



DET PSYKOLOGISKE FAKULTETET



Den ukjente pasienten

**En systematisk litteraturgjennomgang om pasienter med Anorexia Nervosa som mottar
mest tvang.**

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i Psykologi

Mathilde Pauline Brenne Johansen og Kjellrun Lied

Høst 2022

Veileder: Helge Holgersen

Forord

Vi valgte å skrive om spiseforstyrrelser og den mindre gruppen pasienter som mottar mest tvang, da vi begge har erfaringer innenfor temaene og har opplevd hvor utfordrende slik behandling kan være. Spiseforstyrrelser har hatt en særlig økning under koronapandemien og økningen i insidensen av antall barn, unge og voksne som får diagnosen medfører også et behov for økt kunnskap om den gruppen som utsettes for den største belastningen i behandling. Vi håper denne litteraturgjennomgangen kan sette søkelys på denne viktige siden ved arbeidet, og gruppen som per nå er lite utforsket.

Vi vil takke veileder Helge Holgersen for gode refleksjoner og innspill, samt en takk til bekjente for gjennomlesning av teksten.

Vi vil også takke hverandre for hyggelig samarbeid. Prosessen har vært tidvis krevende, men et godt samarbeid har gjort arbeidet lærerikt og givende. Vi går ut av dette arbeidet med nye erfaringer, kunnskap og refleksjoner, som vil veilede vårt eget arbeid med tvang og spiseforstyrrelser i tiden fremover.

Abstract

Background: Anorexia Nervosa (AN) is the most lethal psychiatric disorder and poses a danger to the life and health of the affected person. Involuntary treatment is needed due to the severity of the disorder, but only a small number of patients experience the highest amount of invasive coercive measures. **Objective:** What characterizes the group of AN who are exposed to the most coercion, and what are the effects of the compulsory treatment? **Method:** A systematic literature search was done in Web of Science, PsycInfo and MEDLINE. **Results:** Few studies have been carried out on the patient group with AN that undergoes the most compulsory treatment. Only three out of 17 selected studies deal directly with this group. The majority of studies showed conflicting findings in comparisons between groups with and without involuntary treatment, but it was found that compulsory patients have higher adherence to ANBP, more previous admissions, greater somatic risk, more use of coercive interventions and higher comorbidity, compared to patients exposed to less or no formal coercion. **Discussion:** The reasons why some patients achieve full recovery, while others continue with long-term disease or relapse, are unclear. The grounds for treatment outcomes are sparse. **Conclusion:** The literature review suggests that the patients who experience coercion have a greater illness severity. Lack of data on the patient group with the highest measure of coercive treatment makes it difficult to draw a conclusion on the characteristics and treatment effect of the group. This group should be researched to a greater extent, in order to reduce the use of compulsion within the AN population, and the importance of ANBP should be investigated in particular.

Keywords: anorexia nervosa, compulsory treatment, involuntary treatment, admission, literature review

Sammendrag

Bakgrunn: Anorexia nervosa (AN) er den mest dødelige psykiatriske lidelsen, og utgjør en fare for liv og helse hos den rammede. Alvorlighetsgraden av lidelsen kan medføre et behov for ufrivillig behandling, der et fåtall av pasientene opplever det meste av inngripende tvangsmidler. Problemstilling: Hva kjennetegner pasientgruppen med AN som utsettes for mest tvang, og hvilken effekt har tvangen de utsettes for? Metode: Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i Web of Science, PsycInfo og MEDLINE. Resultater: Inkluderte studier viser at det er få undersøkelser som er gjort på pasientgruppen med AN som undergår mest tvang. Kun tre av 17 utvalgte studier tar direkte for seg målgruppen. Majoriteten av studiene viste motstridende funn i sammenligning mellom grupper med og uten tvangsbehandling, men det ble funnet at tvangspasienter har høyere tilslutning til ANBP, flere tidligere antall innleggelser, større somatisk risiko, mer bruk av inngripende tvangsmidler og høyere komorbiditet, sammenlignet med pasienter utsatt for mindre eller ingen formell tvang. Diskusjon: Årsakene til hvorfor noen pasienter oppnår full bedring, mens andre fortsetter med langvarig sykdom eller tilbakefall, er uklart. Datagrunnlaget for behandlingsutfall er motstridende. Konklusjon: Litteraturgjennomgangen antyder at pasientene som opplever tvang har et mer alvorlig tilstandsbilde. Manglende data på pasientgruppen med høyest omfang av tvangsbehandling vanskeliggjør konklusjon på kjennetegn og behandlingseffekt ved gruppen. Denne gruppen bør utforskes mer for å redusere bruken av tvang innen AN-populasjonen, og særlig bør betydningen av ANBP undersøkes.

Keywords: anorexia nervosa, compulsory treatment, involuntary treatment, admission, literature review

Innholdsfortegnelse

Innledning	6
Anorexia Nervosas forekomst i Norge.....	7
Diagnostisering.....	8
Undertyper av Anorexia Nervosa.....	8
Egosyntonitet og opplevelsesdimensjonen.....	9
Mortalitet.....	9
Biologiske og kognitive konsekvenser av Anorexia Nervosa.....	10
Komorbiditet.....	12
Behandling av Anorexia Nervosa.....	13
Behandling for barn og unge.....	13
Behandling av voksne.....	14
Behandling ved døgnavdelinger.....	14
Ufrivillig innleggelse og tvangsbehandling.....	15
Vurderingskriterier for bruk av tvangsbehandling.....	16
Tvangsmidler.....	17
Prognose og behandlingsutfall.....	18
Juridiske prosedyrer og lovverk i ulike land.....	19
Denne problemstillingen.....	20
Metode	21
Søkestrategi.....	21
Inklusjonskriterier.....	23
Utvelgelse av studier.....	25
Resultater	27
Hovedfunn.....	27
Populasjon.....	28
Lokasjon.....	29
Komorbiditet.....	29
Mortalitet og dødsårsaker.....	30
Innleggelser.....	31
Tvangsmetoder.....	32
BMI og vekt.....	33
Aldersgrupper.....	34

Sosioøkonomisk status og yrkesstatus.....	35
Kjønn.....	36
Varighet av lidelse og lidelsesdebut.....	36
Undertyper av Anorexia Nervosa.....	37
Somatisk risiko.....	38
Behandlingseffekt og follow-up.....	39
Styrker og begrensninger ved studiene.....	39
Diskusjon.....	42
Hva kan resultatene fortelle oss?.....	43
Omfanget av komorbiditet.....	43
Flere tidligere innleggelser.....	44
En liten gruppe pasienter utsettes for det meste av tvangen.....	44
ANBP.....	45
Somatisk risiko.....	45
Hva har vi lite grunnlag for å si noe om?.....	46
Lite forskjeller i BMI og vekt.....	46
Mortalitet og dødsårsaker.....	46
Varighet, lidelsesdebut og alder.....	47
SØS og yrkesstatus.....	48
Behandlingseffekt og oppfølging.....	49
Sammenligning mellom studier.....	50
Hvordan kan vi forstå funnene og deres praktiske betydning?.....	50
Kasustikk.....	50
Pasienters opplevelse av tvangsbehandling.....	51
Pasienters bedring.....	53
Emosjonell dysregulering som variabel i ANBP.....	56
Sammenfatning.....	57
Referanser.....	59

Anorexia Nervosa (AN) er den mest dødelige psykiatriske lidelsen (Ramasamy, 2021), med en risiko som er fire til ti ganger høyere enn for den øvrige befolkningen (Statens helsetilsyn, 2000). AN er en spiseforstyrrelse som kjennetegnes av en alvorlig undervekt, med et tvangspreget forhold til mat, kropp og vekt grunnet en intens frykt for å legge på seg eller ønske om tynnhet. Dette kan komme til uttrykk gjennom strenge restriksjoner av matinntak eller kompensere ved å kontrollere vekten. Atferdsmønstrene kan utvikles til å bli en altopplukende besettelse, og resultere i at matrestriksjoner blir betinget og belønnende (Helsedirektoratet, 2017; Verdens helseorganisasjon, 2022; McHugh & Slavney, 1998). De opplevde positive effektene bidrar til å gjøre lidelsen vanskelig å behandle, at tilbakefall er vanlig og behandlingen er svært dyr (Striegel-Moore et al., 2000).

De tre hoveddiagnosene innen spiseforstyrrelser er anorexia nervosa, bulimia nervosa (BN) og overspisingslidelse (Verdens helseorganisasjon, 2022). Spiseforstyrrelser oppstår vanligvis i ungdomstiden, hvor AN har en noe tidligere debutalder enn andre former for spiseforstyrrelser (Kringlen et al., 2001; Rø et al., 2020). Forekomsten av AN anslås til 0,3% i Norge, i aldersgruppen 15-44 år, hvor den vurderes å være omtrent 10 ganger hyppigere hos kvinner enn hos menn (Torgersen, 2016). Etter koronapandemien ble det funnet en økning blant yngre jenter med AN (Surèn et al., 2022). Sykehusoversikter over pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser viser en tiårsdødelighet mellom 0-20% (Frostad, 2004), mens studier estimerer en omtrentlig tiårsdødelighet på 5% (Sullivan, 1995; Signorini et al., 2007).

Kombinasjonen av AN sin dødelighet og pasienters ambivalens til behandling, fører til at behandling under tvang kan være nødvendig for å sikre liv og helse. Tvangsbehandling har lenge vært et omdiskutert tema, særlig når det er snakk om de inngripende tvangsmetodene som benyttes for å sikre overlevelse hos alvorlig avmagrede pasienter med AN (Tury et al., 2019). Enkelte argumenterer for at tvangsbehandling kun er effektivt kortsiktig (Ramsay et

al., 1999), og i forskningsfeltet er det stor usikkerhet rundt de langsiktige effektene av tvangsbehandling (Elzackers et al., 2014). Likevel viser forskningen at pasienter med alvorlig og vedvarende AN kan oppnå bedring, noe som bidrar til å rettferdiggjøre bruken av tvang i behandlingen av disse pasientene (Thiels, 2008). I denne oppgaven skal vi ta for oss studier som har undersøkt tvang i AN-populasjonen. Det vil særlig rettes søkelys mot den pasientgruppen som opplever mest tvang, for å utforske deres karakteristikk og behandlingsutfall. Bakgrunnen og problemstillingen presenteres mer inngående senere i oppgaven.

Vi vil videre i innledningen presentere AN sin forekomst i Norge og lidelsens diagnostiske kriterier, opplevelsdimensjonen, mortalitet og konsekvenser lidelsen har, samt komorbiditet som kompliserer tilstanden. Til sist vil vi presentere dagens behandling av AN med fokus på tvangsaspektet.

Anorexia nervosas forekomst i Norge

Flere norske studier har funnet en generell stabilitet i forekomsten av AN i løpet av de siste 30 årene, men med høyere andel yngre jenter med behov for behandling av spiseforstyrrelser (Kringlen et al., 2001, 2006; Reas & Rø, 2018). På den andre siden har en ny norsk kohortstudie fra Folkehelseinstituttet funnet en kraftig økning av spiseforstyrrelsesdiagnoser blant jenter i spesialisthelsetjenesten under koronapandemien (Surén et al., 2022). I studien ble det observert en dobling av andelen jenter med nye diagnoser i alderen 13-16 år med behov for behandling i spesialisthelsetjenesten, og nærmest en tredobling for jenter i alderen 6-12 år (Surén et al., 2022). Dette kan skyldes økt grad av isolering og manglende oppfølging, eller alternativt økt fokus og økt henvisningsgrad. Analysene viser at økningen begynte sommeren 2020, og liknende funn er også gjort i USA og Canada (Agostino et al., 2021; Asch et al., 2021; Otto et al., 2021; Toulany et al., 2022). Disse tallene er bekymringsverdige, særlig når det presenteres hvor utfordrende det er å

behandle en slik diagnose, samt den høye mortaliteten for gruppen sammenlignet med andre psykiatriske lidelser og befolkningen generelt.

Diagnostisering

Ved utredning av AN i Norge og Europa blir det tatt utgangspunkt i ICD-10, som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (2022), mens utredning og klassifisering i forskningen ofte tar utgangspunkt i DSM-V, som er utarbeidet av APA (American Psychiatric Association, 2013). Diagnosekriteriene innenfor de to ulike klassifikasjonssystemene er overlappende, med unntak av enkelte kriterier som er fraværende i den nyeste amerikanske versjonen.

I ICD-10 innebærer kriteriene; 1) kroppsvekt som holdes minst 15% under forventet vekt eller BMI på 17.5 eller mindre, 2) selvfremkalt vekttap, med mulig tilstedeværelse av selvfremkalte brekninger, bruk av avføringsmidler, overdreven trening, bruk av appetittdeppe midler og diuretika, 3) forstyrret kroppoppfatning i form av en spesifikk psykopatologi, der frykten for å bli overvektig vedvarer i form av en påtrengende, overdreven idé, og individet pålegger seg selv en lav vektgrense, 4) omfattende hormonell sykdom er til stede hos kvinner som amenorré (tap av menstruasjon) og hos menn ved tap av seksuell interesse og potens (Verdens helseorganisasjon, 2022). Det sistnevnte kriteriet har blitt fjernet fra DSM-V, samtidig som DSM-V har definert vektkravet til «signifikant lav vekt», uten at dette presiseres nærmere (American Psychiatric Association, 2013).

Atypisk AN brukes for de som mangler ett eller flere av de mest sentrale kjennetegnene, men som på en annen måte har et typisk klinisk bilde (Verdens helseorganisasjon, 2022).

Undertyper av Anorexia Nervosa

I DSM-V og forskningsfeltet skilles det mellom AN restriktiv type (ANR) og AN bulimisk type (ANBP). ANBP defineres i DSM-V som gjentatt overspising eller

kompeniserende atferder i løpet av de siste 3 månedene. De kompeniserende atferdene kan innebære oppkast, overdreven trening, bruk av avføringsmidler og vanddrivende. ANR defineres av fraværet av slik overspising og kompeniserende atferd (American Psychiatric Association, 2013). For pasienter som oppfyller både diagnoser for AN og BN, vil AN ha forrang (Rø et al., 2020). Personer med AN kan i et forløp tilfredsstille begge undertyper, og halvparten av pasienter med AN vil utvikle en bulimisk type eller BN i løpet av sitt sykdomsforløp (Eckert et al., 1995; Eddy et al., 2002). Det er vist at den bulimiske undertypen ANBP innebærer dårligere prognoser (Steinhausen, 2002).

Egosyntonitet og opplevelsesdimensjon

AN anses som en egosyntonisk lidelse, som betyr at pasienten føler at lidelsen er en del av seg selv (Guarda, 2008) og kan oppleve vansker med å skille sin egen identitet fra sykdommen (Rø et al., 2020). Lidelsen blir ofte høyt ansett av den som lider og kan for mange oppleves altoppslukende (Gregertsen et al., 2017; Guarda, 2008). En slik egosynton tilstand resulterer i ambivalens og resistens mot behandling, som bidrar til at AN er karakterisert av høye frafallsrater (Fassino et al., 2009; Guarda, 2008). Serpell et al. (1999) fant at pasienter både opplevde positive holdninger til, og negative opplevelser fra, egen lidelse. Lidelsen ble både beskrevet som en trygghet, kilde til mestring og selvtillit, samtidig som den skapte frustrasjon og en opplevelse av destruktivitet.

Mortalitet

Mortalitet i AN har blitt mye undersøkt. Studier som rapporterer standardisert mortalitetsrate har funnet at dette kan variere fra 1.36 til 17.8 (Papadopoulos et al., 2009; Steinhausen, 2002). Dette indikerer litt til nesten en 18. ganger større økning i mortalitet hos pasienter med AN enn i befolkningen generelt.

Flere studier viser til at selvmord er den hyppigste dødsårsaken innenfor AN, hvor det er funnet at selvmord har stått for mellom 20-30% av dødsfallene i flere studier (Harris &

Barraclough, 1998; Papadopoulos et al., 2009; Sullivan, 1995). I en systematisk gjennomgang av Hoek (2006) ble det derimot funnet at 54% døde av somatiske komplikasjoner, 27% av selvmord og de gjenværende av uviss eller naturlige årsaker.

Det er funnet at faktorer som eldre alder ved innleggelse, kortere innleggelse ved første hospitalisering, gjentatte innleggelser med AN, lavere vekt under innleggelse, og komorbide psykiatriske og somatiske lidelser økte mortalitetsrisiko for pasientene (Keel et al., 2003; Nielsen et al., 1998; Papadopoulos et al., 2009; Steinhausen, 2002).

Oppsummert har AN den høyeste mortaliteten av alle psykiatriske tilstander, med en signifikant forhøyet risiko til og med 20 år etter første innleggelse (Papadopoulos et al., 2009; Steinhausen, 2002; Sullivan, 1995).

Biologiske og kognitive konsekvenser av Anorexia Nervosa

Kropp og psyke henger tett sammen i spiseforstyrrelser, og AN kan ha fatale konsekvenser på nesten alle organer og systemer i kroppen. De som er kritisk syke risikerer alvorlige nedsettelse og død (Chen et al., 2021). Fysiske konsekvenser kan klassifiseres som enten effekter av sult eller konsekvenser av kompenserende atferd.

Sult påvirker alle systemer i kroppen. I muskel- og skjelettsystemet er dette tydelig gjennom svakheter, tap av muskelstyrke – som også påvirker hjertemuskelen, tap av bentetthet og vekst-svekkelse (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Unge mennesker med AN har forhøyet risiko for benskjørhet og benbrudd senere i livet (Lucas et al., 1999), samt kan effektene på hormonsystemet påvirke organer som kan medføre infertilitet og cyster på eggstokker. Dersom lidelsen inntreffer før fullført pubertet kan det medføre manglende utvikling av seksuelle karakteristikk og permanent veksthemmelse (Goldbloom & Kennedy, 1995).

