

Spiseforstyrrelser – hvordan bør behandlingen organiseres?

Økt behandlingskompetanse, befolkningens krav til helsehjelp og mer kunnskaper om spiseforstyrrelser i befolkningen gir grunn til å forvente et økt antall slike pasienter.

Denne studien bygger på metodologisk gode prevalensstudier, fylkesvise oppgaver over antall institusjoner og antall kvinner mellom 15 og 44 år, samt legeårsverk i primærhelsetjenesten.

Beregningene viser at det i Norge finnes nær 50 000 kvinner med behandlingstrengende anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising. Ut fra en fordelingsnøkkel for ulike forvaltningsnivåer vil ca. 600 pasienter med spiseforstyrrelser per år trenge høyspesialiserte tjenester. Antall pasienter per år med bulimi og patologisk overspising per poliklinikk er mellom 70 og 110, mens det tilsvarende tall for innlagte pasienter per sykehus vil være mellom ti og 20 dersom alle med behandlingsbehov blir fanget opp. Poliklinikker og sykehusavdelinger må forvente 8–9 henvisninger av pasienter med anorexia nervosa.

Det er behov for betydelig økt kapasitet, behandlingskompetanse og bedre organisering av behandling for pasienter med spiseforstyrrelser på tvers av dagens forvaltningsnivåer.

Spiseforstyrrelser har varierende alvorlighetsgrad, og finnes særlig blant kvinner i alderen 15–40 år. Ved anorexia nervosa kan det selvpåførte vekttapet gi somatiske komplikasjoner, og mortaliteten er 4–10 ganger høyere enn i sammenliknbar normalbefolkning (1). Ved bulimia nervosa er vekten gjerne normal eller tenderer mot overvekt, men spisemønsteret er preget av skjult overspising og en opplevelse av ikke å kunne stoppe å spise. Mange kaster opp eller bruker andre metoder for å redusere effekten av overspisingen. Om lag 30 % av pasienter med bulimia nervosa har en sykehistorie med anorexia nervosa (2). Ved tvangsspising eller patologisk overspising (binge eating disorder) finner man kontrolltap og overspising, slik at overvekt blir et betydelig problem. Ved bulimia nervosa og patologisk overspising er standardisert mortalitetsrate henholdsvis sju og fire ganger høyere (1).

Jan H. Rosenvinge
janr@psyk.uit.no
Institutt for psykologi
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

K. Gunnar Gøtestam
gotestam@medisin.ntnu.no
Psykiatrisk institutt
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7000 Trondheim

Rosenvinge JH, Gøtestam KG.

Eating disorders: How should treatment be organized?

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 285–8.

Background. Well controlled normal population studies show no sharp increase in the incidence and prevalence of eating disorders. However, more individuals seem to seek treatment, and there is a need for more precise estimates of the expected patient load at various levels of care.

Materials and methods. The total number of potential patients was estimated on the basis of data on the number of women aged 15–44 years, the number of hospitals and outpatient clinics per county in Norway, working hours per year for general practitioners, and the prevalence of eating disorders.

Results. In total, about 50,000 Norwegian women may suffer from eating disorders; about 600 may need highly specialized services. At the most, each outpatient clinic may expect about 80 annual referrals for bulimia nervosa and binge eating disorder, and each hospital may expect 10–20 patients with bulimia nervosa. On average, each outpatient clinic and hospital may expect 8–9 referrals of patients with anorexia nervosa.

Interpretation. There is a need for increased treatment capacity, better clinical skills and better organization of treatment services for patients with eating disorders.

☞ Se også side 257

Et fellestrekk ved spiseforstyrrelser er initialt dårlig sykdomsinnsikt. Symptomene blir dysfunksjonelle måter å kontrollere følelser på, noe som, fordi de er dysfunksjonelle, fører til symptomforverring. Når psykiatrisk behandling innebærer å arbeide med følelser, vil mange unngå, utsette eller avbryte behandling, selv når den er medisinsk nødvendig.

