

RAPPORT

2026

PARAPLYOVERSIKT

Forebygging av spiseforstyrrelser

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Forebygging av spiseforstyrrelser: en paraplyoversikt

English title Prevention of eating disorders: an umbrella review

Ansvarlig Guri Rørtveit, direktør

Forfattere Gunn Elisabeth Vist, prosjektleder,
Solveig Skjeggedal Bjornes
Gisle Berg Helland
Maria Fossli

ISBN ISBN: 978-82-8406-576-2
DOI (Permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv):
<https://doi.org/10.21349/zmh1-1y09>

Publikasjonstype Systematisk oversikt

Antall sider 86 (88 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Helsedirektoratet

Emneord(MeSH) Feeding and Eating Disorders; Prevention; Systematic Review

Sitering Vist GE, Bjornes SS, Helland GB, Fossli M. Forebygging av spiseforstyrrelser: en paraplyoversikt . [Prevention of eating disorders: an umbrella review] –2026. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	15
Spiseforstyrrelser, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd	15
Forebygging av spiseforstyrrelser	16
Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen	17
Mål og problemstilling	17
METODE	18
Prosjektplan	18
Inklusjonskriterier	18
Litteratursøk og utvelgelse av systematiske oversikter	20
Vurdering av metodisk kvalitet og analyse	20
Uthenting av data	21
Vurdering av tillit til resultatene	22
Andre vurderinger	23
Avvik fra prosjektplanen	23
RESULTATER	25
Resultater av litteratursøket og utvelgelse av systematiske oversikter	25
Metodisk kvalitet av de inkluderte systematiske oversiktene	25
Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene	25
UNIVERSELLE FOREBYGGENDE TILTAK	28
Forebygging basert på mediekompetanse	28
Intervensjoner for selvfølelse og aksept av egen kropp	32
Kognitiv atferdsterapibaserte intervensjoner (KAT)	33
Kognitiv dissonansbaserte programmer	35
Kognitiv dissonans med mediekompetansetiltak	37
Livsstilsintervensjoner	40
Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi	41

Mindfulness-baserte programmer	43
Positiv psykologi	44
Psykoedukasjonsbaserte programmer	46
Yoga	48
Annet, Digitale kroppsbildeintervensjoner	51
Annet	52
SELEKTIVE FOREBYGGENDE TILTAK	55
Yoga	55
INDIKATIVE FOREBYGGENDE TILTAK	57
Yoga	57
UNIVERSELLE, SELEKTIVE OG INDIKATIVE FOREBYGGENDE TILTAK	
SAMLET	59
Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) baserte programmer	59
UNIVERSELL OG INDIKATIV FOREBYGGING	64
Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner	64
SELEKTIV OG INDIKATIV FOREBYGGING	66
Psykoedukasjonsbaserte programmer	67
Kognitiv atferdsterapi	67
Dissonansbasert terapi	68
Motivational-enhancement therapy	69
OVERLAPP AV PRIMÆRSTUDIER	71
DISKUSJON	73
Hovedfunn	73
Er kunnskapsgrunnlaget dekkende og anvendelige?	75
Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?	76
Styrker og svakheter ved denne paraplyoversikten	77
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier	79
Resultatenes betydning for praksis	79
Kunnskapshull	80
KONKLUSJON	82
REFERANSER	83
VEDLEGG 1. AMSTAR-2 SJEKKLISTEN	87
VEDLEGG 2. AMSTAR-2 VURDERINGER	89

Hovedbudskap

Spiseforstyrrelser er en tilstand med økende forekomst som medfører betydelig lidelse for den som rammes og deres pårørende, og forebygging har derfor stort potensiale. Vi har utarbeidet en paraplyoversikt (systematisk oversikt over systematiske oversikter) over tiltak for forebygging av spiseforstyrrelser basert på et forskningskart om forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser, publisert i 2025 av FHI.

Den metodiske kvaliteten på de inkluderte oversiktene er vurdert med AMSTAR-2, og er baserte på de nyeste oversiktene av høy/moderat metodisk kvalitet. Vi vurderte tillit til resultatene ved hjelp av GRADE tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

Vi undersøkte over 20 tiltak fordelt på universell, selektiv og indikativ forebygging. Kun ett utfall ble vurdert til å ha moderat tillit til resultatene: bedring av eget kroppsbilde rett etter at tiltaket ble gitt. Tiltaket var digitale kroppsbildeprogrammer (ulike tiltak om kroppsbilde gitt digitalt) gitt som universelt forebyggende tiltak til kvinner over 17 år. For de øvrige utfallene har vi lav eller svært lav tillit til resultatene, noe som betyr at vi er usikre på om det virker.

Hovedkonklusjonen er at det mangler god dokumentasjon om forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser på grunn av små og få godt utførte kontrollerte studier. Det store antallet ulike tiltak gjør at det ofte er lite forskning om hvert enkelt, og særlig mangler forskning som undersøker forebygging av en spiseforstyrrelsesdiagnose. For å kunne gi sikrere konklusjoner er det behov for flere gode studier som undersøker samme tiltak og sammenligning.

Tittel:

Forebygging av spiseforstyrrelser

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet (FHI), på oppdrag fra helsedirektoratet

Når ble litteratursøket avsluttet?

Februar 2025

Fagfellevurdering:

Lillebeth Larun, forsker, Folkehelseinstituttet (intern fagfelle)

Øyvind Rø, professor II, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo (ekstern fagfelle)

Sammendrag

Innledning

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for psykiske lidelser kjennetegnet av symptomer knyttet til tanker og atferd om mat, kropp og vekt. Forekomsten er økende, og tilstanden kan medføre betydelig lidelse for den som rammes og deres pårørende, samt ha store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Forebygging har derfor stort potensiale, og forebyggende tiltak kan deles inn i universelle (rettet mot hele befolkningen), selektive (rettet mot grupper med økt risiko) og indikative (rettet mot personer med tidlige tegn på spiseforstyrrelser).

Hensikt

Hensikten var å utarbeide en paraplyoversikt (systematisk oversikt over systematiske oversikter) om effekten av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser i alle aldre. Paraplyoversikten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet, som skal levere en kunnskapsoppsummering til Helse- og omsorgsdepartementet som delleveranse på oppdraget «Forebygging og behandling spiseforstyrrelser» (TB2023-36), forankret i Opptrappingsplan for psykisk helse (2023–2033).

Metode

Denne paraplyoversikten bygger på et forskningskart om forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser publisert i 2025 av Folkehelseinstituttet. Litteratursøk og utvelgelse av systematiske oversikter ble utført i forbindelse med forskningskartet, og omfattet søk i åtte databaser. Av 2559 identifiserte publikasjoner ble 78 systematiske oversikter inkludert etter screening hvorav 41 med søkedato fra 2020 til februar 2025 ble vurdert videre. For å inngå i paraplyoversikten måtte oversiktene ha moderat eller høy metodisk kvalitet, vurdert med AMSTAR-2 sjekklisten som en del av forskningskartet. For å inkludere flere kjønn og aldersgrupper ble tre systematiske oversikter som ikke var vurdert i forskningskartet, kvalitetsvurdert i denne paraplyoversikten. Ni systematiske oversikter oppfylte kravet om moderat/høy metodisk kvalitet, åtte av dem utgjør kunnskapsgrunnlaget i denne rapporten. Den niende systematiske oversikten hadde sammenslått svært ulike tiltak, som også hver for seg var rapportert i andre systematiske oversikter, vi baserte oss på de spissede. Én medarbeider hentet ut resultater og en annen medarbeider kontrollerte uthentingene. Vi vurderte tillit til resultatene ved hjelp av GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) for utfallene spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Resultater

Vi undersøkte over 20 tiltak fordelt på universell, selektiv og indikativ forebygging. Gjennomgående har vi vurdert tilliten til de fleste resultatene som svært lav, hovedsakelig på grunn av små og få primærstudier, betydelig variasjon i tiltakenes innhold og gjennomføring, samt sparsom rapportering av effektestimater.

Vi har moderat tillit til ett utfall for **universelle forebyggende tiltak**:

- Det er sannsynlig at digitale kroppsbildeprogrammer (ulike tiltak om kroppsbilde gitt digitalt) fører til bedring av eget kroppsbilde sammenlignet med kontroll eller ingen tiltak, målt rett etter at tiltaket ble gitt for kvinner over 17 år.

Vi har lav tillit til flere resultater for **universelle forebyggende tiltak**:

- Det er mulig at ikke-veiledet (uten direkte involvering av fagperson) nettbasert psykoedukasjonsintervensjon (eBodyProject) fører til en liten positiv effekt på kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd sammenlignet med brosjyre eller video, både rett etter at tiltaket ble gitt og ved kort- og langtidsoppfølging for kvinner med gjennomsnittsalder ca. 20 år.
- Det er mulig at kognitiv atferdsterapi har liten eller ingen effekt på kroppsmisnøye sammenlignet med vanlig undervisning eller venteliste for gutter under 18 år.
- Det er mulig at kognitiv dissonansbasert terapi fører til forbedring av kroppsbilde og kroppsmisnøye sammenlignet med venteliste, rett etter at tiltaket ble gitt og ved 1 til 6 måneders oppfølging for menn over 18 år.

Når det gjelder **selektive** og **indikative forebyggende tiltak** var det kun yoga som ble undersøkt i denne settingen alene. Vi har svært lav tillit til resultatene.

Vi har lav tillit til flere resultater for **universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet:

- Det er mulig at intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet fører til lavere kroppsmisnøye sammenlignet med ingen eller minimal intervensjon (f.eks. venteliste, ingen tiltak, inaktiv sammenligning), ved oppfølging etter 1 uke til 6 måneder, samt etter eksponering for kroppsbildetrusset umiddelbart etter tiltaket for ungdom og unge voksne 12–25 år (hovedsakelig kvinner).
- Det er mulig at intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet fører til bedret kroppsbilde og muligens liten eller ingen endring i kroppsmisnøye sammenlignet med evidensbaserte intervensjoner, målt umiddelbart etter at tiltaket ble gitt for ungdom og unge voksne 12–25 år (hovedsakelig kvinner).

Vi har lav tillit til flere resultater for **universelle og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet:

- Det er mulig at digitale selvhjelpsintervensjoner fører til en liten eller ingen endring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med venteliste eller video, både

umiddelbart etter at tiltaket ble gitt og ved oppfølging for ungdom og unge voksne 13-24 år (hovedsakelig kvinner).

Vi har lav tillit til flere resultater for **selektive og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet:

- Det er mulig at ikke-veiledede digitale selvhjelpsplattformer med fokus på kognitiv atferdsterapi fører til en bedring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen tiltak umiddelbart etter at tiltaket ble gitt for unge voksne (hovedsakelig kvinner) med risiko for å utvikle eller ved allerede etablerte symptomer på en spiseforstyrrelse.
- Det er mulig at ikke-veiledede digitale selvhjelpsplattformer med fokus på dissonansbasert terapi fører til en bedring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen tiltak rett etter tiltaket ble gitt for kvinner med gjennomsnittsalder på 20 år med risiko for å utvikle eller ved allerede etablerte symptomer på en spiseforstyrrelse.

For de øvrige tiltakene har vi svært lav tillit til resultatene. Svært lite forskning har undersøkt forebygging av en klinisk spiseforstyrrelsesdiagnose som utfall. Det var kun to oversikter som undersøkte dette, begge om universell psykoedukasjon. Vi har svært lav tillit til resultatene og vi er derfor usikre på effekten av psykoedukasjon på risikoen for å utvikle en klinisk diagnose. For de øvrige tiltakene er effekten på spiseforstyrrelsesdiagnose ikke undersøkt.

Diskusjon

Vi har systematisk oppsummert nyere systematiske oversikter med moderat metodisk kvalitet, som undersøker effekten av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser. Rent overordnet viser denne paraplyoversikten at forskningsgrunnlaget er fragmentert og generelt svakt. De fleste tiltakene har som nevnt lav eller svært lav tillit (noe som reflekterer at det ofte kun er få og små studier tilgjengelig), og oversiktene peker på store kunnskapshull. Flere av de systematiske oversiktene blander universelle, selektive og indikative tiltak, noe som gjør det vanskelig å vurdere hvilke tiltak som fungerer for hvilke målgrupper og i hvilke faser av risikoforløpet. Det finnes lite forskning om diagnoseutfallet, langtidsvirkninger, minoritetsgrupper, og relativt få av tiltakene er oppsummert om kvinnelige populasjoner til tross for høyere forekomst av spiseforstyrrelser hos kvinner.

Metodiske svakheter og varierende kvalitet i rapporteringen av resultatene, bidrar til ytterligere usikkerhet rundt effekten av disse tiltakene. Samlet viser resultatene at det trengs flere større og godt designede studier før man kan gi klare anbefalinger for forebyggende praksis. Oversikten gir derfor først og fremst et grunnlag for videre forskning, snarere enn klare konklusjoner om effektive tiltak.

Konklusjon

Vår hovedkonklusjon er at det mangler god dokumentasjon om effekten av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser.

Key messages

Eating disorders are a condition of increasing prevalence that causes considerable suffering for those affected and their families, and prevention therefore has great potential. We conducted an umbrella review (systematic overview of systematic reviews) of interventions for the prevention of eating disorders, based on an evidence and gap map on prevention and early intervention for eating disorders published in 2025 by NIPH.

The methodological quality of the included reviews was assessed using AMSTAR-2 and we based our conclusions on the most recent reviews of high or moderate methodological quality. We evaluated the certainty of the evidence using the GRADE approach (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

We identified and assessed more than 20 interventions across universal, selective and indicated prevention. Only one outcome was assessed as having moderate certainty in the results: improvement in body image immediately following the intervention. The intervention was digital body image programmes delivered as a universal preventive intervention to women aged over 17 years. For all remaining outcomes, we have low or very low certainty of the evidence, indicating that we are uncertain about the effect.

The main conclusion is that there is a lack of strong evidence due to small and few well-conducted controlled trials. The large number of different interventions means that the evidence base for each individual intervention is often limited, and research examining prevention of an eating disorder diagnosis is particularly scarce. To draw conclusions, further well-conducted studies examining the same intervention and comparator are needed.

Title:
Prevention of eating disorders: an umbrella review

Publisher:
The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) conducted the review based on a commission from the Norwegian Directorate of Health

Updated:
Last search for studies:
February 2025

Peer review:
Lillebeth Larun, researcher, NIPH

Øyvind Rø, Professor II, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo

Executive summary (English)

Introduction

Eating disorders encompass a group of mental disorders characterised by symptoms related to thoughts and behaviours concerning food, body and weight. The prevalence is increasing, and the condition can cause considerable suffering for those affected and their families, as well as substantial socioeconomic consequences. Prevention therefore has great potential. Preventive interventions can be classified as universal (targeting the general population), selective (targeting groups at increased risk) or indicated (targeting individuals showing early signs of eating disorders).

Objective

Our aim was to conduct an umbrella review (systematic overview of systematic reviews) on the effect of preventive interventions for eating disorders across all age groups. The umbrella review was commissioned by the Norwegian Directorate of Health, which is preparing a knowledge summary for the Ministry of Health and Care Services as part of the mandate "Prevention and treatment of eating disorders" (TB2023-36), anchored in the National Action Plan for Mental Health (2023–2033).

Method

This umbrella review builds on an evidence and gap map on prevention and early intervention for eating disorders published in 2025 by the Norwegian Institute of Public Health (NIPH). The literature search and selection of systematic reviews were conducted as part of the evidence and gap map, and encompassed searches in eight databases. Of 2559 identified publications, 78 systematic reviews were included after screening, of which 41 with a search date from 2020 to February 2025 were assessed further. To be included in the umbrella review, the reviews had to be of moderate or high methodological quality, assessed using the AMSTAR-2 checklist as part of the evidence and gap map. To be more inclusive on sex and age groups, three systematic reviews not previously assessed in the evidence and gap map were quality appraised in this umbrella review. Nine systematic reviews met the requirement of moderate or high methodological quality and constitute the evidence base for the results. One team member extracted results, and another verified the extraction. We assessed the certainty of evidence using the GRADE approach (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) for the outcomes eating disorder diagnosis, body image, body dissatisfaction and disordered eating.

Results

We examined over 20 interventions across universal, selective and indicated prevention. We assessed the certainty in most outcomes as very low, primarily due to small and few well conducted primary studies, considerable heterogeneity in intervention content and delivery, and sparse reporting of effect estimates for several outcomes.

We have moderate certainty in one outcome for **universal preventive interventions**:

- Digital body image programmes probably lead to improvement in body image compared with control or no intervention, measured immediately after the intervention was delivered to women aged over 17 years.

We have low certainty in several outcomes for **universal preventive interventions**:

- Unguided online psychoeducation (eBodyProject) may have a small positive effect on body image, body dissatisfaction and disordered eating compared with brochure or video, immediately after the intervention and at short- and long-term follow-up for women with a mean age of approximately 20 years.
- Cognitive behavioural therapy may have little or no effect on body dissatisfaction compared with usual education or waitlist for boys under 18 years.
- Cognitive dissonance-based therapy may lead to improvement in body image and body dissatisfaction compared with waitlist, immediately after the intervention and at 1 to 6 months follow-up for men over 18 years.

For **selective and indicated preventive interventions**, yoga was the only intervention examined in these settings alone. We have very low certainty in these results.

We have low certainty in several outcomes for **universal, selective and indicated preventive interventions** examined jointly:

- Body image flexibility interventions (BIF) may lead to lower body dissatisfaction compared with no or minimal intervention, at follow-up from 1 week to 6 months and after exposure to a body image threat immediately after the intervention for adolescents and young adults aged 12 to 25 years (predominantly women)
- Body image flexibility interventions (BIF) may lead to improved body image and possibly little or no change in body dissatisfaction compared with evidence-based interventions (EBI), measured immediately after the intervention for adolescents and young adults aged 12 to 25 years (predominantly women)

We have low certainty in several outcomes for **universal and indicated preventive interventions** examined jointly:

- Digital self-help interventions may lead to little or no change in disordered eating compared with waitlist or video, both immediately after the

intervention and at follow-up for adolescents and young adults aged 13 to 24 years (predominantly women)

We have low certainty in several outcomes for **selective and indicated preventive interventions** examined jointly:

- Unguided digital self-help platforms focusing on cognitive behavioural therapy may lead to improvement in disordered eating compared with no intervention, immediately after the intervention for young adults (predominantly women) at risk of developing or with established symptoms of an eating disorder
- Unguided digital self-help platforms focusing on dissonance-based therapy may lead to improvement in disordered eating compared with no intervention, immediately after the intervention for women with a mean age of 20 years at risk of developing or with established symptoms of an eating disorder

For the remaining interventions, we have very low certainty in the results. Very little research has examined prevention of a clinical eating disorder diagnosis as an outcome. Only two reviews examined this, both concerning universal psychoeducation. We have very low certainty in the results and are therefore uncertain about the effect of psychoeducation on the risk of developing a clinical diagnosis. For the remaining interventions, the effect on eating disorder diagnosis has not been examined.

Discussion

We have systematically summarised nine systematic reviews of moderate methodological quality examining the effectiveness of preventive interventions for eating disorders. Overall, this umbrella review shows that the evidence base is fragmented and generally weak. Most interventions have very low or low certainty of evidence, and the review highlights substantial knowledge gaps. Several systematic reviews combine universal, selective and indicated interventions, making it difficult to assess which interventions work for which target groups and at which stages of the risk trajectory. There is limited research on the diagnosis outcome, long-term effects and minority groups, and relatively few interventions have been examined in female populations despite the higher prevalence of eating disorders among women.

Methodological weaknesses and varying quality in the reporting of results contribute to further uncertainty regarding the effectiveness of these interventions. Taken together, the results indicate that newer, larger and well-designed studies are needed before clear recommendations for preventive practice can be made. This umbrella review therefore primarily provides a basis for further research, rather than definitive conclusions about effective interventions.

Conclusion

Our main conclusion is that there is a lack of solid documentation on the effectiveness of preventive interventions for eating disorders.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i november 2025 i oppdrag av Helsedirektoratet å utføre en paraplyoversikt (systematisk oversikt over systematiske oversikter) om effekter av ulike forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser i alle aldre.

Hensikten var å utarbeide en paraplyoversikt om effekten av ulike forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser til Helsedirektoratet som skal levere en kunnskapsoppsummering til Helse- og omsorgsdepartementet som delleveranse på deres oppdrag: 'Forebygging og behandling spiseforstyrrelser' TB2023-36, gitt i Prop 1 S (2022-23). Dette er også forankret i Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033).

Helsedirektoratet har tidligere bestilt et forskningskart om forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser fra FHI (1), som vi bygger denne paraplyoversikten på. Helsedirektoratet har også tidligere bestilt en paraplyoversikt om behandling for spiseforstyrrelser fra FHI (2). Innledningen vil være overlappende med innledningene i de nevnte rapportene.

Område for helsetjenester, FHI, følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning» (3). Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Bidragstere

Prosjektleder: Gunn Elisabeth Vist
Interne prosjektmedarbeidere ved FHI:
Gisle Berg Helland
Solveig Skjeggedal Bjornes
Maria Fossl

Takk til ekstern fagfelle Øyvind Rø, professor II, Institutt for klinisk medisin, UiO og intern fagfelle Lillebeth Larun som har gjennomgått og gitt innspill til kunnskapsoppsummeringen.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Ingen oppgir interessekonflikter.

Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
fagdirektør

Hege Berg Henriksen
*fungerende
avdelingsdirektør*

Gunn Elisabeth Vist
prosjektleder

Innledning

Denne innledningen er i stor grad kopiert og er derfor svært lik innledningen i prosjektplanen (4).

Spiseforstyrrelser, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for en gruppe psykiske lidelser med forskjellige årsaker og utviklingsforløp, som kjennetegnes av symptomer som omhandler tanker og atferd knyttet til mat, kropp og vekt (5). Disse symptomene kan begrense livsutfoldelsen og påvirke livskvaliteten til den enkelte, og medfører en betydelig sykdomsbyrde både nasjonalt og globalt (6;7). I noen tilfeller kan tilstanden blir så alvorlig at det er fare for liv og helse.

Det finnes flere forskjellige typer spiseforstyrrelser, og diagnostiseringen av disse har endret seg de siste årene. Dette har betydning for rapportering av forekomstdata, men livstidsprevalensen av spiseforstyrrelser uavhengig av diagnose, er tidligere anslått til mellom 3–8 % for kvinner og 1–2 % for menn (6;8). Nyere forskning viser at forekomsten har mer enn doblet seg fra perioden 2000–2006 til 2013–2018 (8), og det ble også sett en økning i forekomst i etterkant av koronapandemien (9). I Norge ble det i 2021 estimert at 88 000 personer lever med en spiseforstyrrelse, og de samfunnsøkonomiske kostnadene relatert til spiseforstyrrelser ble estimert til 26 milliarder kroner samme år (7).

Per dags dato brukes diagnosesystemet ICD-10 i Norge, men noen ganger benyttes også DSM-5 i diagnostiseringen av spiseforstyrrelser. Det er planlagt en nasjonal overgang til ICD-11 systemet på sikt, som i stor grad inneholder de samme diagnosekriteriene som diagnosesystemet DSM-5, og som forhåpentligvis vil skape en mer omforent diagnostisering. De vanligste spiseforstyrrelsesdiagnosene er anorexia nervosa (anoreksi, AN) kjennetegnet av undervekt og en intens frykt for å gå opp i vekt, bulimia nervosa (bulimi, BN) som typisk består av overspising etterfulgt av kompenserende atferd (oppkast, bruk av avføringsmidler, overtrening etc.), overspisingslidelse (binge eating disorder, BED) som kjennetegnes av hyppige episoder med stort matinntak kombinert med en følelse av å miste kontrollen over mengden man spiser, samt annen spesifisert/uspesifisert spiseforstyrrelse (OSFED/USFED) (5).

