

# Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser

Prosjektplan for et forskningskart

# Sammendrag

Med dette forskningskartet skal vi kartlegge forskning om universell, selektiv og indikativ forebygging samt tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser. Vi inkluderer systematiske oversikter og oversikter over oversikter på forebyggende tiltak som undersøker effekten på forstyrret spiseatferd og kroppsmisnøye. Kartleggingen er begrenset til forskning som er oppsummert i systematiske oversikter eller oversikter over oversikter.

Et forskningskart er en type systematisk kunnskapsoppsummering som sorterer og synliggjør den tilgjengelige forskningen om en bred problemstilling og uten å hente ut noen resultater.

For å identifisere relevante oversikter vil vi gjennomføre et systematisk litteratursøk. Referansene vurderes ved at to forskere parvis og uavhengig av hverandre vurderer titler og sammendrag og så fulltekster for inklusjon og eksklusjon opp mot de forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi vil kategorisere de systematiske oversiktene som vi inkluderer i EPPI reviewer software innenfor et forhåndsbestemt rammeverk. Her vil vi for eksempel skille mellom oversikter som har undersøkt universelle, selektive eller indikative forebyggende tiltak. Vi vil bruke AMSTAR-2 for å vurdere risikoen for systematiske skjevheter i de systematiske oversiktene. Forskningen vi identifiserer vil presenteres i en norskspråklig rapport og som et interaktivt nettbasert forskningskart på engelsk.

**Tittel:**

Forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser

-----  
Prosjektplan for et forskningskart

**Oppdragsgiver:**

Helsedirektoratet

**Bestillingsdato:**

14.01.2025

**Leveringsfrist:**

31.05.2025

**Team:**

Anne Martina Kraus  
(teamleder)  
Gunn Elisabeth Vist  
Liv Giske  
Ingvild Kirkehei  
(bibliotekar)

**Fagfeller:**

Lillebeth Larun, FHI  
Trine Tetlie Eik-Nes, Førsteamanuensis, NTNU  
Øyvind Rø, Professor II, OUS

**Godkjent av:**

Hilde Ristad, avdelingsdirektør, FHI

# Summary

We will conduct an evidence and gap map of systematic reviews and umbrella reviews on universal, selective and indicative prevention as well as early intervention of eating disorders. We include reviews that examine the effects of interventions on disordered eating and body dissatisfaction.

Evidence and Gap Maps are a systematic evidence synthesis product that displays the available evidence relevant to a broader research question, without extracting specific results from individual reviews.

To identify relevant studies, we will conduct a systematic search for literature. References will be evaluated by two researchers independently, first by title and abstract and subsequently in full text, for inclusion and exclusion according to our predefined inclusion and exclusion criteria. Included studies will be categorized in the EPPI reviewer software within a predefined framework. We will distinguish between reviews that have examined universal, selective, or indicated preventive measures. We will use AMSTAR-2 to assess risk of systematic biases in the systematic reviews. Identified research will be presented in a report in Norwegian, and in an interactive web-based evidence and gap map in English.

<p><b>Title:</b> Prevention and early intervention of eating disorders ----- Protocol for an evidence and gap map -----</p>
<p><b>Commissioner:</b> The Norwegian Directorate of Health -----</p>
<p><b>Commissioned date:</b> 14.01.2025</p>
<p><b>Due date:</b> 31.05.2025 -----</p>
<p><b>Team:</b> Anne Martina Kraus (team leader) Gunn Elisabeth Vist Liv Giske Ingvild Kirkehei (librarian) -----</p>
<p><b>Peer reviewers:</b> Lillebeth Larun, NIPH Trine Tetlie Eik-Nes, Associate Professor, NTNU Øyvind Rø, Professor II, OUS -----</p>
<p><b>Approved by:</b> Hilde Risstad, Department Director, NIPH</p>

---

# Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk 14.01.2025 i oppdrag av Helsedirektoratet å kartlegge forskning om forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser. Formålet med dette forskningskartet er å identifisere og presentere i et forskningskart tilgjengelige systematiske oversikter og oversikter over oversikter om tematikken. Helsedirektoratet skal bruke forskningskartet til å ta avgjørelsen om det skal lages en oversikt over oversikter eller en ny systematisk oversikt innenfor forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser. I tillegg skal vi innhente noen retningslinjer for forebygging av spiseforstyrrelser til bruk for Helsedirektoratet.

Forskningskartets inklusjonskriterier og kategorisering av studier har blitt avklart med bestiller ved Annicken Martinez Aasen, Maren Jeanette Komperød og Amalie Alnes Gjærde i Helsedirektoratet. Vi takker for konstruktive diskusjoner.

Vi takker også for innspill fra referansegruppa, ved Leila Torgersen ved avdeling for barn og familier, FHI, Marianne Clementine Håheim fra Rådgivning om Spiseforstyrrelser (ROS), Silje Sønsterud Olsen fra Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO), Karina Soini Store fra Vadsø kommunes psykiske helseenhet og Lena Matre-Nilsen fra Psykisk helse barn og unge med familie, Bærum kommune. Vi takker også for innspill fra Heid Nøkleby, FHI.

---

# Innledning

---

## Spiseforstyrrelser, kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd

---

Spiseforstyrrelser er en sammensatt gruppe lidelser, der årsaken og utviklingen er multifaktoriell. Globalt lider omtrent 3-8 % av kvinner og 1-2 % av menn av en spiseforstyrrelse i tråd med diagnostiske kriterier i løpet av livet (1;2). En metaanalyse fra 2019 fant at forekomsten av spiseforstyrrelser har mer enn doblet seg fra perioden 2000-2006 til 2013-2018 (2). Diagnostiseringen av spiseforstyrrelser har gjennomgått betydelige endringer de siste årene, noe som også har påvirket den relative forekomsten av ulike typer lidelser. Introduksjonen av nye diagnose-systemer, som ICD-11 og DSM-5, har blant annet ført til innføringen av diagnoser som overspisingslidelse (Binge-Eating Disorder, BED), samt til utvidede kriterier for diagnosen anorexia nervosa (1). I Norge brukes per i dag både ICD-10 og noen ganger DSM-5 i diagnostiseringen, men på sikt er det planlagt en overgang til ICD-11, som i stor grad forener elementer fra ICD-10 og DSM-5 (se vedlegg 3). I dette forskningskartet inkluderer vi alle spiseforstyrrelser som rammer barn, ungdom og voksne, uavhengig av hvilket diagnose-system som ble brukt ved diagnostiseringen.

En spiseforstyrrelse påvirker livskvaliteten betydelig, men også kroppsmisnøye og forstyrret spiseatferd kan føre til redusert livskvalitet (3;4). Begge faktorene kan bidra til utviklingen av en spiseforstyrrelse, men kan også oppstå i forbindelse med andre psykiske lidelser som for eksempel depresjon eller angst (5).

