



NORSPIS

Norsk kvalitetsregister for
behandling av spiseforstyrrelser

Årsrapport 2025

Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser

RESULTATER OG FORBEDRINGSTILTAK

På vegne av fagrådet for NORSPIS

Lisbeth Sæterstad

Øyvind Rø ¹

Kevin Thon ²

Mona Jæger Lyngmo

Juni 2026

¹ Regional Seksjon Spiseforstyrrelser (RASP), Oslo Universitetssykehus

² Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDÁ SKIPP



Kontaktinformasjon

Faglig ledelse

Stillingen som faglig leder er midlertidig ubesatt

Registerkoordinator

Lisbeth Sæterstad

Rådgiver

Mona Jæger Lyngmo

Besøksadresse

Mellomåsveien 108, 8076 Bodø

Postadresse

PHR Klinikken, RESSP Nordlandssykehuset HF

Postboks 1480

8092 Bodø

E-postadresse

norspis@nordlandssykehuset.no

Nettside

norspis.no

<https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/norsk-kvalitetsregister-behandling-av-spiseforstyrrelser>

Innholdsfortegnelse

<u>FORKORTELSER.....</u>	<u>5</u>
<u>FORORD</u>	<u>7</u>
<u>1 SAMMENDRAG</u>	<u>10</u>
<u>2 RESULTATER.....</u>	<u>12</u>
2.1 KVALITETSINDIKATORER.....	12
2.1.1 OVERSIKT OVER KVALITETSINDIKATORER I NORSPIS	12
2.1.2 FORBEHOLD VED TOLKING AV RESULTATER FOR KVALITETSINDIKATORENE	12
2.1.3 RESULTATER FOR KVALITETSINDIKATORENE	13
2.2 PASIENTRAPPORTERTE DATA (PROM/PREM)	37
2.2.1 PASIENTERFARINGER OG PASIENTEVALUERING.....	38
2.2.2 RESULTATER FRA ETTÅRSOPPFØLGING	44
2.2.3 BEHANDLING PÅ OPPFØLGINGSTIDSPUNKTET.....	47
2.3 ANDRE ANALYSER	48
2.3.1 SOSIODEMOGRAFISKE KARAKTERISTIKA	48
2.3.2 NEGATIVE HENDELSER OG RISIKOATFERD	50
2.3.3 SPISEFORSTYRRELSEDIAGNOSE.....	52
2.3.4 MÅLT KROPPSMASSEINDEKS (BMI)	53
2.3.5 PSYKOFARMAKOLOGISK BEHANDLING	54
2.3.6 TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN	56
<u>3 REGISTERBESKRIVELSE</u>	<u>59</u>
<u>4 DATAKVALITET.....</u>	<u>63</u>
4.1 TILSLUTNING OG ANTALL REGISTRERINGER	63
4.2 DEKNINGSGRAD OG RESPONSRATE	65
4.2.1 METODE FOR BEREGNING AV DEKNINGSGRAD	65
4.2.2 SISTE BEREGNEDE DEKNINGSGRAD	66
4.2.3 RESPONSRATE FOR PASIENTRAPPORTERTE DATA	69
4.3 VURDERING AV DATAKVALITET	71
4.3.1 METODE FOR VURDERING AV DATAKVALITET	71
4.3.2 BEREGNING AV KOMPLETTHET I 2025.....	72
<u>5 PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING</u>	<u>77</u>
5.1 IDENTIFISERTE FORBEDRINGSOMRÅDER	77
5.2 IGANGSATTE/UTFØRTE FORBEDRINGSTILTAK.....	77
<u>6 FORMIDLING AV RESULTATER.....</u>	<u>79</u>

7	<u>SAMARBEID OG FORSKNING.....</u>	80
7.1	SAMARBEID MED ANDRE FAGMILJØER OG HELSE- OG KVALITETSREGISTRE.....	80
7.2	DATAUTLEVERINGER FRA REGISTERET	80
7.3	VITENSKAPELIGE ARTIKLER.....	80
8	<u>REFERANSER TIL VURDERING AV STADIUM.....</u>	82
8.1	VURDERINGSPUNKTER	82
9	<u>UTVIKLING AV REGISTERET</u>	84
9.1	REGISTERETS OPPFØLGING AV FJORÅRETS VURDERING FRA EKSPERTGRUPPEN	84
9.2	PLANER OG BEHOV	84
9.2.1	FORBEDRINGER HITTIL.....	84
9.2.2	PLANLAGTE FORBEDRINGER AV DATAFANGSTEN	84
9.2.3	FORTSATT TILSLUTNING SARBEID	85
9.2.4	UTRULLING AV CHECKWARE-LØSNINGEN	86
9.2.5	STATUS FOR METADATA OG INNSYN.....	86
10	<u>LITTERATUR.....</u>	87
11	<u>LITTERATUR – SKJEMAENE I NORSPIS.....</u>	88

Forkortelser

Tabell 0.1: Behandlingsenheter

Forkortelse i årsrapporten	Enhet/avdeling	Helseforetak	Barn/unge (BU) eller voksen (V)
AHUS: EFS Spes. døgn	DPS Follo døgn spiseforstyrrelser	AHUS	V
AHUS: EFS Spes. pol.	DPS Follo poliklinikk spiseforstyrrelser	AHUS	V
CAPIO: Spes. døgn	Capio Anoreksisenter AS	Capio	BU
DIAKONSYK: Allm. pol.	Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, allmennpsykiatrisk poliklinikk	Diakonhjemmet sykehus (DIAKONSYK)	V
HB: Reg.	Regional avdeling spiseforstyrrelser (RAS)	Helse Bergen HF (HB)	V
HNT: MHOBY	Mental Health & Obesity-prosjektet, DPS Stjørdal	Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)	V
HNT: Reg.	Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)	Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)	V
HSYK: Allm. pol. Sandnessjøen	Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen	Helgelandssykehuset HF (HSYK)	BU
HSYK: Allm. pol. Sandnessjøen	Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Sandnessjøen	Helgelandssykehuset HF (HSYK)	V
MODUM: Spes. døgn	Avdeling for spiseforstyrrelser	Modum Bad	BU/V
NKS Jæren DPS	NKS Jæren DPS	NKS Jæren DPS	V
NLSH: Reg.	Regionalt senter for spiseforstyrrelser for voksne (RESSP)	Nordlandssykehuset HF (NLSH)	V
NLSH: Spes. pol.	Poliklinisk enhet for spiseforstyrrelser barn og ungdom	Nordlandssykehuset HF (NLSH)	BU
OUS: Reg.	Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP)	Oslo Universitetssykehus HF (OUS)	BU/V
OUS: Spes. pol.	Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser, Gaustad	Oslo Universitetssykehus HF (OUS)	V
SIHF: BUP Gjøvik	BUP poliklinikk Gjøvik (Gjøvik)	Sykehuset Innlandet HF (SIHF)	BU
SIHF: BUP Hadeland	BUP poliklinikk Gjøvik (Hadeland)	Sykehuset Innlandet HF (SIHF)	BU
SIHF: BUP Hamar	BUP poliklinikk Hamar	Sykehuset Innlandet HF (SIHF)	BU
SIHF: BUP Lillehammer	BUP poliklinikk Lillehammer	Sykehuset Innlandet HF (SIHF)	BU
SIHF: Spes.døgn	Enhet for spiseforstyrrelser, Gjøvik	Sykehuset Innlandet HF (SIHF)	V
SIV: Spes. pol./dag	Barne- og ungdomspsykiatrisk intensivseksjon Tønsberg	Sykehuset i Vestfold HF (SIV)	BU

Forkortelse i årsrapporten	Enhet/avdeling	Helseforetak	Barn/unge (BU) eller voksen (V)
SIV: Spis. pol.	Spiseforstyrrelsespoliklinikk, Tønsberg	Sykehuset i Vestfold HF (SIV)	V
SOHF: DPS Fredrikstad	DPS Fredrikstad	Sykehuset i Østfold HF (SOHF)	V
SOHF: Spes. døgn Åsebråten	Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk	Sykehuset i Østfold HF (SOHF)	BU
SOHF: Spes. enhet Halden	DPS Halden-Sarpsborg, enhet for spiseforstyrrelser Haldenklinikken	Sykehuset Østfold HF (SOHF)	V
SSHf: Midtre Agder DPS	Midtre Agder DPS	Sørlandet Sykehus HF (SSHf)	V
SSHf: Østre Agder DPS	Østre Agder DPS	Sørlandet Sykehus HF (SSHf)	V
STHF: Allm. pol.	Allmennpsykiatri voksen	Sykehuset Telemark HF (STHF)	V
STHF: Spes. pol.	BUP Familiebehandling – Spiseforstyrrelsesteamet	Sykehuset Telemark HF (STHF)	BU
ST.OLAVS: Spes. pol.	Nidelv DPS, Tiller poliklinikk, spiseforstyrrelser	St. Olavs Hospital HF (ST. OLAVS)	V
SUS: Spes. pol.	Avdeling affektiv og psykose, Enhet for spiseforstyrrelser	Helse Stavanger/Stavanger universitetssjukehus (SUS)	V
UNN: Reg. døgn	Regionalt senter for spiseforstyrrelser for barn og unge (RSS)	Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)	BU
Vestre Viken: Drammen DPS	Drammen DPS	Vestre Viken HF	V

Tabell 0.2: Andre forkortelser

Forkortelse i årsrapporten	Forklaring
N	Totalt antall

Forord

Tusen takk til:

- Alle pasienter og foreldre/foresatte som deltar i NORSPIS.
- Alle registrerende behandlingseenheter for deres arbeid med å rapportere til NORSPIS.
- Kevin Otto Thon, statistiker i Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), for utarbeiding av analysene i kapittel 2.1 og 2.3.1-2.3.5 i årsrapporten.
- NORSPIS sitt fagråd for faglige tilbakemeldinger i arbeidet med årsrapporten.

NORSPIS er ansvarlig for tolkning og presentasjon av alle tall og opplysninger i rapporten.

Funn fra årsrapporten - i korte trekk

Kvalitetsindikator 1:

Endring i spiseforstyrrelsessymptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt, målt ved hjelp av pasientenes svar på spørreskjemaet Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) 6.0.

Andelen som har opplevd bedring:



VOKSNE: 53 %
BARN OG UNGE: 49 %

Kvalitetsindikator 2:

Endring i funksjon/livskvalitet fra behandlingsstart til behandlingsslutt, målt ved hjelp av pasientenes svar på spørreskjemaet Clinical Impairment Assessment (CIA) 3.0.

Andelen som har opplevd bedring:



VOKSNE: 56 %
BARN OG UNGE: 54 %

Kvalitetsindikator 3:

Endring i undervektstatus for pasienter med undervekt, definert som en kroppsmasseindeks BMI/Iso-BMI under 18,5 ved behandlingsstart.

Andelen som har oppnådd en BMI/Iso-BMI på minst 18,5:

VOKSNE: 43 %
BARN OG UNGE: 80 %



Kvalitetsindikator 4:

Pasientvurdert bedring (utfall)

Pasientens svar på spørsmålet "Hvordan vurderer du utfallet av mottatt behandling?"

Andelen som svarer "Klar bedring" eller "Ikke noe problem lenger":



VOKSNE: 52 %
BARN OG UNGE: 64 %

Kvalitetsindikator 5 og 6:

Ble familie/venner involvert i behandlingen?

Dette er et mål for alle pasienter under 18 år, og for alle pasienter over 18 år som ønsker involvering.

Andelen som har oppgitt at familie/venner ble involvert:



VOKSNE: 95 %
BARN OG UNGE: 81 %

Kvalitetsindikator 7 og 8:

Blodprøver ved start for undervekt og ved oppkast

Ved behandlingsstart skal det tas blodprøver av undervektige pasienter og ved alvorlig oppkast.

Andelen der blodprøver ble tatt ved undervekt:

VOKSNE: 73 %
BARN OG UNGE: 82 %
VED ALVORLIG OPPKAST
(KUN VOKSNE): 63 %



Kvalitetsindikator 9 og 10:

Beintetthetsmåling ved undervekt

Det er et mål at det blir tatt beintetthetsmåling av pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5)

Andelen der det i løpet av siste år er gjort en beintetthetsmåling:

VOKSNE: 39 %
BARN OG UNGE: 22 %



Informasjon om brukerorganisasjonene ROS og SPISFO

Alle pasienter bør motta informasjon om brukerorganisasjonene.

Andelen som opplyser å ha mottatt informasjon:

VOKSNE: 46 %
BARN OG UNGE: 22 %



Del 1

Resultater fra registeret

1 Sammendrag

Om NORSPIS

NORSPIS fikk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i 2015, og begynte å samle inn data i 2017. NORSPIS samler inn opplysninger ved start og slutt av behandlingsforløpet. I 2021 begynte vi i tillegg å innhente opplysninger ett år etter behandlingsslutt.

Til og med 2025 er det samlet inn opplysninger om totalt ca. 2500 unike pasienter. Det er samlet inn ca. 3100 startregistreringer, ca. 2200 sluttregistreringer og ca. 650 oppfølgingsregistreringer.

Status

NORSPIS har i lengre tid stått i fare for å miste nasjonal status, på grunn av lav dekningsgrad. Registeret fikk første gang varsel høsten 2022. Ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre har to ganger anbefalt at NORSPIS skulle miste nasjonal status, på grunn av manglende økning av dekningsgraden. Etter behandling i Interregional arbeidsgruppe for medisinske kvalitetsregistre, har vi fått utsettelse. Vi har frist til årsrapporten for 2026, som skal leveres i juni 2027, til å rapportere om tilstrekkelig forbedring.

Det er ikke gjort en ny dekningsgradsanalyse for 2025, men antall startregistreringer har økt med ca. 80 prosent sammenlignet med 2024. Dette er sannsynligvis resultatet av to forbedringer: For det første har det blitt mulig å rapportere til NORSPIS via CheckWare. For det andre har registeret blitt reservasjonsbasert istedenfor samtykkebasert.

I tråd med utviklingen i resten av registerfeltet innenfor psykisk helse, er det behov for ytterligere store forbedringer i NORSPIS. Forbedringsarbeidet er nærmere beskrevet i kapittel 9.

Resultater for pasientgruppen

NORSPIS publiserer ti kvalitetsindikatorer, som belyser behandlingsresultater, etterlevelse av de nasjonale faglige retningslinjene og pasienterfaringer.

Som nevnt er dekningsgraden lav, og behandlingseenhetene ikke nødvendigvis sammenlignbare. Vi må derfor være forsiktige med å sammenligne resultater eller gå ut fra at de er representative. Likevel har vi tidligere sett en tendens til at behandlingsresultatene ved slutt er bedre for barn og unge enn for voksne (måltallene er også høyere). I år ser vi mindre forskjell mellom barn/unge og voksne, men nok en gang med forbehold om lave antall.

Resultatene ved ettårsoppfølgingen (ett år etter sluttregistreringen) viser noe tendens til tilbakefall på enkelte parametere.

Basert på skjemaet Pasienterfaringer, ser voksne ut til å ha bedre erfaringer med behandlingen, men det kan også være at spørsmålene er vanskelig å forstå for barn og unge.

Resultater er nærmere beskrevet i kapittel 2.

Forbedringsområder i pasientbehandlingen

Som ekspertgruppen har påpekt, er vi avhengig av økt dekningsgrad for at resultatene i NORSPIS skal bli mer representative og bedre kunne brukes til å identifisere forbedringsområder i helsetjenesten.

Vi kan likevel peke på områder der det ser ut til å være rom for forbedring: Beintetthetsmåling for voksne pasienter med undervekt, reduksjon av undervekt i voksenpsykiatrien, involvering av familie og/eller venner i behandlingen, blodprøver ved start både ved lav BMI og ved oppkast, og informasjon til pasientene om brukerorganisasjonene. Alle disse områdene er videreført fra tidligere årsrapporter.

Én behandlingssenheter har brukt resultater fra NORSPIS som grunnlag for å iverksette forbedringstiltak. Flere behandlingssenheter har rutine eller planer for bruk av årsrapporten mer generelt i kvalitetssikring og kvalitetsforbedring.

Datakvalitet og registreringer

Et fullstendig pasientforløp i NORSPIS består av en start- og en sluttregistrering. En henvendelse om oppfølgingsregistrering sendes pasienten ett år etter sluttregistreringen. En pasient kan ha flere behandlingsforløp.

Antall startregistreringer har i 2025 økt med ca. 80 prosent sammenlignet med 2024, mens antall sluttregistreringer har økt med ca. 30 prosent, med andre ord ikke like mye.

Pasientene besvarer flere skjema som del av både start, slutt og oppfølging. Svarprosenten (responsraten) varierer, men er høyest ved start.

Variabelkompletthet er svarprosenten for de konkrete spørsmålene som brukes for å beregne NORSPIS sine kvalitetsindikatorer. For pasientrapporterte opplysninger er variabelkomplettheten stort sett 60-65 prosent, hvis vi kun tar med fullførte forløp (forløp uten avbrudd) i betraktningen. For avbrutte forløp er variabelkomplettheten lavere, stort sett 20-30 prosent. For behandlerrapporterte opplysninger, er variabelkomplettheten høy, som regel over 90 prosent.

Sluttregistrering er viktig for datakvaliteten i registeret. Vi beregner derfor om det finnes en sluttregistrering for alle startregistreringer som burde hatt det. Vi anslår at det foreligger en sluttregistrering for ca. tre fjerdedeler (76 prosent) av startregistreringene som burde hatt det, men det kan være grunn til å se nærmere på beregningsmetoden.

Datakvalitet er nærmere beskrevet i kapittel 4.

2 Resultater

2.1 Kvalitetsindikatorer

2.1.1 Oversikt over kvalitetsindikatorer i NORSPIS

Tabell 2.1: Samlet oversikt over kvalitetsindikatorer i NORSPIS

Kvalitets-indikator	Navn	Måltall
1.	Endring i spiseforstyrrelses-symptomer	Voksen-enheter: 50 % Barn- og unge-enheter: 70 %
2.	Endring i funksjon i dagliglivet	Voksen-enheter: 50 % Barn- og unge-enheter: 70 %
3.	Endret undervektstatus	60 %
4.	Pasientvurdert bedring (utfall) av behandlingen	Voksen-enheter: 50 % Barn- og unge-enheter: 70 %
5.	Involvering av familie/venner i behandlingen – voksne	100 %
6.	Involvering av familie/venner i behandlingen – barn og unge	100 %
7.	Blodprøver ved undervekt	90 %
8.	Blodprøver ved oppkast	100 %
9.	Beintetthetsmåling – voksne	90 %
10.	Beintetthetsmåling – barn og unge	Måltall settes foreløpig ikke, fordi fortolkningen av nedsatt beintetthet på kort sikt blant barn og unge i vekst er mer usikker enn blant voksne.

2.1.2 Forbehold ved tolking av resultater for kvalitetsindikatorene

Vi må ta en del forbehold når vi tolker resultatene fra NORSPIS.

2.1.2.1 Generalisering

- NORSPIS har lav dekningsgrad, som er til hinder for å kunne generalisere resultatene i årsrapporten til alle pasienter med spiseforstyrrelse.
- Resultatene kommer hovedsakelig fra spesialiserte enheter for spiseforstyrrelser, som behandler de mest alvorlige tilfellene.
- Resultatene inneholder en blanding av pasienter med ulike spiseforstyrrelsesdiagnoser og komorbiditeter, og forskjellig behandling. Dette gjør at det kan være vanskelig å generalisere resultatene til pasienter i de ulike diagnosegruppene.

2.1.2.2 Sammenligning av behandlingseenheter

Punktene nedenfor innebærer at det ikke er mulig med direkte sammenligninger av resultatene fra de ulike enhetene.

- Forskjellige behandlingsnivå og rammer: Enhetene i spesialisthelsetjenesten som behandler spiseforstyrrelser, kan deles inn i regionale enheter, enheter med et

tilpasset/spesialisert behandlingstilbud og allmennpsykiatriske enheter. Et annet skille går mellom offentlig og privat. Enheter kan ha forskjellige rammer, for eksempel er ikke alle enheter godkjent for undersøkelse og behandling under tvungent psykisk helsevern. Noen av behandlingsenhetene behandler i utgangspunktet pasienter med mer omfattende og alvorlig sykdom og mer komorbiditet. De regionale enhetene har som oppgave å behandle de mest alvorlig syke.

- Hvilken behandling enhetene tilbyr varierer, både med tanke på poliklinikk, dagbehandling eller døgnbehandling, og behandlingsmetode. Noen er rene poliklinikker, andre rene døgnenheter, og noen tilbyr både poliklinikk, dag- og døgnbehandling. Dersom en behandlingsenhet er ren poliklinikk, dag eller døgn, går det fram av forkortelsen som brukes i figurene. Ellers skiller vi per i dag ikke på poliklinikk/dag/døgn, og heller ikke på behandlingsmetode. Med økt innrapportering, vil det i større grad bli mulig å nyansere og sammenligne behandlingsresultatene ytterligere.
- Enkelte enheter som tilbyr både poliklinisk behandling og døgnbehandling, registrerer den polikliniske behandlingen og døgnbehandlingen hver for seg, som separate enheter (til nå gjelder det bare døgnenheten og poliklinikken for spiseforstyrrelse ved Akershus universitetssykehus (AHUS)).

2.1.2.3 Særlige usikkerhetsmomenter

- Seleksjonsskjevheter: De pasienter man har registreringer for, er ikke nødvendigvis representative for de pasientene man ikke har registreringer for. Denne type systematiske feil, eller skjevheter i resultatene, vil kunne eksistere der hvor man har (1) lav dekningsgrad, (2) lav variabelkompletthet (svarprosent) og (3) lav andel sluttregistreringer (forløpskompletthet).
- Behandlingskjeden: Enhetene vi viser resultater for, er ikke nødvendigvis siste ledd i behandlingskjeden. Ofte overføres pasienten videre til annen enhet/nivå, for eksempel fra en spesialisert enhet til allmennpsykiatrien. Vi trenger flere data fra allmennpsykiatrien for å kunne si noe om behandlingsresultat ved «endelig» behandlingsslutt.
- Statistisk usikkerhet: Vi har ikke testet for tilfeldigheter og presenterer ikke den statistiske usikkerheten som ligger i estimatene. Antall observasjoner angis imidlertid gjennomgående, og resultater med et lavt antall observasjoner vil det være knyttet høyere usikkerhet til.
- Andelen/antall registreringer, ikke unike pasienter: Pasienter som er registrert med flere startregistreringer er telt med flere ganger, slik at resultatene ikke gjelder unike pasienter. Dette kan bidra til skjevheter i statistikken ved at re-henviste pasienter vil bli overrepresentert. For å lette språket, er registreringene i denne rapporten likevel ofte omtalt som «pasienter».

2.1.2.4 Anonymitetshensyn

Av anonymitetshensyn vises ikke resultater ved enheter med færre enn fem pasientbesvarelser. I de tilfellene det gjelder, er dette markert i figurene med «N<5». N vil si totalt antall. Resultatene for disse enhetene er likevel med i de aggregerte nasjonale resultatene.

2.1.3 Resultater for kvalitetsindikatorene

I analysene for kvalitetsindikatorene skilles det mellom barn/unge og voksne. Med mindre indikatordefinisjonen spesifiserer et skille basert på alder (over eller under 18 år), er skillet

basert på behandlingseenhetens primære pasientgruppe. Det kan forekomme at enkelte enheter som hovedsakelig behandler barn/unge også behandler pasienter over 18 år, og motsatt, at enheter som hovedsakelig behandler voksne også behandler pasienter som er under 18 år.

Den lyseblå stolpen i hver figur viser det samlede (nasjonale) resultatet for alle behandlingseenhetene som er med i figuren.

Det grønne området i figurene viser om behandlingseenhetene oppnår måltallet for indikatoren.