De nevnte diagnosene utgjør den største sykdomsbyrden, og særlig anorexia nervosa er ofte forbundet med annen psykiatrisk komorbiditet, økt dødelighet og langvarig forløp (10-12). Imidlertid kan også kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd ha betydelig innvirkning på livskvaliteten til den enkelte (13;14). Atferdsmønstre som slanking, over-spising og overdreven trening forekommer langt hyppigere enn diagnostiserbare spiseforstyrrelser, og blant ungdom er prevalensen av forstyrret spiseatferd estimert til 22-26 % (6). Forstyrret spiseatferd og kroppsmisnøye kan bidra til utvikling av spiseforstyrrelser over tid.

Når vi videre omtaler begrepet spiseforstyrrelser i denne rapporten, vil det innebære de kliniske diagnosene nevnt over. I tillegg har vi inkludert kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd som kan utvikle seg til en spiseforstyrrelsesdiagnose på sikt, og som derfor er et viktig angrepspunkt for forebyggende tiltak.

Forebygging av spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser har høye kostnader for den enkelte, familien og samfunnet. Lidelsene er vanskelig å behandle; mange kommer ikke til behandling og en del får langvarige sykdomsforløp (15). Dette understreker viktigheten av forebygging.

Forebygging kan defineres som tiltak som har som mål å hindre at noe uønsket forekommer eller forverres (15). For å forebygge spiseforstyrrelser er det viktig at tiltakene retter seg mot å redusere risikofaktorer for slike lidelser, for eksempel slanking og kroppsmisnøye (15). Det finnes flere forskjellige forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser. Psykoedukasjon innebærer undervisning om spiseforstyrrelser inkludert risikofaktorer, konsekvenser og behandling (15). Undervisning kan gis én-til-én eller i grupper. Andre tiltak kan være basert på prinsipper fra kognitiv teori (for eksempel «Student Bodies», kognitiv dissonansteori (for eksempel «The Body Project»), eller fokus på å fremme mediekompetanse (for eksempel «Media Smart») (15). I tillegg finnes det tiltak som handler om kompetanseheving til helsepersonell for å gjenkjenne tidlige tegn og risikofaktorer, eller tiltak som fremmer positiv selvoppfatning og fokuserer på ulike mestringsstrategier. Det er forskjellige måter å dele inn de ulike forebyggende tiltakene på, ofte benyttes primærforebygging (forhindre sykdom og skader før de oppstår), sekundærforebygging (oppdage sykdom tidlig og forhindre at de utvikler seg) og tertiærforebygging (reducere konsekvensen av allerede eksisterende sykdom). Med denne inndelingen vil tertiærforebygging delvis overlape med behandling, og noen slike tiltak er allerede oppsummert i vår paraplyoversikt om behandling av spiseforstyrrelser (2). I denne paraplyoversikten skilles det mellom universelle, selektive og indikative tiltak etter målgruppe og risikonivå (16;17).

Universelle forebyggende tiltak retter seg mot hele befolkningen uavhengig av individuell risiko for spiseforstyrrelser. Selektiv forebygging retter seg mot grupper med økt risiko, for eksempel personer med psykiske plager, overvekt eller fedme, eller aktive idrettsutøvere. Indikativ forebygging omfatter tiltak for personer som allerede viser

tidlige tegn på spiseforstyrrelser – som kroppsmisnøye eller slankeatferd – men som ennå ikke har utviklet en klinisk diagnose (16). Forebygging og tidlig intervensjon er viktig for å hindre at tilstanden blir mer alvorlig og utvikler seg til en sykdom med påfølgende diagnose.

For å kunne si noe om effekten av forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser er det nødvendig å undersøke utfall som reflekterer både kliniske diagnoser og risikofaktorer som f.eks. kroppsmisnøye, negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd. Antall spiseforstyrrelsesdiagnoser gir et direkte mål på antall personer med lidelsen, mens kroppsbilde og kroppsmisnøye er sentrale psykologiske faktorer som påvirker sårbarhet for å utvikle spiseforstyrrelser og livskvalitet. I tillegg kan forstyrret spiseatferd være et tidlig tegn på utvikling av spiseforstyrrelser og et viktig mål for forebygging. Disse utfallene gir et helhetlig bilde av hvordan tiltakene påvirker både forekomst, symptomer og underliggende mekanismer.

Hvorfor det er viktig å utføre denne kunnskapsoppsummeringen

Forebygging av spiseforstyrrelser er viktig for den enkeltes helse og livskvalitet, men også i et samfunnsmessig perspektiv fordi tilstanden utgjør en betydelig sykdomsbyrde med store samfunnsøkonomiske konsekvenser. Det finnes en rekke forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser, men før disse iverksettes og det prioriteres mellom dem, er det viktig å vite noe om effekten av disse tiltakene. Vi vil derfor oppsummere de nyeste systematiske oversiktene av høy eller moderat metodisk kvalitet som omhandler forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser i alle aldre.

Mål og problemstilling

Hensikten med denne paraplyoversikten (systematisk oversikt over systematiske oversikter) er å undersøke effekten av ulike forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser i alle aldre.

Metode

Vi har utarbeidet en paraplyoversikt om effekter av forebygging av spiseforstyrrelser. Vi har fulgt anbefalinger fra Folkehelseinstituttets metodehåndbok «Slik oppsummerer vi forskning» som er tilgjengelig fra metodeboka vår «Slik oppsummerer vi forskning» (3) og Cochrane Handbook (18).

Paraplyoversikten er et uavhengig arbeid av forskergruppen ved FHI og vi har fulgt internasjonale metodeanbefalinger (18). For å sikre at paraplyoversikten tilfredsstillende oppdragsgivers kunnskapsbehov, har vi konsultert med Helsedirektoratet (oppdragsgiver) og fagekspert under arbeidet. Gjennom samtaler med fagekspert og representanter for Helsedirektoratet oppnådde vi en god omforent forståelse for oppdragsgivers kunnskapsbehov, ønsker om delleveranser og oppdateringer om fremdrift.

Prosjektplan

Paraplyoversikten er gjennomført i tråd med prosjektplanen (4)

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Universelle tiltak gitt til hele befolkningen (barn, unge, voksne eller eldre) Selektive tiltak gitt til barn, unge, voksne eller eldre med økt risiko for kroppsmisnøye, forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser Indikative tiltak gitt til barn, unge, voksne eller eldre med forstyrret spiseatferd, kroppsmisnøye eller som viser tegn til spiseforstyrrelser Dersom nok informasjon er tilgjengelig i de systematiske oversiktene vil vi rapportere kjønn og minoritetsstatus (urbefolkning, etnisitet, kjønnsidentitet og sosioøkonomisk status)
-------------------	--

Forebyggende tiltak	<p>Forebyggende tiltak:</p> <p>Aksept og verdibasert atferdsterapi</p> <p>Body Image Flexibility Interventions (BIF)</p> <p>Familiebasert terapi</p> <p>Fedmebehandling</p> <p>Forebygging basert på mediekompetanse</p> <p>Fysisk aktivitet</p> <p>Grunnbasert humanistisk intervensjon</p> <p>Gruppebasert humanistisk intervensjon</p> <p>Interpersonlig psykoterapi</p> <p>Intervensjon for forstyrret spiseatferd</p> <p>Intervensjoner for selvfølelse</p> <p>Kognitiv atferdsbaserte terapier</p> <p>Kognitiv dissonansbaserte programmer</p> <p>Livsstilsintervensjoner</p> <p>Medfølelsesbasert terapi</p> <p>Mindfulness-baserte programmer</p> <p>Positiv psykologi</p> <p>Psykoedukasjonsbaserte programmer</p> <p>Screening</p> <p>Speilterapi</p> <p>Yoga</p> <p>Andre universelle programmer</p>
Sammenligning	Sammenligninger som beskrevet i de systematiske oversiktene
Utfall	<p>Spiseforstyrrelsesdiagnose</p> <p>Kroppsbilde</p> <p>Kroppsmisnøye</p> <p>Forstyrret spiseatferd</p>
Studiedesign	Systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet presentert i tabell 10 og 11 i forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1)
Søkedato	2020 til februar 2025
Land/Kontekst	Vi noterte i hvilket land eller hvilken verdensdel tiltakene ble gitt og mottatt, slik det var oppgitt i de systematiske oversiktene.
Språk	Engelsk

Ekklusjonskriterier

Vi ekskluderte følgende typer studier og publikasjoner:

- Systematiske oversikter med lav og kritisk lav metodisk kvalitet som er presentert i tabell 10 og 11 i forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1)

Litteratursøk og utvelgelse av systematiske oversikter

Litteratursøk og utvelgelse av systematiske oversikter ble utført i forbindelse med forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1). Litteratursøket omfattet åtte databaser, ble utført i januar-februar 2025 og identifiserte 2559 unike publikasjoner. Etter screening på tittel og sammendrag og fulltekstvurdering ble det inkludert 78 systematiske oversikter. Blant disse var det 41 systematiske oversikter med søkedato fra 2020 eller nyere, som ble vurdert videre. Det vil si at de 37 oversiktene som hadde et litteratursøk før år 2020 ikke ble vurdert videre da vi tenker at disse trenger en oppdatering.

Vurdering av metodisk kvalitet og analyse

Den metodiske kvaliteten på den nyeste systematiske oversikten som hadde vurdert effekten av et forebyggende tiltak ble vurdert med AMSTAR-2-sjekklisten (19) som en del av forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1). Slik som beskrevet i forskningskartet, vurderte to prosjektmedarbeidere den metodiske kvaliteten uavhengig av hverandre og møttes så for å sammenligne og diskutere seg frem til enighet. Dersom kvaliteten var høy eller moderat, baserte vi oss på aktuell systematiske oversikt, og hvis ikke, ble den nest nyeste oversikten med samme PICO (populasjon, forebyggende tiltak, sammenligning og utfallsmål) vurdert, og så videre. Se vedlegg 1 for våre tolkninger av AMSTAR-2 spørsmålene. Vi viderefremmet kun resultatene fra systematiske oversikter av høy eller moderat metodisk kvalitet, ettersom disse vurderes å gi en pålitelig sammenstilling av primærstudienes resultater.

I denne paraplyoversikten vurderte to prosjektmedarbeidere (MF og GEV) i tillegg den metodiske kvaliteten på tre systematiske oversikter som ikke allerede var vurdert i forskningskartet. Dette gjaldt de systematiske oversiktene Fischer-Grote 2024 (20), Hendricks 2023 (21) og O`Mara 2023 (22), og de ble vurdert i tillegg for å dekke en bredere befolkningsvariasjon (kjønn og aldersgrupper).

Tabell 1: Oversikt over metodisk kvalitet basert på AMSTAR-2 sjekklisten

Systematisk oversikt	Metodisk kvalitet etter AMSTAR-2 vurdering*
<i>Systematisk oversikt med litteratursøk utført i 2024</i>	
Ahuja 2024	Moderat
Berry 2024	Moderat

Brichacek 2025	Moderat
Conboy 2024	Moderat
Gentile 2024	Moderat
Zhang 2024	Lav
Zhao 2025	Lav
<i>Systematisk oversikt med litteratursøk utført i 2023</i>	
Mateo 2024	Lav
Rupani 2024	Moderat
<i>Systematisk oversikt med litteratursøk utført i 2022</i>	
Feltner 2022	Lav
Florez-Perez 2023	Lav
Levine 2023	Kritisk lav
<i>Systematisk oversikt med litteratursøk utført i 2021</i>	
Hensley-Hackett 2022	Kritisk lav
Le 2022	Moderat
<i>Systematisk oversikt med litteratursøk utført i 2020</i>	
Astuti 2020	Kritisk lav
Babbott 2023	Kritisk lav
Stice 2021	Kritisk lav
<i>Systematisk oversikt som vi har vurdert i tillegg til forskningskartet</i>	
Fischer-Grote 2024	Kritisk lav
Hendricks 2023	Moderat
O'Mara 2023	Moderat

*AMSTAR-2 vurderingene hentet fra tabell 10 og 11 i forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1). I tillegg inneholder tabellen de tre systematiske oversiktene som ble vurdert i dette aktuelle prosjektet.

Da dette er en paraplyoversikt som baserer seg på andre forfatteres systematiske oversikter, er det ikke utført nye/egne analyser.

Uthenting av data

Én medarbeider (SSB, GBH, MF eller GEV) hentet ut data fra de inkluderte oversiktene og en annen (SSB, GBH, MF eller GEV) kontrollerte dataene mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererte vi med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi hentet ut følgende data fra de inkluderte systematiske oversiktene: full referanse, søkedato, land, antall inkluderte studier relevant for vår problemstilling, studiedesign, informasjon om populasjonen inklusive antall deltakere/pasienter og beskrivelse av kjønn, alder, etnisitet, minoritetstilhørighet og sosioøkonomisk status der dette ble oppgitt. I tillegg ga vi en beskrivelse av det forebyggende tiltaket slik som type tiltak, intensitet og varighet, beskrivelse av kontrolltiltak, informasjon om utfallsmålene (hva

som var målt, hvordan, av hvem og selve effektestimater med variasjon) og oppfølgingstid. Der resultatene var presentert separat for de forskjellige subgruppene i den systematiske oversikten, innhentet og presenterte vi også denne informasjonen.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene, mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen brukte vi GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (23) og det digitale verktøyet GRADEpro (24). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, moderat, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

Høy tillit	⊕⊕⊕⊕	Vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten
Moderat tillit	⊕⊕⊕○	Vi har moderat tillit til effektestimater: effektestimater ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimater kan også være vesentlig ulik den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>trolig</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Lav tillit	⊕⊕○○	Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater. Vi bruker ofte uttrykket <i>muligens</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.
Svært lav tillit	⊕○○○	Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Vi bruker ofte uttrykket <i>uklart/usikkert</i> for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi bruker studiedesign som utgangspunkt og vurderer så åtte kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjevheter (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direktehet (directness) og formidlings-skjevhet (publication bias). Tre kriterier kan resultere i oppgradering: stor effekt, dose-respons-sammenheng og der alle forvekslingsfaktorer (konfunderende faktorer) vil indikere motsatt effekt.

Vi vurderte tilliten til resultatene for følgende utfall: spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Dersom det er randomiserte kontrollerte studier der det kun hentes ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse

studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Én prosjektmedarbeider (SSB, GBH, MF eller GEV) vurderte tilliten til resultatene, mens en annen sjekket over vurderingene. Uenighet om vurderingene løste vi med diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (23), www.gradeworkinggroup.org og [GRADE Book](#).

Andre vurderinger

Problemstillingen angår forebygging av spiseforstyrrelser. Siden det ikke er en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderte vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltakene. Vi vurderte heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltakene. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltakene samlet.

Avvik fra prosjektplanen

Planen var å presentere tiltakene for forebygging av spiseforstyrrelser etter inndelingen universelle, selektive og indikative tiltak som beskrevet innledningsvis. Det har vi i stor grad fått til, bortsett når oversiktforfatterne har slått sammen tiltak på en måte (for eksempel meta-analyse) som gjør det umulig eller vanskelig å dele opp i disse tre kategoriene. Derfor har vi inndelingen: Universelle forebyggende tiltak, Selektive forebyggende tiltak, Indikative forebyggende tiltak, Universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak og Selektive og indikative forebyggende tiltak.

Denne rapporten bygger på forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1). Kodingen/kategoriseringen som ble utført i forbindelse med forskningskartet skjedde på en inklusiv måte, slik at dersom et forebyggende tiltak omfattet flere komponenter av forskjellige forebyggende tiltak, ble det kodet for alle komponentene. I denne paraplyoversikten er fokuset på effekten av de forebyggende tiltakene hver for seg, men siden flere av tiltakene er sammensatte, har vi måttet hente ut effekt-estimatene slik forfatterne har beskrevet dem. Vi har derfor plassert omtalen av effekten av det forebyggende tiltaket der vi tolker at hovedvekten av det forebyggende tiltaket hører hjemme. Det er hovedgrunnen til forskjellen i inndeling mellom forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1) og denne paraplyoversikten.

Mange av de forebyggende tiltakene for spiseforstyrrelser er sammensatte, og flere av tiltakene omhandler flere av de samme komponentene. Dermed kan det være utfordrende å kategorisere tiltak gruppevis, slik det ofte gjøres i systematiske oversikter. Vi gjenkjente noen primærstudier da vi hentet ut informasjon og resultater fra de forskjellige systematiske oversiktene for å presentere resultatene i oppsummeringstabellene til denne paraplyoversikten. Dersom samme deltagerne fra én og samme studie telles flere ganger kan det påvirke resultatene og tolkning av resultatene. Dobbelttelling (eller trippeltelling) får det til å se ut som det finnes flere studier og mer dokumentasjon enn det egentlig er. Om resultatenes konklusjon endres, eller i hvilken retning er umulig å forutsi, men det kan føre til feiltolkninger. Derfor gikk vi gjennom alle de systematiske oversiktene som vi har hentet ut resultater fra en gang til for å se hvilke studier som har bidratt til de resultatene som vi videreformidler, og hvor mye overlapp/potensiell dobbeltelling det var. Overlapp av primærstudier mellom de systematiske oversiktene vi har hentet resultater fra er telt opp og presentert.

Resultater

Resultater av litteratursøket og utvelgelse av systematiske oversikter

Litteratursøk og utvelgelse av systematiske oversikter ble utført i forbindelse med utarbeidelsen av forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1). Litteratursøket omfattet åtte databaser, ble utført i januar-februar 2025 og identifiserte 2559 unike publikasjoner. Etter screening på tittel og sammendrag og fulltekst-vurdering, ble det inkludert 78 systematiske oversikter. Det innebar 41 systematiske oversikter med søkedato fra 2020 eller nyere, som ble vurdert videre i tråd med inklusjonskriteriene.

Metodisk kvalitet av de inkluderte systematiske oversiktene

Den metodiske kvaliteten på den nyeste systematiske oversikten som hadde vurdert effekten av et forebyggende tiltak ble vurdert med AMSTAR-2-sjekklisten (19) slik som beskrevet i metoden. Tabell 1 ovenfor viser at vi har ni systematiske oversikter vurdert til moderat metodisk kvalitet som vi henter resultater fra.

Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene

Vi presenterer de forebyggende tiltakene etter følgende inndeling: Universelle forebyggende tiltak, Selektive forebyggende tiltak, Indikative forebyggende tiltak, Universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak og Selektive og indikative forebyggende tiltak.

Tabell 2 presenterer de inkluderte systematiske oversiktene etter målgruppe (universelle, selektive, indikative tiltak, eller en kombinasjon) og type forebyggende tiltak. I tillegg inneholder tabellen overordnet informasjon om populasjonen som er undersøkt for de relevante utfallene.

Tabell 2. Fokus i de inkluderte systematiske oversiktene

Systematisk oversikt	Spiseforstyrrelses-diagnose	Kroppsbilde	Kroppsmisnøye	Forstyrret spiseatferd
Universelle forebyggende tiltak				

Forebygging basert på mediekompetanse				
Berry (2024)			Ungdom 1-18 år	Ungdom 1-18 år
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Hendricks (2023)		Menn > 18 år	Menn > 18 år	Menn > 18 år
Intervensjoner for selvfølelse				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Kognitive atferdsterapibaserte intervensjoner				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Kognitiv dissonansbaserte programmer				
Berry (2024)			Ungdom 1-18 år	Ungdom 1-18 år
Hendricks (2023)		Menn > 18 år	Menn > 18 år	Menn > 18 år
Kognitiv dissonansterapi med mediekompetansetiltak				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Hendricks (2023)		Menn > 18 år		Menn > 18 år
Livsstilsintervensjoner				
Hendricks (2023)		Menn > 18 år		
Medfølelsesbasert terapi				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Mindfulnessbaserte programmer				
Berry (2024)			Ungdom 1-18 år	Ungdom 1-18 år
Positiv psykologi				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Psykoedukasjonsbaserte programmer				
Berry (2024)	Ungdom 1-18 år		Ungdom 1-18 år	Ungdom 1-18 år
Gentile (2024)	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år
Yoga				
Rupani (2024)		Voksne > 18 år	Voksne > 18 år	
Digitale kroppsbildeintervensjoner				
Conboy (2023)		Kvinner ≥ 17 år		
Annet				
Ahuja (2024)		Gutter < 18 år	Gutter < 18 år	
Selektive forebyggende tiltak				
Yoga				
Rupani (2024)		Voksne > 18 år		
Indikative forebyggende tiltak				
Yoga				
Rupani (2024)		Voksne > 18 år	Voksne > 18 år	
Universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak samlet				
Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT)				
Brichacek (2025)		Ungdom & unge voksne 12-25 år	Ungdom & unge voksne 12-25 år	Ungdom & unge voksne 12-25 år
Universelle og indikative forebyggende tiltak samlet				
Nettbasert selvhjelpsintervensjon				
O'Mara (2023)				Ungdom & unge voksne 13-24 år
Selektive og indikative forebyggende tiltak samlet				

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT)				
Gentile (2024)		Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år
Kognitiv atferdsterapi				
Gentile (2024)		Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år
Dissonansbasert terapi				
Gentile (2024)		Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år	Kvinner ≥ 17 år

Urbefolkning og minoritetsgrupper

Blant de systematiske oversiktene som ble vurdert til moderat metodisk kvalitet var det én som presenterte resultater for minoritetsgrupper separat og én som beskrev minoriteter som en del av populasjonskarakteristikken. I oversikten til Le og medarbeidere fra 2022 (25) beskrives det at den ene primærstudien bestod av Afrikansk-Amerikanske jenter. I den systematiske oversikten til Gentile og medarbeidere fra 2025 (26) var det inkludert to mindre RCTer som undersøkte effekten av etnisitet separat. Gentile og medarbeidere (2025) undersøkte effekten av ikke-guidede, nettbaserte selvhjelpsplattformer levert via datamaskiner. De to RCTene, gitt som selektiv og indikativ forebygging, hadde tre studiearmene, hvor dissonansbasert terapi ble sammenlignet med kognitiv atferdsterapi eller ingen intervensjon. Det ble ikke spesifisert hvilket land disse RCTene ble utført i. RCTen med 195 deltakere (27) rapporterer at dissonansbasert terapi var mer effektiv i å redusere forstyrret spiseatferd blant kvinner med minoritetsbakgrunn, mens det ikke ble påvist noen effekt blant hvite deltakere. I den andre RCTen med 176 deltakere (28) ble det rapportert effekt av etnisitet der latinamerikanske deltakere hadde lavere skårer for belønningsdrevet spiseatferd (RED-skårer) enn asiatiske deltakere.

Universelle forebyggende tiltak

Universelle forebyggende tiltak retter seg mot hele eller deler av befolkningen uavhengig av individuell risiko for spiseforstyrrelser.

Forebygging basert på mediekompetanse

Forebyggende tiltak basert på mediekompetanse skal øke kritisk tenkning ved å bedre forståelsen av media, øke kjennskap til hvordan medier kan påvirke, og forsterke evne til å vurdere hvor realistisk media fremstiller virkeligheten. Det er tenkt at en slik tilnærming skal redusere medias påvirkningskraft på folks tro, holdninger, normer og oppførsel.