Ordet «kroppsbilde» er definert som individers oppfatninger, holdninger og erfaringer knyttet til egen kropp (6). Et positivt kroppsbilde omfatter å akseptere og å anerkjenne egen kropp i tillegg til å vektlegge dens styrker fremfor dens ufullkommenheter (7). I motsetning til dette er kroppsmisnøye negativ oppfatning og holdninger til egen kropp (6). Det er kjent at kroppsmisnøye i seg selv går ofte hånd i hånd med en rekke negative helseutfall, som for eksempel depressive symptomer og forstyrret spiseatferd (8).

Forstyrret spiseatferd, som ofte også kalles spiseproblematikk, refererer til atferd som vekttapsorientert slanking, overspising, selvindusert oppkast, samt bruk av avføringsmidler og vanndrivende, overdreven fysisk aktivitet og overdreven bruk av muskelbyggende produkt og anabole steroider. Disse atferdsmønstrene kan være tegn på en spiseforstyrrelse. Det er hyppigheten og kombinasjonen av disse som gjør at de diagnostiske kriteriene for en klinisk spiseforstyrrelse blir oppfylt. Forekomsten av forstyrret

spiseatferd er betydelig høyere enn forekomsten av diagnostiserbare spiseforstyrrelser. Blant ungdom er prevalensen estimert til omtrent 22-26 % (1). Videre øker forekomsten blant ungdommer med stigende alder og kroppsmasseindeks (KMI) (9).

I tillegg til at forstyrret spiseatferd kan gå forut for en spiseforstyrrelse, kan den også på lang sikt bidra til utvikling av usunn vekt. Hos ungdom assosieres slanking og andre vektrelaterte kontrollatferder med økt kroppsvekt og økt risiko for utvikling av spiseforstyrrelser etter fem år (10). Derfor inkluderer vi forebyggende tiltak som undersøker effekten på spiseforstyrrelser, forstyrret spiseatferd eller kroppsmisnøye.

### **Diagnostiske kriterier for ulike typer spiseforstyrrelser**

Blant spiseforstyrrelsene finnes anorexia nervosa (AN), som ifølge ICD-11 kjennetegnes av svært lav kroppsvekt i forhold til høyde, alder og utviklingsnivå, som ikke skyldes annen helsetilstand eller mangel på mat (11). Videre inkluderer vi bulimia nervosa (BN), som defineres som hyppige episoder med overspising, etterfulgt av kompenserende atferd som oppkast, bruk av avføringsmidler eller intens trening for å unngå vektøkning (11). Nytt i DSM-5 og ICD-11 er overspisingslidelse (Binge Eating Disorder – BED), som innebærer gjentatte episoder med overspising, ledsaget av tap av kontroll og negative følelser. I motsetning til bulimia nervosa blir disse ikke etterfulgt av kompenserende atferd (11). Også nytt i ICD-11 er Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), på norsk ofte oversatt med selektive spisevansker, som defineres som unngåelse eller begrensning av matinntak som fører til betydelig vekttap, ernæringsmangler og svekket psykososial funksjonsevne, uten sammenheng med bekymring for kroppsvekt eller form. I tillegg har diagnosen «Pica» blitt inkludert, kjennetegnet av regelmessig inntak av ikke-spiselige stoffer. Diagnosen ruminasjonslidelse (rumination-regurgitation disorder) beskriver en tilstand der maten som er svelget, gulpes opp igjen. For både anorexia nervosa, bulimia nervosa og overspisingslidelse finnes det også en «atypisk» variant, hvor enkelte, men ikke alle diagnostiske kriterier oppfylles. Disse er klassifisert under kategorien “Other Specified Feeding or Eating Disorders (OSFED)” (11). “Feeding or eating disorders, unspecified (UFED)” omfatter spiseforstyrrelser som ikke oppfyller kriteriene for noen av de spesifikke diagnosene, og hvor det er utilstrekkelig informasjon for å spesifisere en bestemt type (11). Se også vedlegg 3 for kriteriene.

### **Prevalens av ulike typer spiseforstyrrelser**

Forekomsten av spiseforstyrrelser varierer avhengig av det diagnostiske verktøyet og diagnosesystemet som brukes. (1). En indikasjon på den globale livstidsprevalensen finnes for eksempel i den systematiske oversikt av Lindvall Dahlgren et. al (12). Den estimerte forekomsten av anoreksi i løpet av livet var 0,1-1,4 % i hele populasjonen. Rundt 2,6 prosent led av bulimia nervosa i løpet av livet. Overspisingslidelse ble diagnostisert i 2,7-3,6 % prosent av populasjonen i løpet av livet. Andre spesifiserte spiseforstyrrelser (OSFED), som omfatter blant annet atypisk anoreksi og atypisk bulimi forekom i 3.8-11.5 % av populasjonen.

## Konsekvenser av spiseforstyrrelser, forstyrret spiseatferd og kroppsmisnøye

Som tidligere beskrevet reduserer negativt kroppsbilde, forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser livskvaliteten betydelig. Globalt medfører spiseforstyrrelser en sykdomsbyrde som tilsvarer 43,4 tapte eller reduserte leveår per 100 000 personer (1). Årsaken er ikke bare selve lidelsen, men også dens psykiske, somatiske og sosiale konsekvenser. Blant de psykiske komorbiditetene finnes for eksempel angst og depresjon, som ifølge en oversikt fra 2022 anslås å ramme omtrent 50-60 % av alle pasienter med en spiseforstyrrelse (13). Blant de somatiske konsekvensene er for eksempel osteoporose ved anoreksi og bulimi samt metabolsk syndrom og dets mulige følgetilstander ved over-spisingslidelse (13). Spiseforstyrrelser gir økt dødelighet: For anorexia nervosa etter innleggelse er risikoen over fem ganger høyere, og for anorexia nervosa etter poliklinisk behandling eller bulimia nervosa er den dobbelt så høy som i befolkningen generelt (14).

Samlet sett kan spiseforstyrrelser føre til betydelig psykiske, somatiske og sosiale konsekvenser. Dette blir også gjenspeilet i de samfunnsøkonomiske kostnadene ved spiseforstyrrelser. En rapport fra 2021 estimerte samfunnskostnadene i Norge knyttet til spiseforstyrrelser til 26 milliarder norske kroner i 2021 (15). Forebyggende tiltak vil kunne føre til en betydelig forbedring i livskvaliteten og en reduksjon i samfunnsøkonomiske kostnader (15).

### Forebyggende tiltak

På grunn av en svært heterogen gruppe berørte og den multifaktorielle etiologien ved spiseforstyrrelser, finnes det et bredt spekter av forebyggende tiltak. Terminologisk kan disse deles inn på to måter: Begrepene primær, sekundær og tertiær forebygging skiller mellom tidspunkt og mål i forhold til sykdomsutviklingen (16). Begrepene universell, selektiv og indikativ forebygging refererer derimot til målgruppen og deres risiko (17). En begrepsdefinisjon av forebyggende tiltak finnes i tabell 1 (16;17). Dette forskningskartet omfatter derfor primære og delvis sekundære forebyggingstiltak og dekker universell, selektiv og indikativ forebygging.