De mest bekymringsverdige effektene av AN er hjerterytmeforstyrrelser og reernæringssyndrom, som kan føre til akutt hjertestans (Jáuregui-Garrido & Jáuregui-Lobera,

2012). Pasienter med alvorlig væske- og elektrolytt-ubalanse har sterkt økt risiko for akutte konsekvenser i hjerte- og karsystemet (Chen et al., 2021).

Det kan også oppstå alvorlige fysiske konsekvenser av den kompensatoriske atferden som observeres i ANBP. Dette kan blant annet medføre komplikasjoner i væske- og elektrolyttforstyrrelser, skade på mage-tarm systemet og alvorlig og vedvarende skade på tenner (Chen et al., 2021; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Overspisingsepisoder kan skape akutte rifter og utvidelser i magesekk og tarmblokkeringer, noe som kan føre til infarkt i mage- og tarmsystemet, som er vist å ha en så høy dødelighet som 50-80% (Chen et al., 2021).

Samtidig har flere studier funnet redusert hjernevolum som en konsekvens av AN. To små longitudinelle studier undersøkte strukturelle endringer i hjernen hos ungdommer etter full vektgjenoppretting, hvor begge studier fant vedvarende mangler i grå substans (Golden et al., 1996; Katzman et al., 1996).

I tillegg til alvorlige biologiske konsekvenser av AN, har også flere studier funnet store kognitive svekkelser på grunnlag av sult og ernæringsdeprivasjon. Den beste forståelsen vi har fått for effektene av sult og hunger på mentale tilstander kommer fra studien til Keys et al. (1950), utført på slutten av andre verdenskrig. Den inkluderte 36 friske mannlige deltakere som over 6 måneder gjennomgikk en kontrollert sulttilstand, med påfølgende undersøkelser av deltakernes fysiske og psykologiske responser til sult. Et overraskende funn var at de psykologiske effektene av sult ble funnet å være like viktige som de fysiske effektene. Deltakerne i eksperimentet beskrev store endringer i stemning, kognisjon og generell intellektuell fungering (Keys et al., 1950). Andre studier har også funnet at selv etter vektgjenoppretning har pasienter med AN abnormale eksekutive funksjoner, vist gjennom mer enn ett standardavvik fra normen på ulike nevropsykologiske tester (Tchanturia et al., 2003).

Forskning tyder på at ekstremt restriktivt matinntak og kompenserende atferder fører til kritiske komplikasjoner i flere systemer, og dette reduserer igjen funksjonsnivå og øker mortalitetsraten i AN (Chen et al., 2021).

Komorbiditet

Spiseforstyrrelser har blitt funnet å ha stor psykiatrisk komorbiditet. I en stor studie av Herzog et al. (1992) ble det funnet at 73% av pasienter med ANR og 82% av pasienter med ANBP hadde én eller flere samtidige komorbide psykiske lidelser. Psykiatrisk komorbiditet kan øke alvorlighet, kronifisering og behandlingsresistens i spiseforstyrrelser (Bulik, 2002).

I en retrospektiv studie av Blinder et al. (2006) ble det funnet at 97% av pasientene med spiseforstyrrelser hadde én eller flere diagnoser. 94% hadde komorbid stemningslidelse, 56% hadde angstlidelser og 22% hadde rusmisbruk. Videre har flere studier funnet en livstidsprevalens på omtrent 75% for stemningslidelser hos pasienter med spiseforstyrrelser (Piran et al., 1985; Strober & Katz, 1988). Også andre forfattere viser til at dette er svært vanlige komorbide lidelser innenfor spiseforstyrrelser, med også høye prevalenser for OCD og PTSD innenfor AN (Woodside & Staab, 2006).

Personlighetsforstyrrelser virker å ha en høy komorbiditet med AN (Sansone et al., 2005). Tvangsmessig personlighetsforstyrrelse har blitt rapportert å ha høyere forekomst sammen med ANR-undertypen, med en prevalensrate på omtrent 22%. I den bulimiske undertypen ANBP har den vanligste personlighetsforstyrrelsen blitt funnet å være emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, med omtrent 25% prevalensrate (Sansone et al., 2005). En slik økt forekomst av personlighetsforstyrrelser kan antas å bidra til en komplisering av et allerede alvorlig tilstandsbilde i AN. Atferdstrekkene som kan forekomme ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er assosiert med økt sykkelighet og økt risiko for selvmord (Kulacaoglu & Kose, 2018).

I behandling av komorbide lidelser i AN må behandler være oppmerksom på effektene av sult på humør og kognisjon. Det antas vanskelig å oppnå bedring fra andre komorbide lidelser så lenge pasienten er næringsdeprivert. Intervensjoner må være rettet mot kjernesymptomene i spiseforstyrrelsen for at det skal skje signifikante endringer i også den komorbide lidelsen (Woodside & Staab, 2006).

Behandling av Anorexia Nervosa

De fleste pasienter med AN behandles i dag poliklinisk eller hos fastlege, mens de mer alvorlige tilfellene, i behov for intensive og koordinerte behandlingsforløp, behandles med intensiv dagbehandling eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Grunnet spiseforstyrrelsens sekundære konsekvenser vil behandlingen kreve koordinerte, multidisiplinerte fysiske, psykologiske og sosiale intervensjoner (National Collaborating Centre for Mental health, 2004). Noen ganger kan en pasient motta psykologisk behandling fra spesialisthelsetjenesten, mens ansvaret for fysisk monitorering kan ligge hos primærhelsetjenesten. Kommunikasjon og tydelige behandlingsprotokoller vil være viktig (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004). Psykologiske intervensjoner vurderes som kritiske for å adressere de underliggende holdningene og handlingene som bidrar til at lidelsen opprettholdes. Ulike typer intervensjoner viser seg effektive for ulike pasientgrupper, avhengig av alder, motivasjon, alvorlighetsgrad, komorbiditet og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2017; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

Behandling for barn og unge. For barn og unge er det anbefalt familiebasert behandling, og da benyttes gjerne familiebasert terapi (FBT) (Hansen, 2022; Helsedirektoratet, 2017; Rø et al., 2020). FBT er særlig funnet nyttig i behandling av AN hos barn. FBT inkluderer foreldre i måltider på avdelingene med veiledning. Dette for å kunne hjelpe pasienter med å opprettholde rutiner utenfor avdelingene, samt at det kan fremme en

støtte- og hjelperolle for foreldrene. At pårørende er deltakere i behandlingen minsker risikoen for tilbakefall og gir bedring av symptomer, samt en tilfredshet og mestring i familien (Helsedirektoratet, 2022).

Behandling av voksne. I voksenpsykiatrien brukes det gjerne en kognitiv tilnærming spesifikk for spiseforstyrrelser (Rø et al., 2020). Denne kalles KAT-S (kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser), og fokuserer på hovedsymptomet i spiseforstyrrelsene, som er overopptattheten av mat, vekt og kropp. Terapien tar for seg hvordan tanker, følelser og handlinger påvirker hverandre, der målet er mer hensiktsmessig tenkning og atferd (Fairburn, 2008).

KAT-S er behandlingsformen som er å foretrekke i behandling av BN og overspisingslidelse, mens det ikke er funnet en behandlingsform som er bedre enn andre gjeldende AN hos voksne (Helsedirektoratet, 2017; Rø et al., 2020). For AN anbefales KAT-S, psykodynamisk terapi og strukturert oppfølging fra spesialist (Rø et al., 2020).

Verken KAT-S eller FBT vektlegger årsakene til at spiseforstyrrelsen har oppstått (Rø et al., 2020). Disse er de best dokumenterte behandlingsformene for spiseforstyrrelse, mens andre behandlingsformers effekt ikke er undersøkt i like stor grad.

Behandling ved døgnavdelinger. Om behandling ved poliklinikker ikke gir ønsket bedring og/eller bekymringen for pasientens somatiske tilstand øker, for eksempel gjennom hyppig vekttap og alvorlig undervekt, bør pasienten legges inn (Fairburn, 2008; Rø et al., 2020). Samt kan det vurderes innleggelse om familien ikke klarer å ivareta oppfølgingen som trengs (Helsedirektoratet, 2017). Døgnbehandling er funnet å gi effektiv vektøkning, men redusert bedring av psykisk fungering og redusert langtidsutfall (Rø et al., 2020). Behandlingstilbudet og pasientens somatiske tilstand avgjør om pasienten innlegges på psykiatrisk døgnenhet eller i somatisk avdeling (Rø et al., 2020).

I behandling ved innleggelse er måltider en sentral del av behandlingen, der man har klare rammer og strukturer for gjennomføring. Blant annet inngår en kostliste for hvert måltid, faste tidspunkter for start og avslutning av måltider, og en hviletid med personell. Om måltid ikke gjennomføres kan næring gis gjennom næringsdrikke og/eller sonde. Sondenæring kan bare gis om pasienten samtykker selv, det foreligger foreldresamtykke eller dersom pasienten er underlagt en tvangsparagraf (Rø et al., 2020).

Innleggelser er funnet å være mer effektive i å opprette normalvekt blant de fleste voksne som fullfører behandling, mot en mindre andel etter poliklinisk behandling (Holm et al., 2012). I Helsedirektoratets (2022) pakkeforløp anbefales det at pasienter får tett oppfølging etter utskrivelse og lav terskel for reinnleggelse dersom symptomforverring forekommer. Hensikten med dette er å forebygge langvarige lidelsesforløp.

Ufrivillig innleggelse og tvangsbehandling

Ufrivillig innleggelse, eller tvangsbehandling, er forårsaket av at livet og helsen til pasienten eller andre, vurderes å være i fare (Psykisk helsevernloven, 2022, § 3-3), eller i tilfeller der pasienten vurderes å ikke ha samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, § 4-3). I slike tilfeller er pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern, og denne inkluderer tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler der det er nødvendig for gjennomføring av utredning og behandling (Helsenorge, 2021). Tvang formuleres av norsk lov som noe en ønsker å forebygge og begrense (Psykisk helsevernloven, 2022, § 1-1), men er et virkemiddel som kan benyttes der andre alternativer virker utilstrekkelige. Som hovedregel skal utredning og behandling i psykisk helsevern være frivillig. Det vil si at pasienten gir sitt samtykke til hjelpen som tilbys og kan også avslutte hjelp som gis (Psykisk helsevernloven, 2022, § 2-1). I vestlige land har ufrivillig behandling blitt rapportert i 13-44% av personer innlagt for spiseforstyrrelser (Clausen et al., 2018; MacDonald et al., 2022).

Vurderingskriterier for bruk av tvangsbehandling. Internasjonalt har det lenge rast en debatt rundt bruken av tvungen psykisk helsevern i behandling av psykiske lidelser, og da særlig når det gjelder AN. APA utviklet i 1983 en modell som kan klargjøre vurderingsgrunnlaget for tvangsbruk i generell psykiatrisk behandling. «Stone-modellen» (Stromberg & Stone, 1983) foreslår tilstedeværelsen av 4 kriterier for å kunne vurdere ufrivillig innleggelse og behandling; 1) at det har blitt gitt en reliabel psykiatrisk diagnose, 2) at pasienten opplever alvorlig ubehag fra lidelsen, 3) at det finnes tilgjengelig effektiv behandling, og 4) at pasienten ikke er i stand til å bestemme eller akseptere den tilbudte behandlingen.

Sistnevnte kriterium innebærer vurderingen av samtykkekompetanse, som har fått økende viktighet sammen med skiftet mot en større vektlegging av individets rett til egne behandlingsvalg (Douzenis & Michopoulos, 2015).

Samtykkekompetanse har blitt forstått på ulike måter innenfor juridiske og kliniske paradigmer. Tan et al. (2003b) skiller mellom det juridiske begrepet kapasitet, og det kliniske begrepet kompetanse. Kapasitet innebærer evnen til å gjøre et autonomt og valid behandlingsvalg, som betyr å forstå relevant informasjon, ha tro på informasjonen og vektlegge den for og i mot for å kunne ta et valg rundt behandling. Vurderingen av samtykkekompetanse er en utfordring i behandlingen av pasienter med AN, da mange pasienter oppleves med kapasitet til å forstå og gjøre valg rundt sin egen lidelse og behandling, men likevel nekter å motta potensielt livsviktig behandling (Tan et al., 2003a). Dette har ført til en debatt om pasientene virkelig forstår og innehar kapasitet, og om en kan tillate pasientene å nekte behandling med risiko om fremtidig død (Appelbaum & Rumpf, 1998; Draper, 2000).

På den andre siden foreslår Tan et al. (2003b) å benytte det kliniske begrepet kompetanse i vurderingen av tvangsbehandling for pasienter med AN. Kompetanse inkluderer

tillegskriterier som omfavner psykopatologiens påvirkning på pasientens beslutningsevne, med et særlig fokus på psykopatologiens effekt på pasientens verdssystem. I AN kan dette medføre et forsterket ønsket om tynnhet, og svekke viktigheten av en god somatisk helse og overlevelse (Tan et al., 2003b). I Rt-2015-913 la Norges Høyesterett (2015) til grunn at AN i noen tilfeller kan forstås som en «alvorlig sinnslidelse», der noen pasienter ikke klarer å gjøre en realistisk vurdering av egen kroppsvekt og fungering. Dette på tross av at pasienten observeres med god kapasitet til å forstå og vurdere annen informasjon.

I vurderingen av tvungen psykisk helsevern må behandler gjøre en helhetsvurdering, der tvangsvedtak må anses som den klart beste løsningen (Psykisk helsevernloven, 2022, § 3-2). Pasienten må vurderes med en alvorlig sinnslidelse uten samtykkekompetanse, og tvang må vurderes som nødvendig for at lidelsen ikke skal betydelig forverres eller pasienten mister sine utsikter til bedring. Det skal legges vekt på belastningen av det tvangsmessige inngrepet og betydningen for pasientens livssituasjon (Psykisk helsevernloven, 2022, § 3-2).

Vilkår om manglende samtykkekompetanse faller bort ved nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse.

Tvangsmidler. Tvang kan være i form av mekaniske tvangsmidler, som for eksempel beltelegging og skadeforebyggende klær, kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør, og bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding (Psykisk helsevernlov, § 4-8). Tvang kan også være i form av at undersøkelse og behandling gjøres uten samtykke (Psykisk helsevernlov, § 4-4a), der man blant annet kan gi ernæring i behandling såfremt dette er et nødvendig behandlingsalternativ (Psykisk helsevernlov, § 4-4). Loven fremmer at samtaler rundt tvang skal forekomme før behandlingsstart med pasientene og i etterkant av hver tvangsepisode, dette for å sikre brukermedvirkning og best mulig tilrettelegging (Psykisk helsevernlov, § 4-2). Det bør presiseres at bruk av tvangsmidler ikke er synonymt med ufrivillig innleggelse, men benyttes der pasienter motsetter seg behandling.

Prognose og behandlingsutfall

Etter behandling er det tre ulike utfall: Bedring, remisjon eller tilbakefall. Det er manglende konsensus i litteraturen for hvordan en definerer begrepene (Dawson et al., 2013; Khalsa et al., 2017).

Bedring og remisjon er forskjellige ut fra tidsperioden man beregner, der bedring er av en lengre varighet enn remisjon (Khalsa et al., 2017). Det benyttes gjerne tre ulike definisjoner for bedring og remisjon for spiseforstyrrelser. Den første vektlegger vektmålinger uavhengig av andre faktorer, som betyr at bedring måles ved at målvekt oppnås og vedlikeholdes. Den andre definisjonen avgjør bedring/remisjon ut fra pasientens symptombilde og om dette har forandret seg i intensitet og omfang. Den tredje definisjonen er en sammenfattelse av de øvrige, der både vektmålinger og symptombildet samlet er med å avgjøre om pasienten er i bedring eller remisjon (Khalsa et al., 2017).

En tysk litteraturgjennomgang viser at i et engelsk og tysk utvalg blir omtrent 46% symptomfri over tid og 33% oppnår bedring, mens 20% utvikler et mer kronisk forløp (Steinhausen, 2002). Lignende tall er funnet på tvers av studier og geografiske populasjoner (Fitcher et al., 2006; Tanaka et al., 2001).

De fleste som oppnår bedring kan fortsatt streve med vanskelige holdninger rettet mot mat og vekt også i tiden de er regnet som symptomfrie (Treasure & Alexander, 2013).

En studie som fokuserte på behandlingsutfall av FBT fant at omtrent 4-5 år etter innleggelse hadde 65% vekt innen normalområdet, og 36% ble vurdert som frie fra lidelsen. Vurderingen av å være lidelesesfri baserte seg på EDE (The Eating Disorder Examination) skåre innen normalområdet, ingen overspising eller oppkast i løpet av de siste 3 månedene, og et BMI-mål høyere enn 18.5 (Halvorsen et al., 2016).

Av pasienter behandlet for AN opplever omtrent 31% tilbakefall (Berends et al., 2018). Faren for tilbakefall er høyest kort tid etter behandlingen er avsluttet, og denne faren er

fortsatt høy inntil 2 år etter behandlingen ble gitt (Berends et al., 2018). Høyere målvekt ved avsluttet behandling vil minske faren for tilbakefall og vektnedgang (Helsedirektoratet, 2017). Noen pasienter får et langvarig forløp med AN og alvorlige somatiske komplikasjoner (Helsedirektoratet, 2017).

Faktorer som kan påvirke behandlingsutfall er mange. En studie fra Canada fant faktorer som var viktige for bedringsprosessen (Federici & Kaplan, 2008). Disse faktorene inkluderte en indre motivasjon, troen på at man har mulighet til å gjøre endringer selv, evnen til å utvikle tillit og til å uttrykke emosjoner. Tilbakefall var videre påvirket av faktorer som usikkerhet, motvilje for endring, vansker med å spørre om hjelp, intense negative emosjoner og en vedvarende følelse av verdiløshet (Federici & Kaplan, 2008). Fichter et al. (2006) konkluderte i sin studie med at impulsivitet, alvorlige symptomer og kronisk utvikling var viktige faktorer som predikerte utfallet etter 12 år.