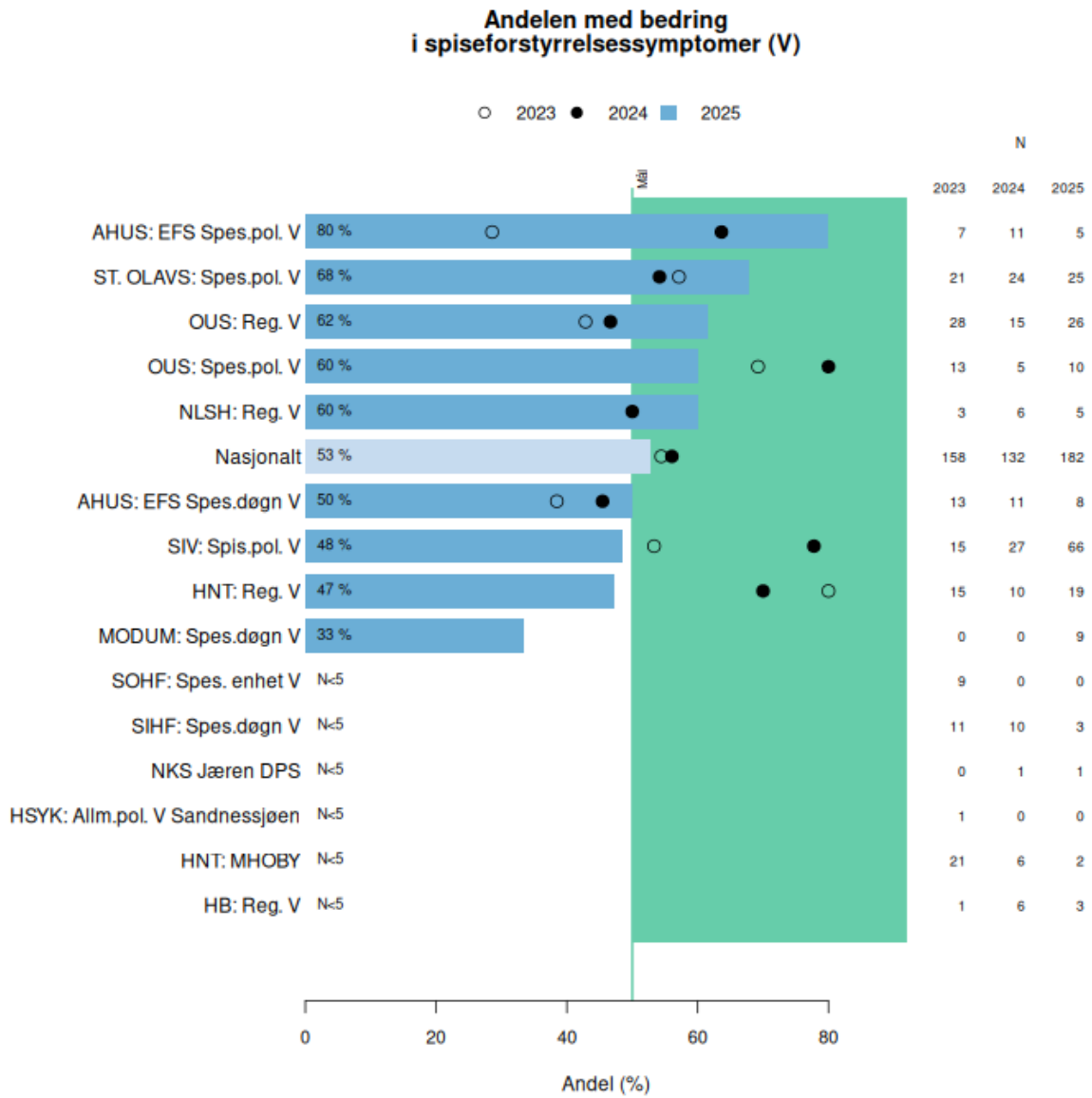
2.1.3.1 Kvalitetsindikator 1: Endring i spiseforstyrrelsessymptomer

Kvalitetsindikator 1: Endring i spiseforstyrrelsessymptomer	
Definisjon/beskrivelse	Pålitelig (reell) endring i spiseforstyrrelsessymptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt, målt ved hjelp av spørreskjemaet <i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) 6.0</i>
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Voksne: 50 prosent skal ha oppnådd en bedring. Barn og unge: 70 prosent skal ha oppnådd en bedring.
Kunnskapsgrunnlag	I de nasjonale faglige retningslinjene for spiseforstyrrelse er EDE-Q anbefalt brukt i klinisk utredning (Helsedirektoratet, 2017).
Beregning	Teller: Antall pasienter som har opplevd en bedring, definert som en nedgang i global symptomskåre på minst 0,9. Nevner: Antall pasienter med behandlingsslutt ved aktuell behandlingseenhet i rapporteringsåret og som har besvart EDE-Q ved start og slutt av behandlingen.

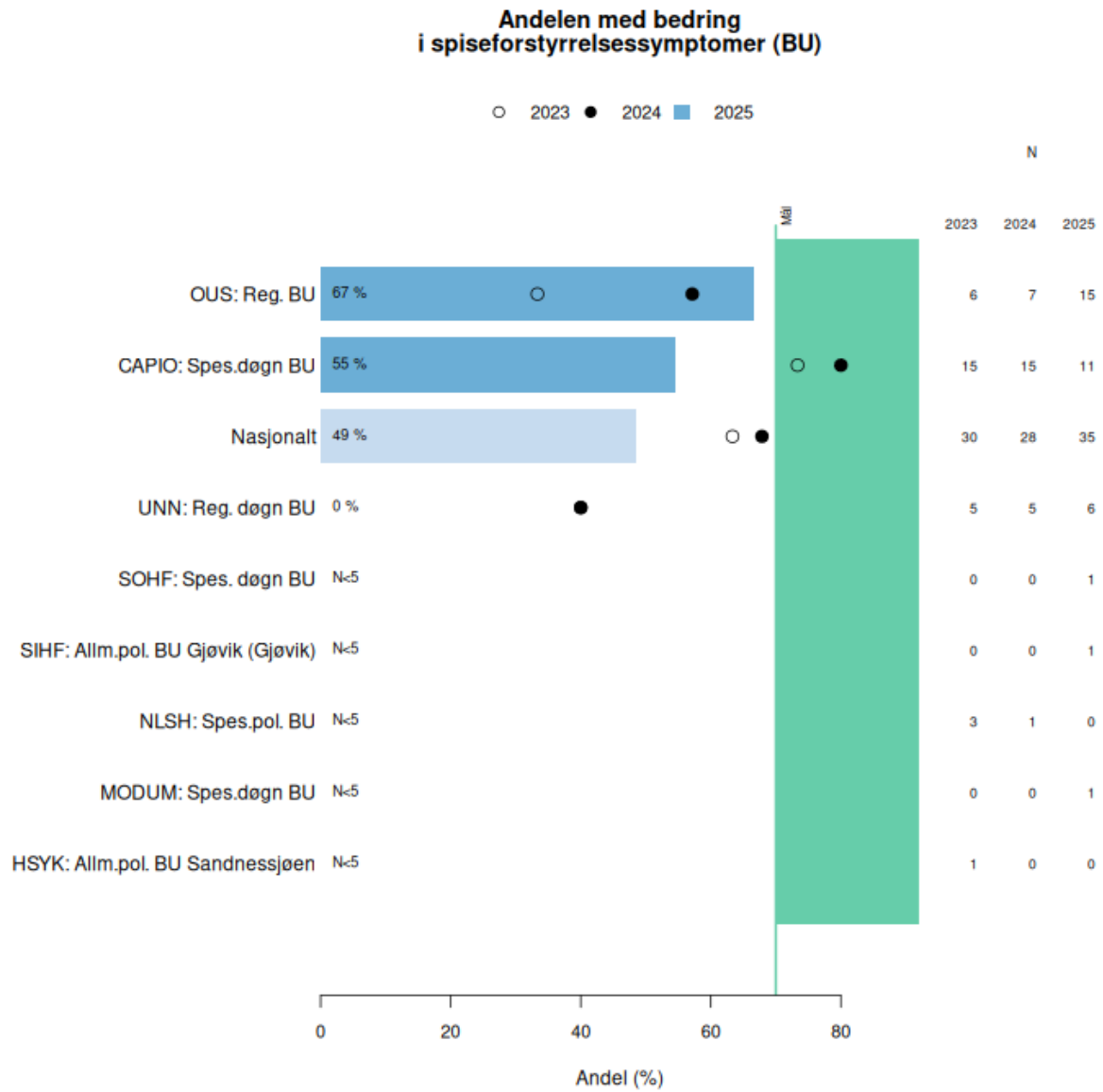
I figur 2.1 og 2.2 nedenfor, ser vi at i 2025 har 53 prosent av de voksne og 49 prosent av barn/unge opplevd en bedring i spiseforstyrrelsessymptomene. Dette skiller seg fra tidligere år, der vi vanligvis har sett at andelen barn/unge som opplever bedring, er større enn blant voksne. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på det lave antallet besvarelser, spesielt blant barn/unge, som gjør at vi må være svært forsiktige med å tolke resultatene.

Det grønne området i figurene viser hvor mange behandlingseenheter som oppnår det tentative måltallet på henholdsvis 50 og 70 prosent. Dette gjelder seks av voksen-enhetene og ingen av barn/unge-enhetene.

Figur 2.1: Andel med bedring i spiseforstyrrelsessymptomer (V)



Figur 2.2: Andel med bedring i spiseforstyrrelsessymptomer (BU)

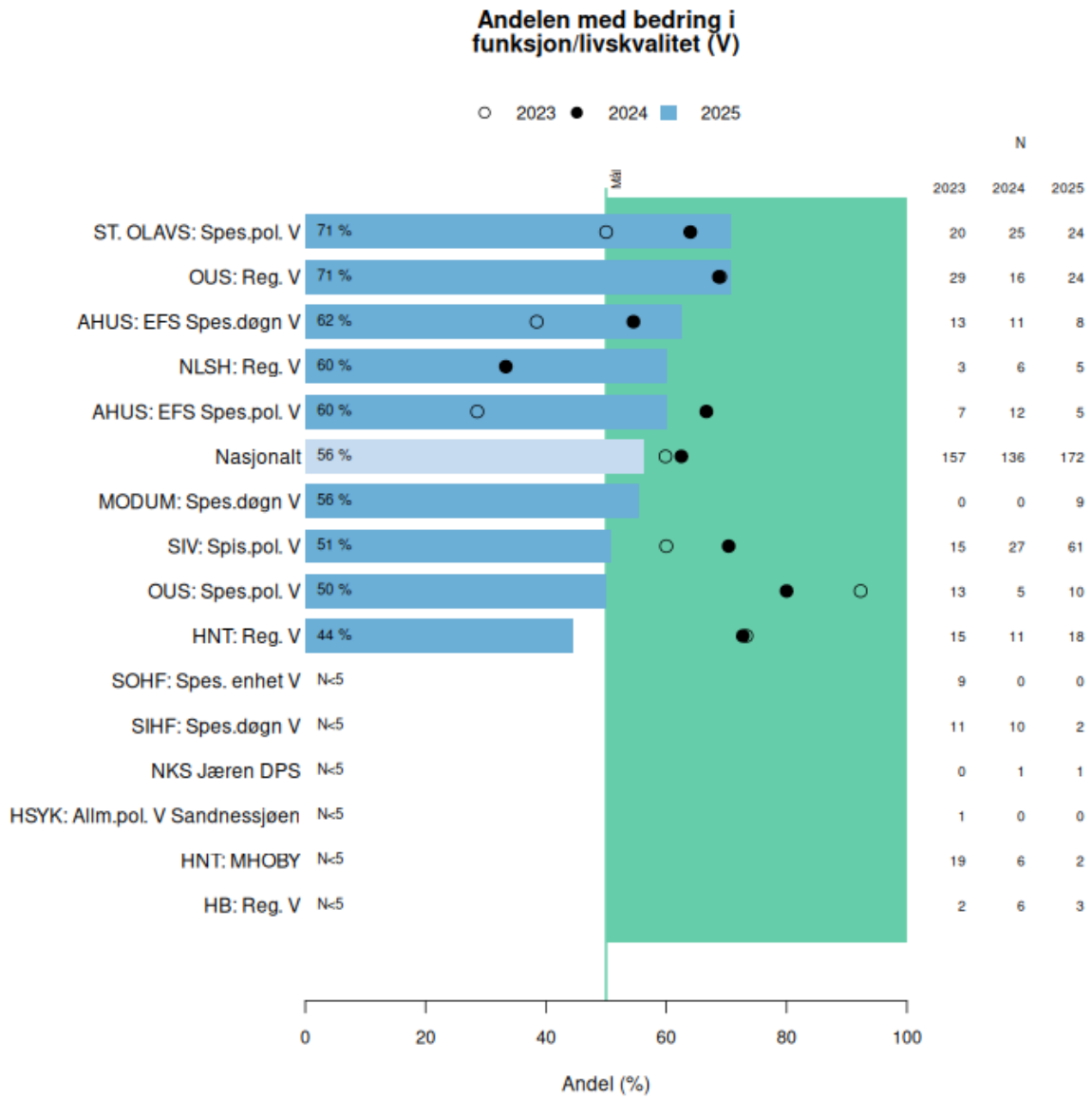


2.1.3.2 Kvalitetsindikator 2: Endring i funksjon/livskvalitet

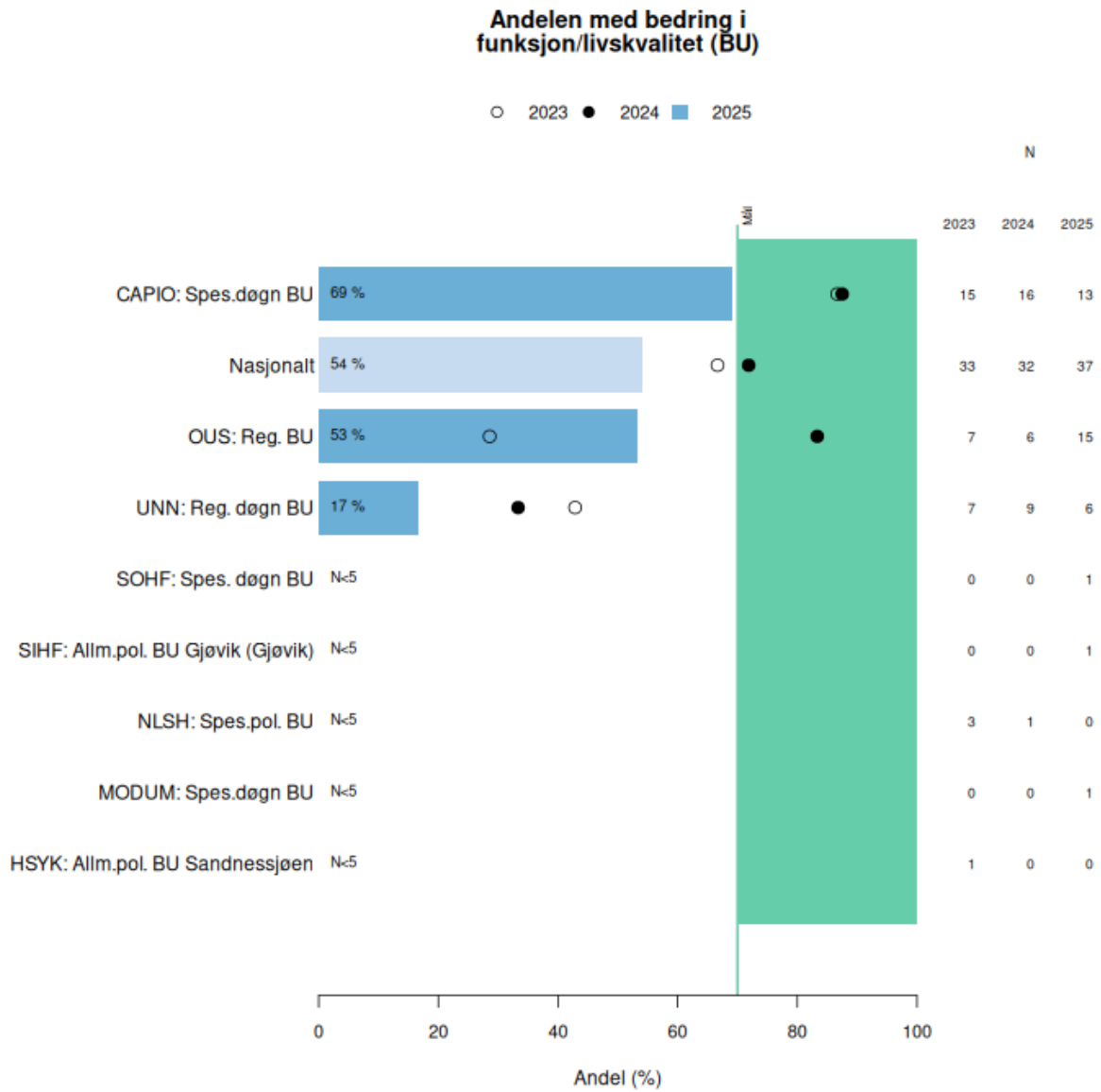
Kvalitetsindikator 2: Endring i funksjon/livskvalitet	
Definisjon/beskrivelse	Pålitelig (reell) endring i funksjon/livskvalitet fra behandlingsstart til behandlingsslutt, målt ved hjelp av spørreskjemaet <i>Clinical Impairment Assessment (CIA) 3.0</i>
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Voksne: 50 prosent skal ha oppnådd en bedring. Barn og unge: 70 prosent skal ha oppnådd en bedring.
Kunnskapsgrunnlag	I de nasjonale faglige retningslinjene for spiseforstyrrelse er CIA anbefalt brukt i klinisk utredning (Helsedirektoratet, 2017).
Beregning	Teller: Antall pasienter som har opplevd en bedring, definert som en nedgang i global symptomskåre på minst 7. Nevner: Antall pasienter med behandlingsslutt ved aktuell behandlingseenhet i rapporteringsåret og som har besvart CIA ved start og slutt av behandlingen.

I 2025 har 56 prosent av de voksne og 54 prosent av barn/unge opplevd en bedring i funksjon/livskvalitet. Dette er en litt høyere andel enn for spiseforstyrrelsessymptomer. Sammenlignet med tidligere år, ser vi også har at en lavere andel barn/unge har opplevd bedring – men igjen, antallet besvarelser er svært lavt og må tolkes med varsomhet. Også her ser vi at det er en del variasjoner mellom behandlingseenhetene.

Figur 2.3: Andel med bedring i funksjon/livskvalitet (V)



Figur 2.4: Andel med bedring i funksjon/livskvalitet (BU)



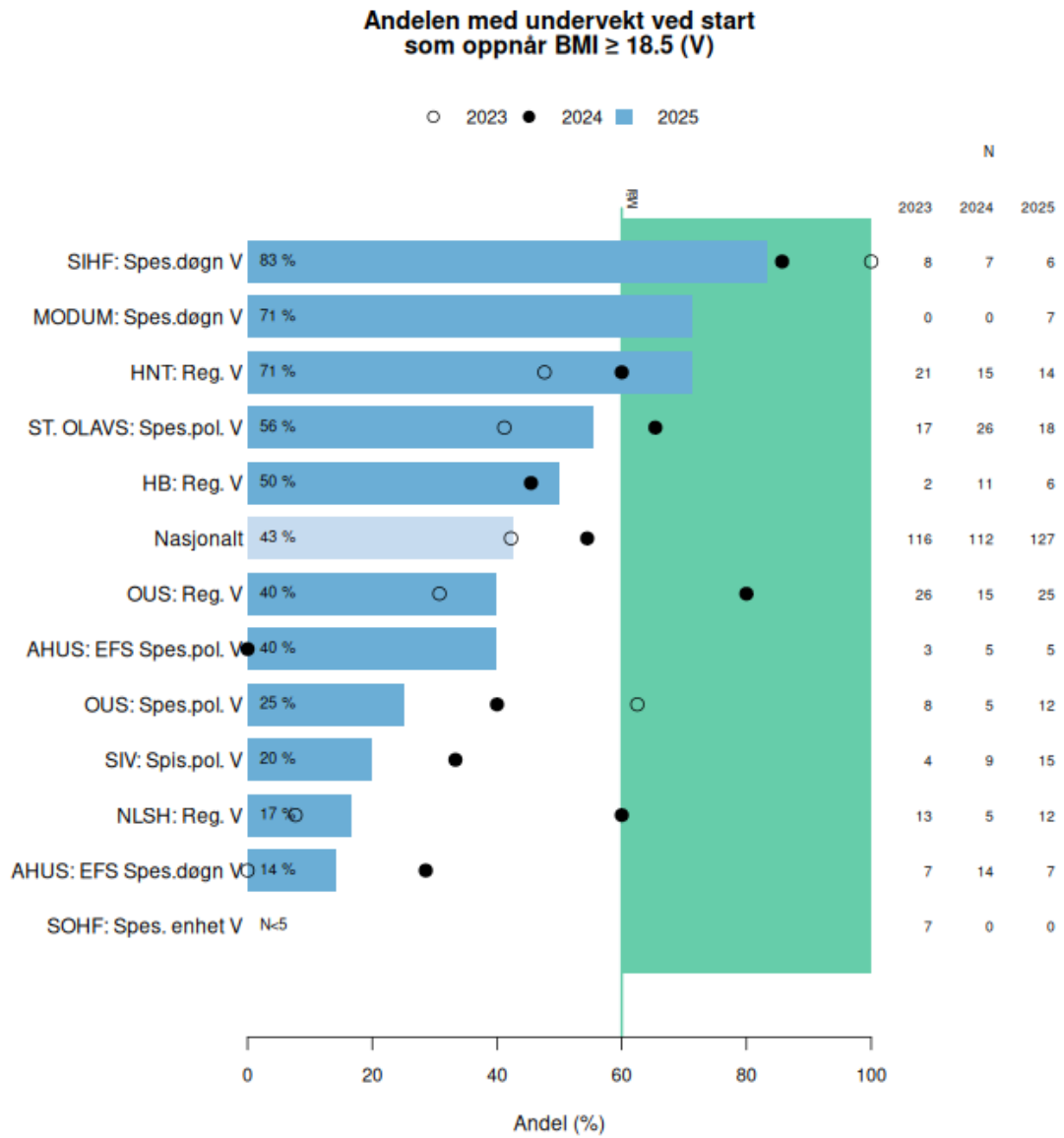
2.1.3.3 Kvalitetsindikator 3: Endring i undervektstatus

Kvalitetsindikator 3: Endring i undervektstatus	
Definisjon/beskrivelse	Endring i undervektstatus for pasienter med undervekt ved start av behandlingen, definert som en kroppsmasseindeks (BMI/Iso-BMI) under 18,5.
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	60 prosent av pasienter med undervekt skal ha oppnådd en BMI/Iso-BMI på minst 18,5.
Kunnskapsgrunnlag	I de nasjonale faglige retningslinjene for spiseforstyrrelse anbefales det en målvekt på BMI 20-25 for voksne anoreksipasienter og på 25. til 75. BMI-prosentil for barn og unge (Helsedirektoratet, 2017), mens World Health Organization (WHO) opererer med BMI 18,5 som nedre grense for normalvekt. NORSPIS bruker sistnevnte definisjon. Iso-BMI-verdier basert på <i>Bergen Growth Study</i> gir alders- og kjønnsjusterte BMI-verdier for barn og unge (opp til ca. 19 år). Ved å ta hensyn til alder og kjønn, finner vi ut hvilken voksen-BMI barnets/ungdommens vekt og høyde tilsvarer.
Beregning	Teller: Antall pasienter med undervekt ved start, som har oppnådd en BMI/Iso-BMI på minst 18,5 ved slutt av behandlingen. Nevner: Antall pasienter med undervekt ved start.