*Tabell 1: Begrepsdefinisjon forebygging av spiseforstyrrelser (16;17)*

<b>Forebygging basert på tidspunktet og målet for intervensjonene i forhold til sykdomsutvikling.</b>	
Primær forebygging	Tiltak som er rettet mot risikofaktorer for spiseforstyrrelser for å forhindre at sykdommen oppstår i utgangspunktet.
Sekundær forebygging	Tiltak for å oppdage og håndtere spiseforstyrrelser tidlig, før de gir alvorlige konsekvenser,
Tertiær forebygging	Tiltak for å redusere konsekvensene av en allerede etablert spiseforstyrrelse, ofte gjennom rehabilitering.
<b>Forebygging basert på målgrupper og deres risiko.</b>	

Universell forebygging	Tiltak rettet mot hele befolkningen eller store grupper, uavhengig av risiko.
Selektiv forebygging	Tiltak rettet mot grupper med økt risiko for å utvikle spiseforstyrrelser.
Indikativ forebygging	Tiltak rettet mot individer som viser tidlige tegn på spiseforstyrrelser, men som ikke ennå har fått en diagnose.

### Tidlig intervensjon og behandling

I denne sammenhengen kan tidlig oppdagelse og intervensjon også være svært nyttig og bidra til å forebygge at tilstanden blir alvorlig (18;19). Per nå tar det svært lang tid før lidelsen oppdages og diagnostiseres. En stor andel får aldri behandling. En systematisk oversikt fra 2024 fant at kun 32 % av personer som møter kriteriene for en spiseforstyrrelser oppsøker behandling for dette (20;21). Over tid har dette endret seg lite: Sammenlignet med tallene fra ti år tidligere, rapporterte forfatterne en lignende andel som oppsøkte behandling for spiseforstyrrelsen (21). Selv om det ikke er fastsatt et kritisk tidsvindu for tidlig intervensjon ved spiseforstyrrelser, indikerer forskning at behandling innen de første tre årene etter sykdomsdebut er assosiert med høyere sannsynlighet for bedring, mens senere intervensjon kan være mindre effektiv (22–24).

### Sårbare grupper og risikofaktorer

For å forhindre utviklingen av et negativt kroppsbilde, forstyrret spiseatferd og spiseforstyrrelser, samt for å muliggjøre tidligere intervensjon, må vi vurdere tiltak rettet mot de delene av befolkningen som har økt risiko for å utvikle disse lidelsene. Her spiller ulike faktorer inn. Først og fremst alder: Selv om negativt kroppsbilde, forstyrret spiseatferd eller spiseforstyrrelser kan oppstå i alle aldre, finnes det perioder med økt forekomst. Særlig hos ungdommer finnes det mange som sliter med eget kroppsbilde og forstyrret spiseatferd (25;26).

Blant pasienter med spiseforstyrrelser rammes pasienter med anorexia nervosa tidligst, vanligvis i en alder mellom 10 og 24 år (11). Insidensen av bulimia nervosa er høyest i eller rett etter puberteten (11), mens binge eating disorder rammer oftest ungdommer og unge voksne, men forekommer også hos eldre voksne (11). For ARFID er oppstartsaldern gjennomsnittlig på 12-13 år (1). I samsvar med dette har en studie utført i 2020/21 funnet at prevalensen av spiseforstyrrelser blant norske ungdommer i alderen 16-19 år er rundt 9,4 %. Spesifikt var prevalensen av anorexia nervosa på 2,7 %, bulimia nervosa på 1,1 %, binge eating på 1,9 % og other specified eating disorders på 10,7 % (25).

Bortsett fra alder finnes det en rekke risikofaktorer som spiller inn. Dette inkluderer både biologiske faktorer som genetik, psykologiske faktorer som egne livserfaringer, kjønn og kjønnsidentitet og psykiske komorbiditeter, samt sosiale faktorer som sosioøkonomisk status, minoritetstilhørighet, sosiale medier og prestasjonsidrett (27). Å



kjenne til risikofaktorene gir både en bedre forståelse av sykdommens utvikling og muligheten for målrettet intervensjon. En oversikt over relevante faktorer finnes i tabell 2 (27;28).

**Tabell 2:** Risikofaktorer assosiert med spiseforstyrrelser, modifisert etter Barakat et al. (27). Forkortelser: **ED** eating disorder; **AN** anorexia nervosa; **BN** bulimia nervosa; **BED** binge eating disorder; **OSFED** other specified eating or feeding disorder; **UFED** Unspecified Eating Disorder; **BMI** body mass index; **AN-BP** anorexia nervosa (binge-purge subtype); **PD** personality disorder; **ARFID** avoidant restrictive food intake disorder; **AN-R** anorexia nervosa (restrictive subtype); **A-AN** atypical AN.

Risikofaktorkategori	Kjennetegn ved risikofaktorer	Tilknyttede spiseforstyrrelser
<b>Miljø</b>	Eksposering for "tynn ideal"-kroppstype	Alle ED-er
	Kroppsmisnøye	BN, BED
	Tidlig pubertetsutvikling	BN, AN
	Matusikkerhet	Binge-eating-atferd
	Høy utdanning	Restriktive spiseforstyrrelser
	Deltakelse i elitesport	Alle ED-er
<b>Genetikk</b>	Se teksten for detaljer	AN, BN, BED
<b>Tarm-mikrobiell ubalanse</b>	Escherichia coli (C1pB)	AN
<b>Autoimmune sykdommer</b>	Diabetes, inflammatorisk tarm-sykdom	AN, BN, OSFED, UFED
<b>Gynekologiske tilstander</b>	Polycystisk ovariesyndrom*	BN, BED
<b>Vektstatus i barndommen</b>	Lav BMI	AN
	Høy BMI	BN, BED
<b>Forhold til foreldre</b>	Foreldres oppfatning av at barnet er overvektig	AN-BP, BN, BED
	Foreldres ertering om vekt	AN-BP, BN, BED
	Oppfattet press fra foreldre om å spise	ARFID
<b>Forsømmelse/overgrep/traumer</b>	Posttraumatisk stresslidelse	BED
	Neglekt/overgrep/traumer generelt	AN, BN, BED
<b>Personlighetstrekk</b>	Perfeksjonisme	AN-R, A-AN
	Tvangspreget	AN-R, A-AN
	Impulsivitet	AN-BP, BN, BED

<b>Komorbide tilstander</b>	Obsessiv-kompulsiv lidelse	AN
	Sosial angstlidelse	BN, AN
	Borderline PD	BN, BED, PD
	Bipolar lidelse	BN, BED
	Depresjon	Alle ED-er

*\*denne risikofaktoren er hentet fra Cooney et al. (28)*

Kort beskrevet øker genetiske faktorer risikoen for å utvikle en spiseforstyrrelse betydelig. Den største påvirkningen er på anoreksi. Risikoen for å utvikle anoreksi er elleve ganger høyere hvis personen har en slektning med anoreksi. For bulimi er risikoen omtrent ti ganger høyere hvis det forekommer i familien, og dobbelt så høy for overspisingsslidelse (27;29).

De mest relevante risikofaktorene i dette forskningskartet er de som kan adresseres med målrettede intervensjoner. Dette gjelder både for diabetes, inflammatorisk tarm sykdom, psykiatriske komorbiditeter og tilhørighet til en høyrisikogruppe for utvikling av spiseforstyrrelser (27).