De siste ti årene har helsemyndighetene prioritert kompetansehevede tiltak for behandlere. Effektmål er først nå innført i på-

gående tiltak, mens det tidligere kun er vist at behandlere fikk mer tro på egen kompetanse (3). En norsk kartlegging (4) peker på mangler i behandlingstilbudet som følge av stor variasjon i individuell kompetanse og behandlingsorganisering. Slike mangler omfatter tidlig oppdagelse, kontinuitet i behandling over forvaltningsnivåene, samt gode kliniske rutiner i håndtering av ikke minst kritisk dårlige pasienter som trenger langvarig spesialistbehandling. God kompetanse og behandlingsorganisering handler også om helseøkonomi, slik at man kan unngå dyre og ofte dårlige løsninger som eksempelvis å sende pasienter til utlandet. Den tiltenkte konsekvens av kompetansetiltak er både bedre kvalitet på tjenestetilbudet og økt antall pasienter i helsevesenet.

Mange klinikker og sykehus i Norge har hatt en økning i antall pasienter, men derav kan man ikke slutte noe om økt forekomst i populasjonen. En del epidemiologiske studier har imidlertid vist dette, selv om slike data er usikre på grunn av svakheter i metodologi og sykdomsdefinisjoner. Nyere forskning har avkreftet en markert økt populasjonsforekomst (5, 6), likevel slik at det er grunn til å anta en viss økt insidens for bulimia nervosa, der beste estimat for insidens er 13 nye tilfeller per 100 000 innbyggere per år (1).

For psykiske lidelser er det betydelig differanse mellom populasjonsforekomst og antall pasienter i helsevesenet (7–12). Denne differansen er særlig markert ved spiseforstyrrelser. Sviktende kompetanse kan slå ut i at primærhelsetjenesten ikke oppdager tilfeller av sykdommen og at spesialisthelsetjenesten vegrer seg for å motta denne type pasienter eller gir inadekvat behandling. Pasienters manglende sykdomsinnsikt og behandlingsresistens er en tilleggs effekt, men studier (13–15) viser at mange med en spiseforstyrrelse likevel søker behandling etter 4–6 år. I befolkningen er det økt bevissthet om rett til helsetjenester, og det er også mer oppmerksomhet rundt spiseforstyrrelser. Sammen med effekten av kompetansetiltak for behandlere og en viss reell økt insidens av bulimia nervosa gjør dette at man må regne med et økt antall pasienter med spiseforstyrrelser. Spørsmålet er da om kapasiteten i helsevesenet er tilstrekkelig.

Hensikten med denne studien er på bakgrunn av metodologisk solide epidemiologiske studier å beregne den sannsynlige forekomsten av alvorlige spiseforstyrrelser i

Tabell 1 Oversikt over epidemiologiske studier av anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising. Med unntak for insidenstall for Nielsen (1) er data i høyre kolonne prevalenstall (punktprevalens). Livstidsprevalens er nevnt i parentes dersom slike tall foreligger

Førsteforfatter	Design	Utvalg	Tilstand	Insidens/prevalens
Nielsen (1)	Litteraturstudie	Sju prospektive studier	Anorexia nervosa Bulimia nervosa	Kvinner: 8/100 000 per år Menn: 0,5/100 000 per år Kvinner: 13/100 000 per år
Nielsen (1)	Litteraturstudie	Kritisk bruk av flertallsstudier	Anorexia nervosa Bulimia nervosa	Kvinner: 0,28 % Kvinner: 1 % Menn: 0,1 %
Fombonne (5)	Litteraturstudie	29 prospektive studier	Anorexia nervosa	Ca. 1–3 %, ingen økning over tid
Fombonne (6)	Litteraturstudie	Pasienter/journaler Aldersgruppe 10–24 år	Spiseforstyrrelser	5,5/100 000 per år; ingen økning for bulimia nervosa og bulimiske symptomer over tid
Fombonne (6)	Litteraturstudie	Normalpopulasjon	Spiseforstyrrelser	Ca. 1 %; ingen økning over tid
Fombonne (6)	Litteraturstudie	Spørreskjema	Bulimiske symptomer Bulimia nervosa	9 % 2,6 %
Fombonne (6)	Litteraturstudie	Intervju	Bulimiske symptomer Bulimia nervosa	1,7 % 1,0 %
Götestam (17)	Spørreskjema DSM-III-R ¹ (SEDs) ²	1 849 kvinner 18–60 år	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Patologisk overspising	0,3 % (0,4 %) 0,7 % (1,6 %) 1,5 % (3,2 %)
Götestam (18)	Spørreskjema DSM-III-R ¹ (SEDs) ²	10 125 inneliggende psykiatriske pasienter	Anorexia nervosa Bulimia nervosa	Kvinner: 5,7 % Menn: 0,8 % Kvinner: 7,3 % Menn: 0,7 %
Götestam (18)	Spørreskjema DSM-III-R ¹ (SEDs) ²	8 942 psykiatriske polikliniske pasienter	Anorexia og bulimia nervosa	Kvinner: 3,8 % Menn: 1,6 %
Taraldsen (19)	Spørreskjema DSM-III-R ¹ (SEDs) ²	237 kvinner, 127 menn i psykiatrisk poliklinikk	Anorexia nervosa Bulimia nervosa	Kvinner: 1,9 % (5,2 %) Menn: 0 % (0 %) Kvinner: 5,2 % (16,1 %) Menn: 2,7 % (10,7 %)
Kringlen (20)	DSM-III-R ¹ intervju	1 138 kvinner, 928 menn	Anorexia og bulimia nervosa	Kvinner: 3 % (1,2 %) Menn: 0 % (0,2 %)
Rosenvinge (21)	EDI ³ og semistrukturert DSM-IV ¹ intervju	678 15-åringer 19 pasienter og 24 under risiko	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Patologisk overspising	0,3 % 0,7 % 1,0 % (gutter 0)
Ghaderi (22)	Spørreskjema DSM-IV ¹ (SEDs) ²	1 157 kvinner i aldersgruppen 18–30 år	Anorexia nervosa Bulimia nervosa Patologisk overspising	(0,86 %) 1,73 % (2,9 %) 0,52 % (1,04 %)