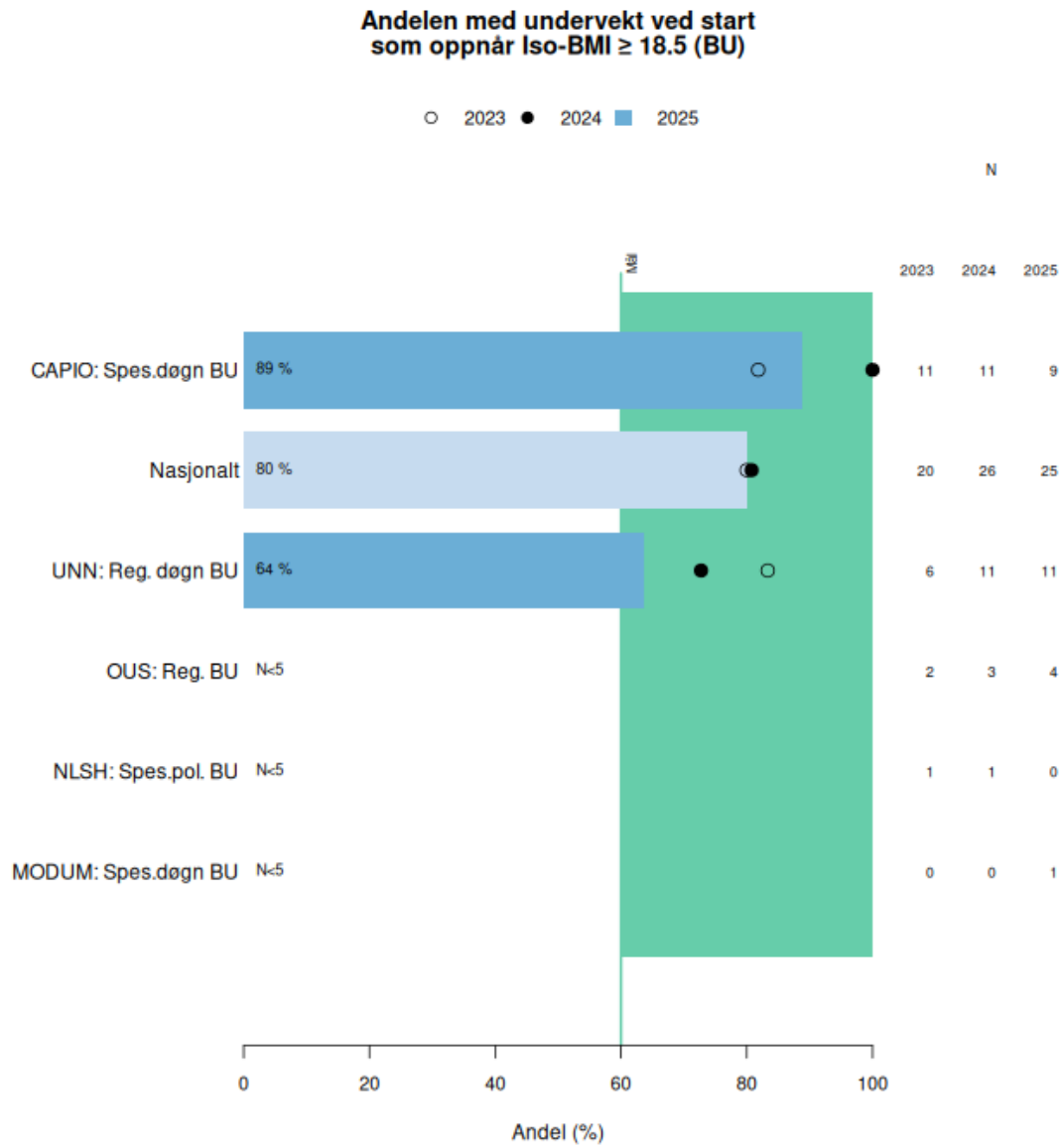
I NORSPIS brukes WHO-definisjonen på 18,5 som nedre BMI-grense for normalvekt, men det er viktig å presisere at i klinisk sammenheng er BMI 20 ofte anbefalt som nedre grense.

Det er kun to barn/unge-enheter som har tilstrekkelig mange registreringer til at resultatene kan vises, men begge har et resultat over måltallet på 60 prosent. For voksenenhetene er resultatet mer blandet. Samlet resultat for voksenenhetene er 43 prosent i 2025. Både i denne og tidligere årsrapporter, peker vi på reduksjon av undervekt for voksne som et forbedringsområde, men samtidig kan det være gode grunner til at det er vanskeligere å redusere undervekt blant voksne pasienter.

Figur 2.5: Andel med undervekt som oppnår BMI $\geq 18,5$ (V)



Figur 2.6: Andel med undervekt som oppnår Iso-BMI $\geq 18,5$ (BU)



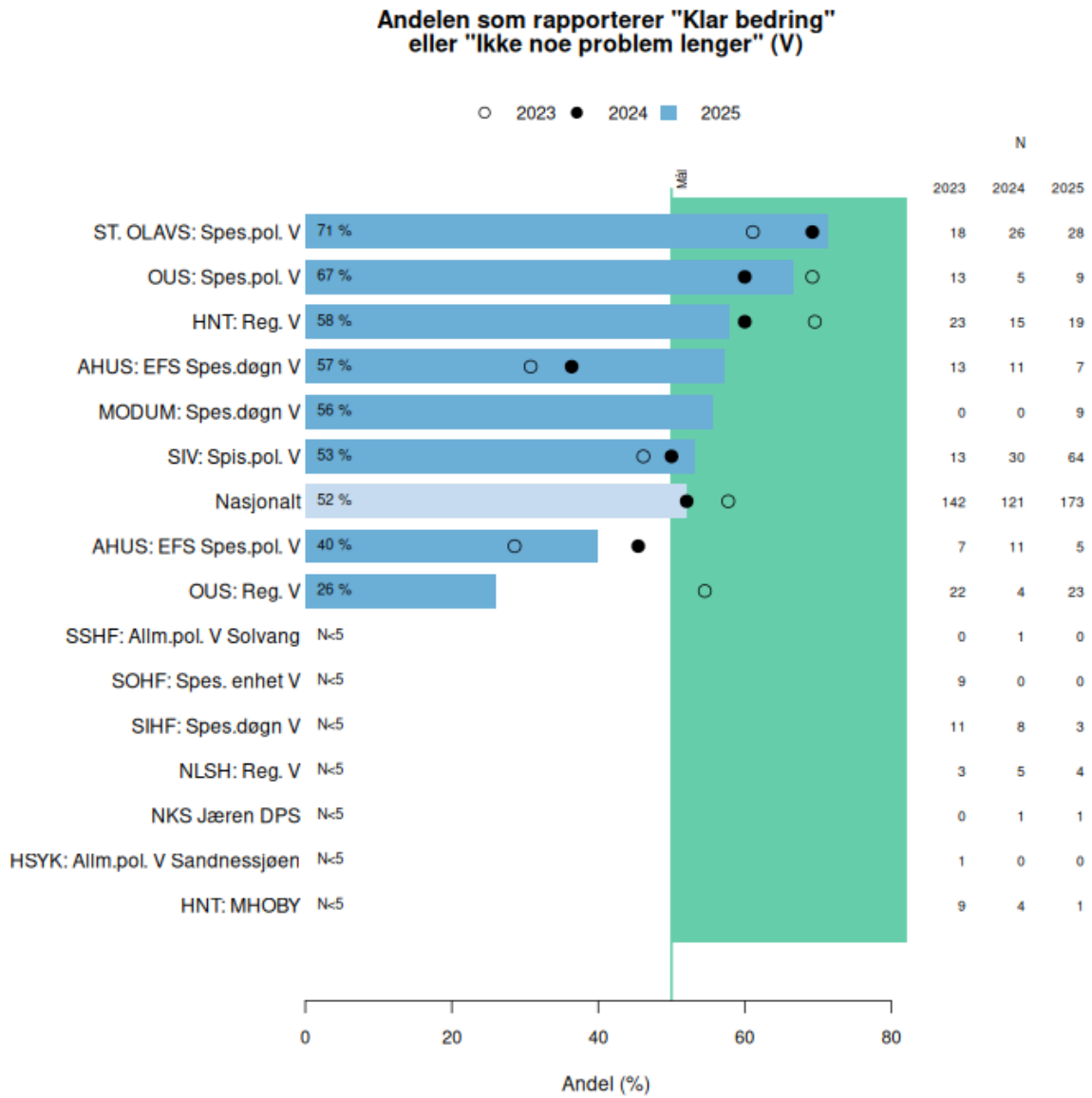
2.1.3.4 *Kvalitetsindikator 4: Pasientvurdering bedring – pasienter som har opplevd klar bedring eller at spiseforstyrrelsen ikke er noe problem lenger*

Kvalitetsindikator 4: Pasientvurdert bedring (utfall)	
Definisjon/ beskrivelse	Andelen pasienter som svarer at de har opplevd en klar bedring eller at spiseforstyrrelsen ikke er noe problem lenger, på spørsmålet: «Hvordan vurderer du utfallet av mottatt behandling?» i pasientevalueringsskjemaet <i>Pasienttilfredshet</i> . ³
Type indikator	Resultatindikator
Måloppnåelse	Voksne: 50 prosent opplever at det har skjedd en bedring. Barn og unge: 70 prosent opplever at det har skjedd en bedring.
Kunnskapsgrunnlag	Ifølge nasjonale pasientforløp for psykisk helse bør pasientens opplevelse av behandlingen være med i evaluering og vurdering av behandlingen.
Beregning	Teller: Antall pasienter som oppgir å ha opplevd en klar bedring eller at spiseforstyrrelsen ikke er noe problem lenger. Nevner: Antall pasienter med behandlingsslutt ved aktuell behandlingsenhet i rapporteringsåret, som har besvart spørsmålet om bedring.

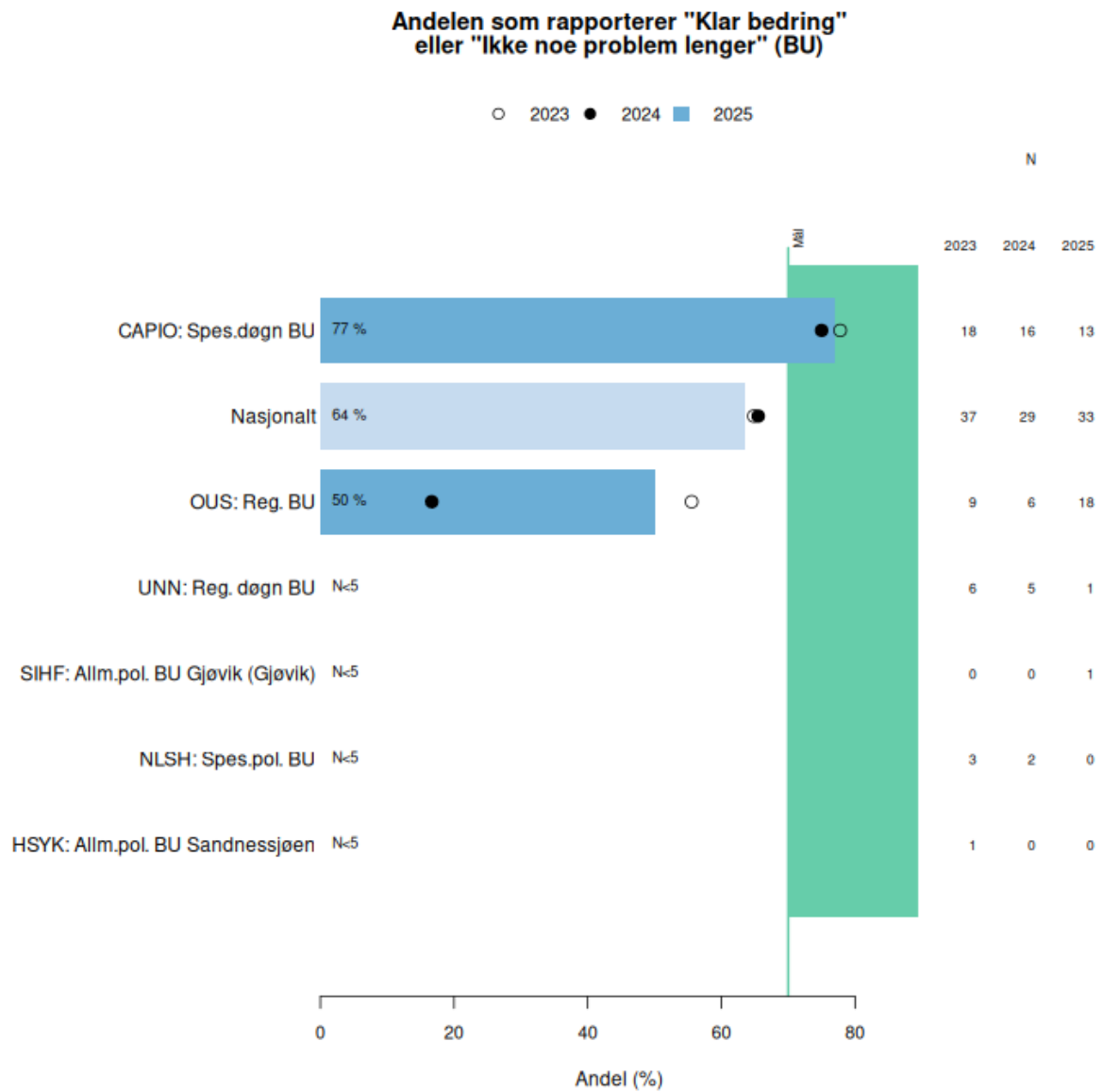
Blant de voksne oppgir 52 prosent at de har opplevd klar bedring eller at spiseforstyrrelsen ikke er noe problem lenger. Det tilsvarende tallet blant barn og unge er 64 prosent. Her er det ingen stor endring sammenlignet med tidligere år.

³ Svaralternativene er: «Ikke noe problem lenger», «klar bedring», «noe bedring», «uendret» og «forverring». Inntil årsrapporten for 2023 inngikk også svaralternativet «Noe bedring» i kvalitetsindikatoren.

Figur 2.7: Andel som rapporterer «Klar bedring» eller «Ikke noe problem lenger» (V)



Figur 2.8: Andel som rapporterer «Klar bedring» eller «Ikke noe problem lenger» (BU)



2.1.3.5 Kvalitetsindikator 5 og 6: Ble familie/venner involvert i behandlingen?

Kvalitetsindikator 5: Familie/venner involvert i behandlingen – voksne	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter som i skjemaet <i>Pasienttilfredshet</i> opplyser at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen, av pasientene som ønsket det.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	100 prosent av pasientene som ønsket det, skal ha opplevd at familie/venner ble involvert i behandlingen
Kunnskapsgrunnlag	I henhold til de nasjonale faglige retningslinjene, bør dialog og samarbeid med familie og andre pårørende vektlegges.
Beregning	Teller: Antall pasienter som er 18 år eller eldre, som opplyser at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen. Nevner: Antall pasienter som er 18 år eller eldre, som har besvart spørsmålet om familie og/eller venner ble involvert i behandlingen, og som opplyser at de ønsket involvering.

Kvalitetsindikator 6: Familie/venner involvert i behandlingen – barn og unge	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter som i skjemaet <i>Pasienttilfredshet</i> opplyser at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	100 prosent skal ha opplevd at familie/venner ble involvert i behandlingen
Kunnskapsgrunnlag	I henhold til de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av spiseforstyrrelse, bør dialog og samarbeid med familie og andre pårørende vektlegges.
Beregning	Teller: Antall pasienter under 18 år som opplyser at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen. Nevner: Antall pasienter under 18 år som har besvart spørsmålet om familie og/eller venner ble involvert i behandlingen.

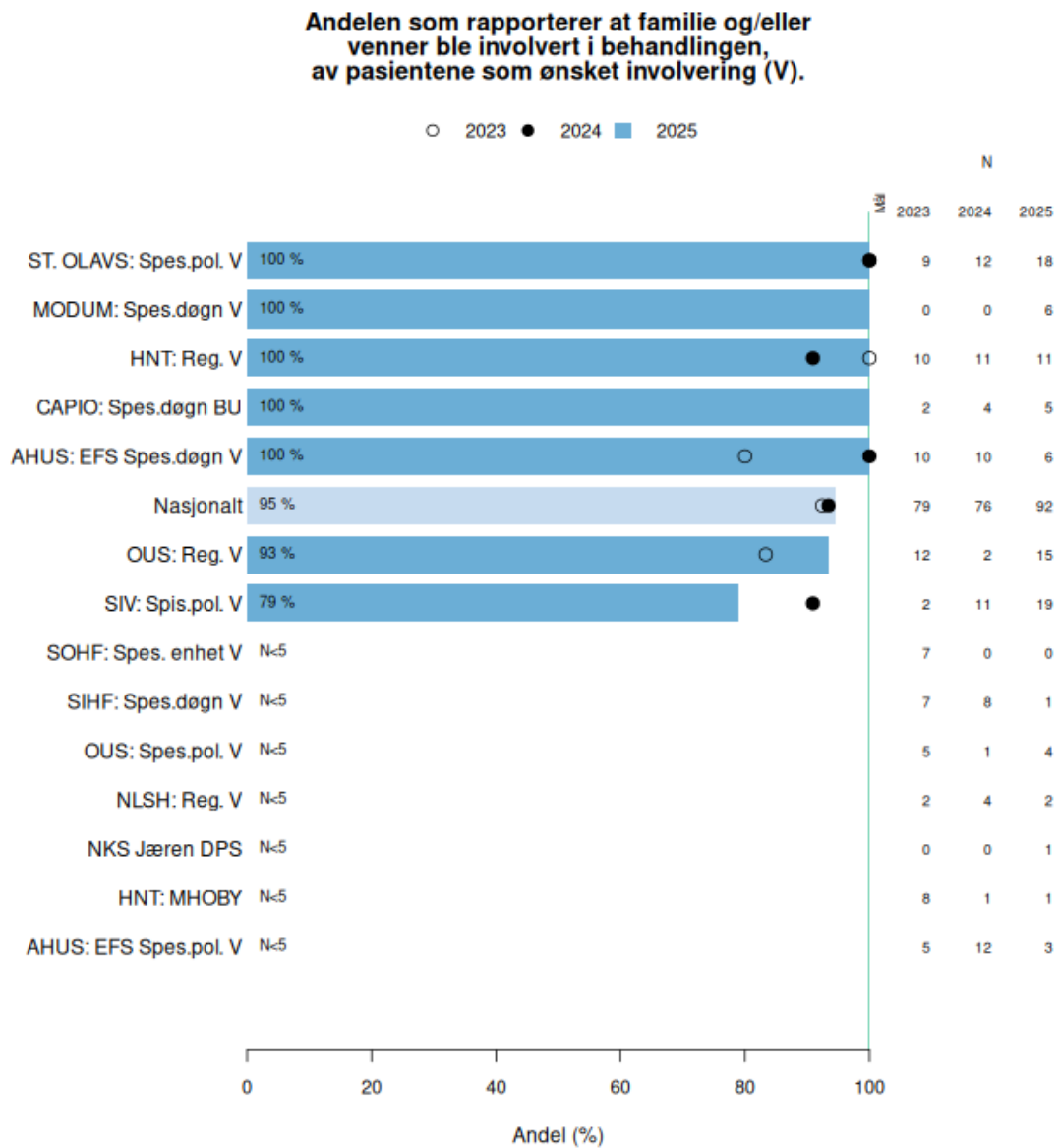
De to figurene nedenfor omhandler involvering av familie eller nære venner.

Av de voksne som ønsket at familie eller nær venn skulle bli involvert i behandlingen, er det totalt 95 prosent som opplyser at familie eller nær venn ble involvert. Blant barn/unge er det totalt 81 prosent som opplyser at familie eller nær venn ble involvert.

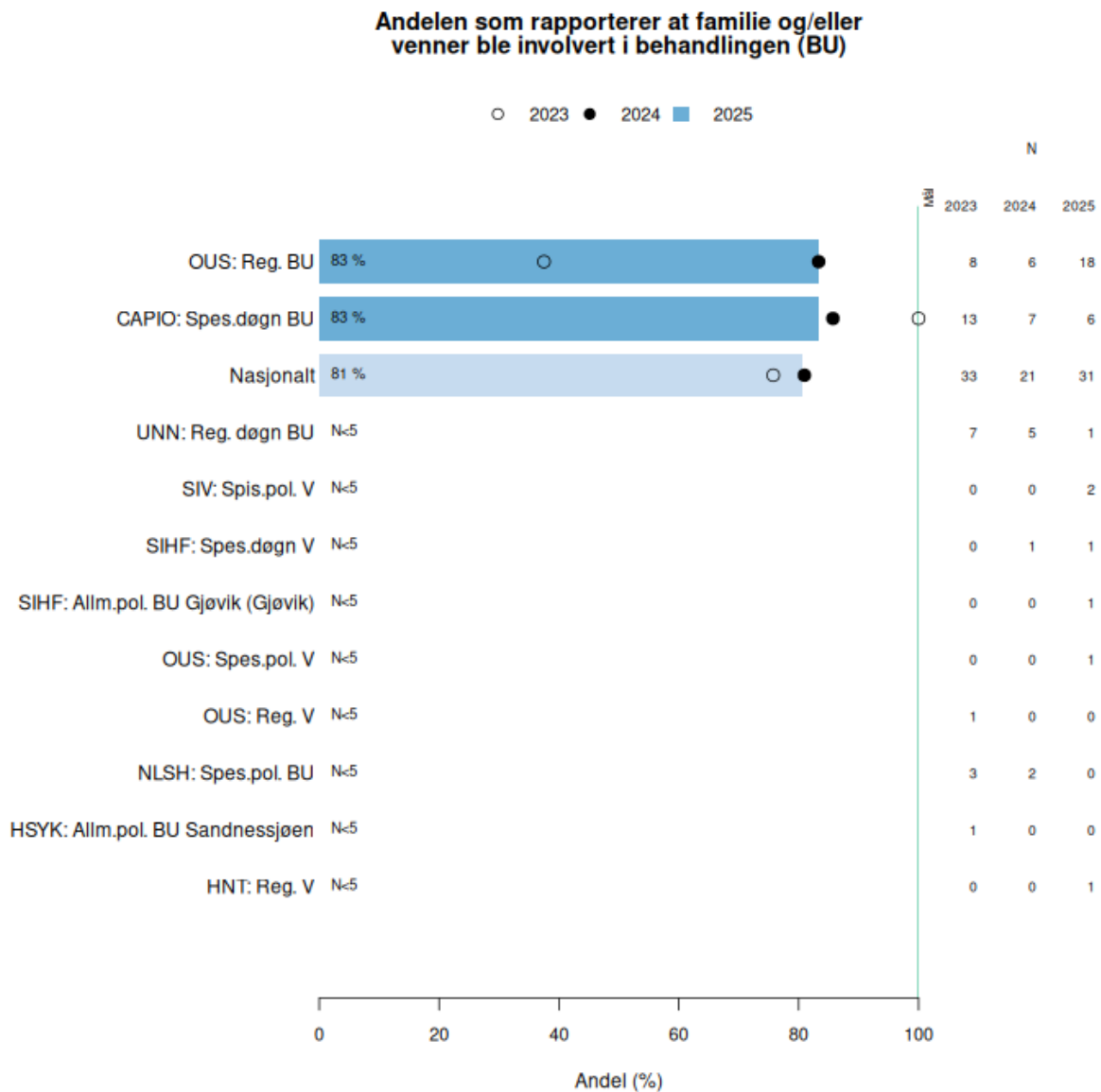
Det kan synes rart at tallet er lavere blant barn og unge enn blant voksne, men her er det viktig å være oppmerksom på at indikatorene beregnes forskjellig for de to gruppene. For pasienter under 18 år, er anbefalingen om dialog og samarbeid med pårørende så sterk, at både pasienter som ønsker det og de som ikke ønsker det, tas med i beregningen. Mens for voksne beregnes indikatoren kun ut fra de som selv ønsket involvering.

Det kan være grunn til å se nærmere på tallene bak; for eksempel om barn og unge som oppgir at involvering ikke skjedde, faktisk ønsket det eller ikke. Vi bør også være oppmerksom på at det kan være forskjellige oppfatninger av hva ordet involvering betyr; pasient og/eller pårørende har ikke nødvendigvis samme oppfatning som behandler. Resultatene kan uansett gi behandlingsenhetene grunn til å reflektere over hvordan familie og eventuelt venner involveres i behandlingen av barn og unge.