Vi fant to systematiske oversikter av moderat metodisk kvalitet som omhandler universell forebygging basert på mediekompetanse. Én omhandler skolebaserte forebyggende tiltak, inklusive mediekompetanse, for alle skolelever i alderen 10 til 18 år (Berry og medarbeidere 2024, (29)). Den andre omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år (Ahuja og medarbeidere 2024, (30)). Tre studier er med i begge oversiktene, alle tre inkluderer både gutter og jenter og resultatene er presentert separat for kjønn. Alle deltakerne i de tre studiene (n= 3320 skoleelever) er med i oversikten til Berry og medarbeidere 2024, kun guttene (n=1258) er med i oversikten til Ahuja og medarbeidere 2024. Med andre ord så er det 1258 gutter som er med i to vurderinger av Forebyggende tiltak basert på mediekompetanse, og det er viktig å være oppmerksom på dette når man vurderer funnene fra de to første forebyggende tiltakene for sin gitte kontekst. Dersom skoletiltak eller tiltak for alle skoleelever er ønsket målgruppe, så er funnene under "Skolebasert tiltak om mediekompetanse" mest relevante. Dersom en ren guttepopulasjon er mest relevant, eller dersom man ønsker resultater for utfallet kroppsbilde, er funnene under "Mediekompetansetiltak for unge gutter" mer aktuelle.

Skolebasert tiltak om mediekompetanse

Den systematiske oversiktsartikkelen til Berry og medarbeidere fra 2024 (29) undersøkte effekten av Skolebaserte forebyggende tiltak hos ungdom der fem studier inkluderte tiltak for økt mediekompetanse. Tiltakene ble levert i en skolesetting av enten psykologer, fasilitatorer eller lærere, og kan kategoriseres som universelle forebyggende tiltak. Medietiltaksintervensjonene inkluderte studier om SoMe gitt over fire sesjoner, Medie- kombinert med ernæringskompetansetiltak over fire ukentlige sesjoner,

Me, you and us over seks sesjoner, POPS-program og Media smart over åtte sesjoner fordelt på fire uker.

De fem primærstudiene var utført i Australia (n=2), Tyskland (n=1), Spania (n=1) og Storbritannia (n=1). Alle var randomiserte kontrollerte studier med klyngedesign. Totalt deltok 3627 skolebarn i alderen 10-18 år (tabell 3). To studier bestod av kun jenter, mens de andre tre bestod av både gutter og jenter.

Tabell 3. Oppsummeringstabell Effekt av Skolebaserte tiltak om mediekompetanse hos skoleungdom (universell forebygging).

Skolebaserte tiltak om mediekompetanse					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning, brosjyre eller annet tiltak	Skolebasert tiltak om mediekompetanse	Forskjell Hedges g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbylde	-	Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye rett etter tiltaket	2 RCT (1155)	Én RCT (n= 892 deltagere) rapporterer færre bekymringer, én (n= 263) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmisnøye 6 mnd etter tiltaket	2 RCT (1155)	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmisnøye 12 mnd etter tiltaket	2 RCT (2208)	Én RCT (n= 263 jenter) rapporterer færre bekymringer, én (n= 1316 deltagere) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket	4 RCT (2919)	To studier (n=892 og n=1316 deltakere) fant bedring i spiseatferd. To studier (n= 448 og n=263 jenter) rapporterte ingen forskjell (g for den minste studien 0.2 (-0.45, 0.85))			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd 3 til 6 mnd etter tiltaket	3 RCT (2267)	Én studie (n= 892 gutter og jenter) fant færre spiseforstyrrelsessymptomer hos jenter. To studier fant ikke forskjell (g 0,29 (-0,38 til 0,95) og -0,01 (-0,64 til 0,62))			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd 12 mnd etter tiltaket	1 RCT (892)	Én studie (n= 892 gutter og jenter) rapporterer ikke forskjell hos jenter, men dårligere for gutter enn kontrollgruppen			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c,d}

^a Middels til høy risiko for systematiske skjevheter, ^b Ikke rapportert konfidensintervall, ^cHeterogenitet i tiltakene og konfidensintervaller som inkluderer forskjellige konklusjoner, ^dKun en liten studie

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til seks utfall og er usikre på om Skolebaserte medietiltaksintervensjoner påvirker kroppsmisnøye umiddelbart etter tiltaket, ved 6 og 12 måneders oppfølging, og forstyrret spiseatferd umiddelbart etter tiltaket, ved 3 til 6

måneders og ved 12 måneders oppfølging sammenlignet med vanlig undervisning, brosjyre eller annet tiltak på skoleelever 10 til 18 år. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og kroppsbilde.

Mediekompetansetiltak for unge gutter

Den systematiske oversikten til Ahuja og medarbeidere 2024 (30), med litteratursøk i februar 2024, ble vurdert til moderat metodisk kvalitet. Ahuja og medarbeidere (2024) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i den oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Ahuja og medarbeidere (2024), inkluderte sju kontrollerte studier med totalt 1798 gutter som hadde vurdert effekten av Forebygging basert på mediekompetanse. De forebyggende tiltakene basert på mediekompetanse inkluderer SoMe, Body image in the primary school, Body think, POPS prevention at schools, Media smart (n=2 studier) og en som ikke rapporterte navn.

Fem av studiene var utført i Australia, og én hver i Storbritannia og Tyskland, det forebyggende tiltaket ble gitt fra fire til ni uker og oppfølgingstid var fra 3 til 30 måneder. Det forebyggende tiltaket ble levert av mastergradsstudenter (n=2), lærere (n=2), lærer og mastergradsstudent i samarbeid (n=1) eller av forskere (n=2). Det forebyggende tiltaket ble sammenlignet med vanlig undervisning (n=6), venteliste og en som ikke hadde rapportert hva sammenligningsgruppen fikk eller ikke fikk (tabell 4)

Tabell 4. Oppsummeringstabell Forebygging basert på mediekompetanse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på mediekompetanse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Forebygging basert på mediekompetanse	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (70)	Rapporterer ingen forskjell		⊕○○○ Svært lav ^{a,b}	

Bekymringer om kroppsform og vekt rett etter tiltaket	4 observasjonsstudier (1033)	To studier (320 gutter) rapporterer svak forbedring, mens to studier (713 gutter) rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Ønske om mer muskulær kroppsform rett etter tiltaket	1 observasjonsstudie (237)	Rapporterer økt ønske om mer muskulær kroppsform	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmissnøye rett etter tiltak	6 observasjonsstudier (1725)	Tre studier (893 gutter) rapporterer bedre kroppsformnydhet, mens tre studier (835 gutter) rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Kroppsmissnøye ved oppfølging 3 til 30 måneder	3 observasjonsstudier (893)	En studie (150 gutter) rapporterer bedre kroppsformnydhet, mens to studier (743 gutter) rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,d}
Forstyrret spiseatferd	-	Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og KI ikke oppgitt, ^c Heterogenitet og mangel på rapportering av konfidensintervaller, ^d Konfidensintervaller ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fem utfall og er usikre på om forebyggende tiltak basert på mediekompetanse påvirker kroppsbylde, bekymringer om kroppsform og vekt, ønske om mer muskulær kroppsform og kroppsmissnøye rett etter tiltak eller ved 3 til 30 måneders oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Mediekompetansetiltak for menn

Den systematiske oversikten til Hendricks og medarbeidere fra 2023 (21), med litteratursøk i desember 2022, ble vurdert til moderat metodisk kvalitet. Hendricks og medarbeidere (2023) oppsummerer studier som omhandler kroppsbylde og forstyrret spiseatferd hos menn over 18 år.

Hendricks og medarbeidere (2023), inkluderte én observasjonsstudie med totalt 60 menn som hadde vurdert effekten av Mediekompetanse, dette tiltaket var adaptert fra Everybody's different. Studien var utført i Australia, mennene var studenter for å bli gymnlærere, gjennomsnittsalder 22 år. Det forebyggende tiltaket ble levert i 48 sesjoner av 30 minutter hver, og tiltaket ble sammenlignet med didaktisk helseundervisning (tabell 5). Den samme studien har også en studiearm som undersøker dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse, den sammenligningen er presentert under Kognitive dissonansbaserte programmer (tabell 9).

Tabell 5. Oppsummeringstabell Mediekompetanse sammenlignet med didaktisk helseundervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Forebygging basert på mediekompetanse sammenlignet med didaktisk helseundervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.			
Populasjon: Menn over 18 år			
Setting: Australia			
Tiltak: Mediekompetanse			
Sammenligning: Didaktisk helseundervisning			
Utfall	Antall studier	Forventede absolutte effekter (95 % KI)	GRADE

(deltagere)	Didaktisk helse- undervisning	Mediekompe- tanse	For- skjell SMD (95 % KI)
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert	
Kroppsbilde rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (41)	Rapporterer ikke forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (41)	Rapporterer redusert driv for muskularitet* (d=0,25)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye oppfølging 6 måneder	1 observasjonsstudie (41)	Rapporterer ikke forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (41)	Rapporterer ikke forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd oppfølging 6 måneder	1 observasjonsstudie (41)	Rapporterer ikke forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Få hendelser og KI ikke oppgitt

*Med driv for muskularitet menes ønske om å ha store muskler og se muskuløs ut.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fem utfall og er usikre på om forebyggende tiltak med mediekompetanse påvirker kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket og ved 6 måneders oppfølging hos menn. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose.

Intervensjoner for selvfølelse og aksept av egen kropp

Intervensjoner for bedre selvfølelse involverer aktiviteter som er ment å øke personers verdsettelse og aksept av egen kropp. Målet er å fremme et positivt og sunt forhold til sin egen kropp gjennom fokus på funksjon, selvfølelse og styrke til å stå imot press utenfra. Tiltakene var utført i kombinasjon med andre tiltak.

Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/observasjonsstudier.

Den systematiske oversikten til Ahuja og medarbeidere (2024), inkluderte fire kontrollerte studier som hadde vurdert effekten av Intervensjoner for selvfølelse (positive body image and embodiment). De forebyggende tiltakene inkluderte Steven universe, Topity, Free to be og Healthy body image. Studiene var utført i Brasil, Canada, Norge og USA, det forebyggende tiltaket ble gitt fra én gang til over 12 uker, oppfølgingstid var fra 1 uke til 12 måneder. Det forebyggende tiltaket ble levert av forskere (n=2), chatbot

(n=1), og én var ikke rapportert. Det forebyggende tiltaket ble sammenlignet med vanlig undervisning (n=3) eller ingenting (tabell 6).

Tabell 6. Oppsummeringstabell Intervensjoner for selvfølelse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på intervensjoner for selvfølelse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.					
Populasjon: Gutter under 18 år					
Setting: Brazil, Canada, Norge og USA					
Tiltak: Intervensjoner for selvfølelse					
Sammenligning: Vanlig undervisning					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Intervensjoner for positivt kroppsbilde	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	2 observasjonsstudier (1101)	En studie (1044 gutter) rapporterer bedring, en studie (57 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsbilde ved oppfølging 3 og 12 måneder	1 observasjonsstudie (1044)	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^c
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	4 observasjonsstudier (2184)	To studier (1464 gutter) rapporterer bedring, to studier (720 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kropps- og utseendefølelse, rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (801)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^c
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b heterogenitet og mangel på rapportering av konfidensintervaller ^cKun få deltakere og KI ikke oppgitt, ^dKonfidensintervaller ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fire utfall og er usikre på om forebyggende tiltak basert intervensjoner for selvfølelse påvirker kroppsbilde, kroppsmisnøye, kropps- og utseendefølelse rett etter tiltak eller kroppsbilde ved 3 og 12 måneder oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Kognitiv atferdsterapibaserte intervensjoner (KAT)

Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble også inkludert, da ble resultatene for gutter hentet ut. Både positivt kroppsbilde og kroppsmisnøye ble vurdert.

Ahuja og medarbeidere 2024 inkluderte tre studier som kun inkluderte gutter, alle tre var utført i en skolesetting i Australia og inkluderte totalt 880 gutter med gjennomsnittsalder på 12, 13 og 15 år. To studier var klynge-randomiserte kontrollerte studier, den tredje (og minste, 121 gutter) kontrollerte studien hadde ikke beskrevet randomiseringsmetode. Ahuja og medarbeidere 2024 har omtalt disse studiene med fokus på at det kun var gutter inkludert, og har ikke plassert dem i en forebyggingskategori. Siden vår rapport er inndelt etter forskjellige forebyggende tiltak har vi måttet vurderte selv hvor vi skulle plasserer omtalen av dem, de presenteres her under Kognitiv atferdsterapi (tabell 7).

Den største av disse studiene (488 gutter) har benyttet Goodform, et forebyggende tiltak basert på Kroppsprosjektet som handler om mer enn muskler og atlethers trening og læring for å unngå steroider. Goodform ble levert av lærere og gitt over fire uker med 4 sesjoner per uke. Innholdet er kritisk til det hyper-muskulære idealet og bruk av steroider. Mål er å øke kroppsbilde, redusere forventninger til hva bruk av steroider kan føre til, og redusere intensjoner om bruk. Den fjerde sesjonen omhandler påvirkningsarbeid og aktivisme. Både interaktive verktøy og video ble brukt. Den nest største studien (271 gutter) benyttet The self esteem & healthy body image program, levert av forskningsassistenter og gitt over fem uker med 5 sesjoner hver uke. Målet med programmet er å understreke det positive med individuelle forskjeller, forhindre negative sosiale sammenligninger, bedre kommunikasjon om kroppsspråk, tilbakemeldinger, sosiale ferdigheter og konfliktløsning. Tiltaket ble gitt interaktivt og i små gruppediskusjoner. Den minste studien spesifiserte hverken navn på tiltak eller hvem som ga tiltaket; tiltaket ble gitt over tre uker med 2 sesjoner hver uke. Mål er å forbedre kroppsbilde, redusere forstyrret spiseatferd og diskutere risikoatferd relatert til økt muskelmasse. Delta-kerne utforsket forskjellige kroppssformer og viktighet av andre karaktertrekk enn utseende, og omkring den ideelle mannskroppen. Tiltaket ble gitt med interaktive elementer gjennom aktiviteter i klasserommet.

Tabell 7. Oppsummeringstabell Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med vanlig undervisning eller venteliste for forebygging av spiseforstyrrelser.

Kognitiv atferdsterapi sammenlignet med vanlig undervisning eller venteliste for forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning, venteliste	Kognitiv atferdsterapi	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	1 RCT (121)	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Kroppsbilde ved oppfølging 1 og 3 måneder	1 RCT (121)	Rapporterer ingen forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye (målt som kroppsformørhet) rett etter tiltak	3 RCT (880)	Rapporterer ingen forskjell	⊕⊕○○○ Lav ^{a,c}
Muskelfornøydhet rett etter tiltak	1 RCT (121)	Rapporterer bedre muskelfornøydhet	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye (målt som kroppsformørhet) ved oppfølging 1 til 12 måneder	3 RCT (880)	Rapporterer ingen forskjell	⊕⊕○○○ Lav ^{a,c}
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og ikke oppgitt konfidensintervaller, ^c Konfidensintervall ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av effektestimaterne, det er mulig at kortvarige Kognitiv atferdsterapi om kropp og muskelmasse hos gutter har liten eller ingen effekt på kroppsmisnøye rett etter tiltak eller ved oppfølging 1 til 12 måneder. Vi har svært lav tillit til tre utfall og er usikre på om kortvarige tiltak om kropp og muskelmasse påvirker muskelfornøydhet og kroppsbilde rett etter tiltak eller ved 1 til 3 måneder oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Kognitiv dissonansbaserte programmer

Skolebaserte kognitive dissonansbaserte tiltak

Berry og medarbeidere fra 2024 (29) undersøkte effekten av Skolebaserte forebyggende tiltak hos ungdom der fem studier omhandler dissonansbaserte programmer (tabell 8). Tiltakene ble levert i en skolesetting av enten psykologer, fasilitatorer eller lærere, og kan kategoriseres som universelle forebyggende tiltak.

De fem primærstudiene var utført i Australia (n=2), Tyskland (n=1) og USA (n=2). Alle var randomiserte kontrollerte studier, tre av dem med klyngedesign. Totalt deltok 4138 skolebarn i alderen 10 til 18 år. De to størst studiene inkluderte begge kjønn (n=3658), mens de tre minste hadde kun jenter.

Tabell 8. Oppsummeringstabell Effekt av Skolebasert dissonansbaserte tiltak hos skoleungdom (universell forebygging).

Kognitiv dissonansbaserte programmer		
Populasjon: Ungdom		
Setting: Skole		
Tiltak: Skolebaserte kognitive dissonansbaserte program		
Sammenligning: Undervisning som før, brosjyre, LifeSmart (smågruppeaktiviteter med innhold som påvirker spiseforstyrrelser og fedme, inkludert fysisk aktivitet, emosjonsregulering og emosjonell støtte)		
Utfall	Forventede absolutte effekter (95 % KI)	GRADE

	Antall studier (deltakere)	Undervisning som før, brosjyre eller LifeSmart	Dissonansbasert intervensjon	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbilde		Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye etter 6-12 måneder hos jenter	1 RCT (1316)	Rapporterer reduksjon sammenlignet med Lifesmart ved 6 mnd. Rapporterer ingen forskjell sammenlignet med kontroll (undervisning som vanlig) ved 6 mnd. Rapporterer ingen forskjell mellom mediekompetanse-intervensjon, dissonansbasert intervensjon eller kontrollgruppen ved 12 md.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	3 RCT (480)	Rapporterer ikke forskjell 0,01 (-0,5 til 0,52), 0,05 (-0,38 til 0,48), 0,4 (-0,14 til 0,94)			⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Forstyrret spiseatferd etter 3-6 måneder	3 RCT (2741)	Rapporterer ikke forskjell 0 (-0,5 til 0,5), 0,01 (-0,09 til 0,11) -0,18 (-0,71 til 0,36)			⊕○○○ Svært lav ^{a,c}

^a Middels risiko for systematiske skjevheter. ^b Ikke rapportert konfidensintervall og flere konklusjoner ^c Konfidensintervallet er bredt og inneholder flere konklusjoner.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til de to undersøkte utfallene, og er usikre på om kognitiv dissonansbaserte programmer påvirker kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd. Det mangler informasjon om effekten av skolebasert kognitiv dissonansbasert forebyggende tiltak påvirker spiseforstyrrelsesdiagnose og kroppsbilde.

Dissonansbaserte tiltak til voksne menn

Hendricks og medarbeidere fra 2023 (21) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde og forstyrret spiseatferd hos menn over 18 år.

Hendricks og medarbeidere (2023), inkluderte fire RCTer med totalt 449 menn som hadde vurdert effekten av forebygging med dissonansbaserte tiltak. Én av disse fire RCTene inkludert kvinner og menn, men rapporterte resultatene for menn i oversikten. Når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er denne primærstudien her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studie/ observasjonsstudie. De forebyggende tiltakene inkluderer The body project: more than muscles (n=2), og én hver av The PRIDE body project og The body project. Tre av studiene var utført i USA og én i Brazil, alle mennene var studenter med gjennomsnittsalder 20 år (n=2) til 21 år (n=2), én av studiene spesifiserer at de kun har med homofile menn. Det forebyggende tiltaket ble levert i to sesjoner, og sammenlignet med venteliste (n=3), en rapporterte ikke hva sammenligningsgruppen fikk eller ikke fikk (tabell 9).

Tabell 9. Oppsummeringstabell Dissonansbaserte tiltak sammenlignet med venteliste som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Forebygging basert på dissonansbaserte tiltak sammenlignet med venteliste som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Populasjon: Menn over 18 år
 Setting: Brazil og USA
 Tiltak: Dissonansbaserte tiltak
 Sammenligning: Venteliste

Utfall	Antall studier (delta-gere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	Dissonansbaserte tiltak	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbylde rett etter tiltak	2 RCT* (250)	Begge rapporterte forbedring		⊕⊕○○○ Lav ^{a,b}	
Kroppsbylde oppfølging 1-6 måneder	2 RCT* (250)	Begge rapporterte forbedring		⊕⊕○○○ Lav ^{a,b}	
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	4 RCT* (449)	3 RCT*er rapporterer forbedring (d spenn 0,58 til 1,01). 1 RCT rapporterte ingen forskjell.		⊕○○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Kroppsmisnøye oppfølging 1-6 måneder	4 RCT* (449)	Alle rapporterer forbedring (d spenn 0,33-0,86)		⊕⊕○○○ Lav ^{a,b}	
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltak	4 RCT* (449)	2 RCTer (199 menn) rapporterer bedring, 2 RCTer* (250 menn) rapporterer ingen endring		⊕○○○○ Svært lav ^{a,b,c,d}	
Forstyrret spiseatferd oppfølging 1 til 6 måneder	4 RCT* (449)	3 RCTer (379 menn) rapporterer bedring, 1 observasjonstudie (70 menn) rapporterer ingen endring		⊕○○○○ Svært lav ^{a,b,c,d}	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Relativt få hendelser og KI ikke oppgitt, ^c heterogenitet, ^d svært få hendelser
 *Hentet ut resultatene for menn i RCT'en og er gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studie/ observasjonsstudie

Oppsummert: Vi har lav tillit tre utfall, Dissonansbaserte forebyggende tiltak fører muligens til bedre kroppsbylde rett etter tiltak og ved 1 til 6 måneders oppfølging, og forbedring i kroppsmisnøye ved 1 til 6 måneders oppfølging. Vi har svært lav tillit til to utfall og er usikre på om forebyggende Dissonansbaserte tiltak påvirker forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket og ved oppfølging hos menn. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose.

Kognitiv dissonans med mediekompetansetiltak

Kognitiv dissonans med mediekompetansetiltak for kroppsbylde er psykologiske strategier designet med tanke på å redusere konflikt mellom individets selvoppfatning og internalisert oppfatning av samfunnets standarder om kroppslig utseende. Disse intervensjonene har som mål å endre og utfordre skadelige oppfatninger og oppførsel relatert til kroppsbylde.

Kognitiv dissonans med mediekompetansetiltak for gutter

Den systematiske oversikten til Ahuja og medarbeidere 2024 (30), med litteratursøk i februar 2024, ble vurdert til moderat metodisk kvalitet. Ahuja og medarbeidere (2024) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Ahuja og medarbeidere (2024) inkluderte åtte kontrollerte studier med totalt som hadde vurdert effekten av forebygging basert på Kognitiv dissonans med mediekompetanse. De forebyggende tiltakene inkluderte Body talk in the digital age, Digital bodies, Dove confident being me (n=4), In favor of myself og Healthy me. Studiene var utført i Storbritannia (n=4) og én hver i Australia, India, Indonesia og Israel, det forebyggende tiltaket ble gitt fra én gang til over åtte uker, oppfølgingstid var fra 2 til 36 måneder. Det forebyggende tiltaket ble levert av psykologer eller psykologistudenter (n=3), lærere (n=1), forskerassistenter (n=2) eller lærer eller forsker. Det forebyggende tiltaket ble sammenlignet med venteliste (n= 6) eller vanlig undervisning (n=2) (tabell 10).