¹DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders versjon III-R eller IV

²SEDs = Survey for Eating Disorders

³EDI = Eating Disorder Inventory

befolkningen i Norge og å beregne antall pasienter som trenger behandling, der man legger til grunn en sannsynlig fordelingsnøkkel for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Materiale og metode

Statistisk sentralbyrås oppgaver per 1.1. 1998 over antall kvinner mellom 15 og 44 år på fylkesnivå ble benyttet (16). Punktprevalens av anorexia nervosa ble satt til 0,3 %, for bulimia nervosa til 2 % og for patologisk overspising til 3 %. Tallene gjenspeiler gjen-

nomsnittlig punktprevalens i ni metodologisk pålitelige norske og utenlandske studier og kritiske litteraturoversikter (1, 5, 6, 17–22). Tabell 1 gir en oversikt over disse studiene. Prevalens hos kvinner utenom disse aldersgruppene samt hos menn er ikke tatt med. Det samme gjelder kvinner og menn med uspesifikke spiseproblemer. Det skyldes at populasjonsforekomsten er ukjent eller dårlig dokumentert. Andre offentlige registre omfatter fylkesvis antall sykehus og poliklinikker/distriktpsykiatriske sentre i

barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri, samt oppgave over legeårverk i allmennpraksis per 1997.

Fem norske prevalensstudier (17–21) tyder i likhet med utenlandske studier (1, 5, 6, 22) på en sannsynlig punktprevalens på om lag 2 % i en kvinnelig befolkning i alderen 15–49 år. Behandlingsbehov er antatt å være til stede hos ca. 50 % av dem med bulimia nervosa og hos nær 100 % av dem med anorexia nervosa. Primærleger antas å diagnostisere 33–50 % av alle tilfeller av de-

presjon, sosial fobi eller andre indikasjoner på psykiske lidelser (8, 9). Studier av psykoterapi ved spiseforstyrrelser viser bedring/helbredelse for 65–85 % av dem som fullfører behandlingen. Tidlig bortfall fra behandling gir dårligere resultat, mens avbrudd etter 8–10 terapisesjoner gir liknende bedring som nevnt ovenfor.

Tabell 2 viser antatt fordeling av pasienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising på ulike forvaltningsnivåer. Fordelingsnøkkelen tar utgangspunkt i kliniske erfaringer og praksis med hensyn til hvor slike sykdommer blir behandlet, men også med en vinkling mot en ideell fordeling etter prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå.

Resultater

Tabell 3 viser et beregnet antall på om lag 2 700 kvinner mellom 15 og 44 år som har anorexia nervosa i Norge. Den største gruppen ligger i alderen 15–19 år (1 400), deretter kommer aldersgruppene 15–19 år og 35–44 år, med omtrent like mange hver (henholdsvis 380 og 400). Gjennomsnittlig for alle helseregionene vil poliklinikker og sykehus måtte påregne 8–9 pasienter per år. 280 pasienter vil ha behov for høyspesialiserte tjenester, drøyt halvparten i Helseregion Øst og Helseregion Sør (tab 3).