Juridiske prosedyrer og lovverk ulike land

Juridiske prosedyrer og lovverk på tvers av land i verden er forskjellige, noe som gjør at lovverket rundt psykisk helsevern og tvangsbehandling også er ulike. Ulikhetene vil være en viktig faktor i tall som rapporteres og hvilke faktorer som påvirker, og kan gjøre sammenligning mellom studier utfordrende. Både Verdens helseorganisasjon og Menneskerettighetene legger sine føringer på lovverket og personer med psykiske lidelser sine rettigheter.

I Skandinaviske land er lovverket nokså likt og sammenlignbart (Mac Donald et al., 2022). I flere land utenfor Skandinavia er det ikke lovpålagt å registrere tvangshendelser (Mac Donald et al., 2022), samt kan ulike lovverk medvirke til ulik tvangsbruk. Ulik bruk av tvang kan både innebære når og hvordan dette brukes, samt hvilke tvangsmidler som nyttes.

Saya et al. (2019) har sammenlignet psykisk helsevernlov på tvers av land. Italia, Spania og Sverige er de eneste landene i Europa der faren for en selv eller andre ikke er

vurdert som et kriterie for ufrivillig behandling, men det kreves at det er en tilstedeværelse av en psykisk lidelse som har behov for behandling. Ellers fremstår andre lovverk å inkludere faren for selv eller andre som et viktig vurderingspunkt i avgjørelsen om ufrivillig behandling. Dette blir også vektlagt utenfor Europa. I USA bestemmes ufrivillig behandling av domstolene, dette for å beskytte pasienters rettigheter (Watson et al., 2000).

I noen land benyttes vergeskap, der vergen har den lovlige retten til å gjøre avgjørelser på vegne av pasienten. Vergeskap brukes blant annet i Tyskland (Born et al., 2015), Australia (Carney et al., 2005) og New Zealand (Carney et al., 2006). Begrunnelsen for innføring av vergeskap sammenfaller med norsk psykisk helsevernlov for tvungen innleggelse og behandling, men vergeskap er ikke lovgitt i Norge. Om pasienten er under 16 år i Norge er det lovbestemt at det er foreldresamtykke som bestemmer behandling eller ikke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2022, §4-4).

Denne problemstillingen

Tvangsbruk varierer i form av at enkelte pasienter utsettes for mer tvangsbehandling enn andre. Bruk av tvang på avdelinger for spiseforstyrrelser kan knyttes til pasienter som er på et kritisk lavt vektnivå og/eller som utagerer i behandlingen. En kan stille seg spørsmålet om hvilken nytte tvangen har, spesielt for de pasienter med AN som blir gjentakende innlagt uten åpenbar bedring i funksjon og patologi.

Da undertegnede arbeidet på en avdeling for spiseforstyrrelser opplevdes det ingen alternativer eller ideer for å komme unna tvangen i disse tilfellene. Det ble brukt tid og ressurser på å unngå tvang gjennom samtale og informasjon, noe pasientene kanskje ikke hadde kapasitet til å forstå. Samtidig dukker spørsmålet opp; er tvang mer til skade enn til nytte? Skal vi la være å benytte tvang og heller risikere at pasienten pådrar seg kroniske somatiske skader eller dør ved manglende næring? Kan det være at tvang er mer nyttig for noen pasientgrupper med AN og ikke for andre, og finnes det forskning på dette forholdet?

Gjennomgående synes det som at et fåtall av innlagte pasienter med AN utgjør den største delen av registrert tvangsbruk (Blikshavn et al., 2020; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). For å redusere tvangsbruk og fordele ressurser på en mer fordelaktig måte kan det være at det er denne gruppen forskningen bør fokuseres mot, heller enn den generelle gruppen AN-pasienter. I dag finnes det minimalt med kunnskap om denne undergruppen av pasienter med AN. Manglende kunnskap kan føre til mer usikkerhet både blant ansatte og pasienter, der pasientene utagerer i sin usikkerhet og ansatte utøver tvang som respons. Med økt kunnskap vil vi ha muligheter til å redusere tvang og fremme bedring, bedre prognoser og mindre dødelighet. Vi stiller derfor forskningsspørsmålet:

Hva kjennetegner gruppen pasienter med anorexia nervosa som utsettes for mest tvang, og hvilken effekt har tvangen de utsettes for?

Metode

Søkestrategi

Usystematiske søk ble gjort i databasene PsycInfo, MEDLINE og Pubmed august 2022, for å få oversikt over eksisterende litteratur gjeldende AN og tvangsbruk i behandling av lidelsen. Litteraturen som ble gjennomgått etter søket, gav et bilde på hvordan forskningen rundt AN er sentrert, og hvilke begreper som brukes til å omtale tvangsbehandling på feltet. Søkeord i relevante artikler ble brukt som inspirasjon til eget litteratursøk. Flere testsøk ble gjennomført med ulike søkeord for å tilpasse det endelige søket til så mange relevante treff som mulig, uten store mengder urelaterte artikler. Fra denne informasjonen ble det utformet et endelig systematisk søk. Bibliotekar ved institusjonen ble kontaktet for kvalitetssikring av søkestrategi.

Det systematiske litteratursøket ble gjennomført i databasene Web of Science, PsycInfo og MEDLINE. Disse databasene ble benyttet i søket da de supplerer hverandre. PsycInfo da det er den mest omfattende databasen for psykologisk forskning

(American Psychiatric Association, 2022), MEDLINE da det er det nasjonale biblioteket for Medisin i USA som har samlet forskningsartikler internasjonalt (National Library Of Medicine, 2021) og Web of Science da dette er den mest brukte globale databasen som er uavhengig av publiserende forlag (Clarivate, 2022). PubMed ble ikke brukt i litteratursøket da MEDLINE er dens primære komponent for artikkelsøk (National Library of Medicine, 2021), samt ble det funnet at MEDLINE gav bedre treff.

Søket ble gjennomført fra 14 til 16 september 2022, hvor det ble benyttet avanserte søk over flere felt med hver sin kategori. Den boolske operatoren «OR» ble benyttet mellom hvert begrep innenfor én kategori for å fange opp synonymer, mens operatoren «AND» ble benyttet mellom de ulike kategoriene. Trunkering ble brukt i søket for å fange opp variasjoner av enkelte søkeord.

Søket inneholdt tre kategorier som omhandlet AN, tvangsmetode og innleggelse i en behandlingsinstitusjon. Den første kategorien omhandlet anorexia nervosa, og det ble i PsycInfo og MEDLINE benyttet Subject Heading og søk i tittel og/eller abstrakt, mens det i Web of Science ble benyttet Topic-søk i tittel, abstrakt og nøkkelord. Dette var for å forsikre at AN var et hovedtema i artiklene vi fikk presentert. Den andre kategorien som omhandlet tvangsmetode inkluderte følgende søkeord i alle mulige søkeområder: Compulsory, involuntary, coerc* og force*. Trunkeringer ble her brukt for å fange opp alle variasjoner av skrivemåter for søkeordene. Den siste kategorien omhandlet innleggelse til en behandlingsinstitusjon, med følgende søkeord i alle mulige søkeområder: Treatment og admission. Det endelige søket kan dermed illustreres på to ulike måter avhengig av database. Web of science: (anorexi* (Topic)) AND («involuntary» OR «compulsory» OR «coerc*» OR «force*»(All fields)) AND («admission» OR «treatment» (All fields)). I PsycInfo og MEDLINE kan søket illustreres slik: («anorexia nervosa/» OR «anorexia.ti,ab.») AND

(«compulsory» OR «involuntary» OR «coerc*» OR «force*») AND («treatment» OR «admission»).

Søket ga totalt 760 artikler, derav 295 i Web of Science, 220 i PsycInfo og 245 i MEDLINE. Se tabell 1 for fremgangsmåten for litteratursøket.

Tabell 1
Databaser og søkeoversikt

Database (årstall)	Leverandør	Søkefelt	Søkeordskombinasjon	Resultater
Web of Science (1945-2022)	Clarivate Analytics	Topic (title, abstract, author keywords, Keywords plus) All fields (all searchable fields)	(anorexi* (Topic)) AND («involuntary» OR «compulsory» OR «coerc*» OR «force*») (All fields) AND («admission» OR «treatment» (All Fields))	295
PsycInfo (1806-2022)	OvidSP	Subject heading (Thesaurus term) mp. (Title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests and measures)	(«anorexia nervosa/» OR «anorexia.ti,ab.») AND («compulsory» OR «involuntary» OR «coerc*» OR «force*») AND («treatment» OR «admission»)	220
MEDLINE (1946-2022)	OvidSP	Subject heading (Thesaurus term) mp. (Title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests and measures)	(«anorexia nervosa/» OR «anorexia.ti,ab.») AND («compulsory» OR «involuntary» OR «coerc*» OR «force*») AND («treatment» OR «admission»)	245

Inklusjonskriterier

Det ble benyttet systematisk litteraturgjennomgang for å belyse problemstillingen omhandlende kjennetegn ved pasienter som mottar mest tvangsbehandling, og hvilken nytte disse pasientene har av behandlingen. Dette innebærer både hvilke særegne karakteristikk som skiller pasienter som er behandlet ufrivillig fra dem som mottar frivillig behandling, forskjeller i behandlingsforløp og -utbytte mellom pasienter i frivillig behandling og tvang, samt kortsiktig og langsiktige effekter av tvangsbehandling.

Vi ønsket at gjennomgangen skulle basere seg på studier som omhandlet tvangsbehandling av pasienter med AN. Det kom frem av forskningsfeltet at tvang både kan

innebære formelle juridiske vedtak, men også pasienters opplevelse av uformell tvang og sterk overtalelse. Inklusjonskriteriene gjelder derfor artikler som definerer tvangsbehandling som involverer et formelt juridisk vedtak eller pasienter under vergemål.

I gjennomgang av artikler fremkommer det forskjellige lovverk i ulike land, men en fellesfaktor for bruk av juridisk tvang er kriteriet om at AN er en lidelse som kan utgjøre en fare for den rammedes liv, og dersom denne faren foreligger kan tvangsbehandling vurderes. Det er derimot ulike kriterier til grunn for innleggelse, noe som kan gjøre forskningstall og tvangsmidler forskjellige på tvers av land, og sammenligning vanskelig. Vi har tatt for oss litteratur fra flere land da vi er ute etter kjennetegn på de pasientene som mottar mest tvang, som kan antas å best reflekteres over sammenfatning av internasjonal forskning. Vi har tatt for oss artikler fra ulike årstall, med bakgrunn i at på tross av ny og økt kunnskap om hvordan å utøve tvang, dets kriterier og konsekvenser, presenteres det i litteraturen at tvangsbehandlingen likevel ikke har endret seg særlig i sin utøvelse gjennom årene.

Ettersom litteraturgjennomgangen dreier seg om pasienter med AN og ikke andre spiseforstyrrelser, var det sentralt at litteraturen rapporterte resultater relatert til pasienter som hadde mottatt en DSM eller ICD-diagnose av AN ved behandlingsstart. Vi avgrenset ikke for aldersgrupper, da forfatterne anså det som interessant å undersøke om lidelsesforløp og behandlingseffekt viser seg forskjellig avhengig av alder. Vi var også interessert i artikler som omhandlet behandling i en behandlingsinstitusjon, da det fremkommer fra artikler at det hovedsakelig er døgnbehandling som benyttes ved tvangsbehandling for pasienter med alvorlig AN. For å sikre vitenskapelig kvalitet i utvalgt litteratur valgte vi å basere oss på fagfelleverderte artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Oppsummert benyttet vi disse inklusjonskriteriene: (1) studier som omhandler pasienter med en AN-diagnose, (2) studier som rapporterer kjennetegn ved AN-pasienter som mottar tvangsbehandling, (3) studier som evaluerer klinisk utfall mellom grupper på bakgrunn

av tvangsinnleggelse eller ikke, (4) studier som ser på epidemiologien av tvangsbehandling i AN.

På bakgrunn av våre inklusjonskriterier valgte vi dermed å ekskludere (1) bøker, systematiske litteraturgjennomganger og leserinnlegg, (2) ikke-engelskspråklige eller -skandinaviske tekster, (3) generelle beskrivelser av psykoterapeutisk og medisinsk behandling av AN uten relasjon til tvangsmetoder, (4) behandling av AN-pasienter i poliklinikk, (5) artikler som omhandlet andre spiseforstyrrelser enn AN, og (6) etiske, filosofiske og juridiske diskusjoner rundt tvangsbehandling.

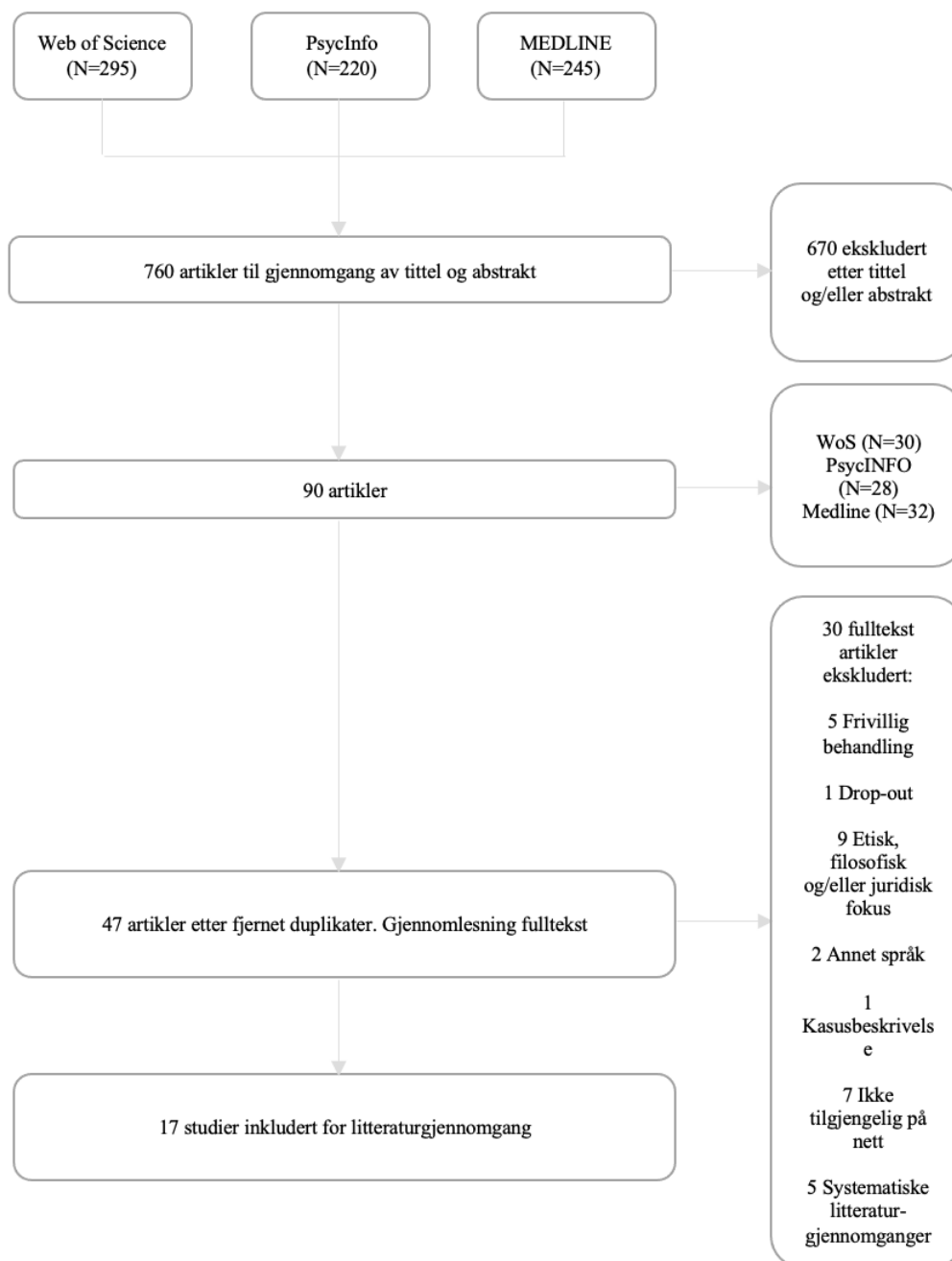
Utvelgelse av studier

Av totalt 760 treff, ble alle artikler gjennomgått individuelt ved å screene tittel og/eller sammendrag, av begge forfattere. 670 artikler omhandlet ikke tvangsbehandling av pasienter med AN, og ble derfor ekskludert. Av de 90 gjenværende artiklene ble 43 duplikater fjernet, slik at 47 artikler stod igjen for gjennomlesning av fulltekst. De inkluderte artiklenes referanselister ble gjennomgått for søk etter ytterligere relevante artikler, men ingen ble funnet å møte våre inklusjonskriterier eller var allerede inkludert i det systematiske litteratursøket. Ved gjennomlesning av fulltekst vurderte hver forfatter individuelt hvilke artikler som var relevante for inklusjon. Det var god overenstemmelse ved endelig vurdering av artikler for inklusjon, hvor kun én studie ble vurdert ulikt (Halvorsen et al., 2016). Gjennom diskusjon ble det vurdert at studien samsvarte med våre inklusjonskriterier, på tross av at hovedfokuset i studien var behandling for vektgjenoppretning uten fokus på karakteristikk ved tvangspasientene. Siden 17% av pasientene i studien ble behandlet under tvang og behandlingsforskjeller ble beskrevet, valgte vi dermed å inkludere studien i utvalget. Det ble også ekskludert 5 systematiske litteraturgjennomganger, da de alle baserte seg på artikler som allerede ble inkludert i litteratursøket. Totalt ble 30 artikler ekskludert ved gjennomlesning av fulltekst. 17 artikler ble dermed inkludert i denne systematiske

litteraturgjennomgangen (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Born et al., 2015; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Clausen et al., 2018; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021, 2022; Serfaty & McCluskey, 1998; Ramsay et al., 1999; Ward et al., 2015; Watson et al., 2000).