Tabell 10. Oppsummeringstabell Kognitiv dissonans med mediekompetanse sammenlignet med venteliste eller vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på Kognitiv dissonans med mediekompetanse sammenlignet med venteliste eller vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Populasjon: Gutter under 18 år
Setting: Storbritannia (n=4), Australia, India, Indonesia, Israel
Tiltak: Kognitiv dissonans med mediekompetanse
Sammenligning: Venteliste eller vanlig undervisning

Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste eller vanlig undervisning	Kognitiv dissonans med mediekompetanse	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	5 observasjonsstudier (3034)	Tre studier (1413 gutter) rapporterer bedring, to studier (1621 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^b
Kroppsbilde ved oppfølging opp til 3 måneder	5 observasjonsstudier (3034)	Tre studier (1413 gutter) rapporterer bedring, to studier (1621 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Kroppsbilde ved oppfølging 12, 24, 36 måneder	1 observasjonsstudie (768)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^c
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	4 observasjonsstudier (1218)	En studie (126 gutter) rapporterer bedring, tre studier (1092 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Kroppsmisnøye ved oppfølging 2 måneder	1 observasjonsstudie (126)	Rapporterer bedre kroppsformøydhhet	⊕○○○ Svært lav ^c
Ønske om å være tynn, rett etter tiltak og 3 måneder	1 observasjonsstudie (112)	Rapporterer bedring (reduisert ønske om å være tynnere)	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Bruk av strategier (mat og fysisk aktivitet) for å endre kroppen	1 observasjonsstudie (321)	Rapporterer ingen endring	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b heterogenitet og mangel på rapportering av konfidensintervaller ^cKun få deltakere og KI ikke oppgitt, ^dKonfidensintervaller ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til sju utfall og er usikre på om forebyggende tiltak basert på Kognitiv dissonans og mediekompetanse påvirker kroppsbilde, kroppsmisnøye, ønske om å være tynn, bruk av strategier for å endre kroppen rett etter tiltak eller kroppsbilde ved 3 måneder og 36 måneder, kroppsmisnøye ved 2 måneders oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Kognitiv dissonans med mediekompetansetiltak for menn

Hendricks og medarbeidere fra 2023 (21), inkluderte én observasjonsstudie med totalt 60 menn som hadde vurdert effekten av Dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse, dette sammensatte tiltaket var ikke presentert med navn. Studien var utført i Australia, mennene var studenter for å bli gymlærere, gjennomsnittsalder 22 år. Det forebyggende tiltaket ble levert i 48 sesjoner av 30 minutter hver, og tiltaket ble sammenlignet med Didaktisk helseundervisning (tabell 11). Den samme studien har også en studiearm som undersøker Mediekompetanse, den sammenligningen er presentert under Forebygging basert på mediekompetanse (tabell 4).

Tabell 11. Oppsummeringstabell Dissonansbaserte tiltak med mediekompetansesammenlignet med didaktisk helseundervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Forebygging basert på dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse sammenlignet med didaktisk helseundervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Populasjon: Menn over 18 år

Setting: Australia

Tiltak: Dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse

Sammenligning: Didaktisk helseundervisning

Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Didaktisk helseundervisning	Dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse	For forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (39)	Rapporterer bedring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b}	

Kroppsmisnøye ett etter tiltak		Ikke rapportert	
Forstyrret spiseatferd målt som restricted eating rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (39)	Rapporterer reduksjon i restricted eating (d=0.89)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd oppfølging 6 måneder	1 observasjonsstudie (39)	Rapporterer ikke forskjell	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Få hendelser og KI ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til tre utfall og er usikre på om forebyggende dissonansbaserte tiltak med mediekompetanse påvirker kroppsbilde og forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket og ved 6 måneder oppfølging hos menn. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og kroppsmisnøye.

Livsstilsintervensjoner

Hendricks og medarbeidere fra 2023 (21) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde og forstyrret spiseatferd hos menn over 18 år.

Hendricks og medarbeidere (2023), inkluderte to RCTer med totalt 155 menn som hadde vurdert effekten av Livsstilintervensjon med psykoedukasjon. Studiene var utført i Australia og USA, den ene studien omhandler middelaldrende menn med gjennomsnittsalder 51 år som fikk fire sesjoner med The better with age program og den andre studien omhandler studenter med gjennomsnittsalder 20 år som fikk tre sesjoner med The male athlete body project (MABP). Begge tiltakene ble sammenlignet med venteliste (tabell 12).

Tabell 12. Oppsummeringstabell Livsstilintervensjon med psykoedukasjon sammenlignet med venteliste som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Forebygging basert på Livsstilintervensjon sammenlignet med venteliste som forebygging av spiseforstyrrelser hos menn.

Populasjon: Menn over 18 år

Setting: Australia og USA

Tiltak: Livsstilintervensjon

Sammenligning: Venteliste

Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	Livsstilintervensjon med psykoedukasjon	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde hos menn 20 år rett etter tiltak	1 RCT (79)	Rapporterer bedre fornøydhetsnivå med enkelte kroppsdeler og redusert driv for muskularitet			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsbilde hos menn 51 år rett etter tiltak	1 RCT (76)	Rapporterer ikke signifikant			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

Kroppsbilde hos menn 20 år ved oppfølging 1 måned	1 RCT (79)	Rapporterer bedre fornøydhets med enkelte kroppsdelene, redusert drive for muskelmasse og redusert internalisering av kroppsideal	⊕○○○ Svært lav ^{a,b} .
Kroppsbilde hos menn 51 år ved oppfølging 3 måneder	1 RCT (76)	Rapporterer ikke signifikant	⊕○○○ Svært lav ^{a,b} .
Kroppsmisnøye		Ikke rapportert	
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert	

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b Få hendelser og KI ikke oppgitt.

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fire utfall og er usikre på om Livsstilintervensjon med psykoedukasjon som forebyggende tiltak påvirker kroppsbilde rett etter tiltaket og ved 1 måned oppfølging hos unge menn. Vi er usikre på om Livsstilintervensjon med psykoedukasjon som forebyggende tiltak med mediekompetanse påvirker kroppsbilde rett etter tiltaket og ved 6 måneders oppfølging hos middelaldrende menn. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi

Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi søker å øke medfølelse for personen selv og for andre personer, noe som skal bedre den følelsesmessige helsen, utvikle motstandskraft og bedre livskvaliteten. Tilstedeværelse (mindfulness) oppmuntrer til å være våkent tilstede og fokusert på her og nå, dette skal hjelpe personer å håndtere stress, bedre reguleringen av følelser og føre til bedre livskvalitet. Disse tiltakene søker å utvikle ferdigheter som empati, snillhet og forståelse og brukes ofte for å håndtere utfordringer som selv-kritikk, skam og traumer.

Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) oppsummerer studier som omhandler kroppsbilde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Den systematiske oversikten til Ahuja og medarbeidere (2024), inkluderte fire kontrollerte studier som hadde vurdert effekten av Medfølelsesbasert terapi og tilstedeværelse for forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter. De forebyggende tiltakene inkluderte Mindfulness-based intervention, Digital SMART og to uten navn. Studiene var utført i Australia, Irland, Storbritannia og Tyskland, det forebyggende tiltaket ble gitt fra én gang til over seks uker, oppfølgingstid var fra 1 uke til 3 måneder. Det forebyggende til-

taket ble levert av forsker, lærer, mindfulness-trener, og én var ikke rapportert. Det forebyggende tiltaket ble sammenlignet med vanlig undervisning (n=2), venteliste eller spesifisert aktiv kontroll (tabell 13).

Tabell 13. Oppsummeringstabell Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi og tilstedeværelse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi og tilstedeværelse sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.					
Populasjon: Gutter under 18 år					
Setting: Australia, Irland, Storbritannia og Tyskland					
Tiltak: Medfølelsesbasert terapi og tilstedeværelse					
Sammenligning: Vanlig undervisning					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi og tilstedeværelse	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsilde rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (146)	Rapporterer ingen signifikans			⊕○○○ Svært lav ^a
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	2 observasjonsstudier (192)	Rapporterer ingen signifikans			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye ved oppfølging 3 måneder	1 observasjonsstudie (24)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Internalisert utseende ideal	3 observasjonsstudier (216)	Rapporterer ingen signifikans			⊕○○○ Svært lav ^a
Bekymring om vekt og utseende	2 observasjonsstudier (192)	Rapporterer ingen signifikans			⊕○○○ Svært lav ^a
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^aKun få deltakere og KI ikke oppgitt ^b Risiko for systematiske skjevheter

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fem utfall og er usikre på om forebyggende tiltak basert på Medfølelse- og mindfulnessbasert terapi og tilstedeværelse påvirker kroppsilde, kroppsmisnøye, internalisert utseendeideal og bekymring om vekt og utseende rett etter tiltak eller kroppsmisnøye ved 3 måneder oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Mindfulness-baserte programmer

Skolebasert mindfulness-tiltak

Berry og medarbeidere fra 2024 (29) undersøkte effekten av skolebaserte forebyggende tiltak hos ungdom, to primærstudier omhandler skolebasert tiltak med Mindfulness og en primærstudie undersøkte en kombinasjon av Mindfulness og edukasjon. Tiltakene ble levert i en skolesetting av enten psykologer, fasilitatorer eller lærere, og kan kategoriseres som universelle forebyggende tiltak.

To studier med 655 skoleelever undersøkte Mindfulness i en narrativ syntese uten å oppgi tallfestede effektestimater (tabell 14). Mindfulness ble sammenlignet med vanlig undervisning i begge studiene.

Tabell 14. Effekt av Mindfulness-basert programmer sammenlignet med kontrollgruppe (vanlig undervisning) til skoleelever.

Mindfulness-baserte programmer					
Populasjon: Ungdom					
Setting: Skole					
Tiltak: Mindfulness					
Sammenligning: Vanlig undervisning					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Mindfulness	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde	-	Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye etter 3 måneder	1 RCT (308 før justering for klynger)	1 RCT med 308 deltakere fant ingen reduksjon			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd (spiseforstyrrelsessymptomer) etter 6 måneder	1 RCT (347 før justering for klynger)	1 RCT med 347 jenter fant signifikant reduksjon i spiseforstyrrelsessymptomer			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^bIkke rapportert konfidensintervall og få deltakere

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til to utfall og er usikre på om Mindfulness-baserte programmer påvirker kroppsmisnøye etter tre måneder og forstyrret spiseatferd etter seks måneder hos ungdom, sammenlignet med vanlig undervisning. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og kroppsbilde.

Én studie med 1654 deltakere undersøkte en intervensjon som bestod av Edukasjon og mindfulness i kombinasjon sammenlignet med kontrollgruppen (aktiv kontrollgruppe som fikk et universelt forebyggende program for stressmestring) ved 12-måneders oppfølging (tabell 15).

Tabell 15. Effekt av Mindfulness og edukasjon i kombinasjon, sammenlignet med kontrollgruppe (stressmestringsprogram)

Mindfulness og edukasjon i kombinasjon					
Populasjon: Ungdom					
Setting: Skole					
Tiltak: Mindfulness og edukasjon i kombinasjon					
Sammenligning: Aktiv kontrollgruppe som fikk et universelt forebyggende program for stressmestring					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Mindfulness	For-skjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbylde	-	Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye etter 12 måneder	1 RCT (1654 før justering for klynger)	1 RCT med 1654 deltakere fant signifikant reduksjon i kroppsmisnøye («drive for thinness»)			⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Forstyrret spiseatferd	-	Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^bKun en studie og ikke rapportert konfidensintervall

Oppsummert: Vi har lav tillit til ett utfall, det er mulig at Mindfulness og edukasjon i kombinasjon reduserer kroppsmisnøye etter 12 måneder hos ungdom, sammenlignet med en aktiv kontrollgruppe som fikk et forebyggende program for stressmestring. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbylde og forstyrret spiseatferd.

Positiv psykologi

Positiv psykologi inkluderer sosiokognitive tilnærminger (involverer også kognitiv dissonans og sosial læringsteori). Positiv psykologi for kroppsbylde fokuserer på å bedre individets oppfatninger og holdninger av kroppen gjennom en kombinasjon av kognitive, atferdsbaserte og sosiale strategier.

Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) oppsummerer studier som omhandler kroppsbylde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Ahuja og medarbeidere (2024) inkluderte åtte kontrollerte studier med totalt 1016 gutter som hadde vurdert effekten av forebygging basert på Positiv psykologi. De forebyggende tiltakene inkluderte Dissonans-basert tiltak, Happy being me (n=3), Eating smart, eating for me og tre som ikke rapporterte navn. Studiene var utført i Storbritannia (n=3), Australia (n=2), og én hver i Mexico, Spania og USA, det forebyggende tiltaket ble gitt fra én gang til 10 ganger og over tre til åtte uker, oppfølgingstid var fra 1 uke til

12 måneder. Det forebyggende tiltaket ble levert av mastergradsstudenter (n=2), lærere (n=2), forskere (n=2) eller lege, én av studiene rapporterte ikke hvem som ga tiltaket. Det forebyggende tiltaket ble sammenlignet med vanlig undervisning (tabell 16).

Tabell 16. Oppsummeringstabell Positiv psykologi sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på Positiv psykologi sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.					
Populasjon: Gutter under 18 år					
Setting: Storbritannia (n=3), Australia (n=2), Mexico, Spania, USA					
Tiltak: Positiv psykologi					
Sammenligning: Vanlig undervisning					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Positiv psykologi	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbygge rett etter tiltak	2 observasjonsstudier (248)	En studie (146 gutter) rapporterer bedring, en studie (102 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsbygge rett ved oppfølging 2 måneder	1 observasjonsstudie (146)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Bekymringer om kroppsform og vekt rett etter tiltaket	1 observasjonsstudie (46)	Rapporterer forverring			⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	7 observasjonsstudier (914)	Tre studier (142 gutter) rapporterer bedre kroppsformnøydhet, mens fire studier (772 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye ved oppfølging 2 måneder	7 observasjonsstudier (914)	Tre studier (142 gutter) rapporterer bedre kroppsformnøydhet, mens fire studier (772 gutter) rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye ved oppfølging 2 måneder	1 observasjonsstudie (146)	Rapporterer bedre kroppsformnøydhet			⊕○○○ Svært lav ^c
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^a Risiko for systematiske skjevheter, ^b heterogenitet og mangel på rapportering av konfidensintervaller ^cKun få deltakere og KI ikke oppgitt, ^dKonfidensintervaller ikke oppgitt

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til fem utfall og er usikre på om forebyggende tiltak basert på Positiv psykologi påvirker kroppsbygge, bekymringer om kroppsform og vekt, kroppsmisnøye rett etter tiltak eller ved 2 måneders oppfølging hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Psykoedukasjonsbaserte programmer

Berry og medarbeidere fra 2024 (29) undersøkte effekten av skolebaserte forebyggende tiltak hos ungdom med psykoedukasjon. Tiltaket ble levert i en skolesetting av enten psykologer, fasilitatorer eller lærere, og kan kategoriseres som universelle forebyggende tiltak.

Skolebasert forebyggende tiltak med psykoedukasjon

Kun én klyngerandomisert studie fra Italia undersøkte skolebasert psykoedukasjon over seks ukentlige sesjoner. Studien hadde 141 deltakere og alle var jenter. Utfallene som ble målt var spiseforstyrrelsessymptomer (forstyrret spiseatferd) og antall spiseforstyrrelsesdiagnoser. Antall nye spiseforstyrrelsesdiagnoser blant deltakerne ved 12 måneders oppfølging var imidlertid lavere (5,3 %) for intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen (11 %) (tabell 17).

Tabell 17. Effekt av psykoedukasjonsbaserte programmer sammenlignet med kontrollgruppe

Psykoedukasjonsbaserte skoletiltak					
Populasjon: Ungdom					
Setting: Skole					
Tiltak: Psykoedukasjon					
Sammenligning: Ingen tiltak i én studie, samt aktiv kontrollgruppe som fikk et universelt forebyggende program for stressmestring i den andre studien					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ingen tiltak, aktiv kontroll	Psykoedukasjon	Forskjell H g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose etter 12 måneder	1 RCT (141 før justering for klynger)	11 %	5,3 %	-	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsbilde	-	Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye	-	Ikke rapportert			
Forstyrret spiseatferd etter 12 måneder	1 RCT (141 før justering for klynger)	Rapporterer ingen signifikant reduksjon sammenlignet med ingen tiltak			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}

^a Middels til høy risiko for systematiske skjevheter ^b Ikke rapportert konfidensintervall, kun 1 studie, ^c Få deltakere og få hendelser

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til to utfall og er usikre på om Psykoedukasjonsbaserte programmer sammenlignet med ingen tiltak hos ungdom, påvirker antall spiseforstyrrelsesdiagnoser og forstyrret spiseatferd etter 12 måneder. Det mangler informasjon om kroppsbilde og kroppsmisnøye.

Nettbasert psykoedukasjon til kvinner

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) med litteratursøk i mai 2024 utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede nettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter. Intervensjoner hvor mobil-app var en del av behandlingen ble inkludert, mens intervensjoner som utelukkende besto av mobil-app ble ekskludert fra oversikten.

12 RCTer, med til sammen 3400 deltakere, ble inkludert i en narrativ syntese. Seks studier ble utført i Europa, fire i Nord-Amerika, én i Asia og én i Oseania. Gjennomsnittlig alder var 23 år og 99 % var kvinner. Gentile og medarbeidere har inndelt studier i primær (2), sekundær (7) og tertiær forebygging (3). De primære studiene tilsvarer vår definisjon av universell og sekundære tilsvarer indikativ og selektiv forebygging i vår paraplyoversikt. Tertiære forebyggende tiltak tilsvarer behandling for spiseforstyrrelser og er omtalt i rapporten om behandling for spiseforstyrrelser (2).

De to studiene som omhandlet universell forebygging benyttet Psykoedukasjon i intervensjonsgruppen i form av programmet eBody Project og kontrollerte mot informasjonsbrosjyre (n=372) eller en 55 minutters informasjonsvideo (n=680) kalt "Dying to be thin". Den ene undersøkte også to aktive armer hvor Body Project ble levert av kliniker eller peer-leader (ikke autorisert veileder). I den systematiske oversikten av Gentile og medarbeidere (2025) presenteres i hovedsak resultater fra studien hvor eBody Project kontrolleres mot video, det er likevel verdt å nevne et annet funn som presenteres – at den ikke digitale intervensjonen Body Project, ledet av "peer-leader" viste signifikant effekt på nydiagnostiserte tilfeller av spiseforstyrrelse, eBody Project gjorde ikke dette.

Tabell 18. Oppsummeringstabell Effekt av ikke-guidede internettbaserte selvhjelpsplattformer på spiseforstyrrelses-symptomer, -atferd og -komorbiditeter hos kvinner uten spiseforstyrrelse (universell forebygging).

Ikke-veiledet nettbasert psykoedukasjons-intervensjon (eBody Project) hos kvinner uten spiseforstyrrelse

Populasjon: Kvinner, gjennomsnittlig alder omkring 20 år hentet ut fra bakgrunnsbefolkningen, med oppgitt misnøye eller bekymring om egen kropp eller kroppsbilde

Setting: Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert via PC (intervensjoner kun levert via app ble ekskludert).

Tiltak: eBody Project

Sammenligning: Psykoedukasjon versus kontroll (brosjyre eller video, se tekst)

Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Brosyre eller video	eBody project	Forskjell H g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose rett etter tiltaket	1 RCT (680)		Rapporterer ingen effekt	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Spiseforstyrrelsesdiagnose etter 1,2,3 og 4 år oppfølging	1 RCT (680)		Rapporterer ingen effekt	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Kroppsbilde målt som «thin-body internalisation» rett etter tiltaket	2 RCT (1052)		Rapporterer positiv effekt av eBody project*	⊕⊕○○ Lav ^{b,c}	

Kroppsbylde målt som «thin-body internalisation» etter 3 år	1 RCT (680)	Rapporterer bedring med tiltaket	D=-0,32 (p=0.012)	⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Kroppsmissnøye rett etter tiltaket	2 RCT (1052)	Rapporterer positiv effekt av eBody project*		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket	4 RCT (781)	Rapporterer positiv effekt av eBody project*		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Forstyrret spiseatferd ved etter 1,2,3 og 4 år oppfølging	1 RCT (680)	Rapporterer positiv effekt av eBody project*		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Forstyrret spiseatferd, kategorisert som spiseforstyrrelses-symptomer (ikke nærmere definert i artikkelen), rett etter tiltaket	2 (1052)	Rapporterer positiv effekt av eBody project*		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Forstyrret spiseatferd, kategorisert som spiseforstyrrelses-symptomer (ikke nærmere definert i artikkelen), etter 2 år	1 RCT (680)	Rapporterer positiv effekt av eBody project		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Komorbiditet, Depresjons-symptomer	1 (372)	Rapporterer positiv effekt av eBody project		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}

a) Imprecision – få hendelser, b) imprecision – ingen konfidensintervall rapportert, c) Risk of bias
*En studie undersøkte forskjell i varians mellom behandlingsgrupper (372 deltakere) og en studie så på effektstørrelse (680 deltakere). Det foreligger ikke meta-analyse. I den ene (371 deltakere) sammenlignes eBody Project levert digitalt med en brosjyre (kontroll). I den andre (680 deltakere) sammenlignes eBody Project med en 55 minutters video kalt "Dying to be thin".
Risk of Bias (RoB): Den ene studien (N=680) ble vurdert til lav Risk of Bias i den systematiske oversikten av Gentile. Vår vurdering i denne OoO; for oppfølgingsdata gjelder derimot at det er drop out på opptil 20%, og denne er ubalansert mellom armer, hvilket trekker ned RoB. vurdert til some concerns.

Oppsummert: Vi har lav tillitt til de undersøkte utfallene om kroppsbylde, kroppsmissnøye, forstyrret spiseatferd og depresjons-symptomer og det er mulig eBodyProject levert ikke-veiledet over nett har en liten positiv effekt på disse utfall sammenlignet med kontrollgruppen som fikk brosjyre eller video. Vi har svært lav tillitt til de to utfallene som omhandler forebygging av spiseforstyrrelsesdiagnose og er usikre på om forebyggende tiltak basert på eBodyProject hos kvinner uten spiseforstyrrelse har effekt på forebygging av spiseforstyrrelsesdiagnose.

Yoga

Rupani et al. fra 2024 undersøkte effekten av Yoga på utfallene kroppsbylde og kroppsmissnøye hos voksne. Den systematiske oversikten inkluderte åtte randomiserte kontrollerte studier, to ikke-randomiserte studier og en før og etter studie med kontrollgruppe som var relevant for denne paraplyoversikten. Disse primærstudiene ble utført i USA (n=6), Tyrkia (n=2), Storbritannia (n=1), Nederland (n=1) og Canada (n=1). Alderen på deltakerne varierte fra 18-84 år. Syv av primærstudiene undersøkte Yoga-tiltak i en universell populasjon. To av primærstudiene undersøkte Yoga tiltak rettet mot en subklinisk populasjon, dette er rapport under selektive forebyggende tiltak.

Av de eksperimentelle studiene (n=10) var det kun tre som fulgte opp deltakerne lengre enn rett etter intervensjonen var slutt, og måletidspunktet var fire uker i to studier og seks måneder i én studie. Det er kun resultater fra de randomiserte og de ikke-

randomiserte studiene som omtales videre. De sammenlignet Yoga med inaktiv kontroll, venteliste eller aktiv kontroll (informasjon, annen trening, spill tilstede eller ikke-tilstede etc.). Kun tre av ti primærstudier inneholdt en blanding av menn og kvinner.

Det ble ikke utført noen meta-analyse i den systematiske oversikten grunnet heterogenitet, og resultatene ble derfor presentert narrativt. Under er de ulike rapporterte utfallene forsøkt plassert i grupper for å passe inn i våre utfall. Det gjør at effektestimater (Cohen's d) presenteres fra laveste til høyeste verdi på tvers av studier og på tvers av ulike rapporterte utfall innenfor våre utfallsgrupperinger.