---

## **Hvorfor det er viktig å utarbeide dette forskningskartet**

---

Før forebyggende tiltak iverksettes, er det viktig å ha kunnskap om deres effekt. Systematiske oversikter, som sammenfatter og vurderer evidensen for ulike tiltak, gir et godt grunnlag for å vurdere hvor effektive tiltakene er, samt om det er behov for ytterligere forskning på området. Oversikter over oversikter kan også være et aktuelt kunnskapsgrunnlag.

---

## **Mål og hensikt**

---

Hensikten med dette forskningskartet er å identifisere, sortere og synliggjøre forskning oppsummert i systematiske oversikter og oversikter over oversikter om forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser. Dette omfatter både universelle forebyggende tiltak som gis på befolkningsnivå og selektive tiltak rettet mot grupper med forhøyet risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse. Videre inkluderer forskningskartet oversikter over indikerte forebyggende tiltak, som er rettet mot personer som allerede viser tegn på en spiseforstyrrelse. I tillegg skal vi identifisere systematiske oversikter som vurderer effekten av tidlig intervensjon og behandling. Vi vil presentere oversiktene etter om de omhandler universelle, selektive eller indikative forebyggende tiltak, samt tidlig intervensjon mot spiseforstyrrelser, forstyrret spiseatferd og kroppsmisnøye hos barn-, unge og voksne.

# Metode

Et forskningskart er et systematisk kunnskapsoppsummeringsprodukt som synliggjør den tilgjengelige forskningen som gjelder et spesifikt, bredere forskningsspørsmål. Denne typen forskningskartlegging egner seg særlig godt til å identifisere kunnskaps-hull, da den forutsetter et forhåndsbestemt konseptuelt rammeverk for hvilket forskningstema og hvilke typer forskningsdesign som skal kartlegges. Metoden innebærer systematiske litteratursøk, utvelgelse av studier basert på forhåndsbestemte inklusjonskriterier og koding av inkluderte studier innenfor det forhåndsbestemte rammeverket.

Metodene som brukes i utarbeidelsen av dette forskningskartet er basert på FHIs metodebok (30) og Campbell Collaborations retningslinje for forskningskart (31).

---

## Inklusjonskriterier

---

Vi vil bruke følgende inklusjonskriterier for forskningskartet:

<b>Studiedesign</b>	Systematiske oversikter og protokoller for systematiske oversikter som tilfredsstillende følger følgende kriterier: systematisk søk i to eller flere databaser, vurdering av risiko for systematiske skjevheter av de inkluderte studiene og klare inklusjonskriterier. Oversikter over oversikter som tilfredsstillende følger følgende kriterier: systematisk søk i to eller flere databaser, vurdering av risiko for systematiske skjevheter eller vurdering av metodisk kvalitet av de inkluderte systematiske oversikter og klare inklusjonskriterier.
<b>Populasjon for universelle forebyggende tiltak</b>	Alle (barn, ungdom og voksne)
<b>Populasjon for selektive forebyggende tiltak</b>	Barn, ungdom og voksne i risiko for å utvikle en spiseforstyrrelse, for eksempel med psykiske plager, prestasjonsidrett, overvekt, fedme, alvorlig fedme, undervekt og særlige miljøer
<b>Populasjon for indikative forebyggende tiltak</b>	Barn, ungdom og voksne som viser tegn på kroppsmisnøye eller forstyrret spiseatferd, for eksempel slankeatferd

<b>Intervensjoner/ tiltak</b>	Universelle, selektive og indikative forebyggende tiltak så lenge det omfatter utfallene i inklusjonskriteriene. Universelle type tiltak omfatter f.eks. psykoedukasjon om spiseforstyrrelser og kompetansestyrking i sosiale medier. Selektive type tiltak omfatter f.eks. kognitiv dissonansbaserte tiltak. Indikativ forebyggende tiltak kan omfatte individuell rådgivning og samme type tiltak som universell og selektiv forebygging, men på en indikativ populasjon. Tidlig oppdagelse. Tidlig intervensjon for personer som viser tegn på en spiseforstyrrelse.
<b>Sammenlikninger</b>	Ingen tiltak/Andre tiltak
<b>Utfall</b>	Spiseforstyrrelser, vi vil notere hvilket diagnoseverk som ble brukt Forstyrret spiseatferd Kroppsmisnøye Kroppsbilde
<b>Publikasjonsår</b>	Publisert i 2015 eller senere. Vi vil kun inkludere oversikter med søkedato i 2015 eller senere.
<b>Land/kontekst</b>	Søk uten begrensninger, men kun oversikter med inklusjonskriterier som tilsier at en studie utført i Norge og som også oppfyller de andre inklusjonskriteriene ville ha blitt inkludert
<b>Språk</b>	Systematiske oversikter og oversikter over oversikter publisert på engelsk, tysk, norsk, svensk og dansk

### **Eksklusjonskriterier**

Vi ekskluderer tertærforebyggende tiltak og personer som allerede har fått en spiseforstyrrelsesdiagnose. I tillegg ekskluderer vi ikke-systematiske oversikter og systematiske oversikter og oversikter over oversikter som ble publisert før 2015 eller har søkedato før 2015. Eldre oversikter ville ikke ha kunnet inkludere nyere forskning. Vi ekskluderer oversikter med et geografisk perspektiv som tilsier at en studie utført i Norge ikke ville ha blitt inkludert, for eksempel med fokus på lav- og middelinntektsland. Da vil også oversikter med et nasjonalt perspektiv der de kun inkluderer studier som er utført i sitt eget land (og det landet ikke er Norge eller et annet nordisk land) bli ekskludert.

---

### **Litteratursøk**

---

#### **Søk i databaser**

Bibliotekar IK vil utarbeide en søkestrategi i samarbeid med resten av prosjektgruppen og utføre søkene. Søket vil inneholde relevante kontrollerte emneord (f.eks. Medical Subject Headings), tekstord (ord tittel og sammendrag), og avgrensninger som gjenspeiler inklusjonskriteriene. Vi vil bruke ulike søkeord for forebygging kombinert med

alle relevante diagnoser/populasjoner og videre avgrense søket til systematiske oversikter. En annen bibliotekar vil fagfelleverdure søkestrategien. Søket avsluttes etter planen i februar 2025 og inkluderer søk i følgende databaser:

- Epistemonikos
- Health Evidence
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- MEDLINE
- Embase
- PsychINFO
- CINAHL
- Scopus

### **Søk i andre kilder**

Vi vil også søke i OpenAlex og Google, sjekke pågående systematiske oversikter i PROSPERO og gjennomgå publikasjoner hos relevante organisasjoner som SBU (Statens Beredning för Medicinsk och Social Utvärdering) og Vive.