Det beregnede antall kvinner med bulimia nervosa totalt er vel 18 000, med størst antall i aldersgruppen 20–34 år (9 600). Gjennomsnittlig antall pasienter per legeårsverk i primærhelsetjenesten er om lag ti pasienter, for poliklinikker 77 og for sykehus 16 pasienter. 370 pasienter trenger høyspesialiserte tjenester, flest i Helseregion Øst og Helseregion Sør.

Tabell 2 Antatt fordeling for pasienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising i ulike forvaltningsnivåer

Nivå	Anorexia nervosa (%)	Bulimia nervosa (%)	Patologisk overspising (%)
Primærhelsetjeneste	10	20	50
Distriktpspsykiatrisk senter/poliklinikk	50	70	49
Sykehus	30	8	1
Høyspesialisert funksjon	10	2	0
Totalt	100	100	100

Det beregnede antall kvinner med patologisk overspising er på landsbasis nesten 28 000, med den største gruppen i alderen 20–34 år (14 000). Det største antall pasienter er ved poliklinikker (80 pasienter per poliklinikk) og i primærhelsetjenesten (38 pasienter per legeårsverk). Pasienter med patologisk overspising antas ikke å ha behov for høyspesialiserte tjenester.

Totalt viser beregningene at nær 50 000 kvinner mellom 15 og 44 år har behandlingsskrevende anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising i Norge. Tilsvarende har ca. 600 mennesker med anorexia nervosa og bulimia nervosa behov for høyspesialiserte tjenester.

Diskusjon

Med den metodikk og de forutsetninger som er lagt til grunn, finner man betydelig flere pasienter med spiseforstyrrelser som helsevesenet må påregne å ta hånd om enn hva som er tilfellet i dag. Dette gjelder for bulimia nervosa og patologisk overspising på alle forvaltningsområder, samt høyspesiali-

serte tjenester for anorexia nervosa og bulimia nervosa. Antall polikliniske og vanlig inneliggende pasienter med anorexia nervosa synes å være mest i overensstemmelse med det faktiske antall som behandlere selv oppgir (4).

Estimatet er konservativt, fordi beregningsgrunnlaget (de epidemiologiske studiene) ikke avdekker alle som har spiseforstyrrelser (23). Andre forhold som gjør estimatene konservative, er komorbiditet i forhold til rusproblemer, depressive forstyrrelser, tvangslidelser og personlighetsforstyrrelser (24, 25), som ikke nødvendigvis fanges opp i epidemiologiske studier på spiseforstyrrelser verken i befolkningen eller i pasientpopulasjoner. Dersom man tar med uspesifikke spiseforstyrrelser, kan estimatene bli enda mer konservative, fordi det finnes mange med både subjektivt og objektivt behandlingsbehov. På den annen side oppveies dette noe av det faktum at uspesifikke lidelser også grenser opp til den statistisk sett normale variasjon i befolkningen. Estimatenes kan også synes konservative i lys av

Tabell 3 Beregnet antall behandlingstrengende pasienter med anorexia nervosa, bulimia nervosa og patologisk overspising fordelt på forvaltningsnivå

Sum/fordeling	Helseregion Øst	Helseregion Sør	Helseregion Vest	Helseregion Midt-Norge	Helseregion Nord	Totalt
Anorexia nervosa,	1 000	520	570	380	290	2 760
herav:						
Primærleger (per årsverk)	1	1	1	1	1	
Poliklinikk (per institusjon)	9	8	11	9	4	
Sykehus (per institusjon)	11	9	11	8	6	
Høyspesialiserte tjenester	100	50	60	40	30	280
Bulimia nervosa,	6 700	3 500	3 800	2 500	1 900	18 400
herav:						
Primærleger (per årsverk)	11	10	11	10	9	
Poliklinikk (per institusjon)	84	72	106	85	38	
Sykehus (per institusjon)	20	16	20	15	11	
Høyspesialiserte tjenester	130	70	80	50	40	370
Patologisk overspising,	10 000	5 200	5 700	3 800	2 800	27 500
herav:						
Primærleger (per årsverk)	41	38	42	38	32	
Poliklinikk (per institusjon)	88	75	111	89	40	
Sykehus (per institusjon)	4	3	4	3	2	16
Høyspesialiserte tjenester	0	0	0	0	0	0

en trend mot økt insidens av bulimia nervosa og patologisk overspising (1).