Yoga sammenlignet med inaktiv kontrollgruppe, venteliste eller kontrollgruppe som mottok informasjonsskriv om yoga

Rupani og medarbeidere 2024 (31) fant fem RCTer med totalt 267 kvinner og 26 menn (18-40 år) som sammenlignet yoga som et universelt forebyggende tiltak med inaktiv kontrollgruppe, venteliste eller kontrollgruppe som mottok informasjonsskriv om yoga (tabell 19).

Tabell 19. Oppsummeringstabell Yoga sammenlignet med inaktiv kontroll, venteliste eller kontrollgruppe som mottok informasjonsskriv om yoga

Yogaintervensjon i universell setting					
Populasjon: Hovedsakelig kvinner					
Setting: Universell setting i Nederland, Storbritannia, USA og Tyrkia					
Tiltak: Yoga					
Sammenligning: Inaktiv kontroll, venteliste, kontrollgruppe som fikk informasjonsskriv om yoga					
Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Inaktiv kontroll, aktiv kontroll eller venteliste	Yoga	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbygge rett etter intervensjon	4 RCT (241)	4 RCTer (241 deltakere) fant signifikant bedring (spenn av d = 0.06 til 0.71 blant de som fikk yoga sammenlignet med kontroll.			⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Kroppsbygge etter fire uker*	1 RCT (44)	1 RCT fant vedvarende bedring av kroppsbygge målt som body satisfaction og body appreciation (spenn av d = 0.66 til 0.72) blant de som fikk yoga.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsbygge rett etter intervensjon	2 RCT (84)	1 RCT (32 kvinner) fant signifikant bedring (d = 0.07) mens 1 RCT (52 kvinner) fant ingen signifikant bedring (d = 0.29) blant de som fikk yoga.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^a Middels til høy risiko for systematiske skjevheter. ^b Få deltakere, ikke oppgitt konfidensintervall ^cSprikende resultater som omfatter flere konklusjoner

Oppsummert: Vi har lav tillit til ett utfall, det er mulig at Yoga fører til bedre kroppsbilde rett etter tiltaket. Vi har svært lav tillit til to av utfallene og derfor usikre på hvordan yoga påvirker kroppsbilde ved oppfølging og kroppsmisnøye sammenlignet med inaktiv kontroll, venteliste eller kontrollgruppe som fikk informasjonsskriv om yoga. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Yoga sammenlignet med styrketrening

Rupani og medarbeidere 2024 (31) fant én RCT og én pre-post-studie som sammenlignet yoga med styrketrening hos til sammen 97 unge voksne (71 kvinner og 26 menn, gjennomsnittsalder 26 og 19 år) (tabell 20). I RCTen fikk intervensjonsgruppen tre gruppetimer med Hatha-yoga i 50 minutter per uke i 7 uker. Det er ikke rapportert hvor ofte sammenligningsgruppen fikk styrketrening. I pre-post-studien fikk intervensjonsgruppen én 30-minutters gruppetime med Hatha-yoga mens kontrollgruppen fikk én 30 minutters gruppetime med styrketrening.

Tabell 20. Oppsummeringstabell Yoga sammenlignet med styrketrening

Yogaintervensjon i universell setting sammenlignet med styrketrening					
Populasjon: Unge voksne (71 kvinner og 26 menn) Setting: Universell setting, Canada og Tyrkia Tiltak: Yoga Sammenligning: Styrketrening					
Utfall	Antall studier (delta-kere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Inaktiv kontroll, aktiv kontroll eller venteliste	Yoga	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter intervensjon	1 RCT (51)	RCTen rapporterte mindre bedring av kroppsbilde i yoga-gruppen sammenlignet med styrketreningsgruppen.			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye rett etter intervensjon	1 pre-post-studie (46)	Pre-post-studien rapporterte ingen signifikante forskjeller i kroppsmisnøye mellom yoga og styrketreningsgruppen (d = 0.29)			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^a Middels til høy risiko for systematiske skjevheter, ^b Kun en liten studie og selve resultatene sparsommelig rapportert, ^c observasjonell studie

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til resultatene og derfor usikre på hvordan Yoga påvirker kroppsbilde og kroppsmisnøye sammenlignet med styrketrening. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

I den systematiske oversikten til Rupani og medarbeidere fra 2024 (31), inngikk én RCT som sammenlignet samme Yoga-tiltak med og uten speil i rommet. RCTen rapporterte ingen signifikant endring i kroppsbilde (d = 0,53) eller kroppsmisnøye (d = -0,36) når Yoga med speil i rommet ble sammenlignet med yoga uten speil i rommet.

Annet, Digitale kroppsbildeintervensjoner

Den systematiske oversikten av Conboy og medarbeidere (2024), med søk 2023 (oppdatert 2024) (32), undersøkte effekten av digitale intervensjoner på eget kroppsbilde hos jenter 17 år eller eldre, som ikke hadde diagnostisert spiseforstyrrelse eller var under klinisk vurdering. Inklusjonskriterier til oversikten inneholdt hverken spesifisering av personer med symptomer eller risikogrupper og resultat for oversikten vurderes derfor til å omhandle universell forebygging. Intervensjonene ble gjennomført alene (ikke-guidet). Intervensjoner som inneholdt mål om vektreduksjon ble ekskludert da oversikten ikke ønsket å sette likhetstrekk mellom vekt og kroppsbilde. Nitten studier (herav 18 RCTer og en kvasi-eksperimentell studie) med 20 sammenligninger ble inkludert. Det var totalt 2424 deltagere i studiene. De Digitale kroppsbildeintervensjonene omfattet Psykoedukasjon (n = 7), Kognitiv dissonans (n = 4), Kognitiv adferdsterapi (n = 2), Media kompetanse (n = 2), Kroppslig og selvrettet selvmedfølelse (n = 1), Kroppslig funksjonalitet, Positiv opplevelse av eget utseende og selvbylde (n = 1), Mindfulness og takknemlighet (n = 1) og Sosial tilknytning og selvfølelse (n = 1). Varighet av intervensjoner var fra 1 time til 8 uker. Oppfølgingsdata (follow-up) ble ikke analysert da tiden ble vurdert til å variere for mye fra studie til studie (13 studier så på dette, med oppfølgingstid varende fra 1 uke til 4 år).

Digitale kroppsbildeintervensjoner er en svært sammensatt gruppe tiltak, tiltak som vi ellers i denne paraplyoversikten har behandlet hver for seg. Fellestrekket er at tiltaket ble gitt digitalt. Sammenslåingen medfører både at flere tiltak samles slik at det blir større variasjon, og at det er flere studier (og mange flere deltagere) representert i analysen.

Ulike dimensjoner av kroppsbilde inkluderer globale (overordnet vurdering), kognitive (tanker og vurderinger), affektive (følelser) og atferdsmessige (handlinger knyttet til kroppsbilde) aspekter. På bakgrunn av inkluderte studier var det kun mulig å anslå global og kognitiv effekt på eget kroppsbilde. Oversikten viste moderat positiv effekt av Digitale intervensjoner med bedring av eget kroppsbilde (tabell 21). For utfallet global effekt var det var nok studier til å utføre meta-regresjon på effekten av de ulike intervensjoner og her fant man ingen signifikant forskjell. Forvrengt og negativt kroppsbilde er en viktig komponent i flere typer spiseforstyrrelse, men den direkte effekten på forebygging av spiseforstyrrelser berøres ikke i den omtalte oversikten av Conboy og medarbeidere (2024).

Tabell 21. Oppsummeringstabell Effekt av Digitale intervensjoner på kroppsbilde hos kvinner uten spiseforstyrrelse (universell forebygging).

Nettbaserte intervensjoner for å redusere negativt kroppsbilde hos kvinner uten spiseforstyrrelse

Populasjon: Kvinner 17 år eller eldre (spenn på tvers av studier 17 – 64). Studiene hadde en gjennomsnittlig alder som varierte fra 19 til 35 år.

Setting: Digitalt, flesteparten med base i USA eller Australia

Tiltak: Ulike digitale intervensjoner

Sammenligning: Kontrollgruppe (ikke nærmere spesifisert)

Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ikke oppgitt	Digital intervensjon	Forskjell Hedges g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbylde målt som global effekt rett etter tiltak	19* RCT (2424)	Rapporterer bedring av eget kroppsbylde		0,43 (0,28 til 0,57)	⊕⊕⊕○ Moderat ^{a,b}
Kroppsbylde målt som kognitiv effekt rett etter tiltak	9* RCT (1235)	Rapporterer bedring av eget kroppsbylde		0,36 (0,25 til 0,47)	⊕⊕⊕○ Moderat ^a
Kroppsmisnøye	-	Ikke rapportert			
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

*19 studier med til sammen 20 sammenligninger, 18 RCT og en kvasi-eksperimentell studie. ^a Usikkerhet (some concern) om risiko for systematiske skjevheter, ^b Heterogenitet $I^2 > 65\%$ bekrefter at det er sammensatt intervensjoner, men heterogeniteten er innenfor samme konklusjon

Oppsummert: Vi har moderat tillit til resultatene, Digitale kroppsbyldeintervensjoner fører sannsynligvis til bedring av eget kroppsbylde målt som global effekt og som kognitiv effekt sammenlignet med kontroll eller ingen behandling for kvinner over 17 år. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Annet

Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) oppsummerer studier som omhandler kroppsbylde hos gutter under 18 år. Studier med både gutter og jenter ble inkludert, men kun resultatene for gutter ble hentet ut og presentert i oversikten. Studiene var randomiserte kontrollerte studier, men når man henter ut selekterte grupper av deltakerne og vurderer dem for seg, så brytes randomiseringen. Derfor er disse studiene her omtalt som, og gradert som ikke-randomiserte kontrollerte studier/ observasjonsstudier.

Den systematiske oversikten til Ahuja og medarbeidere (2024), inkluderte tre kontrollerte studier som hadde vurdert effekten av andre terapiformer. To studier fra USA hadde sett på kroppsbylde, begge varte i 10 uker, én heter Healthy body image: teaching kids to eat and love their bodies too!, som lærer barn om kroppsstørrelse, form og sammensetning, den inkluderer informasjon om endringer ved puberteten, genetisk variasjon, internregulering og farer ved slanking. Den andre heter Girls circle/The council, er basert på kultur-relasjonell teori og varte i åtte uker. En studie fra Australia undersøkte

kroppsmisnøye etter tiltaket som heter Active children and esteem study. Det forebyggende tiltaket ble levert av en lærer, en tilrettelegger, og én var ikke rapportert. Det forebyggende tiltakene ble sammenlignet med vanlig undervisning (tabell 22).

Tabell 22. Oppsummeringstabell Andre forebyggende tiltak sammenlignet med vanlig undervisning eller ventelistesom forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.

Forebygging basert på andre forebyggende tiltak sammenlignet med vanlig undervisning som forebygging av spiseforstyrrelser hos gutter.					
Populasjon: Gutter under 18 år					
Setting: Australia, USA					
Tiltak: Andre forebyggende tiltak					
Sammenligning: Vanlig undervisning eller venteliste					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Vanlig undervisning	Andre forebyggende tiltak	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter tiltak	2 observasjonsstudier (347)	Rapporterer ikke forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Kroppsmisnøye rett etter tiltak	1 observasjonsstudie (195)	Rapporterer ikke forskjell			⊕○○○ Svært lav ^a
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^aKun få deltakere og KI ikke oppgitt og høy risiko for systematiske skjevheter

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til to utfall og er usikre på om andre forebyggende tiltak påvirker kroppsbilde og kroppsmisnøye hos gutter. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Annet

Den systematiske oversikten til Le og medarbeidere fra 2022 (25), med litteratursøk i mai 2021, oppsummerer 54 studier (RCT og kvasiekperimentelle) som har undersøkt alle slags universelle tiltak for å forebygge spiseforstyrrelser og/eller høy KMI. Det var 23 studier om forebygging av spiseforstyrrelse, 21 om forebygging av høy kroppsmasseindeks og 10 studier om forebygging av både spiseforstyrrelse og høy kroppsmasseindeks. Det var størst andel av studier som ble utført i USA (57%). Gruppebaserte intervensjoner var vanligst (34/54). 43/54 intervensjoner ble levert ansikt til ansikt, 7 online og 4 ble levert som en kombinasjon av disse. De fleste intervensjoner ble levert innenfor en periode på 1 år (47/54). Fordi denne systematiske oversikten har overordnet målsetting om effekten av forebyggende tiltak generelt så har de i meta-analysene sammenslått alle studier om Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT), Kognitiv atferdsterapi (KAT), Kognitive dissonans baserte terapier, Familiebasert terapi, Interpersonlig psykoterapi, Livsstilintervensjoner, Forebygging basert på mediekompetanse, Fedmebehandling, Fysisk aktivitet, Positiv psykologi og Psyko-educasjonsbaserte pro-

grammer. Le og medarbeidere (2022) konkluderer med at forebyggende tiltak kan redusere spiseforstyrrelsessymptomer og kroppsmisnøye, men vi kan ikke fra denne oversikten se hvilke tiltak som virker eller ikke virker eller hvilke som har best effekt. Derfor omtaler vi ikke denne meta-analysen i mer detalj i denne paraplyoversikten.

Selektive forebyggende tiltak

Selektiv forebygging retter seg mot grupper med økt risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse, for eksempel personer med psykiske plager, overvekt eller fedme, eller aktive idrettsutøvere.

Yoga

To av de inkluderte studiene i Rupani og medarbeidere fra 2024 (31) undersøkte Yoga gitt til en selektiv populasjon, og det gjelder de to ikke-randomiserte kontrollerte studiene som undersøkte effekten av Yoga på utfallet kroppsbilde hos henholdsvis brystkreftoverlevende og brannskadde pasienter. Vi har valgt å plassere disse to studiene i gruppen over selektive forebyggende tiltak. Det skyldes at dette ikke er universelle grupper, men to grupper hvor det er rimelig å anta at de på gruppenivå kan ha forhøyet risiko for kroppsmisnøye, forstyrret kroppsbilde og spiseforstyrrelser. Dette skyldes at de har vært utsatt for kirurgi eller skade på kroppen med bakgrunn i deres somatiske diagnose og gjennomgåtte behandling.

Yoga sammenlignet med lett trening hos brystkreftoverlevende

Én ikke-randomisert kontrollert studie med 30 kvinnelige brystkreftoverlevende minst ni måneder etter gjennomgått behandling (gjennomsnittsalder 57 år), sammenlignet to 75-minutters gruppetimer med Hatha-yoga i 8 uker med 30-minutters lett trening 1 gang per uke (tabell 23).

Tabell 23. Oppsummeringstabell Yoga sammenlignet med lett trening for brystkreftoverlevende

Yogaintervensjon sammenlignet med lett trening for brystkreftoverlevende

Populasjon: Kvinnelige brystkreftoverlevende minst 9 måneder etter gjennomgått behandling
Setting: USA
Tiltak: Yoga
Sammenligning: Lett trening

Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Lett trening	Yoga	Forskjell SMD (95 % KI)	

Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert	
Kroppsbylde	1 NRSI (30)	Rapporterte ingen signifikant forskjell (d = 0,19)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmisnøye		Ikke rapportert	
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert	

^a Ikke-randomisert studie. ^bMiddels risiko for systematiske skjevheter. ^c Ikke oppgitt konfidensintervall og kun en liten studie.

Oppsummering: Vi har svært lav tillit til resultatet og er derfor usikre på hvordan Yoga påvirker kroppsbylde sammenlignet med lett trening. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Yoga sammenlignet med inaktiv kontroll

Én ikke-randomisert kontrollert studie med totalt brannskadde 110 personer (58 kvinner og 52 menn), sammenlignet tre 30-minutters en-til-en yogatimer per uke i fire uker sammenlignet med inaktiv kontroll (tabell 24).

Tabell 24. Oppsummeringstabell yoga sammenlignet med inaktiv kontroll for brannskadde pasienter

Yogaintervensjon sammenlignet med inaktiv kontrollgruppe

Populasjon: Brannskadde (58 kvinner og 52 menn)

Setting: Tyrkia

Tiltak: Yoga

Sammenligning: Inaktiv kontrollgruppe

Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Inaktiv kontroll	Yoga	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbylde	1 observasjonsstudie (110)	Rapporterte signifikant bedring blant de som fikk yoga (d = 0,68)			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmisnøye rett etter intervensjon		Ikke rapportert			
Forstyrret spiseatferd		Ikke rapportert			

^a Ikke-randomisert studie. ^b Middels risiko for systematiske skjevheter. ^c Ikke oppgitt konfidensintervall og kun en liten studie.

Oppsummering: Vi har svært lav tillit til resultatet og er derfor usikre på hvordan yoga påvirker kroppsbylde sammenlignet med inaktiv kontrollgruppe. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd.

Indikative forebyggende tiltak

Indikative forebyggende tiltak er tiltak for personer med tidlige tegn på forstyrret spiseferd eller spiseforstyrrelse uten å ha fått en klinisk diagnose.

Yoga

To av de inkluderte RCTene i Rupani og medarbeidere fra 2024 (31) undersøkte Yoga gitt til en indikativ populasjon med symptomer på kroppsmisnøye. På grunn av utydelig rapportering, sjekket vi i tillegg to andre primærstudier og fikk bekreftet at Rupani og medarbeidere fra 2024 inkluderte to RCTer der Yoga ble gitt som *behandling* til pasienter med en spiseforstyrrelsesdiagnose, og disse omtales derfor ikke i denne rapporten.

Yoga sammenlignet med venteliste eller inaktiv kontroll

Rupani og medarbeidere 2024 (31) inkluderte to RCTer med til sammen 168 kvinner som rapporterte kroppsmisnøye (gjennomsnittsalder 21 og 20 år). Den ene RCTen med 75 kvinner sammenlignet to 60-minutters yogatimer per uke i 12 uker med venteliste. RCTen med 93 kvinner sammenlignet 45-minutters yogatimer per uke i seks uker med inaktiv kontroll (tabell 25).

Tabell 25. Oppsummeringstabell av Yoga sammenlignet med venteliste eller inaktiv kontrollgruppe

Yoga sammenlignet med venteliste eller inaktiv kontrollgruppe

Populasjon: Kvinner med kroppsmisnøye

Setting: USA

Tiltak: Yoga

Sammenligning: Venteliste og Inaktiv kontroll

Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste og inaktiv kontroll	Yoga	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde rett etter intervensjon	2 RCT (168)	1 RCT med 75 kvinner fant signifikant bedring av kroppsbilde målt som body satisfaction (d = 0,67)			⊕○○○ Svært lav a,b,c

		og apperance evaluation (d = 0,93). 1 RCT med 93 kvinner fant ingen signifikant endring i kroppsbilde målt som body ideal satisfaction (d =0.14)	
Kroppsmisnøye rett etter intervensjon	2 RCT (168)	1 RCT med 75 kvinner fant signifikant bedring (d = 0.67). 1 RCT med 93 kvinner fant ingen signifikant forskjell målt som body dissatisfaction og drive for thinness (spenn av d: -0.07 til 0.17)	⊕○○○ Svært lav a,b,c
Forstyrret spiseatferd	-	Ikke rapportert	

^a Middels risiko for systematiske skjevheter. ^b Få deltakere, ikke oppgitt konfidensintervall ^cSprikende resultater som omhandler flere konklusjoner

Oppsummering: Vi har svært lav tillit til resultatene og er derfor usikre på hvordan Yoga påvirker kroppsbilde og kroppsmisnøye til kvinner med kroppsmisnøye sammenlignet med inaktiv kontrollgruppe eller venteliste. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose og forstyrret spiseatferd.

Yoga sammenlignet med dissonansbasert tiltak

Rupani og medarbeidere 2024 inkluderte en RCT med 93 kvinner som hadde kroppsmisnøye (gjennomsnittsalder 20 år), som sammenlignet 45-minutters yogatimer per uke i seks uker med dissonansbaserte tiltak. Resultatene er sparsommelig rapportert, og vi kan derfor ikke si noe om effekten av denne sammenligningen.

Universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak samlet

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) baserte programmer

Intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF)

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT) er den overordnede terapeutiske rammen for å bygge psykologisk fleksibilitet. Kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF) er en spesifikk anvendelse av ACT rettet mot kroppsbildebekymringer som benytter seg av ulike fleksibilitetsferdigheter (som f.eks. mindfulness, aksept, kognitiv defusjon). En full ACT-intervensjon består av en helhetlig tilnærming som inkluderer alle seks kjerneprosesser i ACT-modellen: *aksept* (å åpne opp for ubehagelige tanker og følelser), *kognitiv defusjon* (teknikker for å skape avstand til tanker), *kontakt med nået* (mindfulness og tilstedeværelse), *selv som kontekst* (å se seg selv som observatør av indre opplevelser), *verdier* (identifisere hva som er viktig i livet) og *forpliktet handling* (ta konkrete skritt mot verdibaserte mål). Disse prosessene integreres i et strukturert program med øvelser, refleksjon og hjemmeoppgaver, slik at intervensjonen retter seg mot hele modellen for psykologisk fleksibilitet. Dette skiller seg fra prosess-spesifikke BIF-intervensjoner, som kun fokuserer på enkelte elementer som mindfulness, aksept eller defusjon. BIF er en dimensjon av positivt kroppsbilde som beskriver en adaptiv måte å forholde seg til negative kroppsbildeopplevelser på.

Den systematiske oversikten av Brichacek og medarbeidere med litteratursøk fra august 2024 (33), ble vurdert til moderat metodisk kvalitet. Oversiktsartikkelen undersøkte effekten av intervensjoner som fremmer BIF hos ungdom og unge voksne i alderen 12-25 år. De inkluderte studiene var likt fordelt mellom universelle og selektive tiltak, men det er ikke rapportert hvilke studier som inngikk i resultatene til hvert enkelt utfall. I tillegg kombinerte forfatterne selektive og indikative tilnærminger i én enkelt klassifisering som selektive tiltak. Dette til sammen gjør at vi ikke kan si noe om effekten av BIF-intervensjoner i universell, indikativ eller selektiv setting alene.

Den systematiske oversikten av Brichacek og medarbeidere 2024 inkluderte 23 primærstudier publisert mellom 2004-2024, hvor 21 inngikk i meta-analysen for minst ett

av utfallene. Primærstudiene ble gjennomført i USA (n = 10), Australia (n = 5), Storbritannia (n = 2), Kypros (n = 2), Sverige (n = 1), Romania, (n = 1), Iran (n = 1) og Kina (n = 1). Det var 15 randomiserte-kontrollerte studier (RCT), 5 eksperimentelle, 2 ikke-randomiserte intervensjonsstudier (NRSI) og 1 studie som undersøkte en enkeltgruppe med et pre-post design, denne siste omtales ikke videre siden den ikke hadde en kontrollgruppe.

Totalt deltok 2764 personer og deltakerne var overveiende voksne kvinner (91% kvinner; 83% gjennomsnittsalder > 18 år). Intervensjonene ble levert ansikt-til-ansikt i grupper ledet av forskere, psykologer eller lærere (39%), eller digitalt uten veiledning (61%). Syv studier (30%) undersøkte en fullstendig ACT-intervensjon, mens de resterende 16 (70%) rettet seg mot én eller flere spesifikke prosesser, hovedsakelig mindfulness (present moment awareness), aksept og kognitiv defusjon. I meta-analysen undersøkes alle tiltakene kun samlet, uten separate analyser eller oppgitte effektestimater om de ulike prosessene som inngår i intervensjonen. Det er derfor ikke mulig å si noe om effektene av de ulike komponentene hver for seg.