Figur 2.9: Andel som rapporterer at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen, av pasientene som ønsket involvering (V)



Figur 2.10: Andel som rapporterer at familie og/eller venner ble involvert i behandlingen, uavhengig av om pasienten ønsket involvering (BU)

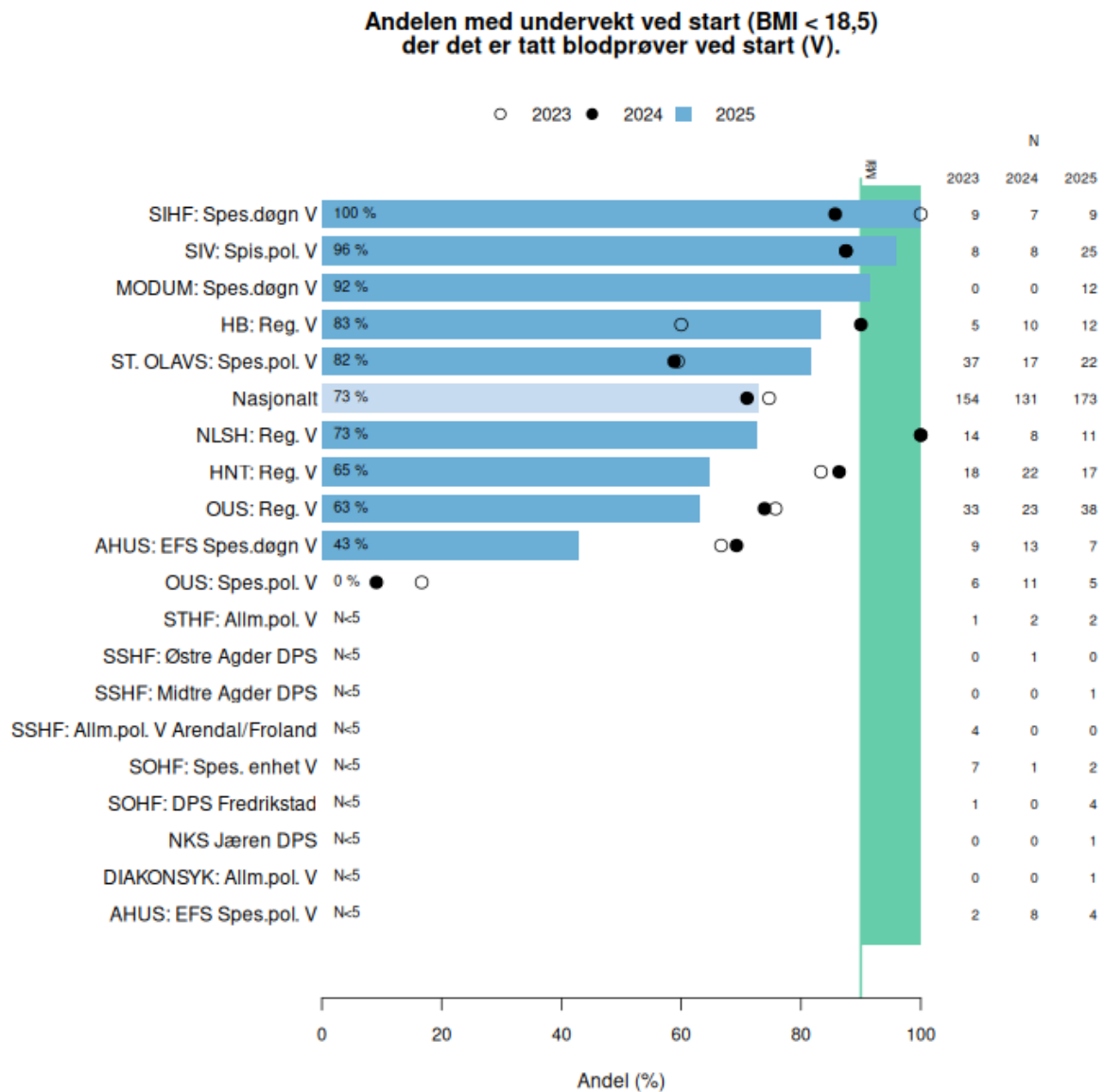


2.1.3.6 Kvalitetsindikator 7: Blodprøver ved undervekt

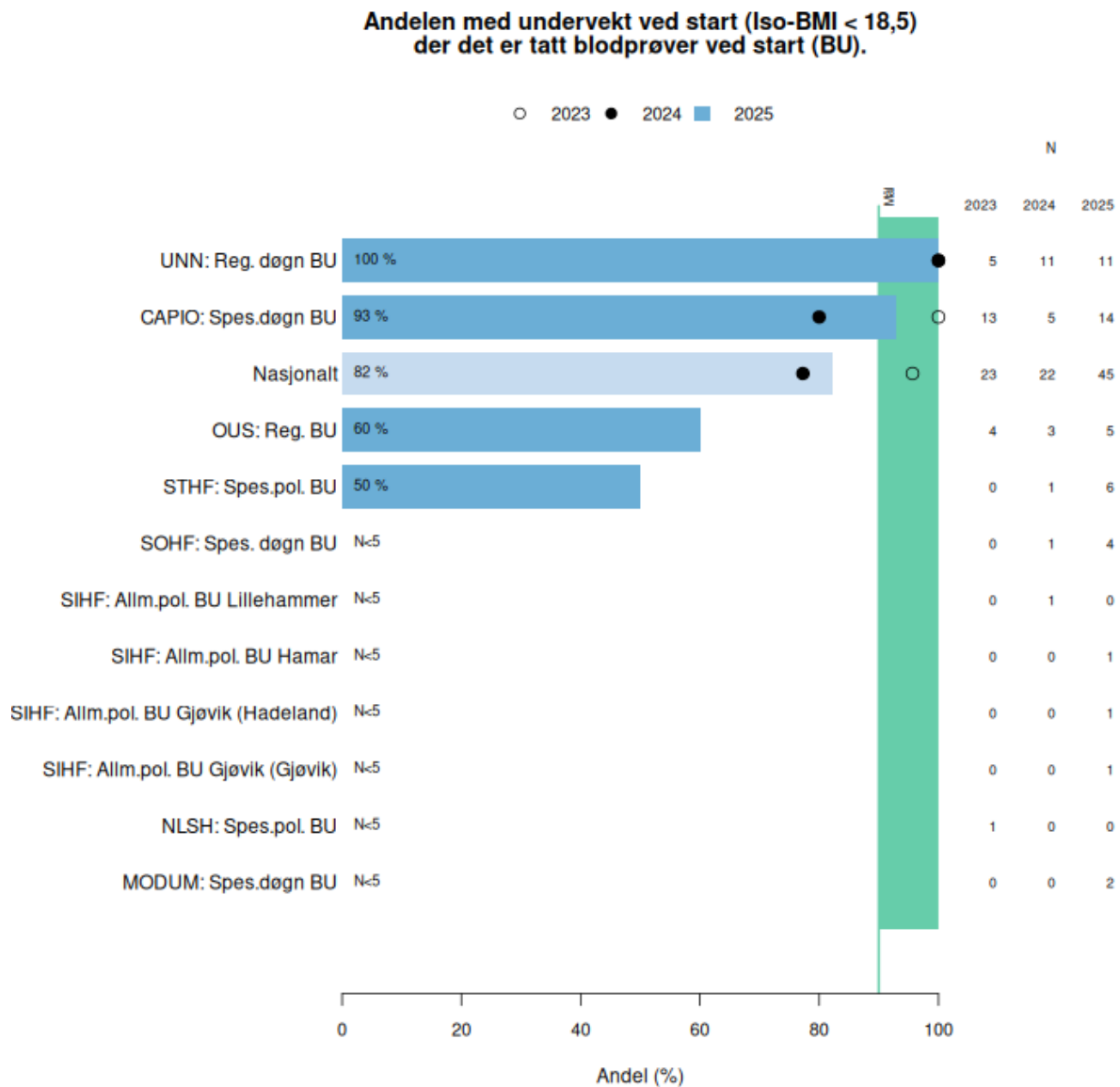
Kvalitetsindikator 7: Blodprøver ved undervekt	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5), der det er tatt blodprøver ved behandlingsstart.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	90 prosent av pasienter med undervekt skal ha fått tatt blodprøver ved start
Kunnskapsgrunnlag	Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene bør pasientene utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, samt laboratorieprøver etter indikasjon.
Beregning	Teller: Antall pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) der det er tatt blodprøver ved behandlingsstart. Nevner: Antall pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) ved start.

Blant voksne med undervekt oppgir 73 prosent av behandlingssenheter at det er tatt blodprøver ved start. Tallet for barn og unge er 82 prosent. Det bør nevnes at spørsmålet om blodprøver kan misforstås, ved at behandler tolker det til å gjelde kun blodprøver tatt ved egen behandlingssenheter og ikke hos fastlegen.

Figur 2.11: Andel pasienter med undervekt ved start (BMI < 18,5), der det er tatt blodprøver (V)



Figur 2.12: Andel pasienter med undervekt ved start (Iso-BMI < 18,5), der det er tatt blodprøver (BU)



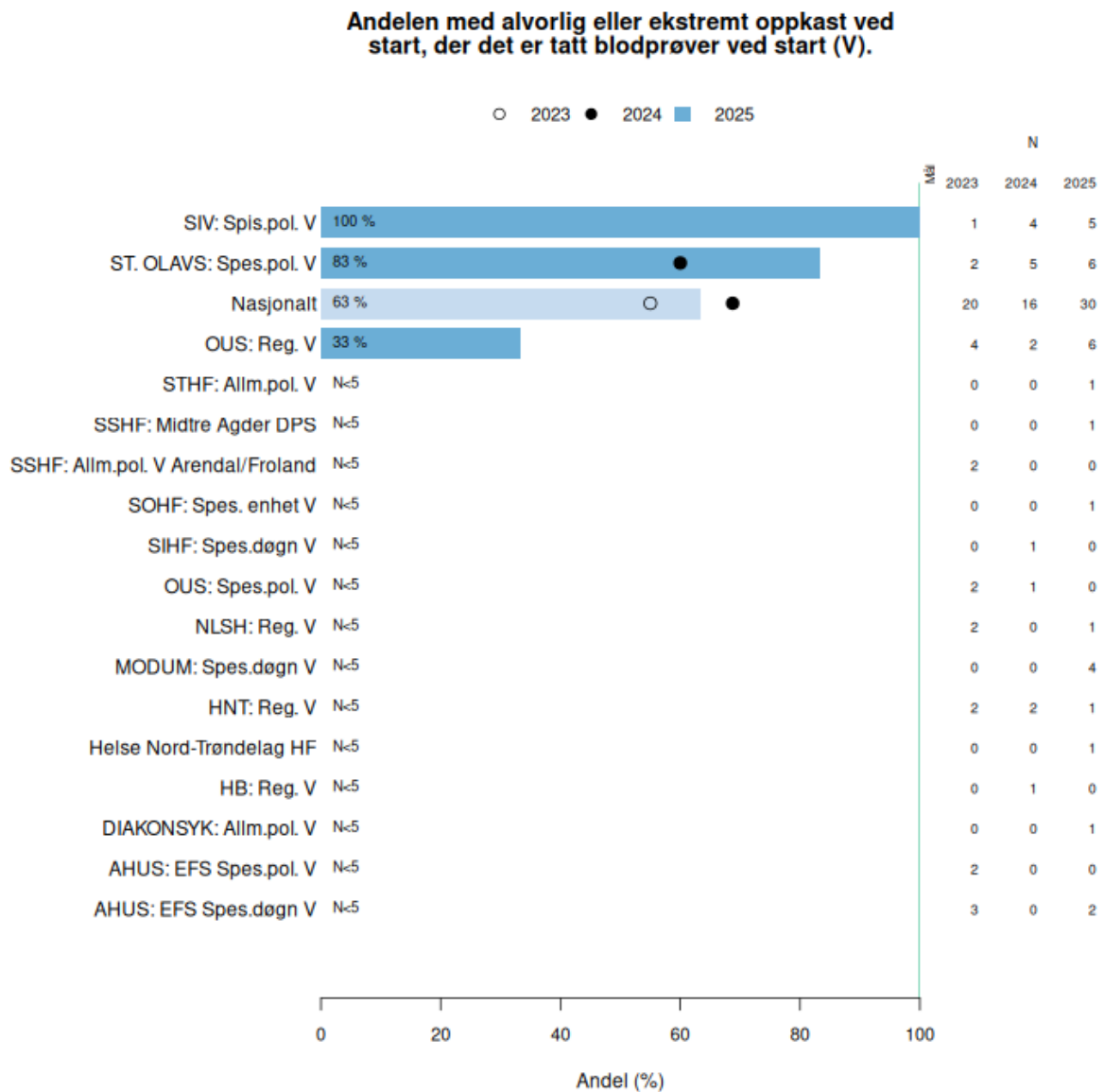
2.1.3.7 Kvalitetsindikator 8: Blodprøver ved oppkast

Kvalitetsindikator 8: Blodprøver ved oppkast	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter med selvrapportert alvorlig eller ekstremt oppkast, der behandler oppgir at det er tatt blodprøver ved behandlingsstart. Basert på kriteriene i DSM-5-kodeverket, definerer vi alvorlig eller ekstremt oppkast som 32 eller flere ganger de siste 4 ukene, med andre ord ca. 1 gang per dag.
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	100 prosent av pasientene med alvorlig eller ekstremt oppkast skal ha fått tatt blodprøver ved start.
Kunnskapsgrunnlag	Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene bør pasientene utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon.
Beregning	Teller: Antall pasienter der behandler oppgir at det er tatt blodprøver ved behandlingsstart. Nevner: Antall pasienter som ved behandlingsstart opplyser å ha kastet opp 32 eller flere ganger de siste 4 ukene, i skjemaet <i>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) 6.0</i> .

For denne indikatoren viser vi resultater kun for voksen-enhetene, siden det blant barn og unge er færre enn 5 pasienter med alvorlig eller ekstremt oppkast i NORSPIS.

Av de 30 voksne pasientene som oppgir å ha alvorlig eller ekstremt oppkast, er det 63 prosent som har fått tatt blodprøver ved start, mens måltallet er 100 prosent. Antallet pasienter er lavt og ikke nødvendigvis representativt. I tillegg kan det være måleutfordringer ved indikatoren, for eksempel hvis behandler misforstår spørsmålet om blodprøver til å gjelde kun blodprøver tatt ved egen behandlingsenhet og ikke hos fastlegen. Vi vil likevel presisere viktigheten av å ta blodprøver ved alvorlig oppkast.

Figur 2.13: Andel pasienter med alvorlig eller ekstremt oppkast ved start, der det er tatt blodprøver (V)



2.1.3.8 Kvalitetsindikator 9 og 10: Beintetthetsmåling ved undervekt

Kvalitetsindikator 9: Beintetthetsmåling ved undervekt – voksne	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) som er 18 år eller eldre, der det er ved start eller slutt av behandlingen er svart Ja på spørsmålet: «Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?»
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	90 prosent av pasienter med undervekt som er 18 år eller eldre, skal ha fått tatt en beintetthetsmåling
Kunnskapsgrunnlag	Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene bør pasientene utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon. Det er noe diskusjon om hvor hyppig beintetthetsmålinger bør gjøres for pasienter med undervekt, men det er ikke aktuelt med mer enn én gang i året. Ved beregning av indikatoren, regnes telleren som ja, dersom det enten ved start eller slutt er svart Ja på spørsmålet: «Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?»
Beregning	Teller: Antall pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) som er 18 år eller eldre, der det er gjort en beintetthetsmåling ved start og/eller slutt. Nevner: Antall pasienter som er 18 år eller eldre med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) ved start.

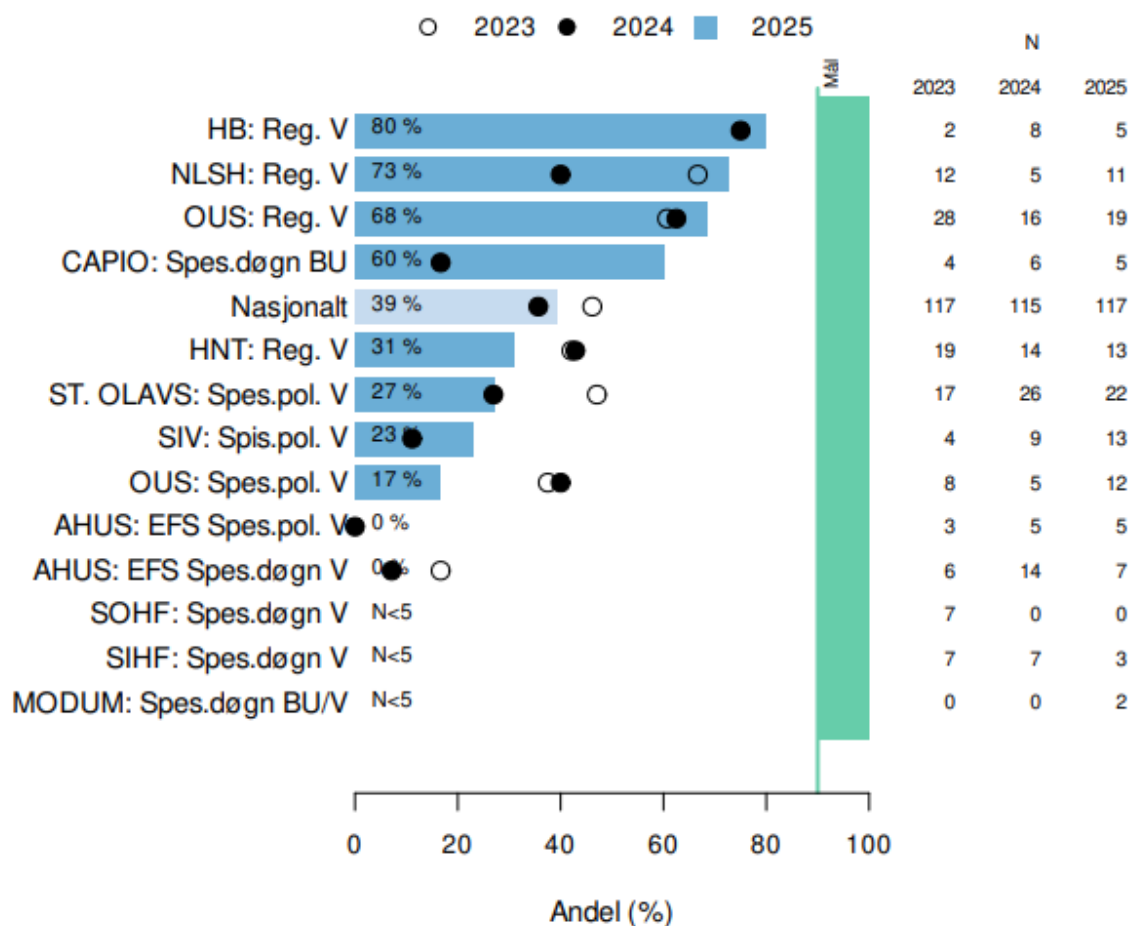
Kvalitetsindikator 10: Beintetthetsmåling ved undervekt – barn og unge	
Definisjon/beskrivelse	Andelen pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) under 18 år, der det er ved start eller slutt av behandlingen er svart Ja på spørsmålet: «Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?»
Type indikator	Prosessindikator
Måloppnåelse	Det er ikke satt et måltall for pasienter under 18 år, fordi fortolkningen av nedsatt beintetthet på kort sikt blant barn og unge i vekst er mer usikker enn blant voksne.
Kunnskapsgrunnlag	Ifølge de nasjonale faglige retningslinjene bør pasientene utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon. Det er noe diskusjon om hvor hyppig beintetthetsmålinger bør gjøres for pasienter med undervekt, men det er ikke aktuelt med mer enn én gang i året. Ved beregning av indikatoren, regnes telleren som ja, dersom det enten ved start eller slutt er svart Ja på spørsmålet: «Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?»
Beregning	Teller: Antall pasienter med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) under 18 år, der det er gjort en beintetthetsmåling ved start og/eller slutt. Nevner: Antall pasienter under 18 år med undervekt (BMI/Iso-BMI < 18,5) ved start.

I figurene nedenfor ser vi at blant voksne med undervekt er det totalt 39 prosent som har fått

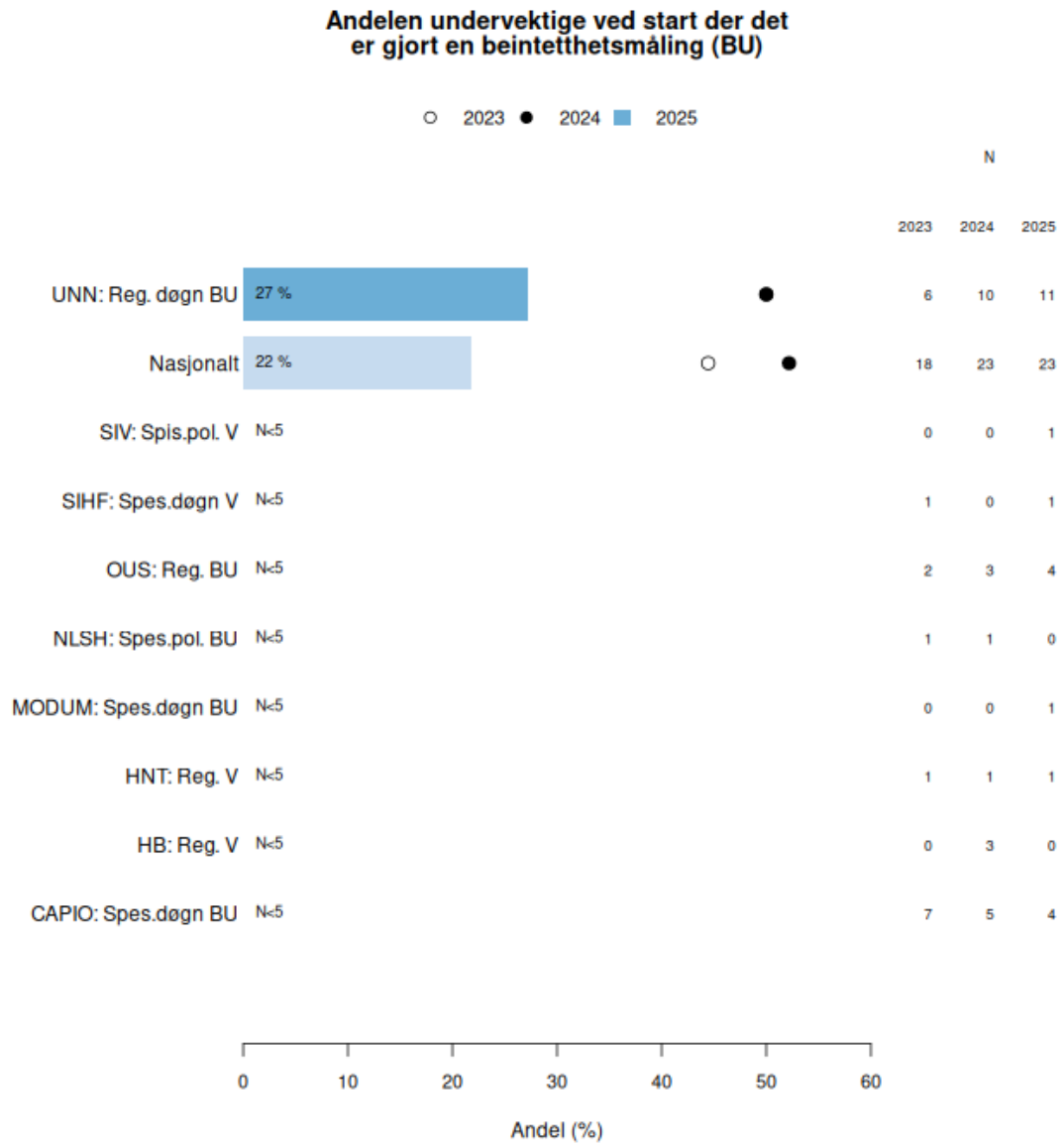
tatt en beintetthetsmåling ved start og/eller slutt av forløpet. Det tilsvarende tallet for barn og unge er 22 prosent, som er en nedgang fra tidligere. For barn og unge er det ikke satt et måltall, mens for voksne er måltallet satt til 90 prosent. Det er variasjon mellom voksen-enhetene, men ingen oppnår måltallet.