### **Søk etter retningslinjer**

Helsedirektoratet ønsker en oversikt over nasjonale retningslinjer for forebygging og tidlig intervensjon av spiseforstyrrelser for å få bedre innsikt i hvordan andre land har valgt sin strategi på dette området. Derfor har de valgt ut retningslinjer fra lignende nordiske velferdsstater: Danmark, Finland, Island og Sverige (32). Vi erkjenner at denne strategien kan gi svært begrenset informasjon, og har derfor utvidet omfanget til også å inkludere retningslinjer fra land med velferdssystemer som ligger nært opp til den nordiske modellen: Østerrike, Belgia, Nederland og New Zealand (33). Den tredje kategorien er ytterligere utvidet til å omfatte retningslinjer fra land med velferdssystemer som har enkelte trekk til felles med den nordiske modellen: Australia, Tyskland, Storbritannia og Irland (34).

Vi inkluderer også retningslinjer fra USA, siden landet har en stor andel forskningsprosjekter på tematikken, og fra Canada, som er kjent for å utvikle retningslinjer av høy kvalitet.

For å finne disse vil vi gjennomgå publiserte retningslinjer på websidene til landenes nasjonale retningslinjeleverandører, som for eksempel NICE (Storbritannia) og Sundhedsstyrelsen (Danmark). Vi vil også søke i databasen GIN (Guidelines International Network).

Retningslinjene vil ikke inngå i forskningskartet, men formidles i et vedlegg. Dersom retningslinjene refererer til relevante systematiske oversikter som oppfyller våre inklusjonskriterier, men som vi ikke har funnet i vårt eget søk, vil vi inkludere disse i forskningskartet.

---

## Utvelging av studier

---

Vi vil bruke det elektroniske verktøyet EPPI Reviewer (35) og dets maskinlæringsfunksjoner i prosessen med å vurdere titler og sammendrag mot inklusjonskriteriene. Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at programvaren er i stand til å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på empiriske data som vi fører den med. I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag benytter vi «priority screening» som er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer. Algoritmen «læres opp» av våre avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser som algoritmen «lærer» er mer relevante blir skjøvet frem i «køen». På denne måten er det tenkt at man skal få et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om man hadde lest referansene i tilfeldig rekkefølge. Vi vil også bruke det som kalles SRclassifiser i EPPI reviewer, det er en algoritme som rangerer referanser etter sannsynlighet for å være en systematisk oversikt eller ikke. Da vil de publikasjonene som mest sannsynlig er en systematisk oversikt bli skjøvet frem i «køen».

Vi vil pilotere inklusjonskriteriene på de 50 første titlene og sammendragene fra litteratursøket, for å sikre at prosjektmedarbeiderne har en felles forståelse for inklusjonskriteriene. Studiene som vi er enige om at er relevante innhenter vi i fulltekst. To prosjektmedarbeidere (av GEV, LG, HN og AMK) gjør uavhengige vurderinger av fulltekstene opp mot inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderingene av titler/sammendrag og fulltekster løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

---

## Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

---

Vi vurderer risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte systematiske oversiktene ved hjelp av AMSTAR-2 (36). To prosjektmedarbeidere, (av GEV, LG, HN og AMK), gjør disse vurderingene uavhengig av hverandre. Uenighet om vurderingene løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Dersom vi finner flere systematiske oversikter med samme PICO, så vil vi vurdere den med nyest litteratursøk først. Dersom den er av høy kvalitet vil vi ikke vurdere de eldre.

---

## Uthenting av data og koding

---

En prosjektmedarbeider (av GEV, LG, HN og AMK) henter ut data (se Vedlegg 2) fra de inkluderte studiene og en annen (av GEV, LG, HN og AMK) kontrollerer dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererer vi med en tredje medarbeider for å bidra til enighet. Vi bruker et pilotert datauthentingskjema.

Vi lager et interaktivt forskningskart ved å bruke EPPI-Reviewers innbygde datavisualiseringsprogram Eppi-Mapper (37).

## **Kodebok**

Utviklingen av en kodebok er en del av prosjektet. Hensikten med kodeboken er å lage et rammeverk over informasjon som skal hentes ut av de systematiske oversiktene. Kodeboken skal derfor spesifisere hvilke hoved- og underkategorier som skal inngå i kartet.

Prosjektgruppen ved FHI lager først et forslag til kodebok basert på kategorier som brukes i relevante publikasjoner vi allerede har kjennskap til. En referansegruppe bestående av prosjektets eksterne fageksperter og ev. andre de ønsker å rådføre seg med (f.eks. klinikere, brukere), går gjennom og gir innspill til forslaget. Prosjektgruppen fremstiller kodeboken basert på innspillene, og piloterer den på et utvalg studier.

---

## **Leveranser og publisering**

---

### **Rapport**

Prosjektets sluttprodukt er en rapport som framstiller de inkluderte studiene i tabeller og diagrammer ledsaget av forklarende tekst om forekomsten av forskningsbasert dokumentasjon og kunnskapshull for prosjektets tematikk. Rapporten er først og fremst beregnet til å informere Helsedirektoratet i deres arbeid, men skal også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Vi vil publisere rapporten sammen med en nyhetssak på [www.fhi.no](http://www.fhi.no) to uker etter oversendelse til oppdragsgiver. Vi åpner også for å publisere hele eller deler av rapportens innhold som en eller flere artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

### **Digitalt forskningskart**

I tillegg vil vi publisere selve forskningskartet på den digitale, interaktive formidlingsplattformen EPPI-Mapper eller EPPI-Vis (37). Det digitale forskningskartet vil illustrere forekomsten av systematiske oversikter som handler om de ulike hoved- og underkategoriene. Brukerne av matrisen kan velge en gitt kombinasjon av kategorier, og få opp en referanseliste med systematiske oversikter som er kodet med de aktuelle kategoriene. I tillegg vil brukerne kunne filtrere forskningskartet på de forhåndsbestemte variablene.

Godkjent prosjektplan blir lagt ut på [www.fhi.no](http://www.fhi.no) ev. sammen med en kort nettomtale av prosjektet.

---

## **Referansegruppe og fagfelleevaluering av prosjektplan og rapport**

---

Referansegruppen bidrar med innspill til innledningen, PICOS og utfall i rapporten. De kan hjelpe med å diskutere resultatene til forskningskartet i kontekst. Referansegruppe består både av fageksperter innen de relevante feltene som kliniker eller forsker og brukerrepresentanter fra pasientforeninger som både kan være personer med egne er-

faringer med spiseforstyrrelser eller erfaring som pårørende til noen med en spiseforstyrrelse. I tillegg har vi noen som jobber med pasienter som strever med mat og kropp på kommunenivå.

To eksterne fagfeller, Øyvind Rø og Trine Tetlie Eik-Nes og én intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet, Lillebeth Larun, fagfellevurderer prosjektplanen.

Prosjektplan og rapport skal klareres av kontaktpunkt i ledelsen før de fagfellevurderes av de to eksterne og den interne fagfellen og før godkjenning av kontaktpunktet i ledelsen i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak.