Se tabell 2 for oversikt over utvelgelsesprosessen.

Tabell 2. Flytdiagram for utvelgelsesprosessen.



Resultater

Etter artikkelutvelgelse var det igjen 17 artikler for gjennomlesing. Forfatterne leste samtlige artikler individuelt. Under presenteres artiklene og deres studier. I gjennomgangen av artiklene ble det funnet noen viktige variabler knyttet til tvangsbehandling. Disse var: komorbiditet, mortalitet, innleggelser, tvangsmetoder, BMI og vekt, aldersgrupper, sosioøkonomisk- og yrkesstatus, kjønn, varighet av lidelsen og lidelsesdebut, undertyper av AN, somatisk risiko og utfall etter behandling. Til slutt vurderes studienes styrker og svakheter.

Hovedfunn

Av de 17 artiklene som ble funnet var alle retrospektive, som vil si at de tar utgangspunkt i allerede innsamlet pasientdata for å undersøke en problemstilling (Mann, 2003). De inkluderte studiene fra litteratursøket er publisert mellom 1997 (Griffiths et al.) og 2022 (Mac Donald et al.). Alle studiene tar for seg pasienter som får døgnbehandling ved spesialistenheter for enten AN eller spiseforstyrrelser generelt, og som er innlagt ufrivillig for sin AN enten under psykisk helsevernlov, ved hjelp av vergeskap eller under foreldresamtykke. I flere av studiene gjøres en sammenligning mellom pasienter som er frivillig og ufrivillig behandlet (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Mac Donald et al., 2022; Ramsay et al., 1999; Ward et al., 2015; Watson et al., 2000), mens det i andre studier undersøkes variabler som kommer frem i en ufrivillig behandlet pasientgruppe uten sammenligning (Ayton et al., 2009; Born et al., 2015; Blikshavn et al., 2020; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Serfaty & McCluskey, 1998). To studier undersøker mengder tvangsepisoder og de ønsker å identifisere hvilke variabler som karakteriserer den gruppen pasienter som utsettes for mest tvang (Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Holm et al. (2012) tok for seg fem fatale pasientsaker med dødsfall grunnet AN i en tidsperiode mellom 1994 og 2006.

Noen studier tok for seg oppfølging med forskjellige årsintervaller, der de så på ulike variabler ved de registrerte pasientene i etterkant av studiens indeksinnleggelse. Griffiths et al. (1997) hadde oppfølging etter ett år, Serfaty og McCluskey (1998) etter to år, Ramsay et al. (1999) etter fem år og Ward et al. (2015) av samme populasjon etter 20 år, for å undersøke mortalitet. Blikshavn et al. (2020) hadde oppfølging etter fem år. Mac Donald et al. (2021) fulgte pasienter over fem år med fokus på tvangshendelser.

Populasjon. Griffiths et al. (1997) tok for seg 15 pasienter og Serfaty og McCluskey (1998) tok for seg elleve pasienter, som var ufrivillig innlagt grunnet AN. Watson et al. (2000) tok for seg 66 pasienter ufrivillig innlagt med ulike typer spiseforstyrrelser. To studier tar for seg samme pasientdata (Ramsay et al., 1999; Ward et al., 2015) der de sammenligner 81 ufrivillige behandlede pasienter med 81 frivillige behandlede, hvor Ward et al. (2015) tar for seg langtidseffekten av behandlingen etter 20 år. Carney et al. (2005, 2006, 2008) fokuserer på samme pasientdata, der 27 pasienter var ufrivillig innlagt enten under verge eller gjennom psykisk helsevernlov. En studie tok for seg 34 pasienter behandlet gjennom foreldresamtykke og 16 pasienter gjennom psykisk helsevernlov (Ayton et al., 2009). Born et al. (2015) tok for seg 68 svært underernærte pasienter som ble lagt inn gjennom vergemål. Di Lodovico et al. (2020) sammenlignet 36 ufrivillig innlagte pasienter med AN, mot en frivillig populasjon på 72 pasienter med lignende karakteristikk. Alle pasientene hadde ekstremt lav BMI. Mac Donald et al. (2022) sammenlignet to utvalg med frivillige og ufrivillige pasienter, mens Halvorsen et al. (2016) beskrev 31 pasienter i tvangsbehandling, i et utvalg med 160 pasienter.

Clausen et al. (2018) fant at det var en svært liten del av pasientpopulasjonen som stod for det meste av tvangsbruken i behandling, der 2% av totalt 4727 registrerte i et nasjonalt register opplevde mer enn 100 ufrivillige målinger, og 18% hadde opplevd minst én tvangsepisode. Blikshavn et al. (2020) tok for seg 38 ungdommer med AN som var innlagt

ufrivillig, der fire stykker utgjorde det meste av tvangsepisodene, og fant da det samme som Clausen et al. (2018). Mac Donald et al. (2021) inkluderte alle pasienter født etter 1963 innlagt grunnet AN mellom 2000 og 2011, for å spesifikt se på tvangshendelser, da de ville undersøke den undergruppen av pasienter som utgjør det meste av tvangen.

Lokasjon. Fire studier har hentet pasientinformasjon fra behandlingssentre i New South Wales, Australia (Carney et al., 2005, 2006, 2008; Griffiths et al., 1997), fire studier har basert seg på data fra Danmark (Clausen et al., 2018; Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021, 2022), fire studier baserte sine data på funn i Storbritannia (Ayton et al., 2009; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Ward et al., 2015), en studie var fra en spesialistenhet i Iowa, USA (Watson et al., 2000), to fra universitetssykehuset i Oslo, Norge (Blikshavn et al., 2020; Halvorsen et al., 2016), en fra et “refeeding” program i Munich, Tyskland (Born et al., 2015) og en studie ble gjort i en spesialistenhet for ekstrem underernæring i Frankrike (Di Lodovico et al., 2020)

Komorbiditet. I åtte studier ble det funnet høyere grad av komorbiditet blant ufrivillige og tvangsbehandlede, sammenlignet med frivillige grupper (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Clausen et al., 2018; Griffiths et al., 1997; Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021). Ayton et al. (2009) fant at tvangsbehandlede hadde et større antall pasienter med depresjon, selvmordsatferd og dårligere generell fungering. Det ble ikke funnet forskjeller mellom gruppene gjeldende andre komorbide lidelser som autismespekterforstyrrelse, PTSD eller OCD. Til forskjell fant Clausen et al. (2018) at komorbide lidelser som schizofreni, autismespekterforstyrrelse og personlighetsforstyrrelse var prediktorer for ufrivillig behandling, med unntak av atferdsmessige og emosjonelle lidelsere som startet i barndommen. Mac Donald et al. (2021) fant at de komorbide lidelsene som forekom mest var nevrotisk, stressrelaterte og somatoforme lidelser, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Tidligere innleggelser med annen lidelsesproblematikk var

assosiert med senere tvangsepisoder, og tvangsepisoder predikerte gjerne påfølgende tvangsepisoder (Mac Donald et al., 2021). Holm et al. (2012) viste til at de fem studerte pasientsakene hadde alle samtidig personlighetsforstyrrelse og tre hadde substansmisbruk. Tre av fem pasienter hadde opplevd tvangsbehandling en eller flere ganger.

To studier fant ikke signifikant forskjell mellom gruppene gjeldende komorbiditet (Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). Ramsay et al. (1999) fant at tvangsgruppen hadde noe høyere forekomst av komorbide lidelser og prehistorie med selvskading, men forskjellene var ikke signifikante.

Oppsummert viser de fleste funnene at komorbiditet utgjør en signifikant forskjell mellom ufrivillige og frivillige behandlede, der noen spesifiserer hvilken lidelse som inngår i komorbiditeten og andre ikke. To studier fant ikke signifikante forskjeller ved komorbiditet mellom gruppene.

Mortalitet og dødsårsaker. I studiene rapporteres det om mortalitetsraten til pasienter med AN, som vil si dødeligheten i populasjonen. Mortaliteten for AN er vurdert større enn det man har funnet for de andre spiseforstyrrelsene (Ward et al., 2015). I flere studier rapporteres det om dødsfall relatert til komplikasjoner grunnet AN (Griffiths et al., 1997; Holm et al., 2012; Ramsay et al., 1999), og et mindre antall pasienter som døde av selvmord (Holm et al., 2012; Ramsay et al., 1999). Holm et al. (2012) tok for seg fem pasientsaker der de omhandlende pasientene døde grunnet somatiske komplikasjoner forårsaket av AN, uavhengig av om de hadde vært gjennom tvangsbehandling eller ikke gjennom lidelsesforløpet. To av fem pasienter døde under medisinsk oppfølging, tre av fem var ikke i behandling da de døde (Holm et al., 2012).

Ayton et al. (2009) fant at mortalitetsraten blant de som var lagt inn under tvangsparagraf var lavere etter tolv måneders oppfølging sammenlignet med den frivillige gruppen, hvor det forekom to dødsfall etter utskrivelse. På den andre siden viste Ramsay et al.

(1999) at det var signifikant høyere mortalitetsrate blant ufrivillige behandlede sammenlignet med frivillig behandlede, fem år etter utskrivelse. I oppfølgingsstudien gjennomført av Ward et al. (2015) ble det ikke funnet forskjell i mortalitetsrate, men derimot en utjevning, mellom de to gruppene etter 20 år. Carney et al. (2008) fant i motsetning at mortaliteten øker i sammenheng med behandlingsvarighet, da det forekom flere dødsfall i eldre pasientgrupper.

Samlet sett viser flertallet av studier at mortaliteten ved AN ofte er knyttet til de somatiske komplikasjoner lidelsen medbringer, mens andelen som begår selvmord ikke er like høy. Resultatene fra studiene viser til både høyere, liknende og lavere mortalitet hos pasientene med ufrivillig behandling.

Innleggelser. Indeksinnleggelser vil si de første innleggelsene som undersøkes i de ulike studiene. I mesteparten av studiene ble det rapportert om tidligere innleggelser enten grunnet AN eller for andre psykiatriske lidelser, og at den ufrivillige gruppen hadde en større andel tidligere innleggelser sammenlignet med den frivillig behandlede gruppen (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Clausen et al., 2018; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Mac Donald et al., 2021, 2022; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). Videre var det en studie som ikke fant at tidligere innleggelser var noe som skilte pasienter som opplevde mest tvang fra de som opplevde mindre tvang (Blikshavn et al., 2020).

Carney et al. (2005) rapporterte at yngre pasienter som hadde hatt flere innleggelser tidligere og som var kjent for behandlerne ved spesialistenhetene, opplevde mer tvang under innleggelse. Carney et al. (2006) viste til i sin studie at $\frac{1}{3}$ av pasienter som opplevde tvang hadde vært innlagt 6 eller flere ganger tidligere, sammenlignet med pasienter i den frivillige gruppen der $\frac{1}{10}$ hadde vært innlagt like mange tidligere ganger.

Varigheten på indeksinnleggelser er rapportert å være lengre blant de ufrivillige gruppene sammenlignet med de frivillige (Ayton et al., 2009; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016)

For å oppsummere viste mesteparten av studiene et større antall førinnleggelser i ufrivillig gruppe, sett opp mot frivillig gruppe, og at innleggelsene var lengre.

Tvangsmetoder. Serfaty og McCluskey (1998) rapporterte at pasienter som fikk sondeernæring hadde BMI under 13.5 og somatiske komplikasjoner grunnet AN. To andre studier fant at sondeernæring ble gitt til en større andel ufrivillig behandlede pasienter enn frivillige (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2008). Ramsay et al. (1999) fant at ufrivillige og frivillige kom innen samme vektområde ved utskrivelse, uten bruk av sondeernæring.

I en studie ble det registrert 201 tvangsepisoder over 5513 dager blant pasienter under ufrivillig behandling (Blikshavn et al., 2020). Fire av 38 pasienter hadde registrerte tvangsepisoder, og tvang i måltidssituasjoner var knyttet til faktorer som lidelsesvarighet. Blikshavn et al. (2020) oppga hvilke tvangsepisoder som hadde funnet sted: Over halvparten var knyttet til måltidssituasjoner, 28% for å hindre selvskading og 24% av episodene manglet informasjon om type, varighet, årsak og antall ansatte involvert. Gjennomsnittsantall på involverte ansatte på registrerte episoder var 3.5 personer og hver episode varte i gjennomsnitt 19.4 min. Det meste av tvangen ble registrert de første 8 ukene av innleggelse og oftest ved dagskiftet (Blikshavn et al., 2020).

I tråd med funn fra Blikshavn et al. (2020), fant Mac Donald et al. (2021) at det var et fåtall pasienter med flest registrerte tvangsepisoder. I denne studien ble det funnet at 1% av pasientgruppen stod for 67% av alle registrerte tvangshendelser, og fem av disse pasientene stod for mer enn 500 tvangshendelser. Videre ble det funnet at mest tvang forekom de to første årene av behandling, der mekanisk og fysisk fastholding var de mest brukte tvangsmidlene (Mac Donald et al., 2021). Mac Donald et al. (2021; 2022) konkluderte med at

om det har oppstått en tvangshendelse, øker det sjansene for senere tvangshendelser gjeldende samme pasient. I en annen studie (Clausen et al., 2018) ble det funnet at sondeernæring var den mest forekommende tvangsmetoden, og at denne ble etterfulgt av tvangsmedisinering og mekanisk fastholding. Den tvangsmetoden som forekom minst var skjerming av pasienter.

Flere studier som registrerte tvangshendelser fant at det var en mindre gruppe pasienter som stod for de fleste registreringene av tvang. Likevel er det en svært liten del av forskningsfeltet som rapporterer registrerte tvangsepisoder. Hyppigste brukte tvangsmidler var sondeernæring, og fysisk og mekanisk fastholding.

BMI og vekt. Tre artikler fra litteraturen har funnet at tvangspasienter har signifikant lavere BMI og kroppsvekt ved innleggelse, enn frivillig behandlede pasienter (Carney et al., 2005, 2006; Halvorsen et al., 2016). Carney et al. (2008) fant i sin studie at for hver enhetsreduksjon i BMI, ville sannsynligheten for å behandles med tvang øke med 1.3, og Di Lodovico et al. (2020) fant at lavere premorbid BMI, samt lavere livstids-BMI stod for en signifikant del av avgjørelsen for behandling under tvang. Videre presenterer Serfaty og McCluskey (1998) at lavere vekt under lidelsen er en prediktiv faktor for dårlig behandlingsutfall.

På den andre siden er det også fire studier som ikke har funnet forskjeller i BMI ved innleggelse mellom pasienter behandlet på frivillig basis eller under tvang (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). Ramsay et al. (1999) fant at premorbid vekt i tvangs- og frivillige pasienter nesten var identisk, og Griffiths et al. (1997) rapporterer noe lavere vekt i tvangsgruppen, men ikke statistisk signifikant.

Carney et al. (2005, 2006) fant at pasientene behandlet på tvang hadde lavere sannsynlighet for å oppnå en høy BMI ved utskrivelse enn frivillig innlagte pasienter, mens signifikante forskjeller i vekt ved endt behandling ikke ble funnet i andre studier (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Ramsay et al., 1999;

Watson et al., 2000). Enkelte studier rapporterer at pasienter behandlet på tvang viser liknende BMI som de frivillige pasientene ved utskrivelse, men tvangspasientene har behov for signifikant og dramatisk lenger behandlingsvarighet for å oppnå samme målvekt (Di Lodovico et al., 2020; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). En studie rapporterer at pasientene med laveste vekt ved innleggelse også hadde signifikant større økninger i BMI enn de pasientene som ble innlagt med høyere BMI (Halvorsen et al., 2016), men at en stor andel av begge pasientgruppene ikke klarte å oppnå en sunn kroppsvekt ved utskrivelse. Et interessant funn av Ayton et al. (2009), viser at pasienter med alvorlig patologi som ble behandlet under tvang, hadde større forbedringer ved utskrivelse enn de frivillige pasientene, i form av høyere BMI. Forskjellene i BMI var ikke statistisk signifikant, men biologisk signifikant, siden flere av tvangspasientene hadde gjenopptatt sin vanlige menstruasjonssyklus ved utskrivelse (69% av tvangspasientene vs 17% av frivillige).

Sammenlagt viser studiene forskjeller i funn, hvor enkelte rapporterer signifikante og tydelige forskjeller mellom frivillige og tvangsbehandlede pasienter (Carney et al., 2005, 2006), mens andre finner at BMI ved innleggelse samt vektgjenoppretting er ganske likt mellom gruppene, men at tvangspasienter behøver signifikant lenger innleggelsesvarighet for å oppnå sammenlignbare mål som frivillige pasienter ved utskrivelse (Ayton et al., 2009; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000)

Aldersgrupper. Seks studier har inkludert både ungdommer under 18 år og voksne pasienter over 18 år i sin populasjon (Carney et al., 2005, 2006, 2008; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Serfaty & McCluskey, 1998). To studier inkluderte kun ungdommer under 18 år (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020), mens tre studier inkluderte kun voksne pasienter over 18 år (Born et al., 2015; Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021). Syv studier nevner ikke spesifikke kjennetegn ved aldersgruppen hos pasientene som studeres

(Clausen et al., 2018; Di Lodovico et al., 2020; Mac Donald et al., 2022; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Ward et al., 2015; Watson et al., 2000).

Syv av studiene fant ingen forskjeller i gjennomsnittsalder mellom pasienter som behandles frivillig eller på tvang (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2005, 2006; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Mac Donald et al., 2021; Watson et al., 2000).

