Hvis de tiltakene som eksisterer skal oversettes for bruk blant unge som ikke bor hjemme, trengs det store tilpasninger preget av traumeinformerte perspektiver og tilknytningsfokus.</p>
<p>Seike, K., Hanazawa, H., Ohtani, T., Takamiya, S., Sakuta, R., & Nakazato, M. (2016). A questionnaire survey of the type of support required by Yogo teachers to effectively manage students suspected of having an eating disorder. <i>BioPsychoSocial Medicine, 10</i>, 1-10.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke hva slags støtte yogo-lærere trengte for å støtte elever med spiseforstyrrelser, og å undersøke hvor mange elever de møtte med ulike spiseforstyrrelser</p>	<p>Japan</p>	<p>En spørreskjemaundersøkelse blant 655 yogo-lærere ved barne-, ungdoms- og videregående skoler samt spesialskoler i Chiba, Japan.</p>	<p>Den typen støtte flest yogolærere trengte var en oversikt over steder å henvise barna/de unge med spiseforstyrrelser. Anoreksi var den spiseforstyrrelsen yogolærerne oftest møtte i arbeidet sitt.</p>

<p>Stice, E., Marti, C. N., Shaw, H., & Rohde, P. (2019). Meta-analytic review of dissonance-based eating disorder prevention programs: Intervention, participant, and facilitator features that predict larger effects. <i>Clinical psychology review</i>, 70, 91-107.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å fastsette gjennomsnittlig størrelse på effektene av ulike dissonansbaserte intervensjoner, og å teste om ulike trekk ved intervensjonene, deltakerne og fasilitatorene samvarierte med effektstørrelsene.</p>	<p>USA</p>	<p>Metaanalytisk review av 56 studier om 68 dissonansbaserte forebyggingsprogrammer der til sammen 7808 personer deltok.</p>	<p>Det var større effekter for intervensjoner som innebar flere aktiviteter som kunne skape dissonans, som innebar flere gruppesesjoner og større grupper, større effekter for ansikt-til-ansikt-grupper (fremfor virtuelle), større effekter når det var frivillig å delta, når sesjonene ble filmet, når kroppsmisnøye var et kriterium for deltakelse og når deltakerne var midt i tenårene eller unge voksne. (heller enn eldre tenåringer), der det var flere deltakere fra etniske minoriteter, der klinikere og minst to fasilitatorer ledet gruppene (fremfor at forskere gjorde det), og der fasilitatorene fikk mye opplæring og veiledning. Effektene var også større når det ble gitt kompensasjon for deltakelse.</p>
<p>Stice, E., Onipede, Z. A., & Marti, C. N. (2021). A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. <i>Clinical psychology review</i>, 87, 102046.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å gjennomgå randomiserte kontrollerte studier som testet om forebyggingsprogrammer innrettet mot spiseforstyrrelser ga signifikant reduksjon i fremtidig oppstart av spiseforstyrrelser</p>	<p>USA</p>	<p>Meta-analytisk litteratur review</p>	<p>15 studier av 19 tester. Gjennomsnittsalderen var 18 år eller lavere i 14 tester. Totalt 5080 testdeltakere. Testene gjaldt om selektive forebyggingsprogrammer signifikant reduserte fremtidig oppstart av spiseforstyrrelser. De forebyggende effektene var signifikant større for studier som rekrutterte deltakere der én enkelt risikofaktor var forhøyet versus der flere risikofaktorer var forhøyet.</p>
<p>Tantillo, M., Starr, T., & Kreipe, R. (2020). The recruitment and acceptability of a project ECHO® eating disorders clinic: a pilot study of telementoring for primary medical and behavioral health care practitioners. <i>Eating Disorders</i>, 28(3), 230-255.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å beskrive Project ECHO® Eating Disorders, samt å beskrive rekrutteringsstrategiene til prosjektet og å gjennomgå funn fra evalueringen. Dette var et nytt prosjekt for digital veiledning i regi av en spiseforstyrrelsesklinikk. Målet var å bygge bro over den avstanden i kunnskap som preger forholdet mellom spesialister i sentrale strøk og lokale praktikere, særlig i distriktene.</p>	<p>USA</p>	<p>Evaluering gjennom spørreskjemaundersøkelser blant henholdsvis 65 og 38 deltakere (avhengig av hvilket spørreskjema det gjaldt) av totalt 99 deltakere - i 264 sesjoner</p>	<p>Programmet lyktes i å rekruttere deltakere fra halvparten av de 30 fylkene i målgruppa. Programmet var akseptabelt for deltakerne, som også rapporterte høy tilfredshet med klinikkene. Kunnskapsnivået økte, og programmet fremmet praksisendringer med tanke på teamarbeid, kompetanseheving, samt med tanke på tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon. Men det trengs mer kunnskap om deltakernes opplevelser av diverse aspekter ved programmet.</p>