---

## Tidsplan

---

**Startdato:** 14.01.2025, dato for endelig avklaring av problemstilling og inklusjonskriterier

**Leveringsfrist:** 31.05.2025, avtalt dato for oversendelse til oppdragsgiver

### Tiltak ved ev. forsinkelse

Hvis det oppstår forhold som utgjør en risiko for at leveringsfristen ikke kan overholdes, som f.eks. uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større antall søketreff enn 10 000 eller flere enn 100 inkluderte systematiske oversikter, eller andre forhold, vil et eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Økt bemanning innenfor den avtalte rammen av månedsverk
- Erstatte prosjektmedarbeidere ved fravær/sykdom
- Ytterligere avgrensninger i inklusjonskriterier (etter avtale med oppdragsgiver)
- Forlengelse av leveringsfristen (etter avtale med oppdragsgiver)

---

## Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI

---

### Pågående prosjekter:

Forskningsomtale for Kristiansand kommune om forebygging av spiseforstyrrelser. Folkehelseinstituttet, klynge for vurdering av tiltak. Planlagt ferdigstilt 2025. Les mer om forskningsomtaler her: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kommunestotte/forskningsomtale>

Bedre helse gjennom idrett. Folkehelseinstituttet, Forsking og analyse av helsetenesta. Planlagt ferdigstilt i 2034. Les mer om prosjektet her: <https://www.fhi.no/cristin-prosjekter/aktiv/bedre-helse-gjennom-idrett/>

### Publiserte prosjekter:

Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Rapport fra Kunnskapssenteret. 2004. [Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser](#)



---

# Referanser

1. Hay P, Aouad P, Le A, Marks P, Maloney D, National Eating Disorder Research Consortium, mfl. Epidemiology of eating disorders: population, prevalence, disease burden and quality of life informing public policy in Australia—a rapid review. *Journal of Eating Disorders* 2023.11(1):23. DOI: 10.1186/s40337-023-00738-7.
2. 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: 10.1093/ajcn/nqy342.
3. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1753-6405.12538>
4. Wade TD, Wilksch SM, Lee C. A longitudinal investigation of the impact of disordered eating on young women's quality of life. *Health Psychology* 2012.31(3):352–9. DOI: 10.1037/a0025956.
5. Stice E, Onipede ZA, Marti CN. A meta-analytic review of trials that tested whether eating disorder prevention programs prevent eating disorder onset. *Clinical Psychology Review* 2021.87:102046. DOI: 10.1016/j.cpr.2021.102046.
6. Cash TF. The management of body image problems. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* 2002.2:599–603.
7. Tylka TL, Wood-Barcalow NL. What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image* 2015.14:118–29. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.04.001.
8. Sharpe H, Griffiths S, Choo TH, Eisenberg ME, Mitchison D, Wall M, mfl. The relative importance of dissatisfaction, overvaluation and preoccupation with weight and shape for predicting onset of disordered eating behaviors and depressive symptoms over 15 years. *International Journal of Eating Disorders* 2018.51(10):1168–75. DOI: 10.1002/eat.22936.
9. López-Gil JF, García-Hermoso A, Smith L, Firth J, Trott M, Mesas AE, mfl. Global Proportion of Disordered Eating in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 2023.177(4):363–72. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2022.5848.
10. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, Disordered Eating, and Eating Disorders in a Longitudinal Study of Adolescents: How Do Dieters Fare 5 Years Later? *Journal of the American Dietetic Association* 2006.106(4):559–68. DOI: 10.1016/j.jada.2006.01.003.

11. World Health Organization. International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; Tilgjengelig fra: <https://icd.who.int/en>
12. Lindvall Dahlgren C, Wisting L, Rø Ø. Feeding and eating disorders in the DSM-5 era: a systematic review of prevalence rates in non-clinical male and female samples. *Journal of Eating Disorders* 2017.5(1):56. DOI: 10.1186/s40337-017-0186-7.
13. Hambleton A, Pepin G, Le A, Maloney D, National Eating Disorder Research Consortium, Aouad P, mfl. 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.
14. van Hoeken D, Hoek HW. Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry* 2020.33(6):521–7. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000641.
15. Stokke OM, Karttinen E, Halvorsen CA, Vinter C, Skogli E. Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser. Oslo: Menon Economics; 2022.
16. Health Promotion Glossary of Terms 2021. 1st ed. Geneva: World Health Organization;
17. Mrazek PB, Haggerty RJ, Institute of Medicine (U.S.), United States, redaktører. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington, D.C: National Academy Press;
18. Vall E, Wade TD. Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2015.48(7):946–71. DOI: 10.1002/eat.22411.
19. Fernández-Aranda F, Treasure J, Paslakis G, Agüera Z, Giménez M, Granero R, mfl. The impact of duration of illness on treatment nonresponse and drop-out: Exploring the relevance of enduring eating disorder concept. *European Eating Disorders Review* 2021.29(3):499–513. DOI: 10.1002/erv.2822.
20. Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review* 2011.31(5):727–35. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.03.004.
21. Ali K, Radunz M, McLean SA, O'Shea A, Mavrangelos T, Fassnacht DB, mfl. The Unmet Treatment Need for Eating Disorders: What Has Changed in More Than 10 Years? An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2025.58(1):46–65. DOI: 10.1002/eat.24306.
22. Koreshe E, Paxton S, Miskovic-Wheatley J, Bryant E, Le A, Maloney D, mfl. Prevention and early intervention in eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders* 2023.11(1):38. DOI: 10.1186/s40337-023-00758-3.
23. Currin L, Schmidt U. A critical analysis of the utility of an early intervention approach in the eating disorders. *Journal of Mental Health* 2005.14(6):611–24. DOI: 10.1080/09638230500347939.

24. Treasure J, Russell G. The case for early intervention in anorexia nervosa: theoretical exploration of maintaining factors. *British Journal of Psychiatry* 2011.199(1):5–7. DOI: 10.1192/bjp.bp.110.087585.
25. Dahlgren CL, Reneflot A, Brunborg C, Wennersberg AL, Wisting L. Estimated prevalence of DSM-5 eating disorders in Norwegian adolescents: A community based two-phase study. *International Journal of Eating Disorders* 2023.56(11):2062–73. DOI: 10.1002/eat.24032.
26. Torstveit MK, Agedal-Mortensen K, Stea TH. More than Half of High School Students Report Disordered Eating: A Cross Sectional Study among Norwegian Boys and Girls. *PLOS ONE* 2015.10(3):e0122681. DOI: 10.1371/journal.pone.0122681.
27. Barakat S, McLean SA, Bryant E, Le A, Marks P, National Eating Disorder Research Consortium, mfl. Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review. *Journal of Eating Disorders* 2023.11(1):8. DOI: 10.1186/s40337-022-00717-4.
28. Cooney LG, Gyorfí K, Sanneh A, Bui LM, Mousa A, Tay CT, mfl. Increased Prevalence of Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa in Women With Polycystic Ovary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2024.109(12):3293–305. DOI: 10.1210/clinem/dgae462.
29. Thornton LM, Mazzeo SE, Bulik CM. The heritability of eating disorders: Methods and current findings. I: Adan RAH, Kaye WH, redaktører. *Behavioral neurobiology of eating disorders* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; s. 141–56. (Current Topics in Behavioral Neurosciences; bd. 6). Tilgjengelig fra: [https://link.springer.com/10.1007/7854\\_2010\\_91](https://link.springer.com/10.1007/7854_2010_91)
30. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning. Oslo: Folkehelseinstituttet; [lest 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/>
31. Evidence and gap maps (EGMs). The Campbell Collaboration; Tilgjengelig fra: <https://campbellcollaboration.org/evidence-gap-maps.html>
32. Esping-Andersen G. *The three worlds of welfare capitalism*. Repr. Princeton, N.J: Princeton Univ. Press; 248 s. (Princeton Paperbacks: sociology / economics).
33. Eikemo TA, Bambra C. The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2008.62(1):3–6. DOI: 10.1136/jech.2007.066787.
34. Scruggs LA, Allan JP. Social Stratification and Welfare Regimes for the Twenty-First Century: Revisiting The Three Worlds of Welfare Capitalism. *World Politics* 2008.60(4):642–64. DOI: 10.1353/wp.0.0020.
35. Thomas J GS, Brunton J, Ghouze Z, O’Driscoll P, Bond M. EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; [lest 2020]. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2967>

36. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, mfl. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017.;j4008. DOI: 10.1136/bmj.j4008.
37. Digital Solution Foundry, EPPI-Centre. EPPI-Mapper, Version 1.2.5. [nettdokument]. [lest 2020]. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=3790>

# Vedlegg 1: Utkast til Søkestrategi

Søketreff: 650

Database(s): APA PsycInfo 1806 to January 2025 Week 1

#	Searches	Results	Kommentar
1	exp eating disorders/ or body image/ or body dissatisfaction/ or (eating disorder* or anorexi* or bulimi* or binge eating or rumination disorder* or pica or avoidant food intake disorder* or restrictive food intake disorder* or ARFID or UFED or OSFED or purging disorder* or night eating syndrome* or body image* or body dissatisfa* or body appreciat* or disordered eating).ti,ab.	65864	Søk 1 Spiseforstyrrelser OG
2	prevention/ or exp preventive health services/ or early intervention/ or screening/ or health screening/ or (prevent* or (early adj2 intervention*) or screening or early detection).ti,ab.	387812	Forebygging, tidlig intervensjon, scre- ening, tidlig oppda- gelse
3	1 and 2	6989	
4	Body image/ or body dissatisfaction/ or (body image* or body dissatisfa* or body appreciat* or disordered eating).ti,ab.	25385	Søk 2 Kroppsbilde  OG Tiltak, program- mer, promotion
5	health promotion/ or exp intervention/ or exp program evaluation/ or (intervention* or promot* or program*).ti,ab.	1080954	
6	(mindfulness or training or body image resilience or literacy or cbt or cognitive behavior?ral or community awareness or parent education or caregiver education or psychoeducat* or counsel* or peer support).ti,ab,hw,sh. [tittel, sammendrag, emneord]	566721	
7	5 or 6	1412312	
8	4 and 7	7257	
9	3 or 8	12308	Søk 1 eller søk 2
10	exp "Systematic Review"/ or exp Meta Analysis/ or ("literature review" or meta analysis or "systematic review").md. or ((systematic* adj2 review*) or meta-analysis or rapid review).tw.	259057	Systematiske oversikter
11	9 and 10	1011	
12	limit 11 to yr="2015 -Current"	650	Publisert f.o.m. 2015

/ : emneord

exp: søker på emneordet og alle underordnede emneord

.tw: tekstord (ord i tittel og sammendrag)

.ti,ab: ord i tittel og sammendrag

OR mellom ord: finner alle som bruker ett av ordene. Bruker for å utvide antall treff.

AND mellom ord eller linjer: brukes til å avgrense søket

## Vedlegg 2: Utkast til kodebok

<b>Review stage</b>		
	Systematic review	Systematisk oversikt
	Protocol	Protokoll
	Umbrella review	Oversikt over oversikter
<b>Analysis</b>		
	Meta-analysis	Meta-analyse
	Narrative synthesis	Narrativ syntese
	Both	Begge deler
<b>Year of literature search (Søkedato i den systematiske oversikten)</b>		
	2025	
	2024	
	2023	
	2022	
	2021	
	2020	
	2019	
	2018	
	2017	
	2016	
	2015	
<b>Number of studies included</b>		
	Ingen studier	
	1-5 studier	

	6-15 studier	
	16-30 studier	
	31-50 studier	
	51+ studier	
<b>Geografisk område dekket av de inkluderte studiene</b>		
	Multinational studies	Multinasjonale studier
	South America	Sør-Amerika
	Africa	Afrika
	Asia	Asia
	Western healthcare systems or healthcare systems comparable to Norway's	Vestlige helsesystemer eller helsesystemer som ligner det norske
	Australia and New Zealand	Australia og New Zealand
	North America	Nord-Amerika
	Europe	Europa
	Nordic countries (Denmark, Finland, Iceland, Norway and Sweden)	Norden (Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige)
	Norway	Norge
	Without restrictions	Uten begrensninger
<b>Prevention based on the timing and target of interventions in relation to disease progression (Forebygging basert på tidspunktet og målet for intervensjonene i forhold til sykdomsutvikling.)</b>		
	Primary prevention	Primær forebygging
	Secondary prevention	Sekundær forebygging
<b>Prevention based on target groups and their risk of developing a disease (Forebygging basert på målgrupper og deres risiko.)</b>		
	Universal prevention	Universal forebygging
	Selective prevention	Selektiv forebygging
	Indicative prevention	Indikativ forebygging
<b>Population - Age (Alder)</b>		
	Children 1-12 years old	Barn 1 til og med 12 år

	Teenager 13 – 17 years old	Ungdom 13 år til og med 17 år
	Adults above 18 years old	Alle over 18 år
	Young adults 18 – 24 years old	Unge voksne 18 år til og med 24 år
	Adults in the establishment phase 25 – 45 years old	Voksne i etableringsfasen 25 år til og med 45 år
	Adults 46 – 66 years old	Voksne 46 år til og med 66 år
	Retired 67 years up to and including 79 years	Pensjonist 67 år til og med 79
	Old age 80 +	Alderdom 80+
<b>Population – sex</b>		
	Female sex	Biologisk kvinne
	Male sex	Biologisk mann
	Intersex	Inter-kjønn-personer
	Mixed population	Blandet populasjon
	Not specified	Ikke oppgitt
<b>Minorities</b>		
	LGBTQ+	Lhbt+ personer (lesbiske, bifile, homofile, transpersoner, queer)
	Indigenous people	Urfolk eller samer
	Immigrants	Innvandrere – personer født i et annet land
	Refugees	Flyktninger
	People with Disabilities	Personer med funksjonsvariasjon
	Socioeconomic status	Sosioøkonomisk status
	Other minority or unspecified composition	Annen minoritet eller uklar sammensetning
<b>Type of intervention – Prevention</b>		
	Cognitive dissonance-based programs	Kognitiv dissonans-baserte programmer
	Media literacy-based prevention	Forebygging basert på mediekompetanse
	Mindfulness-based prevention programs	Mindfulness-baserte forebyggingsprogrammer