Flere studier rapporterte ulike tendenser i behandlingsforløpet mellom de to aldersgruppene. En dansk oppfølgingsstudie over fem år fant at lavere alder ved første innleggelse var assosiert med økt tvangsrate, i tillegg til at bruk av tvangsmetoder ble redusert med økende alder (Mac Donald et al., 2021). Carney et al. (2005, 2006, 2008) utførte en studieserie basert på data fra en australsk spesialistenhet for behandling av AN over fem år. Her ble det funnet at yngre pasienter med lenger lidelsesvarighet og mer ekstreme tilfeller av AN er mest predisponert for tvang, men samtidig var tvangsinnleggelser noe overrepresentert i de eldre aldersgruppene (Carney et al., 2006). Carney et al. sin studie fra 2008 fant også at både pasienter som er yngre enn 20 år og pasienter eldre enn 29 år, er 2.2 ganger mer sannsynlige å behandles med tvang. Altså har både yngre og eldre pasienter økt sannsynlighet for å oppleve tvang. Disse funnene reflekterer ulike funn innad i Carney et al. (2005, 2006, 2008) sin studieserie. En dansk kohortstudie presenterer at eldre alder ved første diagnose er assosiert med økt risiko for tvangsbehandling, men fant også at tvangsmetoder som sondeernæring, fysisk fastholding og ufrivillig medisinerer var på sitt høyeste for pasienter mellom 15-18 år (Clausen et al., 2018). Forfatterne mener at høyere ernæringsfokus hos yngre pasienter kan ha bakgrunn i at disse fortsatt er i biologisk utvikling, noe som kan øke tvangsratene for den yngre pasientgruppen (Clausen et al., 2018).

Sosioøkonomisk status og yrkesstatus. To av studiene i utvalget presenterte høyere arbeidsledighet blant tvangspasientene i populasjonen, sammenlignet med frivillige pasienter (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997).

Når det gjelder pasientenes sosioøkonomiske status (SØS) målt gjennom foreldres utdanningsnivå og foreldres psykiske lidelser er det presenterte bildet noe mer uklart. Clausen et al. (2018) fant i sin studiepopulasjon at foreldres psykopatologi og utdanningsnivå ikke predikerte behovet for tvangsbehandling, mens en dansk studie fant at foreldres psykiske lidelser og medium til lavt utdanningsnivå faktisk var assosiert med lavere tvangsrate hos pasientene under tvangsbehandling (Mac Donald et al., 2021). Også Griffiths et al. (1997) fant at en signifikant høyere andel av pasientene behandlet under vergemål kom fra høyere SØS-klasser enn de frivillige pasientene. Under vergemål var 40% av pasientene fra høyere SØS-klasser, i sammenligning med kun 11% av de frivillige pasientene. Likevel viser Mac Donald et al. (2021) til at foreldres lavere utdanningsnivå er assosiert med høyere tvangsrate enn medium utdanningsnivå, noe forfatterne mener kan indikere at foreldres utdanning medbringer større utfordringer i oppveksten og en mer kompleks livssituasjon (Mac Donald et al., 2021).

Kjønn. Rapporteringen av kjønnsforskjeller kan sies å være lite klinisk anvendbar, da svært få av studiene rapporterer å inkludere mannlige pasienter i sitt utvalg, og den mannlige populasjonen i disse studiene er svært liten sammenlignet med den kvinnelige populasjonen (Blikshavn et al., 2020; Born et al., 2015; Halvorsen et al., 2016). Likevel er det én studie som rapporterer at kvinnelig kjønn er assosiert med økt tvangsrate (Mac Donald et al., 2021), mens tre studier rapporterer ingen signifikante assosiasjoner mellom tvangsbehandling og kjønn (Carney et al., 2006; Clausen et al., 2018; Watson et al., 2000).

Varighet av lidelse og lidelsesdebut. To britiske studier fant at pasienter behandlet under tvang hadde tidligere lidelsesdebut og lengre lidelsesvarighet, og at begge disse var prediktive faktorer for dårlige prognoser (Ayton et al., 2009; Serfaty & McCluskey, 1998). I en case-studie basert på fem pasientdødsfall, ble det funnet lidelsesvarigheter mellom 11-30 år (Holm et al., 2012). Alle pasientene hadde lange historier med behandling og hyppig

fracfall, men kun èn pasient var innlagt under tvang mer enn fem ganger, mens to pasienter aldri hadde vært under tvangsbehandling. Disse funnene kan indikere at på tross av manglende tvangsbehandlings-status, hadde alle pasientene langvarige lidelsesforløp som endte i kritiske utfall. På den andre siden rapporterte tre studier ingen signifikante forskjeller i lidelsesvarighet mellom pasienter behandlet under tvang eller frivillig behandling i sine utvalg (Di Lodovico et al., 2020; Halvorsen et al., 2016; Watson et al., 2000).

Undertyper av Anorexia Nervosa. AN har vanligvis blitt delt inn i de to undergruppene ANR og ANBP. Kun èn studie, som sammenlignet undertyper av AN-pasienter med og uten tvangsvedtak, fant ingen signifikante assosiasjoner mellom tvangsstatus og undertype av AN (Carney et al., 2006). Resterende studier fant at pasienter behandlet under tvang hadde høyere tilslutning til ANBP-undertypen, og at denne var en signifikant prediktor for mer alvorlige tilstander (Born et al., 2015; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997). Di Lodovico et al. (2020) fant at ANBP-undertypen var den største prediktoren for tvangsinnleggelse i sin studie, og presenterer hypotesen om at kompenserende atferd fører til høy risiko for somatiske komplikasjoner som er livstruende på kort sikt. Dermed vil en mer alvorlig medisinsk tilstand være et solid argument for tvangsbehandling. Griffiths et al. (1997) argumenterer også for at pasientene med ANBP har mer psykopatologi og anser dette som en gruppe med mer alvorlige medisinske komplikasjoner. I en sammenligning av demografiske karakteristikk og behandlingsutfall mellom pasienter i de to undertypene, fant Born et al. (2015) at lidelsesvarighet og antall behandlingsdager var signifikant kortere, og total vektøkning signifikant høyere, for ANR-gruppen. Dette mener forfatterne kan antyde at den bulimisk-type atferden som inngår i ANBP kan undertrykke vektøkning og redusere prognoser. På den andre siden fant ikke sistnevnte studie noen forskjeller i psykotropisk medisinerings (Born et al., 2015), noe som kan antyde at det var lite forskjeller i komorbiditet mellom undertypene.

Somatisk risiko. Det er veletablert kunnskap at pasienter med AN har økt risiko for en rekke livstruende medisinske komplikasjoner, grunnet sult og manglende næringsinntak. Det fremkommer fra litteraturen at somatisk risiko er en signifikant prediktor for bruk av tvangsbehandling og sondeernæring (Carney et al., 2005, 2006, 2008; Griffiths et al., 1997), særlig grunnet reernæringssyndrom, som er en livstruende tilstand. I sin studie fant Carney et al. (2008) at sannsynligheten for tvangsbehandling er tre ganger større dersom pasienten har utviklet reernæringssyndrom. I en australsk studie av 15 kvinnelige pasienter med AN (Griffiths et al., 1997), ble det funnet at 93% av pasientene behandlet under vergemål behøvde medisinsk konsultasjon av en spesialist, sammenlignet med 73% av de frivillige pasientene. Her ble tvangsgruppen funnet å ha signifikant høyere grad av sykелighet og livstruende medisinske abnormaliteter (Griffiths et al., 1997).

Få studier har rapportert funn rettet mot biologien og kjemiske målinger hos pasientene som følge av AN, men Born et al. (2015) presenterer funn her. I et utvalg av 68 pasienter med AN og alvorlig undervekt, ble 93.7% av pasientene diagnostisert med benskjørhet eller lav bentetthet, som indikerer alvorlige fysiske følger av lidelsen (Born et al., 2015). Andre biologiske målinger viste også at en andel av pasientene fikk påvist alvorlig skade på myeliniseringen i pons og hjerneatrofi. Kun én av pasientene i studien hadde normale mineralinnhold (Born et al., 2015). Funnene reflekterer den somatiske og irreversible konsekvensen lidelsen kan ha for pasientene.

Behandlingseffekt og follow-up. Behandlingseffekt er av relevans for hvilken nytte behandlingen har hatt og for hvilke pasienter den har mer eller mindre effekt på. Syv studier beskriver tydelige behandlingsutfall (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Ward et al., 2015; Watson et al., 2000), mens dette er noe majoriteten av studier ikke vektlegger.

Griffiths et al. (1997) gjennomførte oppfølging etter ett år, hvor tre av 15 pasienter samtykket til intervju. To fortalte om bedring av lidelsen og en formidlet fortsatt vansker knyttet til sin AN. Utfallet av behandlingen kunne ikke avgjøres da det var få som stilte til intervju i etterkant (Griffiths et al., 1997). I studien av Serfaty og McCluskey (1998) var det, etter to år, fem av 11 pasienter som opprettholdt en BMI over 17.5. Resterende hadde dårligere utfall grunnet lav BMI, tilbakefall og frafall fra behandling.

Ramsay et al. (1999) rapporterte et bedre korttidsutfall enn det man fant etter lengre tid i oppfølging av pasienter etter behandlingen. Ufrivillige og frivillige pasienter oppnådde samme vekt ved utskrivelse, selv om vekttoppgangen hos ufrivillige behandlede tok lengre tid. Ward et al. (2015) fant ingen forskjeller mellom gruppene gjeldende mortalitet etter 20 års oppfølging. Watson et al. (2000) fant også at korttidsresponsen vektmessig var den samme mellom gruppene, men har ikke fulgt opp pasientgruppen over lengre tid.

Blikshavn et al. (2020) fant at flere pasienter som hadde opplevd tvang fortsatt tilfredsstilte til en spiseforstyrrelse etter fem år, sammenlignet med pasienter som var frivillig behandlet.

Ayton et al. (2009) fant at fysiske og psykososiale målinger bedret seg vesentlig ved utskrivelse i både ufrivillig og frivillig gruppe. Studien finner at ufrivillige behandlede hadde bedre behandlingsutfall på lengre sikt i form av bedre skårer på psykopatologimål og lavere mortalitet. Pasienter utskrevet før behandlingsslutt hadde det dårligste utfallet, både i kort tid etter behandling og etter ett år, da det var større fare for reinnleggelse (Ayton et al., 2009).

Styrker og begrensninger ved studiene

Alle de inkluderte studiene benyttet seg av retrospektive studiedesign, med innhenting av data fra journaler og/eller register-databaser. Det er ikke mulig, eller svært vanskelig, å benytte seg av randomiserte kontrollerte studier i denne populasjonen av etiske årsaker. Det vil være uetisk å nekte alvorlig syke pasienter med AN livreddende behandling, i den hensikt

å kunne sammenligne disse opp mot en behandlingsgruppe. Datainnhenting fra registerdatabaser kan være en styrke i de enkelte studiene, da dette øker sannsynligheten for inklusjon av alle relevante pasienter, og reduserer seleksjonsbias. På den andre siden medfører retrospektive og naturalistiske studiedesign den manglende muligheten for reliable vurderinger av behandlingseffekt. Det ble også inkludert en case-studie fra litteraturen (Holm et al., 2012), grunnet dens detaljerte beskrivelser av kritiske utfall hos fem langvarig og alvorlig syke pasienter med AN. Både grunnet utvalgsstørrelsen og studiedesignet vil ikke resultatene herfra kunne generaliseres til andre populasjoner.

Åtte av studiene inkluderte oppfølging av pasientgruppen over tid (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Mac Donald et al., 2021, 2022; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Ward et al., 2015). Oppfølgingsintervallet i studiene varierer fra 12 måneder (Ayton et al., 2009) til 20 års oppfølging (Ward et al., 2015), med et gjennomsnitt på 5,1 års oppfølging blant studiene. Dette gir muligheter for sammenligning av behandlingseffekter, men studiene baserer seg på ulike populasjoner, noe som igjen begrenser generalisering av resultatene.

En hovedbegrensning ved studiene innebærer at mesteparten baserte seg på små utvalg, fra mellom fem til 81 pasienter i tvangsbehandlings-gruppen. Kun to studier hadde store datainnsamlinger som inkluderte 550 og 858 pasienter med registrerte tvangshendelser (Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Reduserte populasjonsstørrelser kan medføre begrenset statistisk power, øker risiko for type I og type II feil, samt reduserer muligheter for generalisering på tvers av populasjoner.

Kun syv studier inkluderte rapporteringer av type tvangsmetoder (Blikshavn et al., 2020; Born et al., 2015; Carney et al., 2008; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021, 2022; Serfaty & McCluskey, 1998). Mangel på informasjon om tvangsmetoder vanskeliggjør vurderingene av hvilken type tvang som forekommer, frekvensen og hvilken betydning det

har for de involverte. Dette vanskeliggjør også et skille mellom de som opplever mer eller mindre tvang.

En begrensning ved flere studier er inklusjon av andre spiseforstyrrelser enn AN. Fem studier inkluderte også andre spiseforstyrrelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Mac Donald et al., 2021, 2022; Watson et al., 2000). Dette medfører et heterogent utvalg som gjør resultatene mindre generaliserbare til AN-populasjonen. Også flere studier baserer sine vurderinger av behandlingseffekt på BMI-målinger, og inklusjon av spiseforstyrrelser med andre vektkriterier kan påvirke rapporteringen av vekt og vektøkning i studiene.

Fire av studiene i litteraturgjennomgangen inkluderer ikke sammenligningsgrupper mellom pasienter behandlet frivillig eller under tvang (Born et al., 2015; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021; Serfaty & McCluskey, 1998). Enkelte av studiene sammenligner frekvensen av tvangsbruk mellom ulike pasienter som mottar mer eller mindre tvang, og dette kan derimot være en styrke for å kunne beskrive de mest alvorlig syke tvangspasientene (Blikshavn et al., 2020; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021).

Kun seks av de inkluderte studiene beskriver behandlingsprogrammet pasientene mottok under innleggelse (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Born et al., 2015; Halvorsen et al., 2016; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998). Utelatelse av slike beskrivelser vanskeliggjør vurderingene av rammer for behandling og behandlingseffekt, og kan medføre at pasienter som mottar svært ulike behandlingsrammer sammenlignes mot hverandre. For eksempel har Born et al. (2015) tatt for seg svært underernærte pasienter med BMI-gjennomsnitt på tolv, der behandlingsprogrammet innebærer sondenæring og vergeskap. På den andre siden har Blikshavn et al. (2020) tatt for seg ungdommer behandlet ufrivillig gjennom FBT, der BMI ved innkomst gjennomsnittlig var 15.2. Disse to studiene viser til to ulike behandlingsopplegg og to forskjellige utgangspunkt om en sammenligner BMI, samt

aldersmessige forskjeller. Forskjellene mellom studiene vil vanskeliggjøre sammenligning, da man ikke vet sikkert hvordan samme populasjon ville respondert i et annet type behandlingsprogram.

En svakhet ved studiene er mangelen på inklusjon av psykometriske målinger av behandlingseffekt. Kun fem studier inkluderer spørreskjemaer, for slik å kunne måle behandlingseffekt uten kun fokus på BMI og vektøkning (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Mac Donald et al., 2022; Watson et al., 2000). De inkluderte psykometriske testene som har blitt brukt er EDI-2, SCL-90, EDE-Q, WAIS-R, Eating Attitudes Test-26, MMPI-II, Morgan-Russell Outcome Assessment Schedule, HONOSCA, C-GAS, BDI-2 og Morgan-Russell Scale.

Enkelte studier baserer seg på høyt spesialiserte behandlingssettinger for pasientene med mest alvorlige symptomer og kritiske vektnivå (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020). Dette innebærer innleggelse i tertiære behandlingssenheter, som vanskeliggjør generalisering til vanlige døgnbehandlings-enheter for behandling av spiseforstyrrelser. Videre består studiene av utvalg fra både Norge, Danmark, Tyskland, Frankrike, Storbritannia og Australia. Ulike behandlingsprosedyrer og lovgivning på tvers av land vil kunne redusere generaliserbarheten til studiene internasjonalt, og resultatene bør derfor tolkes varsomt.

Diskusjon

Samlet sett viser resultatene og litteratursøket at det er få undersøkelser som er gjort på pasientgruppen med AN som undergår mest tvang. Om det skulle bli tatt utgangspunkt i artikler som direkte undersøker problemstillingen, ville kun tre artikler blitt tillagt vekt (Blikshavn et al., 2020; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Dette indikerer at det ikke er forsket nok på denne pasientgruppen. I følge loven og forskningsfeltet er bruk av tvang noe som ønskes redusert og vi hadde derfor forventet at denne pasientgruppen i større grad hadde fått plass i forskningen. De artiklene som stiller spørsmål ved denne

pasientgruppen er imidlertid fra nyere tid, noe som muligens tilsier at forskningsfeltet er i sin spede begynnelse. Den manglende forskningen på området har medført at vi har valgt å ta utgangspunkt i artikler som tar for seg et mer generelt skille mellom ufrivillig og frivillig innleggelse, da det å innlegges ufrivillig er underlagt tvangsparagrafen, og slik innebærer å være utsatt for tvang.

På tross av store variasjoner i studiedesign, samt manglende fokus på pasientgruppen med mest utøvd tvang, er det kommet frem noen gjennomgående funn som skiller pasienter som opplever tvang fra frivillige pasienter. Likevel er det mange studier som rapporterer motstridende funn. Både gjennomgående og motstridende funn vil presenteres og diskuteres nedenfor, med et fokus på om disse kan si noe om gruppen som opplever mest tvang.

Hva kan resultatene fortelle oss?