<p>Taylor, C. B., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Goel, N. J. (2017). Prevention: Current Status and 13 Underlying Theory. The Oxford Handbook of Eating Disorders, 247.</p> <p>(Bokkapittel)</p>	<p>Å gjennomgå og evaluere statusen for forskning på forebygging av spiseforstyrrelser (inkludert på sekundærforebygging) og å redegjøre for gjeldende teoretiske tilnærminger og programmer som har vist seg effektive.</p>	<p>USA</p>	<p>Forskningsgjennomgang.</p>	<p>Vi vet nå mer om hva som ser ut til å være effektivt i å forebygge spiseforstyrrelser. For sekundærforebygging gjelder dette kognitiv dissonansbasert forebygging, internetbasert forebygging og kombinert forebygging av overvekt og spiseforstyrrelser.</p>
<p>Wade, T. D. (2018). Prevention of Eating Disorders. In K. D. W. Brownwell, B. Timothy (Red.), Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook (pp. 340-345). The Gilford Press.</p> <p>(Bokkapittel)</p>	<p>Å skaffe oversikt over den delen av utviklingen i de siste femten årenes (frem til 2018) forskning om forebygging av spiseforstyrrelser som er evidensbasert, herunder også om selektiv og indisert forebygging</p>	<p>Australia</p>	<p>Gjennomgang av eksisterende forebyggingsstudier fra fagfelleverderte tidsskrifter, om psykologiske terapier med empirisk støtte i henhold til definerte kriterier.</p>	<p>Når det gjelder selektiv og indisert forebygging, finnes det tre programmer som har påvist forebyggende effekt på oppstart av spiseforstyrrelser: Body Project, Healthy Weight Intervention og StudentBodies.</p>
<p>Wade, T. D., Johnson, C., Cadman, K., & Cook, L. (2022). Turning eating disorders screening in primary practice into treatment: A clinical practice approach. International Journal of Eating Disorders, 55(9), 1259-1263.</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å undersøke effekten, på henvisning for spiseforstyrrelser i allmennpraksis, av en ny tilnærming til screening</p>	<p>Australia</p>	<p>Kvalitative telefonintervjuer, fokusgruppeintervjuer med og gjennomgang av henvisningsskjemaer for 73 allmennleger fra 42 praksiser. Tema var erfaringene med den nye tilnærmingen til screening, der allmennlegene fikk 1) anledning til å henvise til et lavkosttilbud, 2) et enkelt screeningverktøy og 3) individuell opplæring om screening.</p>	<p>Det opplevdes lettere for allmennlegene å initiere screening når de hadde et sted å henvise til. Det ble lettere å ta opp spiseatferd med pasientene. Det var vanskelig å finne tid til å stille ekstra spørsmål (om spiseforstyrrelser), og allmennlegene hadde motstand mot å diagnostisere spiseforstyrrelser. Kvalitative tilbakemelding fra allmennleger antydte at de ikke ville ha screenet for en slik tilstand dersom de ikke hadde hatt et lett tilgjengelig tiltak å henvise til. Før prosjektet hadde kun 27% av praksisene henvist pasienter for spiseforstyrrelser. I prosjektperioden henviste 50% av praksisene til sammen 90 pasienter hvorav 81% hadde spiseforstyrrelser.</p>

<p>Watson, H. J., Joyce, T., French, E., Willan, V., Kane, R. T., Tanner-Smith, E. E., McCormack, J., Dawkins, H., Hoiles, K. J., & Egan, S. J. (2016). Prevention of eating disorders: A systematic review of randomized, controlled trials. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 49(9), 833-862.</p> <p>(Artikkel).</p>	<p>Å evaluere, ved gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier, hvor effektive ulike typer spiseforstyrrelsesforebygging er (inkludert her er 85 programmer for selektiv forebygging og 8 for indisert forebygging)</p>	<p>USA/Australia</p>	<p>Systematisk litteraturreview</p>	<p>På dette tidspunktet var det kognitiv dissonans-basert forebygging som hadde sterkest støtte innenfor selektiv forebygging, mens kognitiv atferdsterapi hadde støtte innenfor indisert forebygging.</p>
<p>Aalmen, M. H., Rosenvinge, J. H., Holund, A., & Pettersen, G. (2020). Allmennlegers erfaringer med pasienter med spiseforstyrrelser. <i>Tidsskrift for Den norske legeforening</i>. doi: 10.4045/tidsskr.19.0676</p> <p>(Artikkel)</p>	<p>Å fremskaffe kunnskap om hvordan allmennleger møter utfordringer med å utrede, diagnostisere og behandle spiseforstyrrelser</p>	<p>Norge</p>	<p>Kvalitative intervju med fem fastleger i Nordland fylke</p>	<p>Fastlegene oppga å ha få pasienter med spiseforstyrrelser. De etterlyste kompetanseheving, mer bruk av spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt og screeningverktøy. Det var utfordrende å ta opp spiseforstyrrelser fordi det sjelden ble «presentert». Det var vanskelig å tematisere spiseforstyrrelser fordi det krevde tid, og det var vanskelig å finne tid til lengre konsultasjoner En fordel ved fastlegeordningen med tanke på tidlig oppdagelse var at det er mindre stigmatiserende møte hos fastlegen.</p>



Omsorgsbiblioteket er et nasjonalt elektronisk bibliotek som samler, oppsummerer og tilgjengeliggjør forskning, utviklingsarbeid og andre kunnskapsbidrag om helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Biblioteket har fått sitt mandat av Helse- og omsorgsdepartementet og driftes av Senter for omsorgsforskning.

Dette er en scoping review om sekundærforebygging av spiseforstyrrelser hos barn og unge i skolen og kommunehelsetjenesten. Den identifiserer, beskriver og sammenfatter kunnskap fra 34 vitenskapelige publikasjoner om temaene «tiltak som kan påvirke om spiseforstyrrelsesrisiko og symptomer blir kliniske spiseforstyrrelser» og «forhold og tiltak som kan påvirke om kliniske spiseforstyrrelser oppdages, diagnostiseres og/eller behandles tidlig». De inkluderte studiene er utgitt i perioden mellom 2016 og februar 2025.

Kunnskapsoppsummeringen er skrevet av førsteamanuensis Kristin Margrete Briseid og universitetsbibliotekar Jana Myrvold, begge ved Universitetet i Sørøst-Norge. Briseid er tilknyttet Senter for omsorgsforskning, sør, mens Myrvold er ansatt ved Universitetsbiblioteket.

omsorgsbiblioteket.no