	Other prevention programs	Andre forebyggende programmer
<b>Type of intervention - Early intervention</b>		
	Early recognition and treatment	Tidlig oppdagelse og behandling
	Disordered Eating Interventions	Intervensjoner mot spiseproblematikk
	Online interventions	Nettbaserte intervensjoner
	Publicly targeted interventions	Allmennrettede intervensjoner
	Other strategies	Andre type tiltak
<b>Setting</b>		
	School-Based	Skolebasert
	University-based	Universitetsbasert
	Clinical/Hospital based	Klinikk-/sykehusbasert
	Community-based	Nærmiljøbasert
	Workplace Interventions	Intervensjoner på arbeidsplassen
	Online/Digital Interventions	Nettbaserte/digitale intervensjoner
	Multiple settings	Flere arenaer
	Not specified	Ikke oppgitt
<b>Diagnostic tool used - eating disorders</b>		
	DSM-4	
	DSM-5	
	ICD-10	
	ICD-11	
<b>Diagnostic tool used - disordered eating</b>		
	Child Eating Disorder Examination (Ch-EDE-Q)	
	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	
	Eating Disorder Diagnostic Scale/Survey (EDDS)	
	Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)	
	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)	
	Eating Attitudes Test (EAT-26)	
	Eating Disorder Inventory (EDI-3)	

	SCOFF Questionnaire	
	Durch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)	
<b>Diagnostic tool used - body image and body dissatisfaction</b>		
	Body Shape Questionnaire (BSQ)	
	Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)	
	Figure Rating Scale (FRS)	
	Body Image Concern Inventory (BICI)	
	Eating Disorder Inventory - Body Dissatisfaction Subscale (EDI-BD)	
<b>Komorbiditeter</b>		
	OCD	Obsessiv-kompulsiv lidelse
	Social anxiety	Sosial angstlidelse
	Borderline	Borderline PD
	Depression	Depresjon
	Bipolar disorder	Bipolar lidelse
	Substance disorders	Ruslidelser
	ADHD	ADHD
	Autism Spectrum Disorder	Autismespekterdiagnose
	Polycystic ovary syndrome (PCOS)	Polycystisk ovariesyndrom
	Diabetes type 1	Diabetes type 1
	Chronic inflammatory bowel disease	Kronisk inflammatorisk tarmsykdom
	Other	Annet
<b>Utfall</b>		
	Eating disorder	Spiseforstyrrelser
	Disordered eating	Forstyrret spiseatferd
	Body dissatisfaction	Kroppsmisnøye
	Body image	Kroppsbilde
	Other	Annet

## Vedlegg 3: Diagnosekriterier

Type spiseforstyrrelse	Kriterier ifølge ICD-10	Kriterier ifølge ICD-11	Kriterier ifølge DSM-5
<b>Anoreksi / anorexia nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vekt minst 15 % under forventet eller BMI <math>\leq</math> 17,5</li> <li>• Frykt for vektøkning</li> <li>• Forstyrret kroppssoppfatning</li> <li>• Endokrin dysfunksjon (amenoré)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedvarende energirestriksjon fører til lav kroppsvekt.</li> <li>• Intens frykt for vektøkning eller atferd for å hindre vektøkning.</li> <li>• Forstyrret kroppssoppfatning</li> </ul>	Lik ICD-11, men kravet om amenoré fra DSM-IV er fjernet.
<b>Bulimi / bulimia nervosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episoder med overspising</li> <li>• Kompensatorisk atferd (brekninger, avføringsmidler, faste, etc.)</li> <li>• Frykt for vektøkning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjentatte episoder med overspising</li> <li>• Kompensatorisk atferd for å hindre vektøkning</li> <li>• Overdreven selvvurdering basert på kroppsform/vekt</li> </ul>	Lik ICD-11, men med spesifikke krav til frekvens (minst 1 gang/uke i 3 mnd).
<b>Overspisingslidelse (Binge Eating Disorder)</b>	Ikke definert i ICD-10. Kodet som annen spesifisert spiseforstyrrelse eller uspesifisert spiseforstyrrelse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjentatte episoder med overspising</li> <li>• Kontrolltap over spisingen</li> <li>• Forbundet med markert ubehag, men ingen kompenserende atferd.</li> </ul>	Identisk med ICD-11.

<b>Selektive Spi- sevansker (Avoidant/Rest rictive Food In- take Disorder (ARFID))</b>	Ikke definert i ICD-10.	Unngåelse/restrik- sjon av matinntak som fører til vekttap, ernæringsmangler, el- ler avhengighet av til- skudd.	Identisk med ICD-11.
<b>Annen spesifi- sert spisefor- styrrelse (OSFED)</b>	Tilstander som ikke oppfyller kriterier for andre diagnoser.	Tilstander som ikke oppfyller kriterier for andre diagnoser.	Tilstander som ikke oppfyller kriterier for andre diagnoser.
Atypisk ano- rexia nervosa	Lignende symptomer som anoreksi uten å oppfylle alle kriterier (f.eks. sjeldnere epi- soder).	Ikke definert i ICD-11, diagnosen anorexia nervosa ble utvidet	Lignende ICD-10.
Atypisk bulimia nervosa	Lignende symptomer som bulimi uten å oppfylle alle kriterier (f.eks. sjeldnere epi- soder).	Ikke definert i ICD-11, diagnosen bulimia nervosa ble utvidet	Lignende ICD-10
Overspisingsli- delse av lav fre- kvens	Ikke definert i ICD-10	Ikke definert i ICD-11	Mindre episoder av overspising eller li- delsen varer kortere enn 3 måneder
Nattlige spise- episoder (night eating syn- drome)	Ikke definert i ICD-10	Ikke definert i ICD-11	Hyppig oppvåkning for å spise eller stort matinntak etter kveldsmåltid
Renselse uten overspising (Purging disorder)	Ikke definert i ICD-10	Ikke definert i ICD-11	Kompensatorisk at- ferd uten overspising
<b>Uspesifisert spiseforstyr- relse (UFED)</b>	Klinisk signifikant spiseforstyrrelse uten spesifikk kategori, omfatter også at det ikke foreligger nok in- formasjon.	Lignende ICD-10.	Lignende ICD-10

---

## Vedlegg 4: Forkortelser

AMSTAR-2	A Measurement Tool to Assess Sytematic Reviews, version 2
AN	Anorexia Nervosa
A-AN	Atypisk Anorexia Nervosa
AN-BP	Anorexia Nervosa, Binge-Purge subtype
AN-R	Anorexia Nervosa, Restrictive subtype
ARFID	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (selektive spisevansker)
BED	Binge Eating Disorder (Overspisingslidelse)
BN	Bulimia Nervosa
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FHI	Folkehelseinstituttet
GIN	Guidelines International Network
ICD	International Classification of Diseases
OSFED	Other Specified Feeding or Eating Disorder
PD	Personality Disorder (personlighetsforstyrrelse)
PICO(S)	Population, Intervention, Comparison, Outcome, (Study Design)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (posttraumatisk stresslidelse)
UFED	Unspecified Feeding or Eating Disorder