Som det går fram av tabellene over, stilles det i registeret spørsmål om beintetthetsmåling er gjort i løpet av det siste året. Det er imidlertid noe diskusjon om hvor ofte det bør gjøres en beintetthetsmåling. Ved enkelte behandlingseenheter kan det tenkes at beintetthetsmåling gjøres annethvert år istedenfor hvert år. I tillegg kan måling være gjort ved annet behandlingssted, uten at behandler ved innrapporterende enhet er klar over det.

Figur 2.14: Andel pasienter med undervekt der det er gjort en beintetthetsmåling (V)



Figur 2.15: Andel pasienter med undervekt der det er gjort en beintetthetsmåling (BU)



2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

Skjema som brukes for innsamling av pasientrapporterte utfallsmål eller erfaringsmål			
Skjemanavn	Hvem	Når	Beskrivelse / Hva måles
SDQ-P The Strengths and Difficulties Questionnaire - foreldreversjon	B <11 år	Start og slutt	Skjemaet kartlegger mental helse hos barn/ungdom.
SDQ The Strengths and Difficulties Questionnaire - selvutfyllingsversjon	BU 11-17 år	Start og slutt	Skjemaet kartlegger mental helse hos barn/ungdom.
KIDSCREEN	BU 11-17 år	Start og slutt	Skjemaet kartlegger den subjektive helsen og det psykologiske, psykiske og sosiale velværet til barn og unge (Norsk versjon er oversatt av Haraldstad, Eide og Helseth)
EDE-Q 6.0 Eating Disorder Examination Questionnaire	U > 14 år og V	Start og slutt	Måler omfanget av spiseforstyrrelsessymptomer (Norsk versjon utarbeidet av D. L. Reas og Ø. Rø ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), OUS)
CIA 3.0 Clinical Impairment Assessment Questionnaire	U > 14 år og V	Start og slutt	Skal gi et uttrykk for hvordan spiseforstyrrelsene innvirker på dagliglivets fungering (Norsk versjon utarbeidet av D. L. Reas og Ø. Rø ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), OUS)
CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measures ⁴	V	Start og slutt	Måler en endrings-skår for grad av endring i symptomer og plager fra start til avslutning av behandling. (Norsk versjon utarbeidet av Vidje Hansen, UNN)
SCL-90-R Symptoms Checklist ⁵	V	Start og slutt	Selvrapporteringskala for vurdering av psykiske plager hos voksne (Derogatis, 1994).
Pasienttilfredshet	Alle	Slutt	Spør om familieinvolvering, informasjon om og kontakt med brukerorganisasjonene, og om hvordan pasienten vurderer utfallet av behandlingen. (Utarbeidet i samarbeid med brukerorganisasjonene)
Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten	Alle	Slutt	Skal kartlegge pasienterfaringer med kvalitetsforbedring som formål. (Utarbeidet av Kunnskapssenteret, Folkehelseinstituttet)

⁴ Tatt i bruk fra og med midten av 2025.

⁵ Utgått fra NORSPIS fra og med 2024. Erstattet av CORE-OM.

Data fra tre av skjemaene ovenfor inngår i NORSPIS sine kvalitetsindikatorer; *EDE-Q*, *CIA* og *Pasienttilfredshet*. Resultater på kvalitetsindikatorerne finnes i kapittel 2.1.

2.2.1 Pasienterfaringer og pasientevaluering

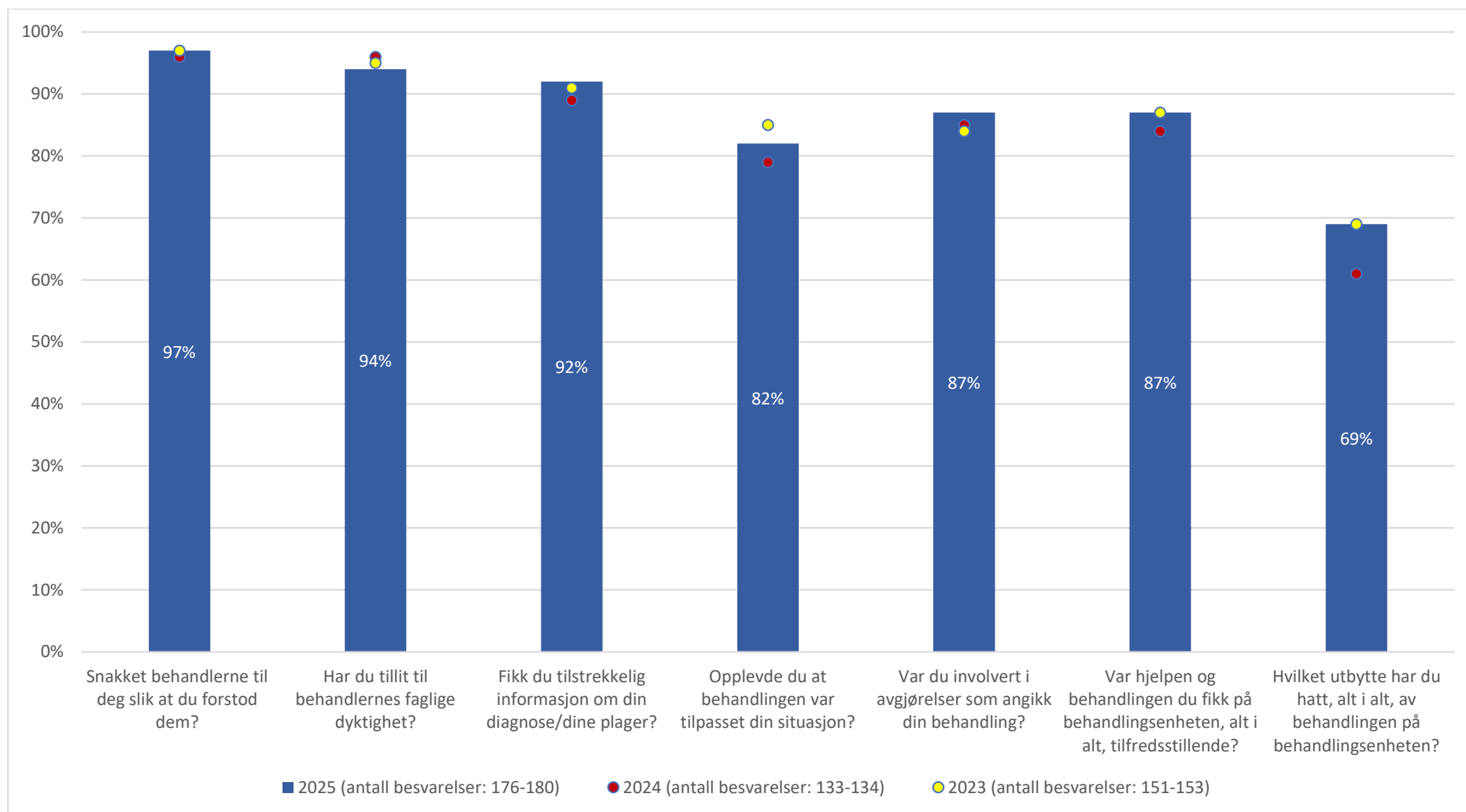
I de to figurene nedenfor ser vi på utvalgte, sentrale spørsmål fra skjemaet *Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten*, som besvares av pasienten ved slutt av behandlingen. Figurene viser hvor mange prosent av henholdsvis voksne og barn/unge som i stor eller svært stor grad har hatt en positiv opplevelse og et stort eller svært stort utbytte av behandlingen.⁶

Blant voksne er det lavest skåre for spørsmålet om utbytte av behandlingen, mens de øvrige pasienterfarings-spørsmålene får høyere skårer. Dette kan kanskje tolkes som at mange pasienter opplever å ha blitt møtt på en god måte, selv om de ikke alltid har oppnådd ønsket behandlingsresultat.

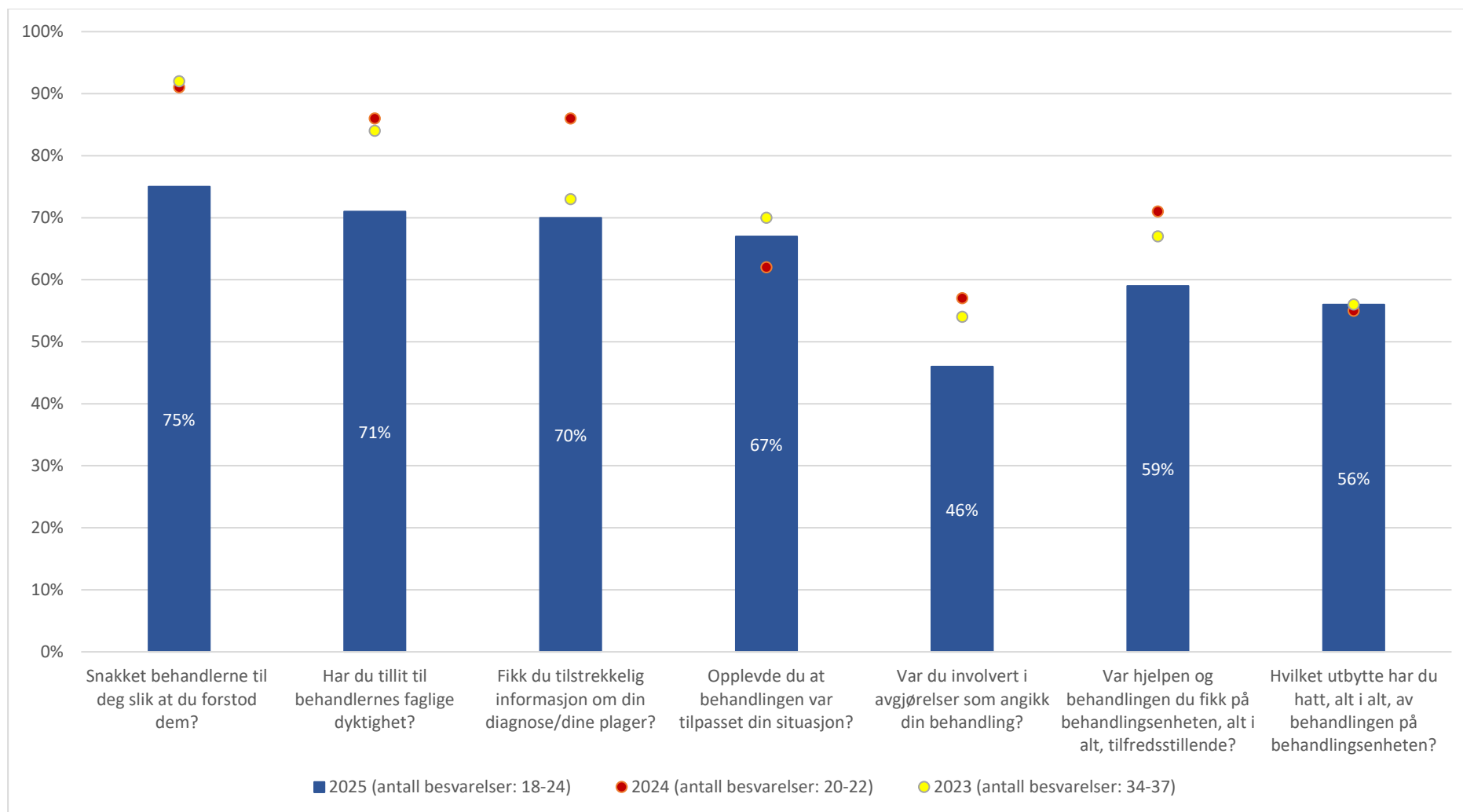
Blant barn og unge er resultatene generelt lavere enn blant de voksne. Det ser også ut til at resultatene blant barn og unge har gått ned sammenlignet med tidligere år. En mulig forklaring til lavere skårer blant barn og unge kan være at flere opplever å motta behandling de selv ikke ønsker, men som er foreldrenes/foresattes ønske. Vi må samtidig legge merke til at antallet barn og unge er svært lavt, og mye lavere enn antallet voksne, som gjør resultatene ekstra usikre for barn og unge.

⁶ Svaralternativene på de første seks spørsmålene er: «Ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad», «i stor grad» og «i svært stor grad». Svaralternativene på spørsmålet om utbytte er: «Ikke noe utbytte», «lite utbytte», «en del utbytte», «stort utbytte» og «svært stort utbytte».

Figur 2.16: Pasienterfaringer – voksne 18 år eller eldre. Prosentandel som har svart i stor eller svært stor grad (stort eller svært stort utbytte).



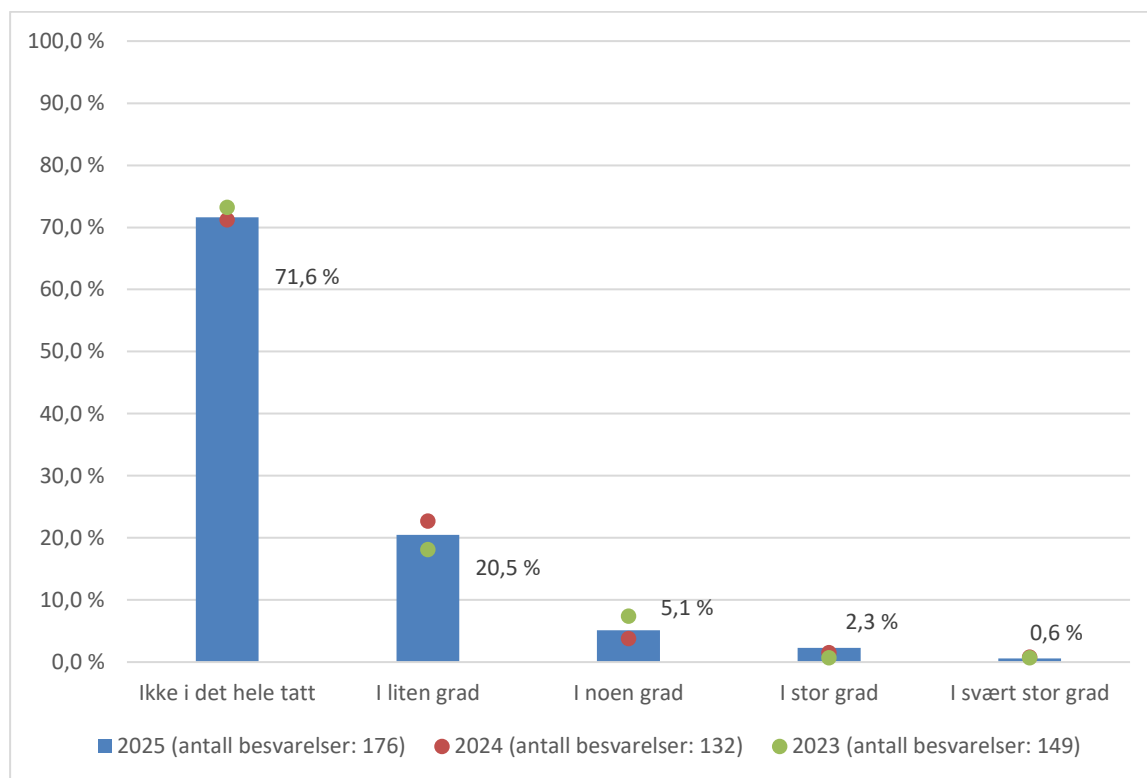
Figur 2.17: Pasienterfaringer – barn og unge under 18 år. Prosentandel som har svart i stor eller svært stor grad (stort eller svært stort utbytte).



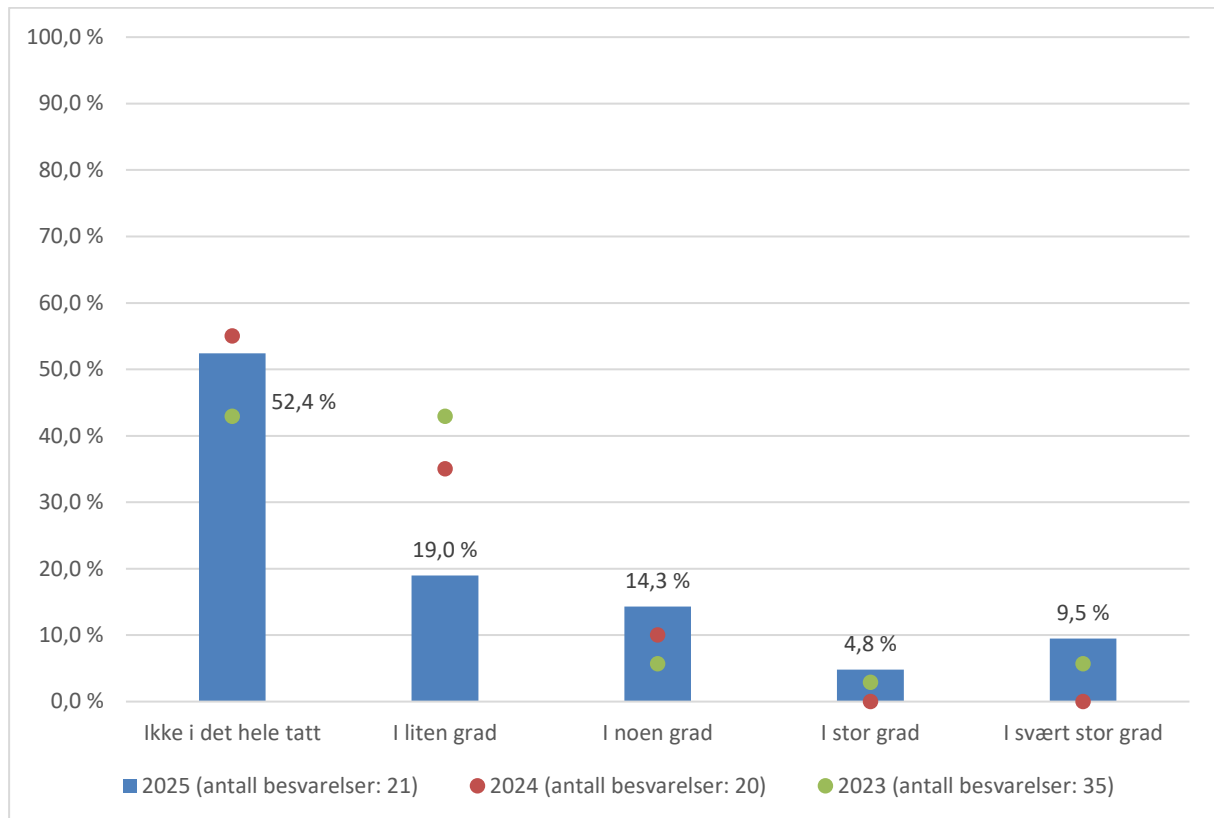
Figurene nedenfor viser prosentvis svarfordeling på spørsmålet: Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet? Også dette spørsmålet er fra skjemaet *Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten*.

Det ser ut som barn og unge i større grad svarer at de har blitt feilbehandlet, men det totale antallet besvarelser er lavt, noe som gjør resultatet ekstra usikkert. Det er også mulig at begrepet feilbehandling kan være litt mer uklart for barn og unge enn for voksne; kanskje kan barn og unge oppleve det som feilbehandling om de får en behandling de ikke ønsker, og som det ofte er foreldrene som har tatt avgjørelsen om.

Figur 2.18: Prosentfordeling av svar på spørsmålet: Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet? Voksne – 18 år eller eldre. Totalt antall besvarelser: 457



Figur 2.19: Prosentfordeling av svar på spørsmålet: Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet? Barn og unge – under 18 år. Totalt antall besvarelser: 76

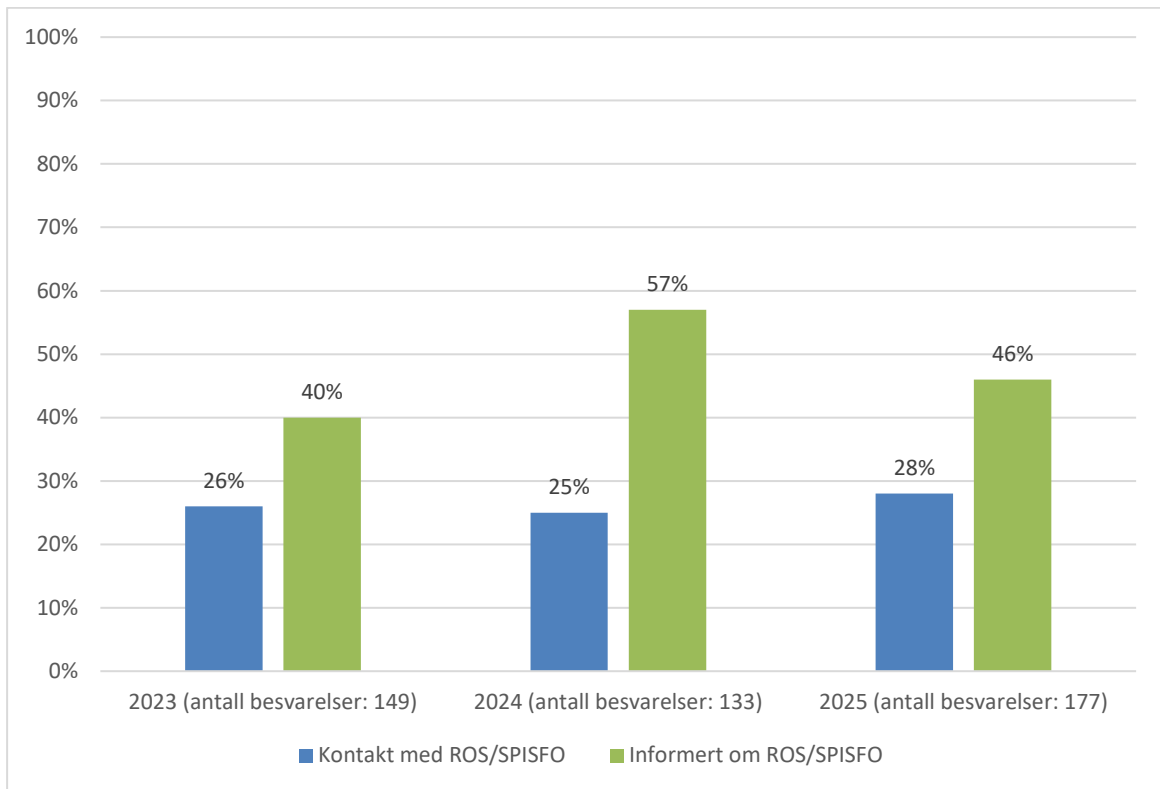


Som en del av nasjonale pasientforløp (pakkeforløp) for psykisk helse og rus, skal det gis informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner. Figurene nedenfor viser andelen pasienter som opplyser å ha fått informasjon om, og som har hatt kontakt med, brukerorganisasjoner (Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) og/eller Spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo)).

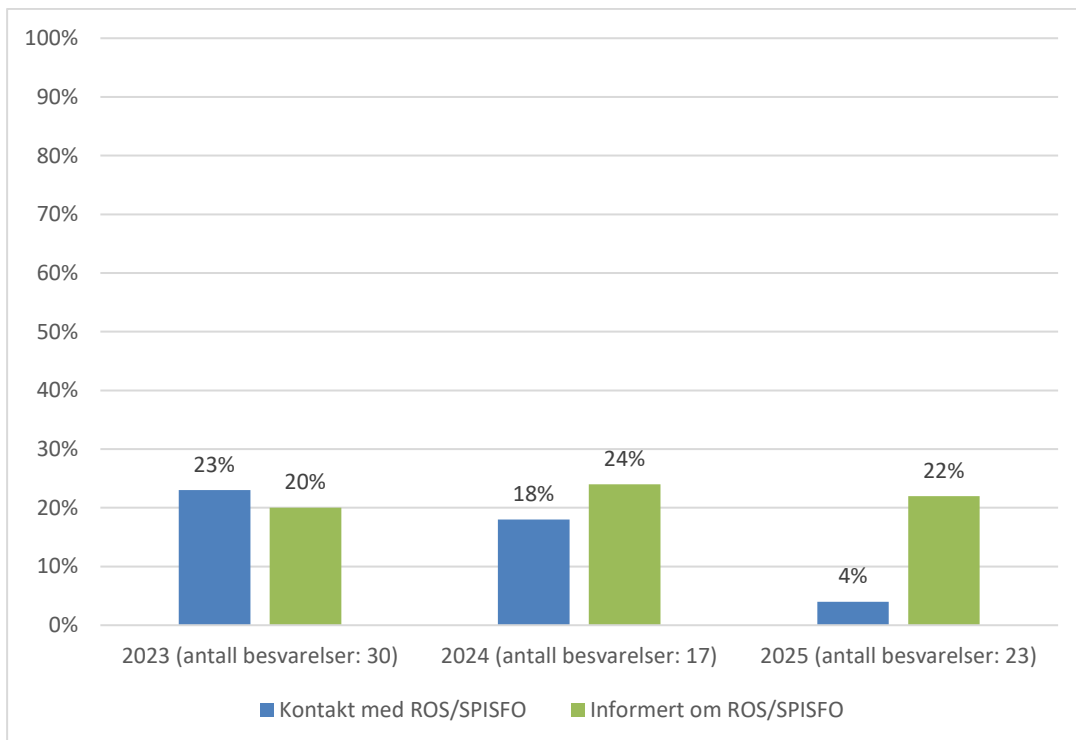
Alle pasienter bør motta informasjon om brukerorganisasjonene. Andelen i diagrammene bør derfor være 100 prosent. Vi ser at dette ikke er tilfelle. Blant voksne er det litt under halvparten som oppgir å ha fått informasjon, mens ca. en femtedel av barn og unge oppgir å ha fått informasjon.