De relevante utfallene som ble undersøkt var kroppsmisnøye (body image concerns), affekt som en del av kroppsbilde (affect) og forstyrret spiseadferd (eating disorder symptoms). I tillegg ble kroppsbilde (affect) og kroppsmisnøye målt for å undersøke den beskyttende effekten av BIF-tiltak etter eksponering for en trussel mot kroppsbildet (body image threat). Alle studiene som inkluderte en trussel mot kroppsbildet ba deltakerne om å se på nettbilder som viste det tynne kvinneidealet (i 5–15 minutter), og fire studier la til ekstra utsagn for å forsterke utseendesammenligning (f.eks. «Jeg ønsker at kroppen min skal se ut som denne kvinnens kropp»).

BIF-tiltaket ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok ingen/minimal intervensjon slik som venteliste, ingen tiltak, inaktiv sammenligning (tabell 26) eller som mottok et annet forebyggingsiltak som forfatterne kalte “evidensbasert intervensjon (EBI)” som f.eks. kognitiv- eller dissonansbasert terapi (tabell 27). Effektstørrelsene ble målt med Hedges’ g. Det ble utført målinger rett etter at tiltaket ble gitt og ved et oppfølgingstidspunkt som varierte fra 1 uke til 24 måneder. I 2/3 av studiene varte oppfølgingen kun i inntil 3 måneder.

Den systematiske oversikten av Brichacek og medarbeidere 2024 har estimert og oppgir også justerte effektestimater for å korrigere for mulig publikasjonsbias ved “trim-and-fill”-metoden. Metoden undersøker asymmetri i et funnel plot, identifiserer og imputerer manglende studier, og beregner deretter en justert effektstørrelse som tar hensyn til disse imputerte studiene. Dette er ment å redusere risikoen for overestimerte effektestimater. Teorien bak denne tilnærmingen er bra, men den er beheftet med flere utfordringer. For det første så bør det være tilgjengelig 10 eller flere svært like studier for å ha tillit til tolkning av eventuell asymmetri i et funnel plot. Kun én av disse meta-analysene har flere enn 10 studier og omfatter 12 studier som dekker både universelle, indikative og selektive forebyggende tiltak (med tilhørende forskjeller i populasjo-

nene). Imputering av nye studier er basert på forutsetninger som vi ikke har god validering av. Dette tilsier at trim-and-fill justerte effektestimater er basert på en forutsetning om at det er symmetri i resultater som blir publisert, at det er mulig å justere for publikasjons/rapporteringsskjevheter ved å sette inn (oppdiktede) studier som så brukes for å estimere nytt effektestimater. Vi mener disse bygger på så mange antagelser, som gjennomgående ikke er oppfylt her, at vi ender opp med lavere tillit til resultater som kombinerer virkelige effektestimater med de estimerte enn til de virkelige som ikke er justert. Vi videreformidler derfor kun de effektestimaterne som ikke er trim-and-fill justerte.

BIF-tiltaket ble sammenlignet med en kontrollgruppe som mottok ingen/minimal intervensjon slik som venteliste, ingen tiltak eller inaktiv sammenligning (tabell 26). Effekttørrelsene ble målt med Hedges' g. Det ble utført målinger rett etter at tiltaket ble gitt, og ved et oppfølgingstidspunkt som varierte fra 1 uke til 24 måneder. I 2/3 av studiene varte oppfølgingen kun i inntil 3 måneder.

Tabell 26. Effekt av intervensjon for å fremme kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF) sammenlignet med ingen/minimal intervensjon

Intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF)					
Populasjon: Ungdom og unge voksne i alderen 12-25 år (91% kvinner; 83% gjennomsnittsalder > 18 år)					
Setting: De inkluderte studiene var likt fordelt mellom universelle og selektive tiltak.					
Tiltak: BIF-intervensjon					
Sammenligning: Ingen/minimal intervensjon (f.eks. venteliste, ingen tiltak, inaktiv sammenligning)					
Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste, ingen tiltak, inaktiv sammenligning	BIF-intervensjon	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbilde (affekt) umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	6 studier* (518)	-	-	g = 0.47 (0.09 til 0.86)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,d}
Kroppsbilde (affekt) ved oppfølging (1 uke til 6 måneder)	4 studier* (444)	-	-	g = 0.15 (-0.20 til 0.49)	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Kroppsbilde (affekt) etter eksponering for kroppsbildetrussel	4 studier* (349)	-	-	g = 0.32 (-0.02 til 0.66)	⊕○○○ Svært lav ^{a,c,d}
Kroppsmisnøye umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	12 studier* (1004)	-	-	g = 0.50 (0.22 til 0.78)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,d}
Kroppsmisnøye ved oppfølging (1 uke til 6 måneder)	8 studier* (608)	-	-	g = 0.34 (0.14 til 0.54)	⊕⊕○○ Lav ^a
Kroppsmisnøye etter eksponering for kroppsbildetrussel	7 studier* (480)	-	-	g = 0.37 (0.14 til 0.60)	⊕⊕○○ Lav ^d

Forstyrret spiseatferd umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	5 studier* (394)	-	-	g = 0.42 (-0.06 til 0.90)	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}
Forstyrret spiseatferd ved oppfølging (1 uke til 6 måneder)	4 studier* (249)	-	-	g = 0.42 (-0.13 til 0.97)	⊕○○○ Svært lav ^{a,c}

*Det var ikke rapportert hvor mange av studiene som var RCT og hvor mange som var observasjonelle. ^a Flere studier med høy risiko for systematiske skjevheter. ^b Heterogenitet ($I^2 \geq 65\%$). ^c Konfidensintervallet inkluderer forskjellige konklusjoner. ^d Hovedvekt av ikke-randomiserte studier

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av effektestimaterne, det er mulig at BIF-tiltak gir lavere kroppsmisnøye etter oppfølging og gir lavere kroppsmisnøye etter eksponering for kroppsbildetrukkelse umiddelbart etter at tiltaket ble gitt sammenlignet med ingen/minimal intervensjon for ungdom og unge voksne (hovedsakelig kvinner). Vi har svært lav tillit til seks av effektestimaterne og derfor usikre på hvordan BIF-tiltak påvirker kroppsbilde (affekt) umiddelbart etter at tiltaket ble gitt og ved oppfølging etter, kroppsbilde (affekt) etter eksponering for kroppsbildetrukkelse, kroppsmisnøye umiddelbart etter at tiltaket ble gitt og forstyrret spiseatferd umiddelbart etter at tiltaket ble gitt og ved oppfølging sammenlignet med ingen/minimal intervensjon for ungdom og unge voksne (hovedsakelig kvinner). Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose.

BIF-tiltaket ble sammenlignet med et annet forebyggingstiltak som forfatterne kalte "evidensbasert intervensjon (EBI)" som f.eks. kognitiv- eller dissonansbasert terapi (tabell 27). Effektstørrelsene ble målt med Hedges' g. Det ble utført målinger rett etter at tiltaket ble gitt, og ved et oppfølgingstidspunkt som varierte fra 1 uke til 24 måneder. I 2/3 av studiene varte oppfølgingen kun i inntil 3 måneder.

Tabell 27. Effekt av intervensjon for å fremme kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF) sammenlignet med et annet forebyggingstiltak – av forfatterne omtalt som evidensbasert intervensjon (EBI)

Intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet (Body Image Flexibility, BIF)					
Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Evidensbasert intervensjon (EBI)	BIF-intervensjon	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			

Kroppsbilde (affekt) umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	4 studier* (410)	-	-	g = 0.21 (0.02 til 0.40)	⊕⊕○○ Lav ^a
Kroppsbilde (affekt) ved oppfølging (1 uke til 6 måneder)	4 studier* (411)	-	-	g = 0.03 (-0.36 til 0.42)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsbilde (affekt) etter eksponering for kroppsbildetrussel	2 observasjonsstudier (197)	Begge studiene oppgir ikke signifikant forskjell (g=-0,01 og g=0,16, begge uten KI)			⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	7 studier* (686)	-	-	g = -0.09 (-0.26 til 0.08)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye ved oppfølging (1 uke til 6 måneder)	7 studier* (664)	-	-	g = -0.04 (-0.24 til 0.16)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Kroppsmisnøye etter eksponering for kroppsbildetrussel	4 studier* (279)	-	-	g = -0.00 (-0.21 til 0.21)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,d}
Forstyrret spiseadferd umiddelbart etter at tiltaket ble gitt	4 studier* (361)	-	-	g = 0.04 (-0.22 til 0.30)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b}
Forstyrret spiseadferd ved oppfølging (1 til 24 måneder) ¹	5 studier* (394)	-	-	g = 0.29 (-0.33 til 0.92)	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}

*Det var ikke rapportert hvor mange av studiene som var RCT og hvor mange som var observasjonelle. ^a Flere studier med høy risiko for systematiske skjevheter. ^b Konfidensintervallet inneholder flere konklusjoner. ^c Heterogenitet (I^2) \geq 65%. ^d Flertallet av deltakere fra ikke-randomiserte studier. ¹ Én av de inkluderte studiene (Fogelkvist et al. 2022) bestod av deltakere med spiseforstyrrelsesdiagnose

Oppsummert: Vi har lav tillit til to av effektestimaterne, det er mulig at BIF-tiltak bedrer kroppsbilde (affekt) umiddelbart etter at tiltaket ble gitt sammenlignet med evidensbasert intervensjoner (EBI) og at BIF-tiltak muligens fører til liten eller ingen endring i kroppsmisnøye umiddelbart etter intervensjonen sammenlignet med evidensbaserte intervensjoner (EBI) for ungdom og unge voksne (hovedsakelig kvinner). Vi har svært lav tillit til fem av effektestimaterne og er usikre på hvordan BIF-tiltak påvirker kroppsbilde (affekt) og kroppsmisnøye ved oppfølging og etter eksponering for kroppsbildetrussel, samt forstyrret spiseatferd både rett etter intervensjon og ved oppfølging. Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose.

Universell og indikativ forebygging

Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner

Den systematiske oversikten til O'Mara og medarbeidere fra 2023 (22), med litteratursøk i juni 2021, ble vurdert til å ha moderat metodisk kvalitet. Oversikten oppsummerer randomiserte kontrollerte studier som sammenligner Selvhjelpsintervensjoner gitt med eller uten veiledning til ungdom og unge voksne (13 til 24 år) med venteliste, video eller annen behandling. Totalt inkludere oversikten syv RCTer er med åtte sammenligner. O'Mara og medarbeidere (2023) omhandler studier hvor tiltaket ble gitt som universell forebygging (én studie med 57 deltagere), indikativ forebygging (fire studier med 781 ungdom og unge voksne deltagere) og behandling (to studier med henholdsvis 62 og 85 deltagere). Studier som omhandlet universell forebygging, indikativ forebygging og behandling inngikk i meta-analysene. I studien gitt som behandling med 85 deltagere, ble Selvhjelpsintervensjonen sammenlignet med en aktiv kontrollgruppe (Familieterapi) og denne studien var ikke inkludert i meta-analysen for forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket. Studien om behandling som derimot var inkludert i analysen rett etter tiltaket utgjorde 7 % av deltakerne. Heterogeniteten var $I^2 = 0$ % rett etter tiltaket. Meta-analysen for forstyrret spiseatferd ved oppfølging sier ikke hvor lang tid som utgjorde oppfølgingsperioden. De to studiene om behandling som var inkludert i analysen ved oppfølging utgjorde 22 %. Heterogeniteten ved oppfølging var $I^2 = 36$ %. Med lav heterogenitet vurderes variasjon mellom studienes resultater som liten og det ble ikke utført sensitivitetsanalyser, med andre ord så er retning og konklusjon høyst sannsynlig sammenfattende. Derfor har vi valgt å videreformidle resultatene.

Fire Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner omhandler indikativ forebygging og ble gitt uten veiledning. Disse var basert på The Body Project (fire sesjoner), The Body Image Workbook (fire sesjoner), Student Bodies 2 (16 sesjoner), og eBody Project (seks sesjoner). Intervensjonene ble undersøkt i tre RCTer, alle utført i USA. To av studiene inkluderte kun kvinner, mens én studie hadde 70 % kvinner. I tillegg ble én studie utført i Australia som også omhandlet indikativ forebygging inkludert. Denne ga Nettbasert kognitiv atferdsterapi uten veiledning over åtte sesjoner og inkluderte 100% kvinner. Studien som omhandler universell forebygging og studien om behandling med 62 deltagere, brukte begge Student Bodies Software. Tiltaket ble gitt nettbasert, over åtte sesjoner i studien om universell forebygging, mens antall sesjoner ikke var oppgitt for behandling. Begge studiene inkluderte 100 % kvinner og var utført i USA. Den andre stu-

dien med 85 deltakere som også ga tiltaket som behandling baserte seg på Getting Better Bite by Bite gitt over 10 ukentlige sesjoner med veiledning av terapeuter. Studien var utført i Storbritannia og inkluderte 98 % kvinner.

Tabell 28. Oppsummeringstabell Selvhjelpsintervensjoner på forstyrret spiseatferd hos deltagere som viser tegn til forstyrret spiseatferd (universell og indikativ forebygging).

Digitale selvhjelpsintervensjoner for å redusere forstyrret spiseatferd					
Populasjon: Ungdom og unge voksne, 13 til 24 år, hovedsakelig kvinner					
Setting: Digitalt, USA og Australia					
Tiltak: Ulike digitale selvhjelpsintervensjoner					
Sammenligning: Venteliste eller video					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste eller video	Digital selvhjelps-intervensjon	Forskjell H g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde	-	Ikke rapportert			
Kroppsmisnøye	-	Ikke rapportert			
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket	6 RCT (900)	Rapporterer ingen signifikans	-0,14 (-0,38 til 0,05)	⊕⊕○○ Lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd ved oppfølging, ikke oppgitt hvor lang tid	6 RCT (714)	Rapporterer ingen signifikans	-0,17 (-0,40 til 0,07)	⊕⊕○○ Lav ^{a,c,d}	

^a Usikkerhet (some concern) om risiko for systematiske skjevheter, ^b Analysen er fra seks studier (n= 62 deltakere er fra en studie om behandling), heterogenitet I² = 0 % rett etter tiltaket og 36 % ved oppfølging, ^cBrede konfidensintervaller, ^dAnalysen er fra seks studier (n = 147 deltagere fra to studier som fikk behandling)

Oppsummert: Vi har lav tillit til to effektestimater, det er mulig at Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner fører til en liten eller ingen endring i forstyrret spiseatferd hos ungdom og unge voksne rett etter tiltaket eller ved oppfølging (tid ikke rapportert). Det mangler informasjon om spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbilde og kroppsmisnøye.

Selektiv og indikativ forebygging

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter. 12 RCTer ble inkludert i en narrativ syntese. Av disse omhandlet 2 studier aksept og verdibasert atferdsterapi i tillegg til psykoedukasjon, gjennom et program som heter AcceptME. Kontrolltiltak var venteliste i begge studier. Det er ikke utført noen meta-analyse av resultater.

Tabell 29. Oppsummeringstabell Effekt av internett-baserte selvhjelps-plattformer for selektiv og indikativ forebygging av spiseforstyrrelser.

Effekt av ikke-guidet Internett-baserte selvhjelps-plattformer for selektiv og indikativ forebygging av spiseforstyrrelser mot venteliste					
Utfall	Antall studier (deltakere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Venteliste	AcceptME	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		-			
Ikke rapportert					
Kroppsbylde	1 RCT (89)	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsbylde etter 1 måned	1 RCT (89)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmissnøye	1 RCT (89)	Rapporterer ingen forskjell			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmissnøye, etter 1 måned	1 RCT (89)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd, målt som «spiseforstyrrelsessymptomer», etter intervensjon		-			
Ikke rapportert					
Forstyrret spiseatferd, målt som «spiseforstyrrelsessymptomer», etter 1 måned	1 RCT (92)	Rapporterer bedring			⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c,d}

Forstyrret spiseatferd, weight concern, etter intervensjon	2 RCT (181)	Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd, weight concern, etter 1 måned	1 RCT (89)	Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd, målt som spiseforstyrrelsesatferd (Eating disorder behaviour), etter intervensjon	1 RCT (89)	Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd, målt som spiseforstyrrelsesatferd (Eating disorder behaviour), etter 1 måned	1 RCT (89)	Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c,d}

^aRoB vurdert av Gentile et al: «unclear risk of bias», ^bimprecision – ingen effektstørrelse eller konfidensintervall rapportert, ^cfå pasienter og/eller hendelser, ^dhøyt frafall ved oppfølgingstidspunkt

Oppsummert: Vi har svært lav tillitt til resultatene om kroppsbilde, kroppsmisnøye, spiseforstyrrelsessymptomer og spiseforstyrrelsesatferd og er usikre på om forebyggende tiltak basert på den aksept og verdibaserte atferdsterapien AcceptME påvirker de undersøkte utfallene, sammenlignet med venteliste. Det ble ikke rapportert om tiltakene hadde effekt på spiseforstyrrelsesdiagnoser

Psykoedukasjonsbaserte programmer

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter. 12 RCTer ble inkludert i en narrativ syntese og den systematiske oversikten er tidligere beskrevet under universelle tiltak, da to av RCTene omhandlet dette. Det var sju RCTer inndelt i gruppen sekundær forebygging, hvilket tilsvarer selektiv og indikativ forebygging i vår inndeling.

Av de sju RCTene som omhandlet selektive og indikative tiltak inngår Psykoedukasjon som del av behandlingen i seks av dem. Det er ingen av intervensjonene for selektiv/indikativ forebygging som bygger på Psykoedukasjon alene, og Psykoedukasjon angis å være en mindre del av tiltakene. Tiltakene omtales derfor nærmere under sine respektive kapitler. I tillegg til Psykoedukasjon bygger 3 av intervensjonene videre på Kognitiv atferdsterapi (inkluderer her både Cognitive behavioral therapy og Cognitive behavioral intervention), 2 av studiene har en studiearm med bruk av Dissonansbasert terapi, 2 studier bygger videre på Acceptance og Commitment Therapy (ACT) og 1 studie på Motivational enhancement therapy.

Kognitiv atferdsterapi

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter.

12 RCTer ble inkludert i en narrativ syntese. Av disse omhandlet 4 studier Kognitiv atferdsterapi hvor tre ble testet mot ingen intervensjon. En var undersøkelse av Kognitiv atferdsterapi levert ikke guidet mot Kognitiv atferdsterapi i tillegg til diskusjonsgruppe og omtales derfor for seg selv her. To studier hadde i tillegg en egen arm som gjennomgikk Dissonansbasert intervensjon, hvilket nærmere omtales i eget avsnitt.

Tabell 30. Oppsummeringstabell Effekt av Kognitiv atferdsterapi levert via internett-baserte selvhjelps-plattformer for selektiv og indikativ forebygging av spiseforstyrrelser.

Ikke-veiledet nett-baserte selvhjelps-plattformer med fokus på kognitiv atferdsterapi for selektiv og indikativ forebygging av spise-forstyrrelser

Populasjon: N = 941, hvorav 916 var jenter. Gjennomsnittlig alder i to studier var 20 år og i en studie 29 år.

Setting: ikke rapportert

Tiltak: Kognitiv atferdsterapi

Sammenligning: Ingen tiltak

Utfall	Antall studier (delta-gere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ingen tiltak	Kognitiv atferdsterapi	Forskjell H g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbilde, etter intervensjon	1 RCT (271)		Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Kroppsmisnøye rett etter tiltaket	1 RCT (271)		Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsesssymptomer, rett etter tiltak	3 RCT (941)		Rapporterer bedring	⊕⊕○○ Lav ^{b,c}	
Komorbiditet, Depresjons-symptomer	1 RCT (271)		Rapporterer bedring	⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	

^a Risk of Bias, ^bImprecision – manglende konfidensintervall, ^cFå hendelser og/eller pasienter

Oppsummert: Vi har lav tillitt til ett utfall, det er mulig at Kognitiv atferdsterapi levert ikke-veiledet over internett har positiv effekt på forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen behandling. Vi har svært lav tillitt til de rapporterte resultater for utfallene kroppsbilde, kroppsmisnøye og komorbiditet, og er usikre på om Kognitiv atferdsterapi levert ikke veiledet over internett er mer effektivt enn ingen behandling. Effekt på spiseforstyrrelsesdiagnose ble ikke rapportert

Dissonansbasert terapi

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter.

To RCTer hadde en studiearm med Dissonansbasert terapi. Denne studiearmen ble så vurdert opp mot Kognitiv atferdsterapi (omtalt over) eller ingen behandling (omtalt her).

Tabell 31. Oppsummeringstabell Ikke-veiledet selvhjelpsplattformer med dissonansbasert terapi for selektiv og indikativ forebygging av spiseforstyrrelser.

Ikke-veiledet nett-baserte selvhjelps-plattformer med fokus på Dissonansbasert terapi for selektiv og indikativ forebygging av spiseforstyrrelser					
Populasjon: N = 549, kun kvinner. Gjennomsnittlig alder 20 år.					
Setting: Ikke rapportert					
Tiltak: Dissonansbasert terapi					
Sammenligning: Ingen behandling					
Utfall	Antall studier (deltagere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ingen tiltak	Dissonansbasert terapi	Forskjell H g (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose	-	Ikke rapportert			
Kroppsbygge, etter intervensjon	1 RCT (271)		Rapporterer bedring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Kroppsmisnøye rett etter tiltaket	1 RCT (271)		Rapporterer bedring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}
Forstyrret spiseatferd rett etter tiltaket	-	Ikke rapportert			
Spiseforstyrrelsessymptomer, rett etter tiltak	2 RCT (549)		Rapporterer bedring*		⊕⊕○○ Lav ^{b,c}
Komorbiditet, depresjonssymptomer	1 RCT (271)		Rapporterer bedring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}

^aRisk of Bias, ^bImprecision – manglende konfidensintervall, ^cFå hendelser og/eller pasienter

Oppsummert: Vi har lav tillitt til en av de angitte effekter, og det er mulig Dissonansbasert terapi levert ikke-veiledet har positiv påvirkningen på utfallet forstyrret spiseatferd, sammenlignet med venteliste. Vi har svært lav tillitt til rapporterte utfall for kroppsbygge, kroppsmisnøye og komorbiditet og vi er usikre på om Dissonansbaserte selvhjelpsplattformer levert ikke-veiledet over internett påvirker disse utfallene. Det er ikke rapportert om effekt på spiseforstyrrelsesdiagnose.

Motivational-enhancement therapy

Gentile og medforfattere fra 2025 (26) utførte en systematisk oversikt som så på effekt av ikke-guidede Internettbaserte selvhjelpsplattformer levert gjennom datamaskiner på symptomer ved spiseforstyrrelse, atferd ved spiseforstyrrelse og komorbiditeter. En RCT omhandler «Motivational-enhancement therapy» som også vektla psykoedukasjon av deltakerne.