Forhold som reduserer estimatene er at optimal diagnostisk kompetanse hos enhver behandler er urealistisk. På den annen side oppveies dette noe pga. effekt av diverse kompetansetiltak. En viss overlapping mellom bulimi og patologisk overspising kan også redusere estimatene, men denne effekten oppveies noe dersom forekomst hos gutter/menn innregnes, og dersom man kalkulerer med en viss forekomst hos personer under 15 år og over 44 år. Dette er særlig relevant for aldersgrupper over 44 år, på grunn av langvarig sykdomsforløp (2) eller fordi pasienter utsetter behandling (13–15).

Praktiske implikasjoner

Flere pasienter innebærer behov for mer effektiv behandling. Selv ved økt total pasienttilstrømming vil den enkelte pasient alltid kunne nøle med å oppsøke hjelp og være tilbakholden i møtet med lege eller andre helsearbeidere. Forskning viser at kun halvparten av pasienter med spiseforstyrrelser blir diagnostisert ved en psykiatrisk poliklinikk. De fleste pasienter med spiseforstyrrelser burde dog diagnostiseres i primærhelsetjenesten, men flere studier (26–28) viser at oppdagelsesprosenten der er enda lavere enn i spesialisthelsetjenesten. Derfor trenger primærlegene økt kompetanse i å gjenkjenne viktige symptomer og tegn på begynnende spiseforstyrrelser. Dette er særlig relevant for bulimia nervosa og patologisk overspising.

Klinisk kompetanse er en betingelse for effektivitet. Dette innebærer å integrere kunnskaper, faglige holdninger og kliniske ferdigheter. Kunnskaper dreier seg om kunnskapsbasert behandling, dvs. bruk av vitenskapelig dokumenterte behandlingsmetoder. For bulimia nervosa og patologisk overspising omfatter dette kognitiv terapi og interpersonell terapi, til dels også antidepressiv medikasjon, samt familierapi ved anorexia nervosa dersom pasienten er i tenårene og ikke har utviklet kroniske symptomer (29, 30). Dette utelukker ikke at andre behandlingsformer kan bli brukt. Det påfallende er at kognitiv terapi og interpersonell terapi, som er så godt dokumentert, ikke er mer i bruk når kliniske miljøer hevder at behandling av spiseforstyrrelser er så problematisk. Særlig gjelder dette interpersonell terapi med tilknytningspunkter til psykodynamisk terapi, som er sterkt forankret i norsk psykoterapitradisjon. Et annet forhold er at mange behandlingsmetoder uten dokumentert spesifikk effekt er i bruk. Ut fra dagens helselovgivning og befolkningens krav blir en slik praksis problematisk. Dette gjelder i særlig grad for spiseforstyrrelser, fordi konsekvensen av mislykket behandling kan øke risikoen for et dårlig sykdomsforløp eller være fatalt.

Bedre behandlingsorganisering innebærer samarbeid for å sikre kontinuitet i be-

handlingen. Tidligere undersøkelser (4) viser et betydelig potensial for forbedringer, og dette aktualiseres ved denne studien særlig i forhold til pasienter med livstruende/akutte, langvarige og/eller behandlingsresistente tilstander. Her må man fordele ansvar for behandling og oppfølging mellom somatisk og psykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri kreves en fleksibel og klinisk ikke administrativt styrt holdning til aldersgrenser for behandling i barnepsykiatri og pediatri.

Beregningene viser at i Norge vil ca. 600 kvinner med anorexia nervosa og bulimia nervosa trenge høyspesialiserte tjenester i form av behandling eller utredning ved universitetsklinikker. Slike tjenester bør finnes i alle helseregioner (31, 32). De færreste som trenger denne type helsetjeneste, får dette i dag. Det er behov for økte kliniske ressurser ved universitetsklinikkene, deriblant flere sengeplasser der somatisk og psykiatrisk behandling drives integrert.