Det kan også diskuteres hva som er tilstrekkelig god informasjon. Ofte kan informasjon ha blitt gitt som et oppslag eller brosjyrer som ligger framme, men enda bedre er det om pasient/foresatte får en brosjyre i hånda fra behandler. Det kan også vurderes å inkludere informasjon om brukerorganisasjonene i for eksempel innkallingsbrev.

Figur 2.20: Prosentandel som har fått informasjon om/hatt kontakt med brukerorganisasjonene – voksne 18 år eller eldre. Totalt antall besvarelser: 459



Figur 2.21: Prosentandel som har fått informasjon om/hatt kontakt med brukerorganisasjonene – barn og unge under 18 år. Totalt antall besvarelser: 70



2.2.2 Resultater fra ettårsoppfølging

Som nevnt innsamles opplysninger ved tre tidspunkter i hvert forløp: Behandlingsstart, behandlingsslutt og ettårsoppfølging.

Ett år etter sluttregistreringen, mottar de registrerte en henvendelse om å besvare spørreskjema (ettårsoppfølging). Henvendelsen sendes pasienter som var 16 år eller eldre ved behandlingsslutt. Svarprosent omtales nærmere i kapittel 4.2.3.

Nedenfor ser vi på resultatene for pasienter som har besvart ettårsoppfølgingen i 2025. Tilhørende behandlingsslutt vil være ett år tidligere, mens tidspunkt for tilhørende behandlingsstart vil variere fra forløp til forløp.

Vi sammenligner hva pasientene har svart ved ettårsoppfølgingen med svarene i startregistreringen, og i sluttregistreringen så framtidig pasienten har besvart skjema ved slutt. Siden flere pasienter mangler en sluttbesvarelse, gjør vi et skille mellom pasienter som har en sluttbesvarelse og pasienter som ikke har det.

Vi bruker alder ved behandlingsstart til å skille mellom barn/unge og voksne. Om en ungdom blir over 18 år i løpet av perioden fra start til oppfølging, vil hen dermed fortsatt regnes som barn/ungdom.

NORSPIS har flere kvalitetsindikatorer som omhandler bedring. Av disse, kan vi belyse tre ved hjelp av oppfølgingsdata:

- Kvalitetsindikator 1: Endring i spiseforstyrrelsessymptomer (tabell 2.2 og 2.3 nedenfor).
- Kvalitetsindikator 2: Endring i funksjon i dagliglivet (tabell 2.4 og 2.5 nedenfor).
- Kvalitetsindikator 4: Pasientvurdert bedring (utfall) av behandlingen (tabell 2.6 og 2.7 nedenfor).

Ut fra resultatene i tabellene er det vanskelig å peke på noen tendens når det gjelder bedring blant barn og unge, siden antallene er så lave. Det som først og fremst kommer fram, er at vi trenger flere data for barn og unge.

For de voksne er resultatene noe blandede. I den første gruppa, der vi har data både ved slutt og oppfølging, ser vi at noe over halvparten har opplevd en bedring i spiseforstyrrelsessymptomer (kvalitetsindikator 1) ved slutt. Andelen er noe lavere på oppfølgingstidspunktet. Ca. to tredjedeler har opplevd en bedring i funksjon/livskvalitet ved behandlingsslutt (kvalitetsindikator 2), som ser ut til å opprettholdes ved oppfølging.

For pasienter som ikke har besvart skjema ved slutt, kan vi naturlig nok ikke si noe om bedring ved slutt, men vi ser at en lavere andel har opplevd bedring på oppfølgingstidspunktet enn i den første gruppa.

Når det gjelder pasientvurdert bedring (kvalitetsindikator 4), ser vi at andelen som har svart «klar bedring» eller «ikke noe problem lenger», går ned fra slutt til oppfølging i den første gruppa. På nytt ser vi at andelen som har opplevd bedring, er lavere på oppfølgingstidspunktet i gruppa der vi ikke har en sluttbesvarelse.

I tillegg til å se på indikator-resultater på oppfølgingstidspunktet, ser vi på bedring av overspising og oppkast, ut fra hva pasientenes svar på utvalgte spørsmål i skjemaet Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) 6.0. På samme måte som for

kvalitetsindikatorene, er antallet barn og unge for lavt til at vi kan peke på noen tendens. Blant de voksne der vi har sluttresultater, ser vi en bedring både for overspising og oppkast fra start til slutt, men noe tendens til symptomforverring igjen på oppfølgingstidspunktet. I gruppa uten sluttresultater, ser vi at en høyere andel overspiser og kaster opp ved start enn i den første gruppa. Vi ser en forbedring i denne gruppa fra start til oppfølging når det gjelder oppkast, men ikke tilsvarende bedring når det gjelder overspising.

Mulige forklaringer på at gruppa uten sluttresultat ser ut til å ha opplevd mindre bedring på oppfølgingstidspunktet, kan være at denne gruppa har vært sykere ved start, at de har hatt mer kompliserte forløp, og at behandlingen kan ha blitt avbrutt.

Med mer data, bør vi på sikt se på om det finnes forskjeller mellom pasientgrupper, for eksempel mellom ulike diagnosegrupper og behandlingsnivå.

Tabell 2.2: Andelen voksne (18 år eller eldre) med bedring i spiseforstyrrelsessymptomer siden behandlingsstart, basert på besvarelse av skjemaet EDE-Q 6.0

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	54 % (50 av 92)	49 % (45 av 92)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	36 % (16 av 44)
Totalt	-	45 % (61 av 136)

Tabell 2.3: Andelen barn og unge (under 18 år) med bedring i spiseforstyrrelsessymptomer siden behandlingsstart, basert på besvarelse av skjemaet EDE-Q 6.0

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	43 % (3 av 7)	43 % (3 av 7)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	< 5
Totalt	-	- ⁷

Tabell 2.4: Andelen voksne (18 år eller eldre) med bedring i funksjon/livskvalitet siden behandlingsstart, basert på besvarelse av skjemaet CIA 3.0

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	66 % (62 av 94)	70 % (66 av 94)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	40 % (18 av 45)
Totalt	-	60 % (84 av 139)

⁷ Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

Tabell 2.5: Andelen barn og unge (under 18 år) med bedring i funksjon/livskvalitet siden behandlingsstart, basert på besvarelse av skjemaet CIA 3.0

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	56 % (5 av 9)	56 % (5 av 9)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	< 5
Totalt	-	- ⁸

Tabell 2.6: Andelen voksne (18 år eller eldre) som rapporterer «Klar bedring» eller «Ikke noe problem lenger»

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	58 % (47 av 81)	43 % (35 av 81)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	34 % (22 av 65)
Totalt	-	39 % (57 av 146)

Tabell 2.7: Andelen barn og unge (under 18 år) som rapporterer «Klar bedring» eller «Ikke noe problem lenger»

	Bedring ved slutt	Bedring ved oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	43 % (3 av 7)	71 % (5 av 7)
Pasienter uten sluttbesvarelse	-	50 % (3 av 6)
Totalt	-	62 % (8 av 13)

Tabell 2.8: Andelen voksne (18 år eller eldre) som i skjemaet EDE-Q 6.0 oppgir minst 1 overspisingsepisode med kontrolltap siste 4 uker

	Start	Slutt	Oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	36 % (31 av 86)	24 % (21 av 86)	27 % (23 av 86)
Pasienter uten sluttbesvarelse	42 % (19 av 45)	-	40 % (18 av 45)
Totalt	38 % (50 av 131)	-	31 % (41 av 131)

⁸ Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

Tabell 2.9: Andelen barn og unge (under 18 år) som i skjemaet EDE-Q 6.0 oppgir minst 1 overspisingsepisode med kontrolltap siste 4 uker

	Start	Slutt	Oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	25 % (2 av 8)	25 % (2 av 8)	38 % (3 av 8)
Pasienter uten sluttbesvarelse	< 5	-	< 5
Totalt	- ⁹	-	- ¹⁰

Tabell 2.10: Andelen voksne (18 år eller eldre) som i skjemaet EDE-Q 6.0 oppgir minst 1 oppkastepisode siste 4 uker

	Start	Slutt	Oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	41 % (36 av 88)	21 % (18 av 88)	32 % (28 av 88)
Pasienter uten sluttbesvarelse	54 % (22 av 41)	-	39 % (16 av 41)
Totalt	45 % (58 av 129)	-	34 % (44 av 129)

Tabell 2.11: Andelen barn og unge (under 18 år) som i skjemaet EDE-Q 6.0 oppgir minst 1 oppkastepisode siste 4 uker

	Start	Slutt	Oppfølging
Pasienter med sluttbesvarelse	25 % (2 av 8)	38 % (3 av 8)	25 % (2 av 8)
Pasienter uten sluttbesvarelse	< 5	-	< 5
Totalt	- ¹¹	-	- ¹²

2.2.3 Behandling på oppfølgingstidspunktet

Tabellen nedenfor viser prosentandelen av pasientene som ett år etter sluttregistreringen, opplyser at de er i behandling for en spiseforstyrrelse. Vi ser at andelen er høyere blant barn og unge enn blant voksne.

Siden sluttregistrering kan være del av en lengre behandlingsskjede, vet vi ikke om pasienten har vært i kontinuerlig behandling siden sluttregistreringen, eller om behandlingen har vært avsluttet og deretter startet på nytt.

⁹ Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

¹⁰ Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

¹¹ Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

¹² Oppgis ikke på grunn av lavt antall pasienter uten sluttbesvarelse.

Tabell 2.12: Andel som ett år etter sluttregistreringen svarer Ja på spørsmålet: Er du i dag i behandling for spiseforstyrrelse?

	I behandling
Voksne - 18 år eller eldre	29 % (42 av 146)
Barn og unge - under 18 år	39 % (5 av 13)

2.3 Andre analyser

2.3.1 Sosiodemografiske karakteristika

Tabell 2.13 og 2.14 viser sosiodemografiske karakteristika ved pasientene. Kjønn og alder beregnes ut fra pasientens fødselsnummer. Opplysninger om familie, utdanning, arbeid og inntektskilde er selvrapportert for pasienter fra og med 18 år. Pasienter under 18 år får ikke disse spørsmålene.

Det store flertallet av pasientene i registeret er kvinner. Dette ser foreløpig ikke ut til å endre seg. Heller ikke i alderssammensetning er det noen store endringer. Ca. 50 prosent av pasientene er mellom 15 og 25 år. Relativt få er under 15 eller over 50 år.

Av pasientene over 18 år, er 65 prosent enslige, mens ca. 30 prosent bor alene. Ca. en femtedel har egne barn. Omtrent halvparten har høyere utdanning. Ca. 40 prosent oppgir at de er i arbeid, mens ca. 30 prosent oppgir at de ikke er i arbeid. Ca. en tredjedel oppgir arbeidsinntekt som hovedinntekt. Ca. en tredjedel oppgir sykepenger/trygd/pensjon eller sosialhjelp.

Tabell 2.13: Sosiodemografiske opplysninger ved start i behandling – barn og unge (under 18 år). Prosentvis fordeling.

		2023-2024 (Totalt antall=117)	2025 (Totalt antall=141)
Kjønn	Kvinne	97 %	98 %
	Mann	3 %	2 %
Alder	<15]	54 %	54%
	[15-18]	46 %	46 %

Tabell 2.14: Sosiodemografiske opplysninger ved start i behandling – voksne (18 år eller eldre). Prosentvis fordeling.

		2023-2024 (Totalt antall=643)	2025 (Totalt antall=490)
Kjønn	Kvinne	96 %	95 %
	Mann	4 %	5 %
Alder	(18-20]	26 %	26 %
	(20-25]	22 %	27 %
	(25-30]	16 %	16 %
	(30-40]	20 %	19 %
	(40-50]	10 %	6 %
	50+	6 %	6 %
Sivilstatus	Enslig	63 %	65 %
	Samboer	18 %	16 %
	Gift	15 %	9 %
	Skilt	2 %	3 %
	Enke/enkemann	0 %	1 %
	Annen	1 %	0 %
	Ikke registrert	1 %	6 %
Bostatus	Bor alene	28 %	31 %
	Bor med noen	69 %	60 %
	Bor på institusjon	1 %	2 %
	Ukjent	1 %	7 %
Egne barn	0	74 %	76 %
	1+	25 %	18 %
	Ikke registrert	1 %	6 %
Utdanning	Ingen utdanning	1 %	1 %
	Grunnskole	10 %	8 %
	Videregående	40 %	42 %
	Universitet/høgskole (mindre enn 4 år)	31 %	27 %
	Universitet/høgskole (4 år eller mer)	17 %	16 %
	Ukjent	1 %	6 %
Arbeidsstatus	I arbeid	45 %	42 %
	Ikke i arbeid	31 %	29 %
	Alderspensjon	0 %	0 %
	Under utdanning/ studerer	22 %	23 %
	Ukjent	2 %	6 %
Hovedinntekt	Arbeidsinntekt	35 %	32 %
	Sykepenger/trygd/ pensjon	34 %	30 %
	Blir forsørget	10 %	8 %
	Sosialhjelp	2 %	2 %

		2023-2024 (Totalt antall=643)	2025 (Totalt antall=490)
	Stipend/lån	13 %	15 %
	Kursstønad/lønn i arbeidsmarkedstiltak	1 %	1 %
	Andre inntekter	3 %	6 %
	Ukjent	2 %	6 %

2.3.2 Negative hendelser og risikoatferd

De to neste tabellene viser pasientenes svar på spørsmål om de har opplevd negative livshendelser (fysisk mishandling, psykisk mishandling, misbruk/overgrep og/eller mobbing), selvskading, selvmordsforsøk eller er avhengig av rusmidler. Andelene i tabellene er beregnet som antall ja-svar av pasientene som har besvart. Vi kan merke oss at flere av pasientene lar være å svare på disse spørsmålene.

Både blant voksne og barn/unge er det mange som har opplevd negative hendelser. Blant voksne er det i 2025 en høyere andel som har opplevd psykisk mishandling og mobbing enn de to foregående årene. Andelen barn og unge som har opplevd negative hendelser er generelt lavere, men likevel ser vi en økning for alle typer negative hendelser med unntak av fysisk mishandling. Spesielt mobbing har økt kraftig.

Det er en høyere andel barn/unge enn voksne som har selvskadet siste år. Blant barn/unge er dette ca. 40 prosent, sammenlignet med ca. en fjerdedel blant voksne. Samtidig har andelen barn/unge som har selvskadet siste år, gått litt ned sammenlignet med tidligere. Både blant barn/unge og voksne, opplyser så mange som ca. halvparten at de har selvskadet for mer enn ett år siden.

Blant barn/unge kan det se ut til å være en nedgang i andelen som har prøvd å ta sitt eget liv det siste året. En høyere andel barn/unge enn voksne opplyser at de har prøvd å ta sitt eget liv det siste året, men en høyere andel voksne har prøvd å ta sitt eget liv for mer enn ett år siden.

Svært få pasienter oppgir å være avhengig av rusmidler eller medikamenter.

Tabell 2.15: Prosentandel av voksne som har svart ja på spørsmål om negative hendelser, selvskading, selvmordsforsøk og rus ved start i behandling.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser varierer mellom 620 og 635)	2025 (Totalt antall besvarelser varierer mellom 451 og 458)
Fysisk mishandling	25 %	23 %
Psykisk mishandling	36 %	43 %
Misbruk/overgrep	31 %	30 %
Mobbing	42 %	47 %
Selvskading (>1 år siden)	48 %	53 %
Selvskading siste år	24 %	26 %
Selvmordsforsøk (>1 år siden)	21 %	25 %
Selvmordsforsøk siste år	6 %	5 %
Misbruk/avhengighet rusmidler/medikamenter	4 %	4 %

Tabell 2.16: Prosentandel av barn og unge som har svart ja på spørsmål om negative hendelser, selvskading, selvmordsforsøk og rus ved start i behandling.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser varierer mellom 102 og 105)	2025 (Totalt antall besvarelser varierer mellom 105 og 109)
Fysisk mishandling	10 %	8 %
Psykisk mishandling	16 %	23 %
Misbruk/overgrep	6 %	12 %
Mobbing	24 %	43 %
Selvskading (>1 år siden)	42 %	48 %
Selvskading siste år	44 %	40 %
Selvmordsforsøk (>1 år siden)	14 %	13 %
Selvmordsforsøk siste år	14 %	9 %
Misbruk/avhengighet rusmidler/medikamenter	- 13	- 14

¹³ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

¹⁴ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

2.3.3 Spiseforstyrrelsesdiagnose

De to neste tabellene viser fordeling på spiseforstyrrelsesdiagnose. Blant barn og unge er det ca. 80 prosent av pasientene i NORSPIS som har anoreksi eller atypisk anoreksi. Dette er noe lavere enn tidligere år. Samtidig ser vi at flere barn og unge i registeret har en uspesifisert spiseforstyrrelse enn tidligere.

Blant voksne er fordelingen mer sammensatt. Godt over halvparten har diagnosen anoreksi eller atypisk anoreksi her også. I tillegg kommer bulimi, med en femtedel, og andre spesifiserte eller uspesifisert spiseforstyrrelser, med til sammen ca. en femtedel. De to sistnevnte diagnosene dreier seg sannsynligvis i høy grad om overspisingslidelse.

Tabell 2.17: Prosentvis fordeling på spiseforstyrrelsesdiagnose hos voksne (18 år eller eldre)

Diagnose (ICD-10)	2023-2024 (Totalt antall=552)	2025 (Totalt antall=328)
F50.0 Anorexia nervosa	39 %	30 %
F50.1 Atypisk anorexia nervosa	19 %	26 %
F50.2 Bulimia nervosa	16 %	15 %
F50.3 Atypisk bulimia nervosa	4 %	5 %
F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser	14 %	13 %
F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse	8 %	11 %

Tabell 2.18: Prosentvis fordeling på spiseforstyrrelsesdiagnose hos barn og unge (under 18 år)

Diagnose (ICD-10)	2023-2024 (Totalt antall=96)	2025 (Totalt antall=66)
F50.0 Anorexia nervosa	61 %	52 %
F50.1 Atypisk anorexia nervosa	34 %	29 %
F50.2 Bulimia nervosa	- 15	- 16
F50.3 Atypisk bulimia nervosa	- 17	- 18
F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser	- 19	- 20
F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse	- 21	14 %

¹⁵ Oppgis ikke på grunn av lavt antall

¹⁶ Oppgis ikke på grunn av lavt antall

¹⁷ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

¹⁸ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

¹⁹ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

²⁰ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

²¹ Oppgis ikke på grunn av lavt antall.

2.3.4 Målt kroppsmasseindeks (BMI)

De fire neste tabellene viser oversikter over pasientenes BMI ved oppstart og avslutning av behandling, beregnet på grunnlag av vekt og høyde oppgitt av behandler og delt inn i kategorier. Iso-BMI-verdier basert på Bergen Growth Study gir alders- og kjønnsjusterte BMI-verdier for barn og unge (opp til ca. 19 år). Vær oppmerksom på at de fire laveste BMI-kategoriene er smalere (2,5 BMI-poeng) enn de to neste (5 BMI-poeng).

Tabellene ved slutt viser ikke de samme pasientene som tabellene ved start, med mindre pasientene både har startet og avsluttet behandling i det aktuelle rapporteringsåret.

Ved behandlingsstart har de fleste barn/unge en BMI på mellom 15 og 25. De voksne fordeler seg over flere kategorier, noe som kan gjenspeile en mer blandet diagnosegruppe og samtidig en lavere BMI blant anoreksi-pasientene.

Ca. 70 prosent blant barn/unge med behandlingsslutt i 2025, hadde en BMI på minst 20 ved slutt. Samtidig er det noen som fortsatt har en BMI på under 17,5.

BMI blant voksne fordeler seg i større grad over flere kategorier, også ved slutt. Som nevnt er dette naturlig, siden det blant voksne i registeret er en høyere andel pasienter med bulimi og overspisingslidelse. På den andre siden ser det ut til at de voksne anoreksi-pasientene – som vi har sett i kvalitetsindikator 3 – i mindre grad får redusert sin undervekt i løpet av behandlingen.

Tabell 2.19: Behandlerrapportert BMI ved start i behandling. Prosentvis fordeling. Voksne (18 år eller eldre)

BMI -kategorier ved start - voksne	2023-2024 (Totalt antall=632)	2025 (Totalt antall=490)
(10-12.5]	1 %	2 %
(12.5-15]	8 %	8 %
(15-17.5]	28 %	20 %
(17.5-20]	22 %	25 %
(20-25]	21 %	26 %
(25-30]	6 %	6 %
>30	14 %	13 %

Tabell 2.20: Behandlerrapportert BMI ved slutt i behandling. Prosentvis fordeling. Voksne (18 år eller eldre)

BMI-kategorier ved slutt - voksne	2023-2024 (Totalt antall=543)	2025 (Totalt antall=320)
(10-12.5]	0	0
(12.5-15]	2 %	3 %
(15-17.5]	14 %	12 %
(17.5-20]	25 %	28 %
(20-25]	33 %	34 %
(25-30]	8 %	9 %
>30	18 %	14 %

Tabell 2.21: Behandlerrapportert BMI ved start. Prosentvis fordeling. Barn og unge (under 18 år)

BMI-kategorier ved start – barn og unge	2023-2024 (Totalt antall=114)	2025 (Totalt antall=141)
(10-12.5]	0 %	0 %
(12.5-15]	4 %	1 %
(15-17.5]	24 %	18 %
(17.5-20]	30 %	31 %
(20-25]	42 %	46 %
(25-30]	0 %	4 %
>30	0 %	0 %

Tabell 2.22: Behandlerrapportert BMI ved slutt. Prosentvis fordeling. Barn og unge (under 18 år)

BMI-kategorier ved slutt – barn og unge	2023-2024 (Totalt antall=95)	2025 (Totalt antall=67)
(10-12.5]	0 %	0 %
(12.5-15]	2 %	0 %
(15-17.5]	6 %	10 %
(17.5-20]	27 %	18 %
(20-25]	65 %	67 %
(25-30]	0 %	5 %
>30	0 %	0 %

2.3.5 Psykofarmakologisk behandling

De neste fire tabellene viser psykofarmakologisk behandling ved start og slutt av forløpet. På samme måten som for BMI, kan vi merke oss at tabellene ved slutt ikke viser de samme pasientene som ved start, med mindre pasientene både har startet og avsluttet behandling i det aktuelle rapporteringsåret.

I 2025 er det litt over 20 prosent av barn og unge som mottar psykofarmakologisk behandling ved behandlingsstart. Andelen er omtrent den samme som tidligere år. Ved behandlingsslutt er tallet litt under 20 prosent, som er en nedgang sammenlignet med tidligere år.

Blant de voksne, på samme måte som i tidligere årsrapporter, er bruken av psykofarmaka større enn blant barn/unge. Det kan også se ut som det er en liten økning i 2025, sammenlignet med tidligere år.