Tabell 32. Oppsummeringstabell Ikke-veiledet nettbasert selvhjelpsplattformer med «Motivational enhancement therapy»

Ikke-veiledet nett-baserte selvhjelps-plattformer med fokus på «Motivational enhancement therapy» for selektiv og indikativ forebygging av spise-forstyrrelser					
Populasjon: N = 212, kun kvinner, BMI mellom 15 – 30, gjennomsnittlig alder 27 år.					
Setting: ikke rapportert					
Tiltak: Motivational enhancement therapy, (ESS-KIMO)					
Sammenligning: venteliste					
Utfall	Antall studier (delta-kere)	Forventede absolutte effekter (95 % KI)			GRADE
		Ingen behandling	Motivational enhancement therapy	Forskjell SMD (95 % KI)	
Spiseforstyrrelsesdiagnose		Ikke rapportert			
Kroppsbylde		Ikke rapportert			
Kroppsmissnøye		Ikke rapportert			
Forstyrret spiseatferd, målt som piseforstyrrelsessymptomer («eating disorder symptoms»), etter intervensjon	1 RCT (212)	Angitt som lavere i intervensjonsgruppen		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd, målt som; sluttet å slanke seg, etter intervensjon	1 RCT (212)	Rapporterer endring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd, målt som opptatthet av mat og vekt, etter intervensjon	1 RCT (212)	Rapporterer endring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd, målt som frykt for å bli tykk, etter intervensjon	1 RCT (212)	Rapporterer endring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	
Forstyrret spiseatferd, målt som økt selvtillit, etter intervensjon	1 RCT (212)	Rapporterer endring		⊕○○○ Svært lav ^{a,b,c}	

^a Risk of Bias, ^bImprecision – manglende konfidensintervall, ^cFå hendelser og/eller pasienter

Oppsummert: Vi har svært lav tillit til de rapporterte effekter, og er usikre på om «Motivational enhancement therapy» levert ikke-veiledet over internett har effekt på de rapporterte typer forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen behandling. Det rapporteres ikke om effekt på utfallene spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbylde og kroppsmissnøye.

Overlapp av primærstudier

I denne paraplyoversikten har vi rapportert resultater fra åtte systematiske oversiktene av moderat metodisk kvalitet. Den niende systematiske oversikten av moderat metodisk kvalitet hadde sammenslått svært ulike tiltak, som også hver for seg var rapportert i andre systematiske oversikter, vi baserte oss på de spissede. På tvers av de åtte systematiske oversiktene som vi baserer resultatene på er det totalt 114 primærstudier. Vi identifiserte overlapp av 10 primærstudier fra 11 publikasjoner (tabell 33) (27;34-43). Ni studier ble brukt i to systematiske oversikter hver, og én studie ble brukt i tre.

Fire av primærstudiene (Atkinson et al. 2023; Gordon et al. 2021; Warschburger et al. 2018; Wilksch et al. 2015) ble brukt både i en systematisk oversikt avgrenset til gutter og i en oversikt som inkluderte alle deltakere, noe som medførte dobbelttelling av guttene (34;37;41;42). Dersom man undersøker hvor effektivt dette tiltaket er for gutter, spiller det kanskje liten rolle at disse guttene også er inkludert i andre sammenligninger. Og likeså, dersom man undersøker hvor effektivt et tiltak for barn/ungdom spiller det kanskje liten rolle at guttene i disse studiene også er inkludert i vurdering av tiltak rettet mot gutter spesielt. Men om man undersøker kunnskapsgrunnlaget samlet så vil denne dobbelttelling kunne få det til å se ut som at det finnes mer dokumentasjon enn det faktisk er.

Tabell 33. Primærstudier inkludert i mer enn én systematisk oversikt

Primærstudie	Oversikter som inkluderer studien	Antall oversikter
Chithambo et al. 2017	Conboy 2024; Gentile 2025; O'Mara 2023	3
Atkinson et al. 2015	Berry 2024; Brichacek 2024	2
Atkinson et al. 2023	Ahuja 2024; Brichacek 2024	2
Fuller-Tyszkiewicz et al. 2019	Brichacek 2024; Conboy 2024	2
Gordon et al. 2021	Ahuja 2024; Berry 2024	2
Karekla et al. 2022	Brichacek 2024; Gentile 2025	2
Merwin et al. 2023*	Brichacek 2024; Gentile 2025	-
Stice et al. 2017	Conboy 2024; O'Mara 2023	2
Warschburger et al. 2018	Ahuja 2024; Berry 2024	2
Wilksch et al. 2015	Ahuja 2024; Berry 2024	2
Zabinski et al. 2001	Conboy 2024; O'Mara 2023	2

*Merwin et al. 2023 er en sekundæranalyse av Karekla et al. 2022 og vi har behandlet disse to publikasjonene som en studie.

Tre primærstudier (Atkinson et al. 2015; Fuller-Tyszkiewicz et al. 2019; Karekla et al. 2022) ble brukt i to systematiske oversikter med ulik avgrensning av intervensjonskategorien (35;36;38). Dette kan forklares med to årsaker. Den ene er at oversiktene skilte seg i hvor bredt intervensjonene var definert; én med en smal definisjon og én med en bred definisjon som omfattet mange komponenter. Den andre er at oversiktene hadde overlappende, men distinkte fokus; for eksempel inkluderte én alle *digitale* kroppsbyldeintervensjoner, mens en annen inkluderte alle intervensjoner som fremmet kroppsbyldefleksibilitet. I begge tilfeller er inklusjonen i to oversikter forståelig og berettiget, men det medfører uansett at disse tre primærstudiene ble telt under begge intervensjonskategoriene.

To primærstudier (Stice et al. 2017 og Zabinski et al. 2001) var inkludert i to systematiske oversikter med ulike primærutfall; ettersom ulike utfall ble ekstrahert fra studiene, oppstod ingen dobbeltelling (40;43).

For den ene primærstudien (Chithambo et al. 2017) som ble brukt i tre systematiske oversikter, ble hvert av de to utfallene rapportert i to av de tre oversiktene, noe som resulterte i dobbeltelling, ikke trippeltelling, av begge utfallene (27).

Diskusjon

Hovedfunn

Denne parapyoversikten sammenfatter nyere systematiske oversikter (med søkedato 2020-2025) om universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser hos personer i alle aldre. Hovedfunnet er at det mangler god dokumentasjon om forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser, og at flere av oversiktsartiklene ikke rapporterer separate funn for hvert spesifikk tiltak eller for hvert forebyggingsnivå (universell, selektiv, indikativ). Det gjør at vi for flere av tiltakene ikke kan si noe sikkert om effekten av det spesifikke tiltaket, eller for ulike målgrupper med ulik risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse.

Gjennomgående har vi vurdert tilliten til de fleste resultatene som svært lav. Dette skyldes blant annet få store og godt utførte primærstudier, betydelig heterogenitet i intervensjonsinnhold og -leveranse innenfor samme tiltaksgruppe, samt sparsom rapportering av effektestimater for flere av utfallene. Det foreligger i tillegg svært lite forskning som faktisk undersøker forebygging av en klinisk spiseforstyrrelsesdiagnose, for de fleste oversiktene rapporterer kun på ett eller flere av utfallene kroppsbygge, kroppsmisnøye eller forstyrret spiseatferd.

- Et par av tiltakene skiller seg ut, og når det gjelder **universelle forebyggende tiltak** fant vi følgende:
 - Digitale kroppsbyggeprogrammer (ulike tiltak om kroppsbygge gitt digitalt) undersøkt hos kvinner over 17 år fører sannsynligvis til en bedring av eget kroppsbygge sammenlignet med kontroll eller ingen tiltak. Dette gjelder rett etter at tiltaket ble gitt. Her har vi **moderat tillit** til resultatene.
 - Ikke-veiledet nettbasert psykoedukasjonsintervensjon (eBodyProject) undersøkt hos kvinner med gjennomsnittsalder ca. 20 år, har muligens en liten positiv effekt på kroppsbygge, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd sammenlignet med brosjyre eller video. Dette gjelder rett etter at tiltaket ble gitt og ved kort- og langtidsoppfølging. Her har vi lav tillit til resultatene.

- Kognitiv atferdsterapi undersøkt hos gutter under 18 år har muligens en liten eller ingen effekt på kroppsmisnøye (målt som kroppsfornøydhets) sammenlignet med vanlig undervisning eller venteliste. Dette gjelder både rett etter tiltaket ble gitt og ved oppfølging etter 1 til 12 måneder. Her har vi lav tillit til resultatene.
- Kognitiv dissonansbasert terapi undersøkt hos menn over 18 år fører muligens til forbedring av kroppsbilde og kroppsmisnøye sammenlignet med venteliste. Dette gjelder rett etter at tiltaket ble gitt og ved 1 til 6 måneders oppfølging for kroppsbilde, samt ved 1 til 6 måneders oppfølging for kroppsmisnøye. Her har vi lav tillit til resultatene.
- Vi har svært lav tillit til resultatene som undersøkte de universelle tiltakene Mediekompetanse, Kognitiv atferdsterapi når det gjelder kroppsbilde, intervensjoner for Selvfølelse og aksept av egen kropp, Kognitiv dissonansbasert terapi, Kognitiv dissonansbasert terapi i kombinasjon med Mediekompetansetiltak, Livsstilsintervensjoner, Medfølelsesbasert terapi, Mindfulness-baserte programmer med eller uten edukasjonskomponent, Positiv psykologi, Psykoedukasjon hos ungdom, Yoga og andre tiltak.
- Når det gjelder **selektive forebyggende tiltak** var det kun yoga som ble undersøkt i denne settingen alene. Vi har svært lav tillit til resultatene, og er derfor usikre på hvordan yoga påvirker kroppsbilde hos pasienter med gjennomgått brystkreft eller brannskade.
- Når det gjelder **indikative forebyggende tiltak** var det kun yoga som ble undersøkt i denne settingen alene. Vi har svært lav tillit til resultatene, og er derfor usikre på hvordan yoga påvirker kroppsbilde og kroppsmisnøye hos kvinner med kroppsmisnøye sammenlignet med venteliste eller inaktiv kontroll.
- Når det gjelder **universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet, fant vi følgende:
 - Intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet (BIF-tiltak) hos ungdom og unge voksne 12-25 år (hovedsakelig kvinner), fører muligens til lavere kroppsmisnøye sammenlignet med ingen/minimal intervensjon (f.eks. venteliste, ingen tiltak, inaktiv sammenligning). Dette gjelder ved oppfølging etter 1 uke til 6 måneder, samt etter eksponering for kroppsbildetrussel umiddelbart etter at tiltaket ble gitt. Her har vi lav tillit til resultatene.
 - Intervensjoner for å fremme kroppsbildefleksibilitet (BIF-tiltak) hos ungdom og unge voksne 12-25 år (hovedsakelig kvinner), fører muligens til bedret kroppsbilde og muligens en liten eller ingen endring i kroppsmisnøye sammenlignet med evidensbaserte intervensjoner (EBI).

Dette gjelder umiddelbart etter at tiltakene ble gitt. Her har vi lav tillit til resultatene.

- Når det gjelder **universelle og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet, fant vi følgende:
 - Digitale selvhjelpsintervensjoner undersøkt hos ungdom og unge voksne 13-24 år (hovedsakelig kvinner), fører muligens til en liten eller ingen endring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med venteliste eller video. Dette gjelder både umiddelbart etter at tiltaket ble gitt, samt ved oppfølging (ikke oppgitt tidspunkt). Her har vi lav tillit til resultatene.
- Når det gjelder **selektive og indikative forebyggende tiltak** undersøkt samlet, fant vi følgende:
 - Ikke-veiledede digitale selvhjelpsplattformer med fokus på kognitiv atferdsterapi hos unge voksne (hovedsakelig kvinner) med risiko for å utvikle eller ved allerede etablerte symptomer på en spiseforstyrrelse, fører muligens til en bedring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen tiltak. Dette gjelder umiddelbart etter at tiltaket ble gitt. Her har vi lav tillit til resultatene.
 - Ikke-veiledede digitale selvhjelpsplattformer med fokus på dissonansbasert terapi hos kvinner med gjennomsnittsalder på 20 år med risiko for å utvikle eller ved allerede etablerte symptomer på en spiseforstyrrelse, fører muligens til en bedring i forstyrret spiseatferd sammenlignet med ingen tiltak. Dette gjelder umiddelbart etter at tiltaket ble gitt. Her har vi lav tillit til resultatene.
- Når det gjelder utfallet spiseforstyrrelsesdiagnose, var det kun to systematiske oversikter som undersøkte dette uavhengig av forebyggingsnivå. Begge rapporterte antall spiseforstyrrelsesdiagnoser etter et universelt psykoedukasjonstiltak, men resultatene baserte seg kun på to primærstudier totalt, med høy risiko for systematiske skjevheter og relativt få deltakere. Vi har derfor svært lav tillit til disse resultatene, og er usikre på effekten av psykoedukasjon når det gjelder risikoen for å utvikle en klinisk diagnose i en universell setting. Vi vet ingenting om de øvrige tiltakene når det gjelder effekt på utfallet spiseforstyrrelsesdiagnose, da dette ikke har blitt undersøkt.

Er kunnskapsgrunlaget dekkende og anvendelige?

Denne parapyloversikten har systematisk oppsummert de tilgjengelige systematiske oversiktsartiklene om forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser med søkedato fra 2020

til februar 2025. Litteratursøket som ble gjort i forbindelse med utarbeidelsen av forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1) identifiserte 2559 unike publikasjoner, hvor 41 systematiske oversikter med søkedato etter 2020 ble videre vurdert i tråd med prosjektplanen (4). Av disse ble ni oversikter vurdert til høy eller moderat metodisk kvalitet ved hjelp av AMSTAR-2-sjekklisten (19), hvorav alle ni var av moderat metodisk kvalitet. Det er disse publikasjonene som utgjør kunnskapsgrunnlaget i denne paraplyoversikten.

Denne paraplyoversikten favner mange forebyggende tiltak, men anvendeligheten begrenses i stor grad av svært lav tillit til de fleste av resultatene, samt stor variasjon i intervensjonsinnhold, intensitet, varighet, sammenligningsbetingelser og målgrupper innenfor samme tiltak og forebyggingsnivå. De fleste utfallene er i tillegg selvrapporterte, og oppsummert forskning om diagnoseutfallet er særlig mangelfull.

Det at flere av tiltakene som er oppsummert i en nyere systematisk oversikt kun er undersøkt hos en mannlig populasjon, er noe overraskende siden spiseforstyrrelser hyppigst forekommer hos jenter eller kvinner. Tiltakene som kun har undersøkt effekter hos gutter eller menn gjelder de universelle tiltakene "Intervensjoner for selvfølelse", "Kognitiv atferdsterapi", "Kognitiv dissonansbasert terapi kombinert med mediekompetanse", "Livsstilsintervensjoner", "Medfølelsesbasert terapi", "Positiv psykologi" og "Andre tiltak". Overførbarheten til kvinnelige populasjoner må derfor tolkes med forsiktighet.

På en annen side er de resultatene som vi har moderat eller lav tillit til, hovedsakelig undersøkt hos en populasjon med hovedvekt av unge kvinner. Disse resultatene vil kunne være overførbare til en kvinnelig populasjon, men må tolkes med forsiktighet når det gjelder menn og eldre aldre.

Kan vi stole på kunnskapsgrunnlaget?

Tilliten til resultatene er vurdert med GRADE-tilnærmingen (23). Når man undersøker effekten av et forebyggende tiltak, foreligger det økt risiko for systematiske skjevheter i observasjonsstudier sammenlignet med randomiserte kontrollerte studier. Det skyldes blant annet at forskjeller i effekt mellom gruppene kan skyldes andre faktorer enn selve tiltaket, og at det kun er mulig å justere for konfunderende faktorer som man kjenner til. Vi tok utgangspunkt i forfatterne egne rapporteringer av risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte primærstudiene i hver systematisk oversikt, og nedgraderte tilliten dersom effektestimatet baserte seg på flere studier med uklar/middels eller en eller flere studier med høy risiko for systematiske skjevheter.

Konsistens mellom primærstudiene ble vurdert som overlappende konfidensintervaller eller lav statistisk heterogenitet (for eksempel I^2 under 65%), men vi nedgraderte

for inkonsistens dersom dette ikke var tilfellet. For flere av utfallene var det kun én studie som inngikk, og det var i slike tilfeller ikke mulig eller relevant å vurdere konsistens på tvers av studier.

Manglende presisjon var en av de viktigste årsakene til vår nedgradering av tillit, og det skyldes at mange av resultatene kun bygger på én studie med få deltakere eller få hendelser. Dette gir brede konfidensintervaller som ofte inkluderer både positive og negative effekter, og i flere av studiene rapporterte ikke forfatterne konfidensintervaller i det hele tatt. I tillegg innebærer mangelen på replikerende studier at flere resultater er preget av betydelig usikkerhet. Samlet førte disse vurderingene til en nedgradering av tilliten for flere av resultatene.

Vi har vurdert direktet/overførbarhet uten å nedgradere tilliten til resultatene. Det skyldes en antakelse om at barn, ungdom og voksne personer som mottok forebyggende tiltak i de landene studiene er utført i (hovedsakelig andre høyinntekstland) er ganske like tilsvarende grupper i Norge.

Samlet sett har vi vurdert tilliten til svært lav for de fleste utfallene i denne paraplyoversikten. Ett tiltak har fått moderat tillit og 24 har fått lav tillit.

Vi har moderat tillit til at det universelle forebyggende tiltaket Digitale kroppsbildeprogrammer sannsynlig fører til bedring av eget kroppsbilde sammenlignet med kontroll eller ingen tiltak, målt rett etter at tiltaket ble gitt for kvinner over 17 år. Digitale kroppsbildeintervensjoner er en svært sammensatt gruppe tiltak (Psykoedukasjon (n = 7), Kognitiv dissonans (n = 4), Kognitiv adferdsterapi (n = 2), Media kompetanse (n = 2), Kroppslig og selvrettet selvmedfølelse (n = 1), Kroppslig funksjonalitet, Positiv opplevelse av eget utseende og selvbygge (n = 1), Mindfulness og takknemlighet (n = 1) og Sosial tilknytning og selvfølelse (n = 1)), tiltak som vi ellers i denne paraplyoversikten har behandlet hver for seg. Fellestrekket er at tiltaket ble gitt digitalt. Sammenslåingen medfører både at flere tiltak samles slik at det blir større variasjon, og at det er flere studier (og mange flere deltagere) representert i analysen. Hvilke av disse faktorene som påvirker i sterkest grad til mer solid dokumentasjon om effekt spekulerer vi ikke i.

Styrker og svakheter ved denne paraplyoversikten

En paraplyoversikt er egnet som kunnskapsgrunnlag når man ønsker å gi en helhetlig oversikt over et forskningsfelt der det allerede finnes flere systematiske oversikter. Denne typen kunnskapsoppsummering kan gi mer pålitelige og tydelige svar om effekten av spesifikke tiltak dersom man kan slå sammen resultatene fra flere oversikter. Hvis feltet er mer komplekst og fragmentert, kan paraplyoversikten peke på mønstre og kunnskapshull som ikke er synlige i enkeltoversikter, og gi et mer strukturert overblikk over hva som finnes eller mangler av forskning på området.

Denne paraplyoversikten har flere metodiske styrker. Vi har fulgt internasjonale standarder for utarbeidelse av både prosjektplan og endelig rapport. Den bygger på et bredt og systematisk litteratursøk som ble utført i forbindelse med forskningskartet Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser (1), og inkluderer nyere systematiske oversikter publisert fra 2020 til februar 2025. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene har vært tydelig definerte, og to uavhengige forskere har vurdert metodisk kvalitet på oversiktsartiklene ved hjelp av AMSTAR-2-sjekklisten (19). At kun oversikter med moderat eller høy metodisk kvalitet ble inkludert, styrker påliteligheten i kunnskapsgrunnlaget som presenteres her.

De inkluderte oversiktsartiklene undersøker til sammen et stort antall forebyggende tiltak, og bidrar til et bredt overblikk over feltet. Samtidig har paraplyoversikten flere begrensninger som påvirker muligheten til å trekke sikre konklusjoner om effekten av de ulike tiltakene. Dette dreier seg blant annet om iboende svakheter ved denne typen kunnskapsoppsummering, hvor man er avhengig av at andre forskere har undersøkt nøyaktig samme problemstilling som den man selv skal undersøke. I tillegg måtte oversiktsartiklene være av moderat eller høy metodisk kvalitet for å inkluderes i vår paraplyoversikt, og det er en viss risiko for at gode primærstudier inkludert i en systematisk oversikt med dårligere kvalitet, ikke er fanget opp. I tillegg er det en svakhet at de nyeste primærstudiene må rekke å inkluderes i en systematisk oversikt, før de vil kunne omfattes av denne typen oversikt over oversikter.

En annen svakhet ved paraplyoversikter er at man er avhengig av at forfatterne av de inkluderte oversiktsartiklene rapporterer tilstrekkelig og riktig informasjon. Selv om denne paraplyoversikten oppsummerer mange ulike forebyggende tiltak, preges kunnskapsgrunnlaget av at mange av tiltakskomponentene er slått sammen i mer "sammensatte" tiltak og at forebyggingsnivået (universell, selektiv, indikativ) ofte ikke er presisert eller undersøkt separat. Det gjør at resultatene ikke kan sammenfattes på en meningsfull måte, og at mange kun bygger på et fåtall primærstudier med små utvalg, mangelfulle intervensjonsbeskrivelser, korte oppfølgingsperioder og sparsom rapportering av effektestimater. Dette har ført til at tilliten til de fleste resultatene er vurdert som svært lav i vår rapport.

I tillegg kan overlapp mellom inkluderte primærstudier i oversiktsartiklene påvirke helhetsbildet, og gi inntrykk av at evidensgrunnlaget er større eller mer konsistent enn det faktisk er. Et eksempel på hvor vi vet primærstudiene overlapper, er når det gjelder mediekompetansetiltak gitt til en universell populasjon. To systematiske oversikter undersøkte dette, og tre primærstudier er med i begge oversiktene. I oversikten til Ahuja og medarbeidere fra 2024 (30) er det kun resultatene for guttene som presenteres, mens i Berry og medarbeidere fra 2024 (29) presenteres resultatene for alle skoleelever uavhengig av kjønn (for to av de felles primærstudiene presenteres noe separate data om kjønn).

Til sist må det nevnes at kunnskapsgrunnlaget i denne paraplyoversikten er særlig tynt når det gjelder informasjon om minoritetsgrupper, langtidseffekter og utfallet spiseforstyrrelsesdiagnose. Det er to systematiske oversikter som nevner noe om minoriteter, samt to som undersøker klinisk diagnose som et utfall. Når det gjelder langtidseffekter, er det kun Gentile og medforfattere fra 2025 (26) som rapporterer effekter utover ett år. Uten datagrunnlag fra minoritetsgrupper, vet man ikke om funnene kan overføres til befolkningen som helhet. Minoritetsgrupper kan ha andre risikofaktorer, normer og kulturelle kontekster når det gjelder kropp, mat og helse, og forebyggingstiltakene kan dermed treffe ulikt i disse gruppene sammenlignet med en majoritetsbefolkning. Kombineringen av manglende informasjon om diagnoseutfall og langtidsoppfølging er i tillegg en stor svakhet siden spiseforstyrrelser ofte har langvarige og kroniske forløp. Da er det helt avgjørende å vite om forebyggingstiltak faktisk forhindrer sykdom på sikt. Når oversiktsartiklene rapporterer vidt forskjellige måletidspunkter, er det også utfordrende å trekke tydelige konklusjoner om både korttids- så vel som langtidseffektene.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter og studier

Vi har i vårt søk ikke funnet andre paraplyoversikter som ser på forebygging av spiseforstyrrelser.

Det finnes noe nærliggende litteratur som handler om prevalens og risikofaktorer i ulike populasjoner. Eksempelvis har Jahrami og medarbeidere fra 2024 (44) publisert en paraplyoversikt over forstyrret spiseatferd hos medisinstudenter, hvor de spesifikt undersøker prevalens og risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser i denne gruppen. Fatt og medarbeidere fra 2024 (45) har publisert en paraplyoversikt om prevalens og risikofaktorer i elite-utøvere.