Omfanget av komorbiditet. Studiene fra litteraturgjennomgangen antyder at komorbiditet kan utgjøre en signifikant forskjell mellom de som er behandlet frivillig og ufrivillig (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Clausen et al., 2018; Griffiths et al., 1997; Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021). Det er imidlertid usikkert hvilke komorbide lidelser som utgjør denne forskjellen. Dermed kan man ikke si om, og evt. hvilke, komorbide lidelser som er mer gjeldende for de som opplever mest tvang. Det kan stilles spørsmål ved om mer omfattende lidelser, som autismespekterforstyrrelser og personlighetsforstyrrelse er mer tilstede blant den pasientgruppen som opplever mest tvang. Dette er noe Mac Donald et al. (2021) og Clausen et al. (2018) har funnet i sin studie, uten at det foreligger gjennomgående funn som støtter dette. Om det foreligger høy grad av komorbiditet vil det likevel være vanskelig å skille om det er psykopatologien tilknyttet spiseforstyrrelsen, den komorbide lidelsen, eller sammensetningen av disse som fører til mer tvang (Holm et al., 2012; Mac Donald et al., 2021).

Flere tidligere innleggelser. Studiene fra utvalget viser at den ufrivillige gruppen har flere førinnleggelser enn den frivillige behandlede gruppen, og at innleggelsene har lengre varighet (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2005, 2006, 2008; Clausen et al., 2018; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Mac Donald et al., 2021, 2022; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). Ën studie fant at yngre pasienter med flere tidligere innleggelser i samme enhet kunne oppleve mer tvang under innleggelsen (Carney et al., 2005). Tidligere innleggelse vil ikke nødvendigvis alene medføre at tvang benyttes, men kan være en faktor som indikerer en høyere alvorlighetsgrad av lidelsen. En annen faktor kan være at personale allerede har god kjennskap til pasienten (Carney et al., 2005). At behandlere er kjent med pasienten fra tidligere kan medføre at både pasient og behandlers holdninger påvirker vurderingen av behandling, og medfører et kjent handlingsmønster som kan predisponere for mer tvang. Dette kan tenkes å utgjøre en forskjell mellom de som opplever mer eller mindre tvang, men Blikshavn et al. (2020) fant ikke støtte for dette i sin studie.

En liten gruppe pasienter utsettes for det meste av tvangen. Det er funnet at det er en liten gruppe pasienter som opplever mest tvang (Blikshavn et al., 2020; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Det hyppigst rapporterte tvangsmiddelet er sondeernæring (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Carney et al., 2008), etterfulgt av fysisk og mekanisk fastholding (Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Mac Donald et al. (2021) fant ikke at sondeernæring var hyppigst benyttede tvangsmetode, men stiller spørsmål ved om dette kan være grunnet manglende rapporteringer, da et sondevedtak kan vedvare over lengre perioder uten registrering av hver enkelt sondesituasjon. Ved manglende rapportering kan pasientenes frekvens av tvangsmetoder bli uklare, og det er uvisst om den faktiske mengden pasienter som opplever mer tvang fanges opp i studiene.

To studier fant at det meste av tvangen forekom tidlig i behandlingsforløpet (Blikshavn et al., 2020; Mac Donald et al., 2021), og Mac Donald et al. (2022) fant at om òn

tvangsepisode oppstod kan det øke sannsynligheten for at tvang brukes igjen mot pasienten senere. Det bør undersøkes om holdninger til personal og pasienter påvirkes etter første tvangsepisode, noe som kan predisponere til flere tvangshendelser. Likevel virker tvangen å avta med behandlingens varighet, noe som kan komme av at pasienter tilpasser seg institusjonen eller opplever bedring.

En svakhet ved litteraturgjennomgangen er at få studier rapporterer informasjon om typen og frekvensen av tvangsmidler som brukes under behandlingen.

ANBP. Blant de studiene som har tatt for seg undertyper av AN og sammenlignet disse, har majoriteten av studiene kommet frem til at ANBP undertypen er i flertall blant tvangsbehandlete (Born et al., 2015; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997). Gjennomgående i disse studiene rapporteres det også at denne undertypen kan tyde på en mer alvorlig tilstand, med mer psykopatologi og mer alvorlige somatiske komplikasjoner (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997). Den kompensierende atferden er foreslått å medføre en forverret medisinsk tilstand (Di Lodovico et al., 2020), samt at den forhindrer like stor vektoppgang som i ANR undertypen (Born et al., 2015). Med grunnlag i de gjennomgående funnene av ANBP sin større alvorlighetsgrad og relasjon til tvangsbehandling, kan det tenkes at kjennetegn ved denne undertypen predisponerer for mer tvang. Likevel har ikke undertypen blitt undersøkt i de studiene som tar for seg gruppene som opplever mer eller mindre tvang, noe som vanskeliggjør vurderingen av dette forholdet.

Somatisk risiko. Somatisk risiko rapporteres i studiene å øke sannsynligheten for tvangsbruk. Reernæringssyndrom er for eksempel en faktor som spiller inn der det brukes mer tvang, men ikke nødvendigvis. Det blir funnet større somatiske komplikasjoner i ufrivillig gruppe, og studiene rapporterer større mortalitet grunnet dette sammenlignet med selvmord. Likevel mener Ayton et al. (2009) at man ikke kan isolere kun somatisk risiko som et

vurderingspunkt for tvang, men at psykopatologiens helhetlige alvorlighet og sikkerhetsrisiko må tas i betraktning.

Hva har vi lite grunnlag til å si noe om?

Lite forskjeller i BMI og vekt. Det er motstridende funn gjeldende BMI og vekt ved innleggelse og utskrivelse, da det rapporteres lik og ulik vekt på tvers av studier, mellom de to behandlingsgruppene (Carney et al., 2005, 2006, 2008; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Watson et al., 2000). Kritisk lav vekt gir en somatisk risiko, og det kan derfor tenkes at dette øker sannsynligheten for tvangsbehandling. Det er viktig å fremheve at lavere BMI alene ikke kan sies å skille de som opplever mer eller mindre tvang slik vi kanskje kunne tro ut fra risiko for somatiske komplikasjoner og død. Det synes altså å være andre faktorer i tillegg, som er avgjørende for behandling under tvang. Eventuelt kan det være at en alvorligere patologi, som Ayton et al. (2009) sikter til, er mer gjeldende de som opplever mest tvang, men hva som inngår i denne er vanskelig å si. Samt er det funnet at behandlingsvarighet er lengre for den ufrivillige gruppen (Di Lodovico et al., 2020; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000), noe som kan henge sammen med at motstand mot behandling og kompensierende atferder bidrar til å undertrykke vektøkning i større grad for pasientene behandlet under tvang.

Mortalitet og dødsårsaker. Ën studie finner høyere mortalitet i oppfølging av pasienter med tvang (Ramsay et al., 1999), mens en oppfølgingsstudie finner en utjevning i mortalitetsrater etter 20 år (Ward et al., 2015). Ën studie rapporterte ingen dødsfall i tvangsgruppen, men to dødsfall blant de frivillige pasientene etter utskrivelse (Ayton et al., 2009). Ayton et al. (2009) foreslår at tvang kan forebygge mortalitet, da det sikrer gjennomføring av behandling. Pasientene under foreldresamtykke la press på sine foreldre, som førte til prematur utskrivelse og dårligere utfall (Ayton et al., 2009), noe som kan antyde at pasienter kan ha dårlige prognoser på tross av fraværet av akutt somatisk risiko ved

vurderingstidspunktet. Samt kan studien av Holm et al. (2012) indikere den forebyggende effekten av tvang, der tre av fem pasienter døde uten behandling. Det kan antas at pasienter under tvangsbehandling har en mer alvorlig psykopatologi med høyere ambivalens mot behandling, som ikke selv hadde oppsøkt hjelp. Dermed kan det forventes at manglende tvangsbehandling kunne ført til en høyere mortalitetsrate enn det som i dag rapporteres, og at behandling under tvang fungerer forebyggende på dette forholdet.

Ward et al. (2015) foreslo at tvangsbehandling ikke alene er en avgjørende faktor for mortalitet, men at denne type behandling forteller om alvorligheten til lidelsen. Det kan ikke konkluderes ut frastudiene om mortalitet er signifikant forskjellig mellom de som er behandlet frivillig og ufrivillig, ei heller om dette eventuelt er knyttet til den behandlingen de har gjennomgått. Resultatene gir få holdepunkter for å vurdere om pasientene som utsettes for mest tvang har høyere mortalitet enn andre.

Varighet, lidelsesdebut og alder. Det kan ikke konkluderes om de som opplever mer tvang har forskjell i lidelsesvarighet og lidelsesdebut. To studier viser til lengre lidelsesvarighet og tidligere debut blant de som behandles ufrivillig (Ayton et al., 2009; Serfaty & McCluskey, 1998), men flertallet av studiene finner ikke dette (Di Lodovico et al., 2020; Halvorsen et al., 2016; Watson et al., 2000).

En svakhet i sammenligning mellom studier er at i flertallet av studiene er ikke alder oppgitt, samtidig som yngre og eldre pasienter synes å behandles på ulike måter. To studier viser til at yngre pasienter opplever mer tvang (Carney et al., 2005, 2006, 2008; Mac Donald et al., 2021), en studie fant at høyere alder ved diagnose er assosiert med økt risiko for tvang (Clausen et al., 2018), og samtidig viser Carney et al. (2008) at både pasienter under og over 20-29 år har økt risiko for tvangsbehandling.

Yngre pasienter med AN befinner seg i en mer kritisk periode for utvikling av biologiske og kognitive systemer, noe som kan medføre et viktigere fokus på rask

vektgjenoppretting og økt rate av tvangsbehandling. Det er blitt funnet at eksekutive funksjoner modnes saktere blant ungdommer med AN, med et særlig fokus på kognitiv kontroll og arbeidshukommelse (Olivo et al., 2019). Disse endringene fremstår tilstandsavhengige, og er funnet å bedres med rask behandling og vektgjenoppretting (Olivo et al., 2019), mens manglende behandling kan føre til vedvarende kognitive og biologiske svekkelser. I tillegg er det funnet at avvikene i kognitive evner medfører en større sensitivitet for straff (Olivo et al., 2019), noe som kan antyde at yngre pasienter med kritisk lav vekt kan ha svekket samarbeid og større motstand mot behandling.

At eldre pasienter med AN utgjør en forskjell i å oppleve mer tvang, kan være knyttet til at dette muligens er en pasientgruppe med en lenger ubehandlet lidelse eller tilstedeværelse av andre primære lidelser, som senere utvikler seg til AN (Steinhausen, 2002). Pasienter som oppdages tidlig kan ha bedre prognose da lidelsen ikke i like stor grad har påvirket tanke- og atferdsmønsteret (Steinhausen, 2002), samt at andre primære lidelser før utvikling av AN kan medføre mer omfattende symptomatologi. Flere av studiene i vårt utvalg finner derimot ikke at lidelsens varighet utgjør en forskjell mellom de som opplever mer tvang enn andre pasienter, med unntak av to studier (Ayton et al., 2009; Serfaty & McCluskey, 1998).

Alder er ikke nødvendigvis en enkeltstående faktor som fordrer tvang, men lidelsens alvorlighetsgrad kan være mer avgjørende. Det kan ikke konkluderes om alder og lidelsesvarighet i seg selv er noe som skiller de som opplever mer eller mindre tvang.

SØS og yrkesstatus. Det er få av studiene som diskuterer denne problemstillingen. To studier finner høyere arbeidsledighet blant de som behandles ufrivillig (Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997), som kan henge sammen med at pasientene gjerne er lenger i behandling og har et mer alvorlig symptombylle. Andre studier har undersøkt om det er sammenheng mellom foreldres SØS, med variasjoner i funn. To studier som undersøkte denne problemstillingen rapporterer interessante funn (Griffiths et al., 1997; Mac Donald et

al., 2021). Griffiths et al. (1997) fant at pasienter under tvang har signifikant høyere SØS. Dette står i kontrast til den generelle psykiatriske populasjonen, som vanligvis rapporteres med lavere SØS (Kinge et al., 2021; Peverill et al., 2021). Det kan tenkes at høyere forventninger og krav fra foreldre med høyere SØS kan ligge til grunn for de ofte perfeksjonistiske og tvangsmessige trekkene som observeres i AN. I tillegg fant Mac Donald et al. (2021) at foreldres psykopatologi og medium til lavt utdanningsnivå predikerte lavere tvangsrate. Det er mulig at helsepersonell er mer bevisste pasientens bakgrunn, og dermed benytter bedre forebyggende strategier i behandlingen av pasienter som har foreldre med psykiske lidelser. Disse resultatene er komplekse, og antyder at det ikke kan konkluderes med at det er forskjell mellom de som opplever mer eller mindre tvang gjeldende SØS og yrkesstatus.

Behandlingseffekt og oppfølging. Det er ingen studier som sammenligner behandlingsutfall mellom de som opplever mer eller mindre tvang i behandling, og behandlingseffekt viser store variasjoner ved sammenligning mellom frivillig og ufrivillig gruppe (Ayton et al., 2009; Blikshavn et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Ramsay et al., 1999; Serfaty & McCluskey, 1998; Ward et al., 2015; Watson et al., 2000)

Blikshavn et al. (2020) fant at høyere grad av måltidsrettet tvang medfører dårligere prognoser etter fem år, noe som kan indikere at det å oppnå høyere vekt gjennom sondenæring ikke alltid bedrer psykopatologien til AN. Rø et al. (2020) poengterer at døgnbehandling er effektivt for å øke vekt, men kan resultere i mindre psykologisk bedring og dårligere langtidsutfall. Likevel kan det antas at måltidsrettet tvang bidrar til overlevelse for disse pasientene, på tross av manglende symptombedring. I tillegg fant Ayton et al. (2009) at pasienter under tvangsbehandling hadde langsiktig bedre psykososiale målinger, samt at en stor andel av pasientene fortsatte i frivillig behandling etter utskrivelse. Dette kan indikere at

pasientene selv ser nytte av behandlingen, og dermed at tvangsintervensjoner i seg selv muligens ikke ødelegger autonomi og den terapeutiske relasjonen.

Det kan stilles spørsmål ved om studiene bruker ulike definisjoner på hva som utgjør bedring og eventuelt om slike forskjeller påvirker resultatene. Majoriteten av studiene baserer seg på BMI og vekt som bedringsmål, mens Ayton et al. (2009) mener at andre bedringsmål bør vurderes, slik som psykologiske symptomer og funksjonsnivå.

Sammenligning mellom studier. På tvers av studier er det forskjellige aldersgrupper, ulike behandlingsprogrammer, ulike nasjonaliteter og lovverk, ulike typer innleggelse, og studiene er fra ulike tidsperioder. Noen studier mangler informasjon om de nevnte aspektene. Samt er det manglende konsensus gjeldende bedring og hva det innebærer. En annen faktor som vanskeliggjør sammenligning er at noen studier tar for seg sammenligning mellom frivillige og ufrivillige, mens andre ikke gjør dette. Dette medfører at resultatene må tolkes med varsomhet.

Hvordan kan vi forstå funnene og deres praktiske betydning?

Kasustikk. Anne på 15 år er ufrivillig innlagt på døgnenhet for AN, da hun har en kritisk lav vekt på 35 kg (13.2 BMI). Anne motsetter seg næringsinntak, og paragraf for sondeernæring utformes. I løpet av dagen får Anne sondeernæring gjennom tvang til tre måltider. Det forsøkes å motivere til frivillig matinntak, før hun presenteres valget mellom å bli sondet eller å fullføre måltid/næringsdrikke. Anne nekter, hun er helt stille og gjemmer ansiktet sitt i matsituasjonen. Hun informeres om prosessen videre og at hun alltid kan velge selvstyrt inntak.

Etter noen minutter kommer to ansatte inn, og Anne klamrer seg til sengen. De ansatte gir henne valget om å bli med frivillig til skjermingsrommet eller om de må hjelpe henne bort. Hun holder fast det hun makter til sengen, mens de to ansatte tar hver sin arm og prøver å dra henne med seg. De ansatte får henne ut av sengen, hun vender voldsomt på seg for at de

ansatte skal miste grepet. På vei ut døren griper hun tak i karmene og holder igjen det hun makter, før de ansatte løsner grepet hennes og drar henne videre bortover gangen til skjermingsrommet. På veien skriker hun, setter bena i spenn, og er urolig. På skjermingsrommet venter fire andre ansatte. Hun får igjen informasjon om hva som kommer til å skje, og at hun kan få forsøke næringsdrikke. Anne er fortsatt urolig og hun legges i bakken ved at to andre ansatte låser bena hennes. Om hun klarer å vri seg ut av grepene, sparker og slår hun de som er rundt henne. En femte ansatt holder hodet hennes for å gjøre det mer stabilt slik at sonden kan legges inn, men også slik at Anne ikke skal kunne bite eller stange de ansatte med hodet sitt. Anne prøver å bruke neglene på de ansatte og kniper dem i siden om det byr seg en mulighet for dette. De ansatte holder fast, kjenner på den store motstanden og kampen Anne er i. Det oppleves for Anne som en kamp for livet. Mens fem personer holder henne nede, er det en sjette person som dytter forsiktig sonden inn gjennom nesen og ned i magesekken, før innsprøytingen av næring startes. Grunnet Annes store motstand og urolighet, må sonden forsøkes legges ned tre ganger. Hun skriker av full hals, gråter, roper at det ikke er lov, at hun ikke vil dette, at de gjør henne vondt. Etter 20 minutter er sonden trekt ut og all næring sprøytet inn. På nedtelling slipper de ansatte Anne samtidig og trekker seg ut av rommet. Noen ganger slår hun etter dem, andre ganger gjemmer hun ansiktet sitt i hendene. To ansatte er med henne i rommet og passer på at hun ikke skader seg når hun slår i gulvet eller veggen.