Lite basalforskning og klinisk forskning på spiseforstyrrelser skyldes i noen grad et begrenset pasientgrunnlag. Beregningene viser at det potensielle pasientgrunnlaget er tilstrekkelig til å muliggjøre og forvente en betydelig økt forskningsinnsats på spiseforstyrrelser i årene som kommer.

Undersøkelsen er utført på oppdrag av Statens helsetilsyn, Avdeling for spesialisthelsetjeneste. Vi takker for oppdraget og for finansiering av undersøkelsen. Resultatene foreligger som rapport til Statens helsetilsyn per februar 1999. Artikkelen publiseres med Helsetilsynets tillatelse.

Litteratur

1. Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2001; 24: 201–14.
2. Rosenvinge JH, Moulund SO. Outcome and prognosis of anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 92–7.
3. Buhl C. A multiprofessional educational programme on eating disorders for the psychiatric health services in Norway. *Eur Eat Disord Rev* 1993; 1: 90–9.
4. Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J. Spiseforstyrrelser – hvordan er behandlingen organisert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 21–3.
5. Fombonne E. Anorexia nervosa: no evidence of an increase. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 462–71.
6. Fombonne E. Is bulimia nervosa increasing in frequency? *Int J Eat Disord* 1996; 19: 287–96.
7. Costello EJ, Janiszewski S. Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 523–9.
8. Lecrubier Y, Weiller E. Characteristics, recognition and treatment of dysthymics in primary care. *Eur Psychiatry* 1998; 13: 198–202.
9. Ormel J, Koeter MWJ, Brink W. Recognition, management and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 700–6.
10. Ormel J, Brink W, Koeter MWJ, Giel R, Meer K, Willige G et al. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care. A naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 1990; 20: 909–23.
11. Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological

- disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 636–44.
12. Weiller E, Bisslerbie JC, Boyer P, Lepine JP, Lecrubier Y. Social phobia in general health care. An unrecognized undertreated disabling disorder. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 169–74.
13. Noordenbos G. Improving the process of recovery in patients with anorexia nervosa. *Br Rev Bulimia Anorexia Nerv* 1989; 4: 17–32.
14. Pettersen G, Rosenvinge JH. Recovery from eating disorders – a patient perspective. *J Treatm Preven*, akseptert for publisering.
15. Rosenvinge JH, Klusmeier AK. Treatment for eating disorder from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *Eur Eat Disord* 2000; 8: 293–300.
16. Statistisk sentralbyrå. Folkemengd etter kjønn, alder og sivilstand. 1. januar 1998. Hft. 6/98. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1998.
17. Götestam KG, Agras WS. A population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 119–26.
18. Götestam KG, Eriksen L, Hagen H. An epidemiological study of eating disorders in Norwegian psychiatric institutions. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 263–8.
19. Taraldsen KW, Eriksen L, Götestam KG. Prevalence of eating disorders among Norwegian women and men in a psychiatric outpatient unit. *Int J Eat Disord* 1996; 20: 185–90.
20. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091–8.
21. Rosenvinge JH, Borgen S, Børresen R. The prevalence and psychological correlates of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating among 15 year old students: a controlled epidemiological study. *Eur Eat Disord* 1999; 7: 382–91.
22. Ghaderi A, Scott B. Prevalence and psychological correlates of eating disorders among females (18–30 years) in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 99: 261–6.
23. Beglin SJ, Fairburn CG. Women who choose not to participate in surveys on eating disorders. *Int J Eat Disord* 1992; 12: 113–6.
24. Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders. A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eat Weight Disord* 2000; 5: 52–61.
25. Braun DL, Sunday SR, Halmi KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994; 24: 859–67.
26. Hoek H. The incidence and prevalence of anorexia nervosa in primary care. *Psychol Med* 1991; 21: 455–60.
27. King MB. Eating disorders in general practice. *BMJ* 1986; 293: 1412–4.
28. King MB. Eating disorders in a general practice population. Prevalence, characteristics and follow-up at 12 to 18 months. *Psychol Med* 1989; 14 (suppl): 1–34.
29. Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten. Utredningsserie 7. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
30. Lock J, Le Grange D, Agras WS, Dare C. Treatment manual for anorexia nervosa. A family-based approach. New York: Guilford Press, 2001.
31. Statens helsetilsyn. Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne. Hft 4/95. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.
32. Regjeringens strategiplan mot spiseforstyrrelser. I-0984B. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 2000.