Peckmezian og medarbeidere fra 2017 (46) utarbeidet en paraplyoversikt hvor de så på intervensjoner for overvekt, hvor de samtidig fant at Atferds og Psykologiske intervensjoner, Vektreduksjonsintervensjoner, Livsstilsintervensjoner og Bariatrisk kirurgi (fedme-kirurgi) ledet til bedring av spiseforstyrrelsessymptomer «eating disorder symptoms» i denne gruppen.

Vi har altså ikke funnet sammenlignbare paraplyoversikter som ser på forebygging av spiseforstyrrelser, hvilket understreker nødvendigheten av denne rapporten i helsedirektoratets og helse- og omsorgsdepartementets arbeid.

Resultatenes betydning for praksis

Paraplyoversikten gir et oppdatert bilde av nyere (2020 – 2025) publisert oppsummert forskning om forebygging av spiseforstyrrelses-symptomer og -diagnose.

De færreste oversikter som vi presenterer resultater fra oppgir effektestimater og vi har gjennomgående lav og svært lav tillit til effekt av tiltakene. Vi har gjentatte ganger nedgradert vår tillit til resultatene grunnet risiko for systematiske skjevheter, og tidvis var det forskjellige konklusjoner mellom studier som undersøkte samme utfall i samme sammenligning. Hovedgrunnen til at vi ender på lav eller svært lav tillit til resultatene er at det er få studier og hovedsakelig små studier, noe som gir usikkerhet om tiltakets sanne effekt er funnet. Når vi har lav og svært lav tillit til resultatene betyr det at vi er for usikre til å gi klare konklusjoner, og at vi vurderer at nye studier vil kunne endre oppfattelsen av et tiltaks effekt. Det betyr hverken at tiltakene ikke virker eller at de er lite effektive, kun at vi har for lite dokumentasjon til å konkludere.

Vår vurdering er at denne paraplyoversikten gir støtte til de som ønsker å initiere nye, større (randomiserte) kontrollerte studier hvor man undersøker effekt av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser.

Denne rapporten er en del av et større arbeid initiert av regjeringen i statsbudsjettet (2022-23) og forankret i Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033). Rapporten leveres til helsedirektoratet som leverer en kunnskapsoppsummering til helse- og omsorgsdepartementet. Resultatenes betydning for praksis vil avhenge av helse- og omsorgsdepartementets videre arbeid.

Kunnskapshull

Formålet med denne rapporten er å belyse effekten av forebyggende tiltak for spiseforstyrrelser, uten begrensning på type tiltak, alder eller kjønn. Til dette formål brukte vi paraplyoversikt hvor vi oppsummerte rapportert forskning i systematiske oversikter. Ved endt gjennomgang ser vi flere kunnskapshull som kan belyses i videre forskning. Overordnet gjelder at flere systematiske oversikter slår sammen primærstudier som omhandler universelle, selektive og indikative tiltak, hvilket gjør at det står igjen mange ubesvarte spørsmål om effekt av de enkelte tiltak til ulike pasienter i ulike faser av forløpet – fra ingen symptomer, til symptomer til sykdom. For å belyse flere tiltak i flere situasjoner har vi i oversikter hvor det er mulig trukket ut resultater og omtalt resultatene under den spesifikke situasjon og type tiltak. Dette gjør at vi omtaler flere tiltak og situasjoner som ellers ville stått ubesvart, men vår tiltro til resultatene blir ofte lav og svært lav da det blir en narrativ fremstilling av primærstudier i stedet for eksempelvis en meta-analyse.

Av situasjonene universell, selektiv og indikativ forebygging er det flest tiltak utprøvd som universelle forebyggende tiltak. Kun for tiltakene Yoga og Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner presenteres resultater hvor tiltakene undersøkes som rene selektiv og/eller indikative tiltak.

Vi undersøkte effekt av ulike forebyggende tiltak på utfallene spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd, i de tre ulike situasjonene

universell, selektiv og indikativ forebygging.

1) Universelle forebyggende tiltak: vi finner kun resultater av tiltaket Psykoedukasjons baserte programmer, gitt til ungdom (1-18 år) og kvinner 17 år eller eldre, på forebygging av spiseforstyrrelsesdiagnose. Vi har samtidig svært lav tillitt til resultatene og samlet er det altså lite kunnskap om mulig effekt av forebyggende tiltak på spiseforstyrrelsesdiagnose. Det er beskrevet effekt av flere ulike tiltak gitt som universell forebygging av utfallene kroppsbilde, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd. Effekten av flere av disse tiltakene er kun beskrevet for gutter og menn (herunder intervensjoner for Selvfølelse og aksept av egen kropp, Kognitiv atferdsterapi, Kognitiv dissonans, Kognitiv dissonans med medietiltak, Livsstilsintervensjon, Medfølelsesbasert og Positiv psykologi). Vi skulle gjerne sett at det forelå oversikter som dekket disse intervensjoner også for kvinner i vårt søk.

2) Selektiv forebyggende tiltak: kun Yoga hos voksne er undersøkt som selektivt tiltak, og kun for utfallet kroppsbilde. Vi har altså ikke informasjon om selektive tiltak for utfallene spiseforstyrrelsesdiagnose, kroppsmisnøye eller forstyrret spiseatferd og disse står igjen som kunnskapshull.

3) Indikative forebyggende tiltak: Yoga for voksne er det angitt effekt av for utfallene kroppsbilde og kroppsmisnøye og Nettbaserte selvhjelpsintervensjoner er det angitt effekt av for utfallet forstyrret spiseatferd. Ellers er det kunnskapshull for utfallet spiseforstyrrelsesdiagnose og alle andre tiltak.

Kunnskapshullene ser altså særlig store ut for selektiv og indikativ forebygging, og det skal nevnes at effekt av tiltakene Aksept og verdibasert atferdsterapi, Kognitiv atferdsterapi, Dissonansbasert terapi og Motivational enhancement terapi er publisert samlet for 1) universelle, 2) selektive og 3) indikative forebyggende tiltak eller 2) selektive og 3) indikative forebyggende tiltak samlet. Her er det altså mulig å si noe om mulig effekt, men ikke i hvilken situasjon tiltaket egner seg best.

Samlet er vårt inntrykk at det er betydelige kunnskapshull om effekt av forebyggende tiltak på spiseforstyrrelsessymptomer og diagnose. Størst er kunnskapshullet på effekt av forebyggende tiltak på spiseforstyrrelsesdiagnoser. Vi viser ellers til oppsummering i tabell 2 hvor kunnskapshullene også kommer frem.

Konklusjon

Samlet sett viser paraplyoversikten at det fremdeles mangler sikker dokumentasjon om effektive tiltak som kan forebygge spiseforstyrrelser. Likevel gir resultatene retning for fremtidig forskning og understreker viktigheten av å utvikle og teste tiltak som kan møte den økende forekomsten av spiseforstyrrelser i befolkningen.

Referanser

1. Kraus AM, Vist GE, Giske L, Fossli M, Kirkehei I. Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser: et forskningskart. Oslo: Folkehelseinstituttet 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2025/forebygging-og-tidlig-intervensjon-av-spiseforstyrrelser/>
2. Vist GE, Fossli M, Meneses-Echavez JF, Helland GB, Kraus AM. Behandling for spiseforstyrrelser: en paraplyoversikt. . Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025.
3. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning: metodeboka [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [lest 1. januar 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
4. Vist GE, Helland GB, Bjornes SS. Forebygging av spiseforstyrrelser - prosjektplan for en paraplyoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nva-prosjekter/aktiv/forebygging-av-spiseforstyrrelser/>
5. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser>
6. Hay P, Aouad P, Le A, Marks P, Maloney D, Touyz S, et al. Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia-a rapid review. *J Eat Disord* 2023;11(1):23. DOI: 10.1186/s40337-023-00738-7
7. Stokke O, Karttinen E, Halvorsen C, Vinter C, Skogli E. Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. Oslo: Menon Economics 2022. Tilgjengelig fra: <https://nettros.no/wp-content/uploads/2022/03/Samfunnsverdien-av-a-CC%8A-forebygge-spiseforstyrrelser-januar-2022-1.pdf>
8. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2019;109(5):1402-13. DOI: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
9. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK. Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2022;5(7):e2222079. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.22079
10. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D, Aouad P, Barakat S, et al. Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders* 2022;10(1):132. DOI: 10.1186/s40337-022-00654-2
11. Krug I, Liu S, Portingale J, Croce S, Dar B, Obleada K, et al. A meta-analysis of mortality rates in eating disorders: An update of the literature from 2010 to 2024. *Clinical Psychology Review* 2025;116:102547. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102547>
12. Wentz E, Gillberg C, Råstam M, Gillberg C, Dinkler L, Dobrescu S. Anorexia nervosa: 30-year outcome. *British Journal of Psychiatry* 2020;216(2):97-104. DOI: 10.1192/bjp.2019.113

13. Griffiths S, Hay P, Mitchison D, Mond JM, McLean SA, Rodgers B, et al. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health* 2016;40(6):518-22. DOI: 10.1111/1753-6405.12538
14. Wade TD, Wilksch SM, Lee C. A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychol* 2012;31(3):352-9. DOI: 10.1037/a0025956
15. Rø Ø, Hage TW, Torsteinsson VW. Spiseforstyrrelser: forståelse og behandling : en håndbok. 1. utgave utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2020.
16. HelseDirektoratet. Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo: HelseDirektoratet; 2010. IS-1846. Tilgjengelig fra: <https://img1.custompublish.com/getfile.php/3801471.2331.qpfacaafep/Folkehelsearbeidet+-+veien+til+god+helse+for+alle.pdf?return=www.fritidforalle.no>
17. Institute of Medicine Committee on Prevention of Mental D. I: Mrazek PJ, Haggerty RJ, red. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994.
18. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, et al. *Cochrane handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024)*: Cochrane; 2024. Tilgjengelig fra: www.training.cochrane.org/handbook
19. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008
20. Fischer-Grote L, Fössing V, Aigner M, Fehrmann E, Boeckle M. Effectiveness of Online and Remote Interventions for Mental Health in Children, Adolescents, and Young Adults After the Onset of the COVID-19 Pandemic: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Ment Health* 2024;11:e46637. DOI: 10.2196/46637
21. Hendricks E, Jenkinson E, Falconer L, Griffiths C. How effective are psychosocial interventions at improving body image and reducing disordered eating in adult men? A systematic review. *Body Image* 2023;47:101612. DOI: 10.1016/j.bodyim.2023.08.004
22. O'Mara M, Greene D, Watson H, Shafran R, Kenworthy I, Cresswell C, et al. The efficacy of randomised controlled trials of guided and unguided self-help interventions for the prevention and treatment of eating disorders in young people: A systematic review and preliminary meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2023;78:101777. DOI: 10.1016/j.jbtep.2022.101777
23. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026
24. GRADEpro GDT. GRADEpro Guideline Development Tool [Software]. McMaster University and Evidence Prime; 2023.
25. Le LK, Tan EJ, Perez JK, Chiotelis O, Hay P, Ananthapavan J, et al. Prevention of high body mass index and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord* 2022;27(8):2989-3003. DOI: 10.1007/s40519-022-01458-8
26. Gentile AD, Kristian YY, Cini E. Effectiveness of unguided internet-based computer self-help platforms for eating disorders (with or without an associated app): A systematic review. *PLOS Digit Health* 2025;4(4):e0000684. DOI: 10.1371/journal.pdig.0000684
27. Chithambo TP, Huey SJ, Jr. Internet-delivered eating disorder prevention: A randomized controlled trial of dissonance-based and cognitive-behavioral interventions. *Int J Eat Disord* 2017;50(10):1142-51. DOI: 10.1002/eat.22762
28. Haderlein TP, Tomiyama AJ. Effects of internet-delivered eating disorder prevention on reward-based eating drive: A randomized controlled trial. *Eat Behav* 2021;43:101572. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2021.101572

29. Berry SL, Burton AL, Rogers K, Lee CM, Berle DM. A systematic review and meta-analysis of eating disorder preventative interventions in schools. *Eur Eat Disord Rev* 2025;33(2):390-410. DOI: 10.1002/erv.3149
30. Ahuja L, Schneider J, Budhraj M, Diedrichs PC, Williamson H. A Systematic Review Exploring the Effectiveness of Body Image Interventions Among Boys. *Adolescent Research Review* 2025;10(1):97-143. DOI: 10.1007/s40894-024-00246-y
31. Rupani N, Miller J, Renteria JA, Kaliebe KE. The impact of yoga on body image in adults: A systematic review of quantitative studies. *Body Image* 2024;51:101772. DOI: 10.1016/j.bodyim.2024.101772
32. Conboy L, Mingoia J, Hutchinson AD, Reisinger BAA, Gleaves DH. Digital body image interventions for adult women: A meta-analytic review. *Body Image* 2024;51:101776. DOI: 10.1016/j.bodyim.2024.101776
33. Brichacek AL, Neill JT, Murray K, Rieger E, Watsford C. The Effectiveness of Body Image Flexibility Interventions in Youth: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Adolescent Research Review* 2025;10(3):455-86. DOI: 10.1007/s40894-024-00256-w
34. Atkinson MJ, Parnell J, Diedrichs PC. Task shifting eating disorders prevention: A pilot study of selective interventions adapted for teacher-led universal delivery in secondary schools. *International Journal of Eating Disorders* 2024;57(2):327-40. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.24100>
35. Atkinson MJ, Wade TD. Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders* 2015;48(7):1024-37. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.22416>
36. Fuller-Tyszkiewicz M, Richardson B, Lewis V, Linardon J, Mills J, Juknaitis K, et al. A randomized trial exploring mindfulness and gratitude exercises as eHealth-based micro-interventions for improving body satisfaction. *Computers in Human Behavior* 2019;95:58-65. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.01.028>
37. Gordon CS, Jarman HK, Rodgers RF, McLean SA, Slater A, Fuller-Tyszkiewicz M, et al. Outcomes of a Cluster Randomized Controlled Trial of the SoMe Social Media Literacy Program for Improving Body Image-Related Outcomes in Adolescent Boys and Girls. *Nutrients* [Internet]. 2021; 13(11):[3825 s.].
38. Karekla M, Nikolaou P, Merwin RM. Randomized Clinical Trial Evaluating AcceptME—A Digital Gamified Acceptance and Commitment Early Intervention Program for Individuals at High Risk for Eating Disorders. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2022; 11(7):[1775 s.].
39. Merwin RM, Nikolaou P, Moskovich AA, Babyak M, Smith PJ, Karekla M. Change in body image flexibility and correspondence with outcomes in a digital early intervention for eating disorders based on acceptance and commitment therapy. *Body Image* 2023;44:131-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.12.010>
40. Stice E, Rohde P, Shaw H, Gau JM. Clinician-led, peer-led, and internet-delivered dissonance-based eating disorder prevention programs: Acute effectiveness of these delivery modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2017;85(9):883-95. DOI: 10.1037/ccp0000211
41. Warschburger P, Zitzmann J. The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-Controlled Trial. *J Youth Adolesc* 2018;47(6):1317-31. DOI: 10.1007/s10964-018-0852-3
42. Wilksch SM, Paxton SJ, Byrne SM, Austin SB, McLean SA, Thompson KM, et al. Prevention Across the Spectrum: a randomized controlled trial of three programs to reduce risk factors for both eating disorders and obesity. *Psychological Medicine* 2015;45(9):1811-23. DOI: 10.1017/S003329171400289X
43. Zabinski MF, Pung MA, Wilfley DE, Eppstein DL, Winzelberg AJ, Celio A, et al. Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a

- computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders* 2001;29(4):401-8. DOI: <https://doi.org/10.1002/eat.1036>
44. Jahrami H, Saif Z, Trabelsi K, Ghazzawi H, Pandi-Perumal SR, Seeman MV. An Umbrella Review and a Meta-analysis of Meta-analyses of Disordered Eating Among Medical Students. *Alpha Psychiatry* 2024;25(2):165-74. DOI: 10.5152/alphapsychiatry.2024.241515
 45. Fatt SJ, George E, Hay P, Jeacocke N, Gotkiewicz E, Mitchison D. An Umbrella Review of Body Image Concerns, Disordered Eating, and Eating Disorders in Elite Athletes. *J Clin Med* 2024;13(14). DOI: 10.3390/jcm13144171
 46. Peckmezian T, Hay P. A systematic review and narrative synthesis of interventions for uncomplicated obesity: weight loss, well-being and impact on eating disorders. *J Eat Disord* 2017;5:15. DOI: 10.1186/s40337-017-0143-5

Vedlegg 1. AMSTAR-2 sjekklisten

Tabell S1. Spørsmålene som brukes i AMSTAR-2 sjekklisten og våre tilhørende tolkninger

AMSTAR 2 sjekklisten, kritiske spørsmål
1. Inkluderte forskningsspørsmål og inklusjonskriterier PICO-komponentene? (Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO?) - ble tolket slik at det fikk ja dersom vi mente at PICO (Populasjon, Intervensjon, sammenligning (Comparison) og utfall (Outcome)) var beskrevet godt nok til at vi tror vi selv kunne ha gjennomført det.
2. Ble oversiktens metoder fastsatt på forhånd i en protokoll, og ble endringer fra planen forklart? (Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol?) - vi svarte ja/delvis ja kun der prosjektplanen var tilgjengelige for oss.
3. Forklarte forfatterne valget av studiedesign for inkludering i oversikten? (Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review?) - tolket vi slik at dersom inkluderte studiedesign passer med spørsmålet, svarte vi ja.
4. Var litteratursøket tilstrekkelig omfattende? (Did the review authors use a comprehensive literature search strategy?) - vi svarte ja/delvis ja etter instruksjonen i sjekklisten.
5. Gjorde forfatterne av oversikten utvelgelse av studier basert på tittel og sammendrag og basert på fulltekst i duplikat? (Did the review authors perform study selection in duplicate?) - fikk ja kun der det var eksplisitt skrevet at to personer screenet uavhengig av hverandre. Tilfeller som beskrev at en person screenet og en annen sjekket, fikk nei.
6. Gjorde forfatterne av oversikten dataauthenting i duplikat? (Did the review authors perform data extraction in duplicate?) - behandlet vi på samme måte som spørsmål 5.
7. Ble det gitt en liste over ekskluderte studier og begrunnelse for ekskludering? (Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions?) - tolket vi litt generøst og svarte delvis ja selv om de ikke hadde oppgitt eksklusjonsgrunn for hver enkelt studie, men hadde en liste av hvor mange som var ekskludert av hvilken årsak, slik vi fant i mange PRISMA-flow figurer.
8. Ble de inkluderte studiene beskrevet med nok detaljer? (Did the review authors describe the included studies in adequate detail?) - er et undervurdert viktig spørsmål fordi en god beskrivelse av hvordan studiene ble utført, hvor lenge de varte, informasjon om deltagere, alder og hvilke og hvor lenge de hadde hatt diagnosen samt faktiske resultater er avgjørende for å kunne forstå, tolke og videreformidle informasjonen fra disse systematiske oversiktene.
9. Benyttet forfatterne et tilfredsstillende metodisk verktøy for å vurdere risiko for systematiske skjevheter (RoB) i de inkluderte studiene? (Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review?) - her svarte vi ja kun der resultatet av vurderingene var tilgjengelige for oss, vi godtok ikke vurderinger som var utført ved sjekklister for rapportering; de oversiktene er å finne blant dem som er ekskludert ikke systematiske oversikter.
10. Ble kilder til finansiering for de inkluderte studiene rapportert? (Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review?) - finansiering (eller at de ikke var finansiert av noen) måtte være nevnt i artikkelen eller i risiko for skjevhetsvurderingene for å få et ja-svar. Dette er et viktig spørsmål da personer som er/har vært involvert i å utarbeide/selge en intervensjon/et tiltak kan ha forventninger som påvirker utførelse av studier/oversikter og på tolkning av resultater.

<p>11. Hvis meta-analyse ble utført, brukte forfatterne passende metoder for statistisk kombinasjon av resultater? (If meta-analysis was performed did the review authors use appropriate methods for statistical combination of results?) - her svarte vi kun til de sammenligningene og utfallene som vi inkluderte. Selv om de hadde utført flere meta-analyser for andre sammenligninger og utfall så svarte vi ikke-utført-meta-analyse dersom de ikke var utført for 'våre' sammenligninger og utfall. Det var tilfelle flere ganger.</p>
<p>12. Hvis meta-analyse ble utført, vurderte forfatterne den potensielle effekten av RoB i individuelle studier på resultatene av analysene? (If meta-analysis was performed, did the review authors assess the potential impact of RoB in individual studies on the results of the meta-analysis or other evidence synthesis?) - vi så på hvordan/dersom flere studiedesign var inkludert i samme analyse, i tillegg tolket vi I^2 (et statistisk mål på heterogenitet som indikerer om resultatene trekker i samme retning eller spriker; en verdi på 25 %, 60 % og 85 % indikerer henholdsvis lav, moderat og høy heterogenitet).</p>
<p>13. Tok forfatterne hensyn til RoB i inkluderte studier da de tolket og diskuterte resultatene av oversikten? (Did the review authors account for RoB in individual studies when interpreting/discussing the results of the review?) - om eventuelle forskjeller i risiko for systematiske skjevheter (RoB) mellom studiene ble tolket og diskutert var det nok for oss at det var nevnt.</p>
<p>14. Ble det gitt en tilfredsstillende forklaring på og diskusjon av heterogenitet? (Did the review authors provide a satisfactory explanation for, and discussion of, any heterogeneity observed in the results of the review?) -heterogenitet måtte være omtalt.</p>
<p>15. Dersom det var utført meta-analyse, undersøkte forfatterne tilstedeværelse og sannsynlige effekten av publikasjonsskjevhet? (If they performed quantitative synthesis did the review authors carry out an adequate investigation of publication bias (small study bias) and discuss its likely impact on the results of the review?) - test for publikasjonsskjevhet var for de mange inkluderte systematiske oversiktene ikke relevant da de kun presenterte resultatene narrativt. Der det er færre enn 10 studier i en meta-analyse, er resultater av funnel plot så usikre at det ikke er meningsfullt å utføre, derfor har vi ikke svart nei i de tilfellene.</p>
<p>16. Rapporterte forfatterne om potensielle kilder til interessekonflikter, inkludert eventuell finansiering de mottok for å utføre oversikten? (Did the review authors report any potential sources of conflict of interest, including any funding they received for conducting the review - forfatterens mulige interessekonflikter måtte være nevnt for å få svar ja.</p>

For å vurderes som høy eller moderat kvalitet kan det ikke være noen kritiske svakheter (ingen nei-svar på noen av de kritiske spørsmålene).

Vedlegg 2. AMSTAR-2 vurderinger

Kvalitetsvurdering av de inkluderte systematiske oversiktene (oransje farge indikerer kritiske spørsmål i AMSTAR-2).

Referanse	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	Kvalitet
Fisher-Grote 2024	J	N	J	DJ	J	N	DJ	DJ	J	N	J	N	N	N	J	J	KL
Hendricks 2023	J	DJ	J	DJ	N	J	DJ	DJ	J	N	IM	IM	J	J	IM	J	M
O'Mara 2023	J	J	J	DJ	N	N	DJ	DJ	J	N	J	J	J	J	J	J	M

Kvalitetsvurdering er gjort med AMSTAR 2-sjekklisten. AMSTAR 2 sjekklisten med alle spørsmål og veiledning for vurdering er forklart over. Hvert spørsmål ble besvart ja (J), delvis ja (DJ), nei (N), ikke relevant (IR) eller ikke brukt meta-analyse (IM). Kvalitet H er høy, M er moderat, L er lav og KL er kritisk lav metodisk kvalitet på den vurderte systematiske oversikten.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Mai 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no