Pasienters opplevelse av tvangsbehandling. Anne på 15 år som blir utsatt for tvungen sondeernæring er et konstruert kasus, men likevel et typisk eksempel på hvordan en slik tvangssituasjon kan foregå. Litteraturen får ikke frem hva tvangspasienter faktisk opplever, hvor overnevnte kasus viser en kamp for livet og illustrerer hvor alvorlig slik tvang kan oppleves. Fysisk eller mekanisk fastholding er tvangsmidler som ofte benyttes for å gjøre sondeernæring mulig, og rapporteres av denne litteraturgjennomgangens studier som de

hyppigst brukte tvangsmetodene (Ayton et al., 2009; Carney et al., 2008; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021). Dette kan gi mening med tanke på pasientenes ofte kritisk lave vekt og somatiske risiko, men hvordan oppleves dette av pasienten selv?

Flere studier har undersøkt pasienters opplevelse av tvangsbehandling. Det har blitt funnet at tvangsintervensjoner kan ha en alvorlig negativ emosjonell effekt under og etter tidspunktet for utførelsen (Akther et al., 2019). På den andre siden har mange pasienter i etterkant av bedring rapportert at tvangsbehandlingen var nødvendig for å redde liv, og at pasientene på vurderingstidspunktet ikke var i stand til å ta dette valget selv (Tan et al., 2010; Guarda et al., 2008). Pasienter rapporterer at type behandling og den opplevde kvaliteten på den terapeutiske alliansen spiller en signifikant rolle for bedring og opplevelsen av tvangsbehandlingen (Rosenvinge & Klusmeier, 2000). Særlig fysisk fastholding beskrives som en skremmende og opprørende intervensjon, hvor pasienter i flere studier rapporterer en følelse av overgrep under gjennomføring av metoden (Akther et al., 2019). Likevel er det denne metoden, kombinert med sondenæring, som pasienter opplever hyppigst under tvangsbehandling. Dersom en ser fastholding og sondenæring sammen, gir dette et bilde av en pasient som legges i bakken mens hun kjemper for livet, holdes nede av et stort antall voksne personale og får innført en sonde gjennom nesen på tross av stor motstand. Hvordan påvirker dette Anne på 15 år?

Noen pasienter har i utgangspunktet utfordringer knyttet til relasjonelle erfaringer og strever med tillit, og noen har traumer som medfører stor sårbarhet for tvangsmidler. Det er ikke vanskelig å forestille seg at pasienter som tidligere har opplevd overgrep, risikerer å retraumatiseres fra en slik opplevelse. Når et sondevedtak gjelder over lenger tid, med slike opplevelser flere ganger om dagen over flere uker, hva gjør dette med et menneske? Tvangssituasjoner, slik som denne, kan gjøre stor psykisk skade, og pasienter som utsettes for dette reagerer ofte med sinne, motstand og skam (Aasen, 2022). I behandleres ønske om å øke

pasientens motivasjon til behandling, kan det nettopp være det motsatte som oppnås. Utfallet blir en retraumatisert pasient, hvor det som fantes av motivasjon for endring ødelegges, tillit til andre blir vanskeligere enn før, og ensomhet og smerte er resultatet.

Pasienters bedring. Hva er så grunnlaget for å benytte slike inngripende og alvorlige tvangsmetoder? Målet med fysisk fastholding og sondeernæring er å øke pasientens vekt, og med dette tanken om bedre prognoser (Kaplan et al., 2008). Det er antatt at sammen med vektøkning vil også pasientens kognisjon og kompetanse øke. Studier har vist kognitive svekkelser som følge av underernæring (Olivo et al., 2019; Keys et al., 1950; Tchanturia et al., 2003). Utad kan pasienter med AN fremstå med kapasitet, mens studier viser at patologien har en sterk innflytelse på pasienters beslutningstaking rundt behandling og bedring. Tan et al. (2003a, 2003b, 2006, 2010) gjennomførte kvalitative studier, hvor det fremkommer at lidelsen bidrar til å endre pasienters verdisystem. Dette kan være mindre tydelig i det juridiske perspektiv, da pasienter med AN ofte fremstår med god forståelse for informasjon, og resonnerer godt rundt konsekvenser og behandlingsvalg. Likevel nekter mange å motta behandling. Forskningen til Tan et al. (2006) har vist at pasienters verdisystem kan endres i form av at patologien blir altoppslukende og vektleggingen av den anorektiske atferden økes, til fordel for overlevelse. Pasienter har selv rapportert at de under sterk underernæring var klar over risikoen og ikke ønsket å dø, men likevel ikke klarte å prioritere livet over lidelsen. Etter vektgjenoppretning kan pasientens verdisystem igjen endres, slik at de i etterkant kan «finne igjen seg selv» og se viktigheten av å ta vare på livet.

Vektgjenoppretning er ikke bare viktig for samtykkekompetanse, men også grunnet de alvorlige somatiske komplikasjonene som AN medfører. Disse bidrar til at AN er den mest dødelige psykiatriske lidelsen (Ramasamy, 2021), og er et grunnlag for at slike inngripende tvangsmidler som sondeernæring og fastholding forekommer. Derfor er også det biologiske fokuset på bedring i AN-behandling så fremtredende, hvor majoriteten av studier om

behandlingseffekt fokuserer på vektøkning og BMI som et mål på bedring. I denne litteraturgjennomgangens studier fremkommer det at pasienter behandlet frivillig og under tvang oppnår sammenlignbare BMIer ved utskrivelser, samt at tvangspasientene både kan ha dårligere, lik og bedre vektgjenoppretning enn frivillige pasienter (Ayton et al., 2009; Carney 2005, 2006; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997; Halvorsen et al., 2016; Ramsay et al., 1999; Watson et al., 2000). Likevel fremstår tvangspasientene ofte med dårligere prognoser og hyppigere reinnleggelser. Dette tilsier at å oppnå målvekt ikke er nok for tilfriskning. Hva er det da som mangler?

Årsakene til hvorfor noen pasienter oppnår full bedring, mens andre fortsetter med langvarig sykdom, eller får tilbakefall etter en periode med remisjon, er uklart. Longitudinell forskning gir evidens for at tilbakefall er mer sannsynlig hos pasienter med ANBP, lavere kroppsvekt, lengre lidelsesvarighet, eldre alder ved debut og signifikant komorbiditet (Finfgeld, 2002; Herzog et al., 1997; Pike, 1998; Steinhausen, 2002). I vår studie har det blitt funnet at tvangspasienter har høyere tilslutning til ANBP, tidligere antall innleggelser, større somatisk risiko, både yngre og eldre alder ved debut, samt større komorbiditet. Det er mulig at disse faktorene har en påvirkning på prognoser og tilbakefall.

På den andre siden har utfallsmålinger og behandlingsrespons i mindre grad tatt i betraktning pasienters egne opplevelser av, eller mangel på, behandlingsrespons og tilbakefall. En kvalitativ studie av pasienter med AN har identifisert 4 nøkkelfaktorer for bedring: Sosial støtte, motivasjon for endring, utvikling av en identitet uavhengig av spiseforstyrrelsen, og faktorer relatert til terapeutisk allianse (Federici & Kaplan, 2008). Sosial støtte kan være en årsak bak effekten som har blitt funnet i FBT for barn og unge, da behandlingsformen baserer seg på familiesamarbeid. Funnene kan også indikere et behov for å bygge en indre motivasjon hos pasienten, øke pasientens opplevelse av sitt ekte selv, samt dyrke den terapeutiske allianse, fremfor et ensidig fokus på kun vektgjenoppretning.

Forskning viser at vektøkning er viktig for prognoser, men den terapeutiske komponenten av behandling kan virke å bidra til å opprettholde bedringen og forebygge tilbakefall (Federici & Kaplan, 2008). Likevel er et overraskende funn fra litteraturgjennomgangen at ingen av studiene rapporterte at den terapeutiske relasjonen ble negativt påvirket av tvangsbehandlingen. Faktisk rapporterte enkelte studier at tvangspasientene i større grad enn frivillige fortsatte i behandling frivillig etter endt tvangsparagraf (Ayton et al., 2009; Serfaty & McCluskey, 1998). Betyr dette at tvangsbehandling muligens ikke er så ødeleggende for den terapeutiske relasjonen og bedringsprosessen likevel? Det kan være som Serfaty og McCluskey (1998) poengterer at disse pasientene viste bedre prognoser på betingelse av strukturerte og omsorgsfulle behandlingsintervensjoner. Kan det tenkes at studiene i litteraturgjennomgangen ikke undersøker de skadelige effektene av mer gjennomgripende tvangsmidler som sondeernæring og fastholding i tilstrekkelig grad, og at forståelsen for hvordan dette påvirker den terapeutiske alliansen uteblir.

Samtidig er ikke tvang alltid så dikotomisk som en kan anta ut i fra tvangsparagrafer. Mellom ekstremene av tvang og frivillig behandling opplever mange pasienter uformell tvang, i form av press, overtalelser, trusler og betingelser. Dette kan føre til at frivillige pasienter i utgangspunktet ikke opplever å ha en reell selvbestemmelsesrett (Norvoll & Pedersen, 2017). Frivillig behandling vil også innebære ikke-diskuterbare betingelser, slik som inntak av mengde næring, begrensninger av bevegelsesfrihet og andre behandlingspremisser (Thiels, 2008). Noen av betingelsene i formell og uformell tvang kan oppleves likt, med unntak av tvangsmidler som sondeernæring og fastholding. Kan det da være at det etiske skillet mellom frivillig og ufrivillig behandling ikke er så stort som man kan anta? Det er muligens den mindre pasientgruppen som opplever mest tvang som vil omfattes av den mest inngripende behandlingen, og dermed skille seg mest fra de som opplever både frivillig og ufrivillig behandling generelt.

Emosjonell dysregulering som variabel i ANBP. Et av de få tydelige resultatene som fremkom fra litteraturgjennomgangen inkluderer at undertypen ANBP virker å medføre en høyere alvorlighetsgrad av AN. Studiene viser at disse pasientene har lavere vektøkning, dårligere prognoser og at ANBP undertypen i seg selv virker å predikere tvangsbehandling (Born et al., 2015; Di Lodovico et al., 2020; Griffiths et al., 1997).

En hypotese kan være at den kompenserende atferden som kjennetegner ANBP reduserer vektøkning, som igjen reduserer prognoser. Studier viser at de somatiske komplikasjonene av overspising og kontrollatferd øker risiko for hjertestans, indre blødninger og infarkt i mage- og tarmsystemet, som igjen øker risikoen for mortalitet (Chen et al., 2021; National Collaborating Centre for Mental Health, 2004).

En annen forklaringsmekanisme for dette kan baseres på funn om at pasienter i denne undertypen har signifikant høyere tilslutning til emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Sansone et al., 2005). Vansker med emosjonsregulering er et kjennetegn ved denne personlighetsforstyrrelsen (Verdens helseorganisasjon, 2022), og er blitt funnet å vanskeliggjøre behandling og bedring (Blikshavn et al., 2020; Haynos et al., 2014). Emosjonsreguleringsvansker er funnet å være like tilstedeværende i begge undertyper av AN, men ANBP-undertypen er vist å ha signifikant større emosjonell impulsivitet sammenlignet med den restriktive undertypen (Racine & Wildes, 2013). Emosjonell impulsivitet kan beskrives som vansker med atferdskontroll under opplevelsen av sterke emosjoner, og er antatt å være relatert til kompenserende atferd, men også rusmisbruk og selvskading (Fischer et al., 2008). Det har også blitt funnet at pasienter med ANBP har sterkere kognitive svekkelser enn ANR-undertypen, noe som også har blitt relatert til større emosjonell impulsivitet (Tamiya et al., 2018). I tillegg er kompenserende atferder foreslått å bidra til å undertrykke vekt (Born et al., 2015; Fairburn, 2008).

På bakgrunn av funnene kan det tenkes at pasienter med ANBP har et mer komplekst tilstandsbilde, i form av større kognitive svekkelser, mer alvorlige somatiske komplikasjoner, samt rusmisbruk og selvskadning. Slike faktorer kan muligens omfatte den pasientgruppen som opplever mest tvang i behandling. Dersom dette er tilfellet impliserer det viktigheten av å undersøke denne undertypen mer i forskning.

På den andre siden er det vist at vektgjenoppretning ikke har noen påvirkning på emosjonell dysregulering (Haynos et al., 2014). Årsakene til dette kan muligens innebære at dette er premorbide atferdsmønstre som er usannsynlige å endres uten målrettede intervensjoner. Alternativt kan det være at langvarig sult påvirker emosjonsreguleringsvansker i den grad at kortvarig vektgjenoppretning er utilstrekkelig for å gjenopprette normal funksjon (Haynos et al., 2014). Forbedringer i emosjonsregulering etter langvarig bedring støtter sistnevnte hypotese (Harrison et al., 2010; Merwin et al., 2013).

Sammenfatning

Svært få studier på forskningsfeltet undersøker populasjonen som mottar mest tvangsbehandling. Når en ser på alvorlighetsgrad av symptomer ved innleggelse på tvers av studiene, viser resultatene flere likheter enn forskjeller mellom frivillig og ufrivillig gruppe. Det er ingen eller få referanser til de som opplever mest tvang (Blikshavn et al., 2020; Clausen et al., 2018; Mac Donald et al., 2021).

De fleste studiene kommer frem til at det foreligger en større alvorlighet i tilstandsbildet blant de som opplever tvang, og at isolerte faktorer ikke utgjør et avgjørende skille mellom de som opplever mer eller mindre tvang. Det kan være at det er lidelsens helhetlige omfang som er mer avgjørende. Sammenfattet gir litteraturgjennomgangen holdepunkter for at pasienter som behandles under tvang har høyere somatisk risiko, flere tidligere innleggelser, flere og mer alvorlige komorbide lidelser, og høyere tilslutning til ANBP. Dette kan indikere at tvangsbehandling er en respons på kompleksiteten av pasientens

situasjon som en helhet. Ellers viser litteraturgjennomgangens studier at tvangsbehandling, i relasjon til behandling uten tvang, virker å vare lenger, og inkludere mer sondebruk og fysisk fastholding. Det manglet informasjon på oppfølging, noe som vanskeliggjør konklusjoner på langsiktig effekt av behandling mellom frivillige og ufrivillige pasienter. I tillegg mangler det funn for å si noe om behandlingsutfall for pasienter som opplever mest tvang.

Selv om vurderingen av samtykkekompetanse er viktig i behandlingen av pasienter med AN, har mange så stor somatisk risiko at fareprinsippet trer inn. Dette gjør at pasienten vil få behandling i livstruende situasjoner, uavhengig av samtykkekompetanse. Selv om tvangsbehandling kan oppleves inngripende og begrense pasientens evne til selvstendig engasjement i behandlingen, kan det være en viktig rettighet å få hjelp i en periode hvor en selv ikke er i stand til å akseptere dette. Tvang kan også bevare integritet, muligheter og liv.

Majoriteten av pasienter opplever lite eller ingen inngripende tvangsmidler. Forebyggende tiltak bør derfor rettes mot den gruppen som opplever mest tvang, da dette kan redusere tvangsstatistikken for hele pasientgruppen. Denne gruppen bør forskes mer på for å bedre forståelsen og redusere bruken av tvang innen AN-populasjonen, og særlig bør ANBP sin betydning undersøkes.

Referanser

- Aasen, H. (2022). Tvangens dilemma i behandling av alvorlig spiseforstyrrelse. *Psykologtidsskriftet*, 59(6), 512-517. <https://psykologtidsskriftet.no/frapraksis/2022/05/tvangens-dilemma-i-behandling-av-alvorlig-spiseforstyrrelse>
- Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., Taddeo, D., Grady, R., Vyver, E., Dimitropoulos, G., Dominic, A. & Coelho, J. S. (2021). Trends in the incidence of new-onset anorexia nervosa and atypical anorexia nervosa among youth during the COVID-19 pandemic in Canada. *JAMA Netw Open*, 4(12):e2137395. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.37395
- Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A. & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 5(3), e37. doi:10.1192/bjo.2019.19
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2022). APA PsycInfo. <https://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo>
- Appelbaum, P. S. & Rumpf, T. (1998). Civil commitment of the anorexic patient. *General hospital psychiatry*, 20(4), 225-230. doi:10.1016/s0163-8343(98)00027-9
- Asch, D. A., Buresh, J., Allison, K. C., Islam, N., Sheils, N. E., Doshi, A. J. & Werner, R. M. (2021). Trends in US patients receiving care for eating disorders and other common behavioral health conditions before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*, 4(11):e2134913. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.34913
- Ayton, A., Keen, C. & Lask, B. (2009). Pros and Cons of Using the Mental Health Act for Severe Eating Disorders in Adolescents. *European Eating Disorders Review*, 17(1), 14-23. doi:10.1002/erv.887

- Berends, T. N., Boonstra, N. & Van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(6), 445-455. doi:10.1097/YCO.0000000000000453
- Blikshavn, T., Halvorsen, I. & Ro, O. (2020). Physical restraint during inpatient treatment of adolescent anorexia nervosa: frequency, clinical correlates, and associations with outcome at five-year follow-up. *Journal of Eating Disorders*, 8(1). doi:10.1186/s40337-020-00297-1
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorders. *Psychosomatic medicine*, 68(3), 454-462. doi:10.1097/01.psy.0000221254.77675.f5
- Born, C., de la Fontaine, L., Winter, B., Muller, N., Schaub, A., Frustuck, C., Schule, C., Voderholzer, U., Falkai, E. & Meisenzahl, E. (2015). First results of a refeeding program in a psychiatric intensive care unit for patients with extreme anorexia nervosa. *Bmc Psychiatry*, 15. doi:10.1186/s12888-015-0436-7
- Bulik, C. M. (2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 11(2), 201-218. doi:10.1016/s1056-4993(01)00004-9
- Carney, T., Tait, D., Richardson, A. & Touyz, S. (2008). Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 16(3), 199-206. doi:10.1002/erv.845
- Carney, T., Tait, D., Wakefield, A., Ingvarson, M. & Touyz, S. (2005). Coercion in the treatment of anorexia nervosa: clinical, ethical and legal implications. *Medicine and law*, 24(1), 21-40.
- Carney, T., Wakefield, A., Tait, D. & Touyz, S. (2006). Reflections on coercion in the treatment of severe anorexia nervosa. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(3), 159-165.