Antidepressiva er det medikamentet som brukes mest blant voksne, både ved start og slutt. Blant barn/unge er annen medikamentell behandling det som brukes mest ved start, og antidepressiva ved slutt.

Tabell 2.23: Prosentandel voksne (18 år eller eldre) som mottar medikamentell behandling ved start. Behandlerrapportert.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser: 637)	2025 (Totalt antall besvarelser: 489)
Psykofarmakologisk behandling	39 %	42 %
Antidepressiva	25 %	26 %
Benzodiazepiner	5 %	8 %
Nevroleptika	8 %	9 %
Annen medikamentell behandling	15 %	15 %

Tabell 2.24: Prosentandel voksne (18 år eller eldre) som mottar medikamentell behandling ved slutt. Behandlerrapportert.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser: 555)	2025 (Totalt antall besvarelser: 332)
Psykofarmakologisk behandling	45 %	45 %
Antidepressiva	34 %	27 %
Benzodiazepiner	5 %	6 %
Nevroleptika	12 %	11 %
Annen medikamentell behandling	13 %	16 %

Tabell 2.25: Prosentandel barn og unge (under 18 år) som mottar medikamentell behandling ved start. Behandlerrapportert.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser: 113)	2025 (Totalt antall besvarelser: 141)
Psykofarmakologisk behandling	23 %	22 %
Antidepressiva	16 %	8 %
Benzodiazepiner	0 %	0 %
Nevroleptika	4 %	- ²²
Annen medikamentell behandling	- ²³	12 %

²² Oppgis ikke pga. lavt antall.

²³ Oppgis ikke pga. lavt antall.

Tabell 2.26: Prosentandel barn og unge (under 18 år) som mottar medikamentell behandling ved slutt. Behandlerrapportert.

	2023-2024 (Totalt antall besvarelser: 97)	2025 (Totalt antall besvarelser: 68)
Psykofarmakologisk behandling	33 %	19 %
Antidepressiva	24 %	12 %
Benzodiazepiner	- ²⁴	0 %
Nevroleptika	9 %	9 %
Annen medikamentell behandling	5 %	- ²⁵

2.3.6 Tvungent psykisk helsevern

Etter gitte vilkår kan det fattes vedtak om tvungent psykisk helsevern. I NORSPIS registreres det om pasienten har vært underlagt tvungent psykisk helsevern, og i så fall om det har vært fattet vedtak om tvungen ernæring. Vedtak om tvungent psykisk helsevern er aktuelt kun for pasienter som er 16 år eller eldre.

Tvang registreres som en del av sluttregistreringen. Med mindre sluttregistrering foreligger, kan vi dermed ikke si noe sikkert om hvor mange pasienter på tvang som er i registeret.

Siden vi ikke har hatt med opplysninger om tvang i de siste årsrapportene, tar vi med informasjon tilbake til 2022.

Tabell 2.27 viser andelen pasienter under tvungent psykisk helsevern i NORSPIS, mens tabell 2.28 viser fordeling på paragraf. Tabell 2.29 viser vedtak om tvungen ernæring blant pasientene under tvungent psykisk helsevern i NORSPIS.

Ut fra tabell 2.27 kan se ut som det er en synkende tendens for bruk av tvang blant pasientene som er registrert i NORSPIS. Vi understreker at på grunn av lav dekningsgrad og lave antall i NORSPIS, vet vi ikke om disse tallene er representative for bruk av tvang i den norske spesialisthelsetjenesten.

Tabell 2.27: Tvungent psykisk helsevern i perioden 2022-2025, fordelt på år

År	Prosentandel over 16 år der har vært fattet vedtak om tvungent psykisk helsevern etter § 3-2 eller 3-3
2022	7 % (21 av 322)
2023	6 % (19 av 324)
2024	5 % (14 av 273)
2025	3 % (12 av 363)

²⁴ Oppgis ikke pga. lavt antall.

²⁵ Oppgis ikke pga. lavt antall.

Tabell 2.28: Paragraf for bruk av tvungent psykisk helsevern i perioden 2022-2025

	Prosentandel over 16 år der har vært fattet vedtak om tvang
§ 3-2 Tvungen observasjon	1 % (13 av 1282)
§ 3-3 Tvungent psykisk helsevern	4 % (53 av 1282)

Tabell 2.29: Tvungen ernæring blant pasienter under tvungent psykisk helsevern.

Antall ubesvarte: 5

År	Tvungen ernæring etter § 4-4
2022	56 % (10 av 18)
2023	65 % (11 av 17)
2024	57 % (8 av 14)
2025	42 % (5 av 12)

DEL 2

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	<p>Spiseforstyrrelser er alvorlige lidelser, som kan føre til sterkt nedsatt livskvalitet for pasienten (Jenkins et al., 2011). Familie og pårørende kan bli sterkt berørt (Anastasiadou et al., 2014). Det kan forekomme alvorlige somatiske komplikasjoner og økt dødelighet (Arcelus et al., 2011, Smink et al., 2012). Spiseforstyrrelser anses generelt som vanskelige og kostnadskrevenne å behandle. Det er utfordrende å skaffe kunnskap om behandlingstilbudet og hvor godt behandlingen virker. For mange pasienter kan behandlingsløpene være lange og kompliserte, med innleggelse i døgnavdeling og behandling i poliklinikk eller dagtilbud, og med pasienter som faller ut av sitt behandlingsopplegg. NORSPIS skal bidra med å gi mer kunnskap om pasientene, ved å kunne følge dem over tid, og undersøke hvilken behandling de får i spesialisthelsetjenesten. Denne kunnskapen skal behandlingseenhetene kunne bruke for å evaluere egen virksomhet og forbedre helsetjenesten.</p>
Type register	Diagnoseregister
Årstall etablert	2015
Årstall nasjonal godkjenning	2015
Årstall for start av datainnsamling	2017
Registerets formål	<p>Registeret har som mål å øke kvalitet på behandlingen av pasienter med spiseforstyrrelser gjennom å:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bidra til å utvikle, forbedre og kvalitetssikre utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging. • Evaluere dagens behandlingsstruktur og forskjeller i organiseringen av behandlingstilbudet. • Dokumentere behandlingsresultat og varighet. • Avklare om Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser følges med tanke på hvilke utredningsverktøy som brukes. • Gi den enkelte behandlende enhet mulighet til å evaluere sin kliniske virksomhet. • Bidra til økt kunnskap om spiseforstyrrelser og behandlingen av disse tilstandene. • Danne grunnlag for forskning.
Analyser som belyser registerets formål	I årsrapporten publiseres det analyser på til sammen ti kvalitetsindikatorer, både resultatindikatorer og prosessindikatorer. Gitt et tilstrekkelig høyt antall pasienter/forløp, vises indikatorene på enhetsnivå.

Juridisk hjemmelsgrunnlag	Personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e (allmenn interesse) og Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. Forskriften gir nødvendig supplerende rettsgrunnlag i samsvar med artikkel 6 nr. 1 bokstav e, jf. nr. 3, og unntak fra forbudet mot behandling av helseopplysninger i samsvar med artikkel 9 nr. 2 bokstav j. Registeret gikk over fra samtykke til reservasjon i juni 2025.
Databehandler	Hoved-databehandler er Norsk helsenett. Helse Nord IKT er underleverandør til Norsk helsenett. I tillegg er det nasjonale servicemiljøet databehandler, ved å lage statistikk og analyser til årsrapporten, sykehusveiviseren og Rapporteket, samt deler av datagrunnlaget som inngår i dekningsgradsanalysen for NORSPIS.
Databehandlingsansvarlig	Nordlandssykehuset HF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	Faglig leder: Stillingen er midlertidig ubesatt Registerkoordinator: Lisbeth Sæterstad Rådgiver: Mona Lyngmo Kontaktinformasjon: E-post: norspis@nordlandssykehuset.no Nettside: norspis.no
Fagrådets medlemmer	Fagrådsleder: <ul style="list-style-type: none"> • Øyvind Rø, Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP), Oslo universitetssykehus HF Brukerrepresentanter: <ul style="list-style-type: none"> • Marianne Clementine Håheim, Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS) • Silje Sønsterud Olsen, Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO), til og med 9. november 2025 • Elin Amor Olsen, Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO), fra og med 10. november 2025 Representanter for barne- og ungdomspsykiatrien: <ul style="list-style-type: none"> • Helse Sør-Øst: Liv Ristvedt, BUPA Intensivseksjonen, Sykehuset i Vestfold HF • Helse Vest: Gyri Hege Vorren, BUP Fana, Helse Bergen • Helse Midt-Norge: Sylvi Norang Haugnes, BUP Sykehuset Levanger • Helse Nord: Vibeke Stalsberg, Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RSS), Universitetssykehuset Nord-Norge HF Representanter for voksenpsykiatrien: <ul style="list-style-type: none"> • Helse Sør-Øst: Øyvind Rø, Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP), Oslo universitetssykehus HF • Helse Vest: Yngvild Sørebo Danielsen, Regional avdeling spiseforstyrrelser, Helse Bergen • Helse Midt-Norge: Birgitte Iversen, Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) • Helse Nord: Kathrine Rasch Moyo, Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RESSP), Nordlandssykehuset HF Representant for private sykehus: <ul style="list-style-type: none"> • KariAnne Vrabel, Modum Bad, til og med april 2025 • Linn Christina Ek, Modum Bad, fra og med mai 2025

	<p>Uavhengig fagrepresentant medisin</p> <ul style="list-style-type: none"> Stein Frostad, Forskningsavdelingen, Divisjon for psykisk helsevern, Helse Bergen
Aktivitet i fagrådet	<p>Det var til sammen seks møter i fagrådet i 2025, to fysiske heldagsmøter og fire digitale møter. Fagrådet behandlet blant annet statusrapport og videre plan for økt dekningsgrad; problemstillinger i forbindelse med tilslutningsarbeid; årsrapporten; søknad om datautlevering til et forskningsprosjekt; avklaringer i forbindelse med CheckWare-importløsningen og reservasjonsløsningen; og problemstillinger i forbindelse med overlapp med forskningsprosjekter.</p>
Inklusjonskriterier	<p>Pasienter med diagnosen spiseforstyrrelse som mottar utredning/behandling i psykisk helsevern. Følgende diagnoser omfattes:</p> <ul style="list-style-type: none"> F50.0 Anorexia nervosa F50.1 Atypisk anorexia nervosa F50.2 Bulimia nervosa F50.3 Atypisk bulimia nervosa F50.4 Overspising forbundet med andre psykiske lidelser F50.5 Oppkast forbundet med andre psykiske lidelser F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse
Metode for datafangst	<p>NORSPIS samler inn data ved start, slutt og ett år etter avsluttet behandling (oppfølgingsregistrering). En pasient kan ha flere behandlingsforløp.</p> <ul style="list-style-type: none"> Startregistrering (siden 2017): Består av symptomkartleggingsskjema (PROM) og bakgrunnsspørsmål, som besvares av pasienten, og medisinske opplysninger, som besvares av behandler. Innrapporteres fra den enkelte behandlingseenheten. Sluttregistrering (siden 2017): Består av kartleggingsskjema (PROM) og evaluering (PREM) fra pasienten, og medisinske opplysninger, diagnose og behandlingsopplysninger fra behandleren. Innrapporteres fra den enkelte behandlingseenheten. Oppfølgingsregistrering (siden 2021): Kartleggingsskjema (PROM), evaluering (PREM) og bakgrunnsspørsmål innhentes direkte fra pasienten.
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	<p>NORSPIS har OpenQReg som teknisk plattform siden oppstart av innrapportering i 2017. I desember 2023 ble NORSPIS i stand til å ta imot start- og sluttregistreringer fra CheckWare. I oktober 2021 innførte NORSPIS ettårsoppfølging, som skjer ett år etter behandlingsslutt. Ved ettårsoppfølging skjer utsending og besvarelse i den nasjonale ePROM-løsningen. Pasienten får da en henvendelse via Helsenorge med spørsmål om å besvare spørreskjema.</p>

Metadata	Metadata ble publisert på helsedata.no i mai 2026.
Innsynsløsning	Registeret har laget innsyns-beskrivelser, og er i skrivende stund i gang med å teste innsynsløsningen i samarbeid med Helse Nord IKT.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	Antall registreringer i NORSPIS i 2025: <ul style="list-style-type: none"> • Startregistreringer: 631 • Sluttregistreringer: 401 • Oppfølgingsregistreringer: 274 er sendt ut, hvorav 159 er besvart.
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	<ul style="list-style-type: none"> • Startregistreringer: 3133 (i tillegg kommer 91 registreringer av den nå utgåtte registreringstypen <i>utredning</i>) • Sluttregistreringer: 2198 (i tillegg kommer 54 registreringer av den nå utgåtte registreringstypen <i>avbrudd</i>) • Oppfølgingsregistreringer: 1264 er sendt ut, hvorav 656 er besvart.
Stadium og nivå	2 C

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Tabell 4.1 viser en oversikt over antall registreringer av type start, slutt og oppfølging ved de innregistrerende behandlingseenhetene i NORSPIS i 2025.

Ti nye behandlingseenheter har begynt å registrere i NORSPIS. Antallet startregistreringer har gått opp fra 348 i 2024 til 631 i 2025.

Det er først og fremst regionale og spesialiserte enheter som registrerer i NORSPIS, men også enkelte allmennpsykiatriske enheter. Vi oppgir ikke hver enkelt allmenn-enhet som ikke rapporterer.

Kolonnen for oppfølgingsregistreringer viser antallet besvarte oppfølgingshenvendelser. Av de 274 henvendelsene registrert har sendt ut om å besvare oppfølgingsskjema i 2025, er 159 besvart av pasienten. Responsrate er nærmere omtalt senere i kapitlet.

Tabell 4.1: Antall registreringer i NORSPIS i 2025, per enhet og totalt

Status rapportering	Helseforetak	Behandlingsenhet	BU/V	Start	Slutt	Oppfølging (1 år etter slutt)
Spesialiserte enheter som leverte data i 2025	Akershus universitetssykehus	EFS Spes.Døgn	V	14	12	13
		EFS Spes.Pol.	V	9	8	9
	Capio	Spes.Døgn	BU	23	16	10
	Helse Bergen	Regionalt senter	V	18	6	9
	Helse Nord-Trøndelag	MHOBY ²⁶	V	0	15	4
		Regionalt senter	V	31	28	14
	Modum Bad (NY)	Avdeling for spiseforstyrrelser	BU	5	4	0
		Avdeling for spiseforstyrrelser	V	54	24	0
	Nordlands-sykehuset	Regionalt senter	V	25	19	3
		Spes.Pol.	BU	1	1	0
	Oslo universitetssykehus	Regionalt senter	BU	41	26	1
		Regionalt senter	V	90	54	22
		Spes.Pol.	V	17	26	5
	Sykehuset Innlandet	Spes.Døgn.	V	12	7	7
	Sykehuset i Vestfold	Spis.Pol.	V	110	84	28
		Spes.Pol/Dag (NY)	BU	4	0	0
	Sykehuset Østfold	Spes.Døgn	BU	9	2	0
		Spes. Enhet	V	9	0	0
Sørlandet sykehus	Spes.Dag	V	4	0	0	

²⁶ Tilbudet ble avvirket i desember 2025.

Status rapportering	Helseforetak	Behandlingsenhet	BU/V	Start	Slutt	Oppfølging (1 år etter slutt)
	Sykehuset Telemark	Spes.Pol.	BU	17	2	0
	St. Olavs Hospital	Spes.Pol.	V	62	49	30
	Universitets-sykehuset i Nord-Norge	Regionalt senter	BU	16	16	2
Spesialiserte enheter som ikke leverte data i 2025	Akershus universitets-sykehus	Ungdomspsykiatrisk klinikk	BU			
	Helse Bergen	BUP Fana	BU			
		BUP Sentrum	BU			
		BUP Åsane	BU			
	Sykehuset Innlandet	BUP Innlandet, Kringsjåtunet	BU			
	Sørlandet sykehus	ABUP Arendal	BU			
		ABUP Kristiansand	BU			
	St. Olavs Hospital	BUP Øya	BU			
BUP Lian		BU				
Helse Stavanger	Enhet for spiseforstyrrelser	V				
Allmenne enheter som leverte data i 2025	Diakonhjemmet (NY)	Allm.Pol.	V	3	0	0
	Helse Nord-Trøndelag	Klinikk for psykisk helsevern og rus (NY)	V	2	0	0
	NKS Jæren DPS	NKS Jæren DPS	V	4	1	1
	Sykehuset Innlandet	Allm.Pol. Gjøvik (Gjøvik) (NY)	BU	6	1	0
		Allm.Pol. Gjøvik (Hadeland) (NY)	BU	1	0	0
		Allm.Pol. Hamar (NY)	BU	10	0	0
		Allm.Pol. Lillehammer	BU	5	0	0
	Sykehuset Telemark	Allm.Pol. (NY)	V	7	0	0
	Sykehuset Østfold	DPS Fredrikstad (NY)	V	16	0	0
	Sørlandet sykehus	Midtre Agder DPS (NY)	V	6	0	0
Vestre Agder DPS		V	0	0	1	
Totalt				631	401	159 (av 274)

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

4.2.1.1 Metode for beregning av dekningsgrad – Norsk pasientregister (NPR)

Norsk pasientregister (NPR) gjør en dekningsgradsanalyse annethvert år, der data fra NORSPIS sammenstilles med data fra NPR på individnivå.

I analysen inkluderes i utgangspunktet kun pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose i NPR. Finnes pasienten i NORSPIS, og samtidig i NPR med spiseforstyrrelse som bidiagnose, godtas også spiseforstyrrelse som bidiagnose.

Dekningsgraden i NORSPIS beregnes for tre forskjellige datagrunnlag:

1. Enheter som rapporterte til NORSPIS.
2. Regionale enheter, spesialpoliklinikker og øvrige enheter med et tilpasset behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser, uavhengig av om de har startet rapporteringen eller ikke.
3. Alle enheter i spesialisthelsetjenesten som har behandlet pasienter med spiseforstyrrelser. Dekningsgraden beregnes på virksomhetsnivå (helseforetak, private ideelle og kommersielle institusjoner).

Formel for beregning av dekningsgrad (DG) i NORSPIS:

$$DG \text{ NorSpis} = \frac{\text{kun NorSpis} + \text{begge registre}}{\text{kun NorSpis} + \text{kun NPR} + \text{begge registre}}$$

Ved kobling av NORSPIS-data med NPR-data, består dataenhetene av unike kombinasjoner av pseudonymt fødselsnummer og behandlingsenhet. Dette innebærer at om en pasient har hatt flere behandlingsoppstarter ved samme helseforetak i aktuell periode, vil pasienten telles kun én gang. Om en pasient har hatt behandlingsoppstarter ved forskjellige helseforetak i aktuell periode, vil pasienten telles ved hvert helseforetak.

Det er en utfordring at det ikke alltid er samsvar mellom enhetsnivå i NORSPIS og NPR. I flere tilfeller må det i analysen brukes et høyere enhetsnivå i NPR enn i NORSPIS. Dette kan påvirke analysene som bruker datagrunnlag 1. og 2. For eksempel: En spesialisert enhet ved et distriktpsykiatrisk senter (DPS) rapporterer til NORSPIS, mens resten av DPS-et ikke gjør det. Hvis dekningsgradsanalysen må bruke antall pasienter ved hele DPS-et, vil dekningsgraden for den spesialiserte enheten bli lavere. En annen utfordring er at NPR-tallene kan omfatte pasientkontakt som ikke resulterer i behandling.

4.2.1.2 Metode for beregning av dekningsgrad – midlertidig redusert målgruppe

NORSPIS har i en begrenset periode fått adgang til å konsentrere tilslutningsarbeidet om en mindre målgruppe, som består av spesialiserte enheter og store allmennpsykiatriske enheter.

Vi har ikke fått beregnet dekningsgraden av NPR for 2025, men vi har mottatt et datauttrekk fra NPR som vi har brukt som grunnlag for å definere den reduserte målgruppa. Selv med disse dataene tilgjengelig, er det utfordrende å få oversikt over organiseringen ved de forskjellige helseforetakene. Det er heller ikke gitt at vi klarer å skille mellom hva som er

behandlingsenheter for voksne og barn/unge.

Vi har beregnet en redusert målgruppe på følgende måte:

1. Datauttrekket inneholder totalt 3647 pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose og oppstart av behandling i 2024²⁷.
2. Ved å sette en nedre grense for inklusjon på 20 pasienter i voksen-enhetene og 15 i enheter for barn og unge, kommer vi fram til en målgruppe på totalt 2319 pasienter, som utgjør vel 60 prosent av den totale målgruppa.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

Tabell 4.2 viser registerets beregning av nasjonal dekningsgrad i 2025, beregnet som andel av både den totale og den reduserte målgruppa.

Tabell 4.2: Dekningsgrad i 2025 – beregnet av registeret

Dekningsgrad	2025
Nasjonal dekningsgrad – hele målgruppa	17 % (631 av 3647) ²⁸
Nasjonal dekningsgrad – redusert målgruppe	27 % (631 av 2319)

I tillegg har vi fra de innrapporterende behandlingsenhetene bedt om å få oppgitt antallet pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose som startet i behandling i 2025, og har sammenlignet dette tallet mot antallet pasienter som er innrapportert i NORSPIS. Resultatene ser vi i tabell 4.3.

Til slutt tar vi også med den siste dekningsgradsberegningen fra NPR, for 2023 og 2024. Tabell 4.4 viser dekningsgrad beregnet av NPR, for de tre datagrunnlagene beskrevet i kapittel 4.2.1.1 i metoddelen. Denne beregningen tar med hele målgruppa for NORSPIS.

²⁷ Antallet på 3647 pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose i 2024, er høyere enn i dekningsgradsanalysen vi tidligere har fått for 2024; 3647 mot 2778. Slik vi forstår det av dialog med NPR, skyldes dette at pasienter med oppstart både i 2023 og 2024 ikke er talt med i dekningsgradsanalysen for 2024, mens de er talt med i dette nye datagrunnlaget.

²⁸ Antallet på 3647 pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose i 2024, er høyere enn i dekningsgradsanalysen vi tidligere har fått for 2024; 3647 mot 2778. Slik vi forstår det av dialog med NPR, skyldes dette at pasienter med oppstart både i 2023 og 2024 ikke er talt med i dekningsgradsanalysen for 2024, mens de er talt med i dette nye datagrunnlaget.