- Chen, Y. H., Zhu, X. Y. & Liu, X. Q. (2021). Acute and life-threatening complications in patients with anorexia nervosa: A case report and literature study. *Nutrition*, 87-88, 111204. doi:10.1016/j.nut.2021.111204
- Clarivate. (2022). Web of Science. Hentet fra <https://clarivate.com/webofsciencgroup/solutions/web-of-science/>
- Clausen, L., Larsen, J. T., Bulik, C. M. & Petersen, L. (2018). A Danish register-based study on involuntary treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 51(11), 1213-1222. doi:10.1002/eat.22968
- Dawson, L., Rhodes, P. & Touyz, S. (2013). Defining recovery from anorexia nervosa: a Delphi study to explore practitioners' views. *Journal of Eating Disorders*, 1(1), O41. doi:10.1186/2050-2974-1-S1-O41
- Di Lodovico, L., Duquesnoy, M., Dicembre, M., Ringuenet, D., Godart, N., Gorwood, P., Melchior, J. C. & Hanachi, M. (2021). What distinguish patients with compulsory treatment for severely undernourished anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 144-151. doi:10.1002/erv.2790
- Douzenis, A. & Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: The case of anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 31-35. doi:10.1016/j.ijlp.2015.01.018
- Draper, H. (2000). Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: a limited justification. *Bioethics*, 14(2), 120-133. doi:10.1111/1467-8519.00185
- Eckert, E. D., Halmi, K. A., Marchi, P., Grove, W. & Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25(1), 143-156. doi:10.1017/s0033291700028166
- Eddy, K. T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L. & Herzog, D. B. (2002). Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *The International journal of eating disorders*, 31(2), 191-201. doi:10.1002/eat.10016

- Elzakkers, I., Danner, U. N., Hoek, H. W., Schmidt, U. & van Elburg, A. A. (2014). Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa: A Review. *International Journal of Eating Disorders*, 47(8), 845-852. doi:10.1002/eat.22330
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*: Guildford Press.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E. & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *Bmc Psychiatry*, 9(1), 67. doi:10.1186/1471-244X-9-67
- Federici, A. & Kaplan, A. S. (2008). The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 16(1), 1-10. doi:10.1002/erv.813
- Fichter, M. M., Quadflieg, N. & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 39(2), 87-100. doi:10.1002/eat.20215
- Finfgeld, D. L. (2002). Anorexia nervosa: Analysis of long-term outcomes and clinical implications. *Archives of psychiatric nursing*, 16(4), 176-186. doi:10.1053/apnu.2002.34390
- Fischer, S., Smith, G. T. & Cyders, M. A. (2008). Another look at impulsivity: a meta-analytic review comparing specific dispositions to rash action in their relationship to bulimic symptoms. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1413-1425. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.001
- Frostad, S. (2004). Somatisk utredning og behandling av spiseforstyrrelser. *Tidsskriftet Den norske legeförening*, 124(16).
<https://tidsskriftet.no/2004/08/tema-spiseforstyrrelser/somatisk-utredning-og-behandling-av-spiseforstyrrelser>

- Goldbloom, D. S. & Kennedy, S. H. (1995). Medical complications of anorexia nervosa. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guildford.
- Golden, N. H., Ashtari, M., Kohn, M. R., Patel, M., Jacobson, M. S., Fletcher, A. & Shenker, I. R. (1996). Reversibility of cerebral ventricular enlargement in anorexia nervosa, demonstrated by quantitative magnetic resonance imaging. *The Journal of pediatrics*, 128(2), 296-301. doi:10.1016/s0022-3476(96)70414-6
- Gregertsen, E. C., Mandy, W. & Serpell, L. (2017). The Egosyntonic Nature of Anorexia: An Impediment to Recovery in Anorexia Nervosa Treatment. *Frontiers in Psychology*, 8. doi:10.3389/fpsyg.2017.02273
- Griffiths, R. A., Beumont, P. J. V., Russell, J., Touyz, S. W. & Moore, G. (1997). The use of guardianship legislation for anorexia nervosa: a report of 15 cases. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(4), 525-531. doi:10.3109/00048679709065074
- Guarda, A. S. (2008). Treatment of anorexia nervosa: Insights and obstacles. *Physiology & Behavior*, 94(1), 113-120. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.020
- Halvorsen, I., Tollefsen, H. & Rø, Ø. (2016). Rates of weight gain during specialised inpatient treatment for anorexia nervosa. *Advances in Eating Disorders*, 4(2), 156-166. doi:10.1080/21662630.2016.1138413
- Hansen, L. R. (2022). 2-ugers indlæggelse: et familiebaseret tiltag i behandlingen af spiseforstyrrelse. *Fokus på familien*, 50(1), 6-26. doi:10.18261/fokus.50.1.2
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 173, 11-53. doi:10.1192/bjp.173.1.11
- Harrison, A., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2010). Attentional bias, emotion recognition, and emotion regulation in anorexia: state or trait? *Biological psychiatry*, 68(8), 755-761. doi:10.1016/j.biopsych.2010.04.037

- Haynos, A. F., Roberto, C. A., Martinez, M. A., Attia, E. & Fruzzetti, A. E. (2014). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa before and after inpatient weight restoration. *The International journal of eating disorders*, 47(8), 888-891. doi:10.1002/eat.22265
- Helsedirektoratet. (2017, 25. april). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser#referere>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år*.
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge#apiUrl>
- Helsenorge. (2021, 21. desember). *Bruk av tvang i psykisk helsevern*.
<https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykisk-helsevern/tvungent-psykisk-helsevern#hva-er-tvungent-psykisk-helsevern>
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J. & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818. doi:10.1097/00004583-199209000-00006
- Herzog, W., Schellberg, D. & Deter, H.-C. (1997). First Recovery in Anorexia Nervosa Patients in the Long-Term Course: A Discrete-Time Survival Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 169-177. doi:10.1037/0022-006X.65.1.169
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Holm, J. S., Brixen, K., Andries, A., Horder, K. & Stoving, R. K. (2012). Reflections on involuntary treatment in the prevention of fatal anorexia nervosa: A review of five cases. *International Journal of Eating Disorders*, 45(1), 93-100. doi:10.1002/eat.20915

- Jáuregui-Garrido, B. & Jáuregui-Lobera, I. (2012). Sudden death in eating disorders. *Vascular health and risk management*, 8, 91-98. doi:10.2147/VHRM.S28652
- Kaplan, A. S., Walsh, B. T., Olmsted, M., Attia, E., Carter, J. C., Devlin, M. J., Pike, K. M., Woodside, B., Rockert, W., Roberto, C. A. & Parides, M. (2008). The slippery slope: prediction of successful weight maintenance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 39(6), 1037-1045. doi:10.1017/S003329170800442X
- Katzman, D. K., Lambe, E. K., Mikulis, D. J., Ridgley, J. N., Goldbloom, D. S. & Zipursky, R. B. (1996). Cerebral gray matter and white matter volume deficits in adolescent girls with anorexia nervosa. *The Journal of pediatrics*, 129(6), 794-803. doi:10.1016/s0022-3476(96)70021-5
- Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Franko, D., Charatan, D. L. & Herzog, D. B. (2003). Predictors of mortality in eating disorders. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 179-183. doi:10.1001/archpsyc.60.2.179
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation* (2 utg.). Minneapolis (MN): University of Minnesota Press.
- Khalsa, S. S., Portnoff, L. C., McCurdy-McKinnon, D. & Feusner, J. D. (2017). What happens after treatment? A systematic review of relapse, remission, and recovery in anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 5, 20. doi:10.1186/s40337-017-0145-3
- Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., Evensen, M., Tesli, M., Skrandal, A., Stoltenberg, C., Vollset, S. E., Håberg, S. & Torvik, F. A. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. *International Journal of epidemiology*, 50(5), 1615-1627. doi:10.1093/ije/dyab066
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091

- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area - A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(9), 713-719. doi:10.1007/s00127-006-0080-0
- Kulacaoglu, F. & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain Sci*, *8*(11). doi:10.3390/brainsci8110201
- Lucas, A. R., Melton, L. J., 3rd, Crowson, C. S. & O'Fallon, W. M. (1999). Long-term fracture risk among women with anorexia nervosa: a population-based cohort study. *Mayo Clinic proceedings*, *74*(10), 972-977. doi:10.4065/74.10.972
- Mac Donald, B., Bulik, C. M., Larsen, J. T., Carlsen, A. H., Clausen, L. & Petersen, L. V. (2021). Involuntary treatment in patients with anorexia nervosa: utilization patterns and associated factors. *Psychological Medicine*. doi:10.1017/s003329172100372x
- Mac Donald, B., Bulik, C. M., Petersen, L. V. & Clausen, L. (2022). Influence of eating disorder psychopathology and general psychopathology on the risk of involuntary treatment in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia Bulimia and Obesity*. doi:10.1007/s40519-022-01446-y
- Mann, C. J. (2003). Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. *Emergency Medicine Journal*, *20*(1), 54-60. doi:10.1136/emj.20.1.54
- McHugh, P. R., & Slavney, P. (1998). *The Perspectives of Psychiatry* (2. utg.): John Hopkins University Press.
- Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W. & Zucker, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition & emotion*, *27*(3), 441-452. doi:10.1080/02699931.2012.719003
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia*

Nervosa and Related Eating Disorders. In. Leicester (UK): British Psychological Society (UK).

National Library of Medicine. (2021, 10. februar). MEDLINE.

<https://www.nlm.nih.gov/medline/index.html>

Nielsen, S., Møller-Madsen, S., Isager, T., Jørgensen, J., Pagsberg, K. & Theander, S. (1998). Standardized mortality in eating disorders--a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of psychosomatic research*, 44(3-4), 413-434. doi:10.1016/s0022-3999(97)00267-5

Norges Høyesterett. (2015). Norges Høyesterett - HR-2015-1752-A - Rt-2015-913.

<https://www.uio.no/studier/emner/jus/jus/JUS2211/v17/undervisningsmateriale-velferdsrett/anoreksi-dommen-rt.-2015-s.-913.pdf>

Norvoll, R., & Pedersen, R. (2017). *Ressurshäfte fra prosjektet psykiske*

helsetjenester, etikk og tvang. Universitetet i Oslo, Senter for medisinsk etikk.

<https://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/forskning/publikasjoner/pet-pasienter-parorende/ressurshäfte-tvang-pasienter-parorende120517.pdf>

Olivo, G., Gaudio, S. & Schiöth, H. B. (2019). Brain and Cognitive Development in Adolescents with Anorexia Nervosa: A Systematic Review of fMRI Studies.

Nutrients, 11(8), 1907. <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/8/1907>

Otto, A. K., Jary, J. M., Sturza, J., Miller, C. A., Prohaska, N., Bravender, T., & Van Huisse, J. (2021). Medical Admissions Among Adolescents With Eating

Disorders During the COVID-19 Pandemic. *Pediatrics*, 148(4).

doi:10.1542/peds.2021-052201

Papadopoulos, F. C., Ekbom, A., Brandt, L. & Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 194(1), 10-17.

doi:10.1192/bjp.bp.108.054742

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2022). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4
- Peeverill, M., Dirks, M. A., Narvaja, T., Herts, K. L., Comer, J. S. & McLaughlin, K. A. (2021). Socioeconomic status and child psychopathology in the United States: A meta-analysis of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 83, 101933-101933. doi:10.1016/j.cpr.2020.101933
- Pike, K. M. (1998). Long-term course of anorexia nervosa: Response, relapse, remission, and recovery. *Clinical Psychology Review*, 18(4), 447-475. doi:10.1016/S0272-7358(98)00014-2
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E. & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 173(7), 395-400. doi:10.1097/00005053-198507000-00002
- Psykisk helsevernloven. (2022). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3
- Racine, S. E. & Wildes, J. E. (2013). Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: The unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46(7), 713-720. doi:<https://doi.org/10.1002/eat.22145>
- Ramasamy, R. S. (2021). Involuntary Treatment of Minors with Severe and Enduring Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 49(3), 361-370. doi:10.29158/jaapl.210004-21
- Ramsay, R., Ward, A., Treasure, J., & Russell, G. F. M. (1999). Compulsory treatment in anorexia nervosa - Short-term benefits and long-term mortality. *British Journal of Psychiatry*, 175, 147-153. doi:10.1192/bjp.175.2.147
- Reas, D. L., & Rø, Ø. (2018). Time trends in healthcare-detected incidence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in the Norwegian National Patient

- Register (2010–2016). *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1144-1152. doi:10.1002/eat.22949
- Rosenvinge, J. H. & Klusmeier, A. K. (2000). Treatment for eating disorders from a patient satisfaction perspective: a Norwegian replication of a British study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 293-300.
doi:[https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4<293::AID-ERV346>3.0.CO;2-4](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<293::AID-ERV346>3.0.CO;2-4)
- Rø, Ø., Hage, T. W., & Torsteinsson, V. W. (2020). *Spiseforstyrrelser: Forståelse og behandling: En håndbok* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L. & Sansone, L. A. (2005). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7-21.
doi:10.1080/10640260590893593
- Saya, A., Brugnoli, C., Piazzini, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C. & Siracusano, A. (2019). Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 271-271. doi:10.3389/fpsy.2019.00271
- Serfaty, M. & McCluskey, S. (1998). Compulsory treatment of anorexia nervosa and the moribund patient. *European Eating Disorders Review*, 6(1), 27-37.
doi:10.1002/(sici)1099-0968(199803)6:1<27::Aid-erv192>3.0.Co;2-5
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J. & Sullivan, V. (1999). Anorexia nervosa: Friend or foe? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 177-186.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199903\)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199903)25:2<177::AID-EAT7>3.0.CO;2-D)
- Signorini, A., De Filippo, E., Panico, S., De Caprio, C., Pisanisi, F., & Contaldo, F. (2007). Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61(1), 119-122. doi:<https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602491>
- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser: Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/cb7c3b282d324f97a07fa8cceb3d454/alvorlige-spiseforstyrrelser-retningslinjer-for-behandling-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

Steinhausen, H. C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284-1293.

doi:10.1176/appi.ajp.159.8.1284

Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders*, 27(4), 381-389. doi:10.1002/(SICI)1098-

108X(200005)27:4<381::AID-EAT2>3.0.CO2-U

Strober, M. & Katz, J. L. (1988). Depression in the eating disorders: A review and analysis of descriptive, family, and biological findings. *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*, 80-111.

Stromberg, C. D. & Stone, A. A. (1983). A model state law on civil commitment of the mentally ill. *Harvard journal on legislation*, 20(2), 275-396.

Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1073-1074. doi:10.1176/ajp.152.7.1073

Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 5(7), e2222079-e2222079. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.22079

Tamiya, H., Ouchi, A., Chen, R., Miyazawa, S., Akimoto, Y., Kaneda, Y. & Sora, I. (2018). Neurocognitive Impairments Are More Severe in the Binge-Eating/Purging Anorexia Nervosa Subtype Than in the Restricting Subtype. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00138

Tan, D. J., Hope, P. T., Stewart, D. A. & Fitzpatrick, P. R. (2006). Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values.

Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 13(4), 267-282.

doi:10.1353/ppp.2007.0032

Tan, J., Hope, T. & Stewart, A. (2003a). Competence to refuse treatment in anorexia nervosa. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(6), 697-707.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2003.09.010>

Tan, J. O. A., Hope, T. & Stewart, A. (2003b). Anorexia nervosa and personal identity: The accounts of patients and their parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26(5), 533-548. doi:[https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(03\)00085-2](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(03)00085-2)

Tan, J. O. A., Stewart, A., Fitzpatrick, R. & Hope, T. (2010). Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(1), 13-19. doi:10.1016/j.ijlp.2009.10.003

Tanaka, H., Kiriike, N., Nagata, T. & Riku, K. (2001). Outcome of severe anorexia nervosa patients receiving inpatient treatment in Japan: An 8-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(4), 389-396.

doi:<https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00880.x>

Tchanturia, K., Morris, R., Surguladze, S. & Treasure, J. (2003). An examination of perceptual and cognitive set shifting tasks in acute anorexia nervosa and following recovery. *Eating and weight disorders : EWD*, 7, 312-315.

doi:10.1007/BF03324978

Thiels, C. (2008). Forced treatment of patients with anorexia. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(5), 495-498. doi:10.1097/YCO.0b013e328305e45c

Torgersen, L. (2016, 25. januar). *Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingslidelse*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

Toulany, A., Kurdyak, P., Guttman, A., Stukel, T. A., Fu, L., Strauss, R., Fiksenbaum, L. & Saunders, N. R. (2022). Acute Care Visits for Eating Disorders Among Children and Adolescents After the Onset of the COVID-19

Pandemic. *The Journal of adolescent health*, 70(1), 42-47.

doi:10.1016/j.jadohealth.2021.09.025

Treasure, J. & Alexander, J. (2013). *Anorexia nervosa : A recovery guide for sufferers, families and friends* (2nd ed.). London: Routledge.

Túry, F., Szalai, T., & Szumska, I. (2019). Compulsory treatment in eating disorders: Control, provocation, and the coercion paradox. *Journal of Clinical Psychology*, 75(8), 1444-1454. doi:<https://doi.org/10.1002/jclp.22783>

Verdens helseorganisasjon. (2022). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.).

<https://www.ehelse.no/kodeverk-terminologi/kodeverket-icd-10-og-icd-11>

Ward, A., Ramsay, R., Russell, G. & Treasure, J. (2015). Follow-up mortality study of compulsorily treated patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 860-865. doi:10.1002/eat.22377

Watson, T. L., Bowers, W. A. & Andersen, A. E. (2000). Involuntary treatment of eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1806-1810. doi:10.1176/appi.ajp.157.11.1806

Woodside, B. D. & Staab, R. (2006). Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *CNS Drugs*, 20(8), 655-663.

doi:10.2165/00023210-200620080-00004