Tabell 4.3: Dekningsgrad ved de innrapporterende enhetene i 2025 – beregnet av registeret basert på innregistrering i NORSPIS og enhetenes egne tall

Status rapportering	Helseforetak	Behandlingsenhet	BU/V	Start
Spesialiserte enheter	Akershus universitets-sykehus	EFS Spes.Døgn	V	67 % (14 av 21)
		EFS Spes.Pol.	V	19 % (9 av 48)
	Capio	Spes.Døgn	BU	62 % (23 av 37)
	Helse Bergen	Regionalt senter	V	46 % (18 av 39)
	Helse Nord-Trøndelag	Regionalt senter	V	61 % (31 av 51)
	Modum Bad (NY)	Avdeling for spiseforstyrrelser	BU	71 % (59 av 83)
		Avdeling for spiseforstyrrelser	V	
	Nordlands-sykehuset	Regionalt senter	V	63 % (25 av 40)
		Spes.Pol.	BU	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Oslo universitets-sykehus	Regionalt senter	BU	86 % (131 av 153)
		Regionalt senter	V	
		Spes.Pol.	V	57 % (17 av 30)
	Sykehuset Innlandet	Spes.Døgn.	V	100 % (12 av 12)
	Sykehuset i Vestfold	Spis.Pol.	V	60 % (110 av 183)
		Spes.Pol/Dag (NY)	BU	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Sykehuset Østfold	Spes.Døgn	BU	Har ikke mottatt tall fra enheten
Spes. Enhet		V	31 % (9 av 29)	

Status rapportering	Helseforetak	Behandlingsenhet	BU/V	Start
	Sørlandet sykehus	Spes.Dag	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Sykehuset Telemark	Spes.Pol.	BU	Har ikke mottatt tall fra enheten
	St. Olavs Hospital	Spes.Pol.	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Universitets-sykehuset i Nord-Norge	Regionalt senter	BU	70 % (16 av 23)
Allmenne enheter	Diakonhjemmet (NY)	Allm.Pol.	V	3 % (3 av 89)
	Helse Nord-Trøndelag	Klinikk for psykisk helsevern og rus (NY)	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
	NKS Jæren DPS	NKS Jæren DPS	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Sykehuset Innlandet	Allm.Pol. Gjøvik (Gjøvik) (NY)	BU	21 % (7 av 33)
		Allm.Pol. Gjøvik (Hadeland) (NY)	BU	
		Allm.Pol. Hamar (NY)	BU	59 % (10 av 17)
		Allm.Pol. Lillehammer	BU	28 % (5 av 18)
	Sykehuset Telemark	Allm.Pol. (NY)	V	21 % (7 av 33)
	Sykehuset Østfold	DPS Fredrikstad (NY)	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
	Sørlandet sykehus	Midtre Agder DPS (NY)	V	Har ikke mottatt tall fra enheten
Vestre Agder DPS		V	0 % (0 av 11)	
Totalt				53 % (506 av 950)

Tabell 4.4: Samlet dekningsgrad, fordelt på 2023 og 2024. Beregnet av Norsk pasientregister (NPR)

Dekningsgrad	2023	2024
Nasjonal dekningsgrad (datagrunnlag 3)	12 % (384 av 3092)	11 % (318 av 2778) ²⁹
Spesialiserte enheter (datagrunnlag 2)	31 % (391 av 1276)	26 % (316 av 1198)
Innrapporterende enheter (datagrunnlag 1)	50 % (396 av 790)	40 % (320 av 794)

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Vi innhenter flere spørreskjema fra pasientene. Nedenfor beregner vi responsraten (svarprosenten) for hvert av skjemaene som innhentes ved henholdsvis behandlingsstart, behandlingsslutt og oppfølging. Responsraten varierer. Det ser ut som det er lettere å få inn svar på spørreskjema ved behandlingsstart, enn ved behandlingsslutt og oppfølging.

Ved start og slutt beregnes responsraten som: Prosentandelen pasienter som har besvart hvert spørreskjema, av det totale antallet start- eller sluttregistreringer i den aktuelle aldersgruppa. Det kan mangle svar på enkeltpørsmål i skjemaet, men skjemaet kan likevel regnes som besvart³⁰.

I tabell 4.5 ser vi at svarprosenten for skjema i startregistreringen varierer. Svarprosenten for EDE-Q 6.0 og CIA 3.0 er svært høy, mens SDQ/SDQP og KIDSCREEN er noe lavere.

Svarprosenten for skjema som innhentes ved slutt er generelt en god del lavere enn ved start. Svarprosenten er samtidig mye høyere for forløp som er fullført som planlagt, sammenlignet med forløp som ble avbrutt, noe som er naturlig.

²⁹ Antallet på 2778 pasienter med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose i 2024, er lavere enn i det nye datagrunnlaget vi har fått for 2024; 2778 mot 3647. Slik vi forstår det av dialog med NPR, skyldes dette at pasienter med oppstart både i 2023 og 2024 ikke er talt med i dekningsgradsanalysen for 2024, mens de er talt med i det nye datagrunnlaget.

³⁰ Skjema der det beregnes skårer, regnes som besvart dersom det foreligger tilstrekkelig mange svar til å beregne globalskåren. For skjemaene KIDSCREEN og Pasienterfaringer beregnes det flere delskårer, men ingen globalskåre. Førstnevnte skjema regnes som besvart dersom én av delskalaene kan beregnes. Sistnevnte skjema regnes som besvart hvis det foreligger tilstrekkelig mange svar til å beregne delskalaen der seks av de ti spørsmålene i skjemaet inngår. For skjemaet Pasienttilfredshet beregnes ingen skårer; her regnes skjemaet som besvart dersom ett av de fem spørsmålene er besvart.

Tabell 4.5: Responstrate (svarprosent) for start- og sluttregistreringer i 2025

Skjema	Aldersgruppe	Svarprosent ved start	Svarprosent ved slutt – fullførte forløp	Svarprosent ved slutt – avbrutte forløp
Bakgrunnsopplysninger	Alle	58 % (366 av 631)	Ikke aktuell	Ikke aktuell
EDE-Q 6.0	14 år og eldre	88 % (534 av 607)	65 % (189 av 291)	27 % (26 av 96)
CIA 3.0	14 år og eldre	89 % (540 av 607)	64 % (185 av 291)	27 % (26 av 96)
CORE-OM ³¹	18 år og eldre	59 % (290 av 491)	31 % (77 av 250)	16 % (14 av 87)
SDQ/SDQP	Under 18 år	73 % (102 av 140)	65 % (31 av 48)	0 % (0 av 9)
KIDSCREEN	Under 18 år	74 % (104 av 140)	67 % (32 av 48)	0 % (0 av 9)
Pasienterfaringer	Alle	Ikke aktuell	60 % (179 av 298)	25 % (24 av 96)
Pasienttilfredshet	Alle	Ikke aktuell	60 % (180 av 298)	26 % (25 av 96)

Ett år etter sluttregistrering i NORSPIS, sender registeret ut en henvendelse direkte til pasienten om å besvare kartleggings skjema. Hvor mange oppfølgingshenvendelser registeret sender ut, avhenger av hvor mange sluttregistreringer som er innrapportert året før. Kun pasienter som var minst 16 år ved sluttregistreringen, får tilsendt henvendelse om oppfølging

I tabell 4.6 nedenfor ser vi at nesten 60 prosent av oppfølgingshenvendelsene besvares. Svarprosenten blant barn og unge er lavere enn blant de voksne.

Tabell 4.6: Besvarte oppfølgingshenvendelser

	2025
Voksne	59 % (146 av 246)
Barn/unge	46 % (13 av 28)
Totalt	58 % (159 av 274)

³¹ CORE-OM har blitt innhentet siden 23. juni 2025.

4.3 Vurdering av datakvalitet

4.3.1 Metode for vurdering av datakvalitet

NORSPIS har så langt kun gjort beregninger av komplettethet, og ikke korrekthet eller reliabilitet.

Variabelkomplettheten er svarprosenten for spørsmålene som brukes for å beregne NORSPIS sine kvalitetsindikatorer. Den beregnes som andelen registreringer som har en gyldig verdi på variabelen av interesse, av alle innkomne registreringer hvor verdier normalt skal være til stede. Generelt ser vi at behandlerrapporterte data i større grad er komplette enn pasientrapporterte data. Vi ser også at det er vanskeligere å få inn pasientrapporterte data ved slutt enn ved start, spesielt dersom behandlingen er avbrutt. Mange av kvalitetsindikatorene er avhengige av slutt-data, siden de omhandler bedring/endring. Det vil ikke være unaturlig å forvente at pasienter som har avbrutt behandlingen, i mindre grad opplever bedring og/eller tilfredshet med behandlingen, noe som gjør resultatene mer usikre. Andre viktige forbehold som gjelder resultatene på kvalitetsindikatorene, er beskrevet i kapittel 2.1.

I tillegg til variabelkompletthet, beregner vi **komplettheten av forløp**. For at et forløp i NORSPIS skal være komplett, må det foreligge både en startregistrering og en sluttregistrering. Det vi beregner, er om det finnes en sluttregistrering for alle startregistreringer som burde hatt det. Som nevnt, er sluttregistreringen nødvendig for å kunne beregne flere av kvalitetsindikatorene. I sluttregistreringen innsamles også informasjon om diagnose og behandling. Med andre ord er det viktig for datakvaliteten i registeret at sluttregistrering gjøres.

Vi bruker følgende metode for å estimere manglende sluttregistrering: I tilfellene der vi har både en start- og en sluttregistrering, har vi beregnet gjennomsnittlig antall dager mellom startregistrering og sluttregistrering per behandlingseenhet, totalt for alle år til og med rapporteringsåret. Gjennomsnittet er basert på antall komplette forløp, med både start og slutt, for alle år til og med 2025 ved den aktuelle behandlingseenheten. Kun ordinære start- og sluttregistreringer er tatt med i beregningen, ikke de nå utgåtte registreringstypene Utredning og Avbrudd.

Basert på gjennomsnittlig antall dager mellom disse to tidspunktene, har vi estimert en sluttdato for alle startregistreringer. I tilfeller der det ikke finnes en sluttregistrering, bruker vi den estimerte sluttdatoen for å beregne årstallet en sluttregistrering burde vært levert. Ut fra totalt antall forventede sluttregistreringer (de som faktisk er levert + de som kun er estimert) beregner vi andel leverte sluttregistreringer i prosent for 2025.

Det er flere feilkilder ved metoden, men den kan likevel gi oss en pekepinn om manglende sluttregistrering. Feilkilder er blant annet at metoden baserer seg på at gjennomsnittlig antall dager mellom start og slutt er den samme over tid, noe som ikke nødvendigvis er tilfelle. Vi tar ikke hensyn til forskjellige typer behandlingstiltak (døgn vs. dag vs. poliklinikk vs. flere typer). Lange behandlingssløp som ikke er ferdige ennå, vil ikke være representert. Om vi underestimerer behandlingsslengde, kan dette gi et for høyt estimat av antall sluttregistreringer som burde vært levert. Jo færre sluttregistreringer ved enheten, jo svakere blir grunnlaget for å beregne tiden mellom start og slutt. Vi gjør derfor ingen beregning for enkelt-enheter med færre enn totalt fem sluttregistreringer, men de inngår likevel i det samlede resultatet.

4.3.2 Beregning av kompletthet i 2025

I tabell 4.7 og 4.8 oppgis komplettheten (svarprosenten) for variablene som inngår i NORSPIS sine kvalitetsindikatorer.

Komplettheten er høy for behandlerrapporterte opplysninger som inngår i kvalitetsindikatorerne; som regel over 90 prosent. Dette gjelder opplysninger om vekt, BMI, blodprøver og beintetthetsmåling.

For pasientrapporterte data er komplettheten stort sett mellom 60 og 65 prosent for fullførte behandlingsforløp. Komplettheten er langt lavere ved avbrutte forløp; stort sett mellom 20 og 30 prosent.

I tabell 4.9 oppgis komplettheten for sluttregistreringer. Den beregnes som andelen startregistreringer som har en sluttregistrering, av det antallet vi forventer burde hatt en sluttregistrering.

Vi estimerer at det foreligger en sluttregistrering for ca. tre fjerdedeler (76 prosent) av startregistreringene som burde hatt det. Dette er et bedre resultat enn forventet, siden økningen i antallet sluttregistreringer i 2025 ikke har holdt tritt med antall startregistreringer. Vi kan peke på et par mulige forklaringer: Det kan ta tid før vi fanger opp manglende sluttregistreringer, siden vi må forvente en viss behandlinglengde. En annen mulig forklaring er at behandlingsenhetene med få eller ingen sluttregistreringer tas for lite hensyn til i beregningsmetoden.

Tabell 4.7: Variabelkompletthet for kvalitetsindikatorer med sluttregistrering i 2025

Kvalitetsindikator	I hvilke tilfeller bør det normalt finnes svar/verdier (kriterier for å beregne variabelkompletthet)	Hvilke spørsmål/variabler som må være besvart (ha en verdi) for at indikatoren kan måles	Andel forløp der svar/verdi finnes (kompletthet) – ved fullførte forløp	Andel forløp der svar/verdi finnes (kompletthet) – ved avbrutte forløp
1. Endringer i spiseforstyrrelses-symptomer	Der det finnes både en startregistrering og en sluttregistrering, og pasienten er 14 år eller eldre ved start.	EDE-Q 6.0 globalskåre (selvrapportert)	65 % (188 av 288)	27 % (26 av 95)
2. Endringer i funksjon i dagliglivet	Der det finnes både en startregistrering og en sluttregistrering, og pasienten er 14 år eller eldre ved start.	CIA 3.0 globalskåre (selvrapportert)	63 % (181 av 288)	26 % (25 av 95)
3. Endret undervekts-status	Der det finnes både en startregistrering og en sluttregistrering, og pasienten har BMI/Iso-BMI < 18,5 ved start.	BMI og Iso-BMI (behandlerrapportert)	99 % (151 av 152)	
4. Pasientvurdert bedring (utfall) av behandlingen	Der det finnes en sluttregistrering.	Svar på spørsmålet «Hvordan vurderer du utfallet av mottatt behandling?» (selvrapportert)	60 % (180 av 298)	25 % (24 av 96)
5. Involvering av familie/venner i behandlingen – barn og unge (under 18 år)	Der det finnes en sluttregistrering.	Svar på spørsmålet «Ble familien eller nær venn involvert i behandlingen?» (selvrapportert)	50 % (24 av 48)	11 % (1 av 9)

Kvalitetsindikator	I hvilke tilfeller bør det normalt finnes svar/verdier (kriterier for å beregne variabelkompletthet)	Hvilke spørsmål/variabler som må være besvart (ha en verdi) for at indikatoren kan måles	Andel forløp der svar/verdi finnes (kompletthet) - ved fullførte forløp	Andel forløp der svar/verdi finnes (kompletthet) - ved avbrutte forløp
6. Involvering av familie/venner i behandlingen - voksne (18 år eller eldre)	Der det finnes en sluttregistrering.	Svar på spørsmålene «Ønsket du at andre i familien eller nær venn skulle bli involvert i din behandling?» (selvrapportert) og «Ble familien eller nær venn involvert i behandlingen?» (selvrapportert)	62 % (156 av 250)	28 % (24 av 87)
9. og 10. Beintetthetsmåling ved undervekt	Der det finnes en startregistrering og/eller en sluttregistrering, og pasienten har BMI < 18,5 ved start.	Svar på spørsmålet «Er det utført beintetthetsmåling i løpet av det siste året?» (behandlerrapportert) og BMI og Iso-BMI (behandlerrapportert)	90 % (102 av 113)	80 % (28 av 35)

Tabell 4.8: Variabelkompletthet for kvalitetsindikatorer med startregistrering i 2025

Kvalitetsindikator	I hvilke tilfeller bør det normalt finnes svar/verdier (kriterier for å beregne variabelkompletthet)	Hvilke spørsmål/variabler som må være besvart (ha en verdi) for at indikatoren kan måles	Andel forløp der svar/verdi finnes
7. Blodprøver ved undervekt	Der det finnes en startregistrering, og pasienten har BMI < 18,5 ved start.	Svar på spørsmålet «Er blodprøve utført siste måned?» (behandlerrapportert) og BMI og Iso-BMI (behandlerrapportert)	95 % (218 av 229)
8. Blodprøver ved oppkast	Der det finnes en startregistrering, og pasienten har opplyst å kaste opp 32 ganger eller flere i løpet av de siste fire ukene.	Svar på spørsmålet «I løpet av de siste fire ukene (28 dagene), hvor mange ganger har du kastet opp for å kontrollere din egen figur eller vekt?» (selvrapportert) og svar på spørsmålet «Er blodprøve utført siste måned?» (behandlerrapportert)	Besvart spørsmål om oppkast: 85 % (518 av 607) Besvart spørsmål om blodprøve, ved alvorlig oppkast: 97 % (30 av 31)

Tabell 4.9: Komplettheten av sluttregistreringer: Andelen leverte sluttregistreringer, av antall forventede sluttregistreringer i 2025. Fordelt på behandlingsenhet.

Behandlingsenhet	Kompletthet i 2025 (andelen leverte sluttregistreringer av totalt forventet antall) ³²
AHUS: EFS Spes.døgn V	80 % (12 av 15)
AHUS: EFS Spes.pol. V	89 % (8 av 9)
CAPIO: Spes.døgn BU	84 % (16 av 19)
HB: Reg. V	67 % (6 av 9)
HNT: MHOBY	94 % (15 av 16)
HNT: Reg. V	76 % (28 av 37)
HSYK: Allm.pol. BU Mosjøen	-
HSYK: Allm.pol. V Mosjøen	-
HSYK: Allm.pol. BU Sandnessjøen	-
HSYK: All.pol. V Sandnessjøen	-
MODUM: Spes. døgn BU/V	65 % (28 av 43)
NKS Jæren DPS	-
NLSH: Reg. V	83 % (19 av 23)
NLSH: Spes.pol. BU	-
OUS: Reg. BU/V	73 % (80 av 109)
OUS: Spes.pol. V	76 % (26 av 34)
SIHF: Allm.pol. BU Gjøvik	-
SIHF: Spes.døgn V	88 % (7 av 8)
SIV: Spis.pol. V	85 % (84 av 99)
SOHF: Spes.døgn BU	-
SOHF: Spes.enhet V	-
SSHF: Midtre Agder DPS	-
SSHF: Vestre Agder DPS	-
SSHF: Østre Agder DPS	-
SSHF: Allm.pol. V Solvang	-

³² Kompletthet beregnes ikke for enheter der leverte sluttregistreringer er færre enn 5 i 2025.

Behandlingsenhet	Kompletthet i 2025 (andelen leverte sluttregistreringer av totalt forventet antall) ³²
ST. OLAVS: Spes.pol. V	83 % (49 av 59)
STHF: Allm.pol.V	-
STHF: Spes.pol. BU	-
UNN: Reg.døgn BU	100 % (16 av 16)
Totalt (inkludert behandlingsenheter som har færre enn 5 sluttregistreringer i 2025)	76 % (401 av 526)

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Det kan være måleutfordringer ved kvalitetsindikatorerne, i tillegg til lav dekningsgrad og utfordringer med sammenlignbarhet. Basert på resultatene og analysene i kapittel 2.1, vil registeret likevel peke på følgende kvalitetsforbedringsområder, som alle er videreført fra tidligere årsrapporter:

- Reduksjon av undervekt i voksenpsykiatrien.
- Beintetthetsmåling for voksne pasienter med undervekt.
- Blodprøver ved start for pasienter med undervekt: Tre av voksen-enhetene og to av barn/unge-enhetene oppnår målet, men det er ellers noe varierende resultater, og det ser ut til å være rom for forbedring.
- Blodprøver ved start for pasienter som kaster opp: For første gang har det vært mulig å publisere resultater på enhetsnivå, da kun for voksen-enhetene og kun for noen få. Én behandlingsenhet oppnår måltallet på 100 prosent. På nasjonalt nivå er det 63 prosent av pasientene med alvorlig eller ekstremt oppkast, som har fått tatt blodprøver ved start.
- Involvering av familie og/eller venner i behandlingen: Blant voksne er det fem behandlingsenheter som oppnår målet, mens de resterende har et lite stykke igjen. Blant barn og unge har alle behandlingsenheter et stykke igjen til målet. Vær oppmerksom på at indikatorerne beregnes forskjellig for voksne og barn/unge; se kapittel 2.1.
- Informasjon til pasientene om brukerorganisasjonene, for eksempel ved å gi en brosjyre i hånda.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

I forkant av årsrapporten, har registret spurt de innrapporterende behandlingsenhetene om noen har brukt resultater fra NORSPIS til å igangsette forbedringstiltak i pasientbehandlingen.

Vi oppsummerer svarene:

- Elleve enheter svarer at de ikke har brukt resultater fra NORSPIS til å igangsette

forbedringstiltak.

- To enheter svarer at de planlegger å bruke opplysninger fra NORSPIS til forbedring. Den ene ønsker å bruke opplysninger fra NORSPIS i et forskningsprosjekt, mens den andre planlegger å bruke NORSPIS-rapporten som dialoggrunnlag og sjekkliste på behandlingsmøter.
- To enheter har rutine for å bruke årsrapporten som et generelt grunnlag for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring, for eksempel ved å ta den opp i forskjellige kliniske fora og lederfora.
- Én enhet svarer at de har igangsatt forbedringstiltak. Dette gjelder Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RAS) i Helse Bergen. RAS har i tabellen nedenfor beskrevet forbedringstiltakene nærmere.

Aktuelt forbedringsområde	Tidsperiode for tiltaket	Hva ble gjort av hvem?	Hvilke resultater ble oppnådd?
Redusere frafall fra behandling ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RAS)	2025 – pågående	Resultater fra NORSPIS-årsrapporter som viste betydelig frafall fra behandling ble brukt som kunnskapsgrunnlag for å identifisere forbedringsområde. Det ble initiert et internt kvalitetsforbedringsprosjekt ved RAS med mål om å utforske faktorer knyttet til avbrutt behandling og å utvikle tiltak for å redusere frafall	Pågående prosjekt. Resultater foreligger foreløpig ikke.
Øke familieinvolvering i behandling	2025 – pågående	Pasientrapporterte funn i NORSPIS som viste ønske om økt familieinvolvering ble brukt som grunnlag for forbedringstiltak. Dette førte til deltakelse i TBT-S-relatert utviklingsarbeid og etablering av et forbedringsprosjekt («Involvering og samarbeid med pårørende») ved RAS, finansiert gjennom interne sårkornmidler	Pågående prosjekt. Resultater foreligger foreløpig ikke.

6 Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	1 gang i året	Behandlere, ledere og pasienter.
2.	Kvalitetsregistre.no Ti kvalitetsindikatorer publiseres på nasjonalt nivå, samt på enhetsnivå dersom enheten har tilstrekkelig høy dekningsgrad og tilstrekkelig mange registreringer.	2 ganger i året	Den norske befolkning, i tillegg til pasienter, behandlere og ledere.
3.	Resultater til registrerende enheter Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte resultater etter søknad (Rapporteket er under utarbeiding).	Ingen i 2025	Behandlere, ledere og pasienter.
4.	Innlegg på konferanser	1 poster i 2025	Helsepersonell
5.	Annet: NORSPIS er fast tema på det halvårlege møtet i det nasjonale kliniske nettverket for spiseforstyrrelser.	2	Helsepersonell innenfor spiseforstyrrelsesfeltet

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

NORSPIS har kontakt med andre nasjonale registre innenfor psykisk helse og rus, om felles problemstillinger. Det er etablert et felles fagråd for de nasjonale kvalitetsregistre innenfor psykisk helse og rus, der NORSPIS deltar.

7.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til følgende formål:	2025	2024	2023
Forskning	2	1	0
Kvalitetsforbedring og styringsformål	0	0	1
Andre formål (f.eks. til media)	0	0	0
Totalt	2	1	1

7.3 Vitenskapelige artikler

Per 2025 er det ikke publisert vitenskapelige artikler der data fra NORSPIS inngår i datamaterialet, men det er i 2024 og 2025 gjort datautleveringer til forskning, der det er planlagt å skrive vitenskapelige artikler.

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

Vurderingspunkter for NORSPIS og registerets egen evaluering.		Egen vurdering 2023		
Nr	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	✓	
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	✓	
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	✓	
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	✓	
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	✓	
Stadium 3		Kapittel	Ja	Nei
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	✓	
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2		✓
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	✓	
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	✓	
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	✓	
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	✓	
Stadium 4		Kapittel	Ja	Nei
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	4.3		✓
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år	4.2		✓
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6		✓
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.3		✓
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	✓	
Nivå A, B eller C		Kapittel	Ja	Nei
Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller				
Nivå A				
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret	5.2		✓

	Nivå B			
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	5.1, 5.2	✓	
	Nivå C		✓	
19	Oppfyller ikke krav til nivå B			

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

NORSPIS fikk første gang varsel om mulig tap av nasjonal status høsten 2022, med krav om å rapportere om forbedring innen høsten 2023. Hovedutfordringen ekspertgruppen pekte på, var lav dekningsgrad.

Høsten 2023 fikk vi ett års forlengelse, før ekspertgruppen høsten 2024 anbefalte tap av nasjonal status. I etterkant av ekspertgruppens anbefaling, ble saken behandlet av Interregional arbeidsgruppe for medisinske kvalitetsregistre. NORSPIS fikk da ytterligere ett års forlengelse.

Høsten 2025 fornyet ekspertgruppen sin anbefaling om tap av nasjonal status, på grunn av fortsatt manglende forbedring. Saken ble på nytt behandlet i Interregional arbeidsgruppe, som ga frist til årsrapporten for 2026 (med frist sommeren 2027) til å rapportere på framdrift av forbedringstiltakene.

9.2 Planer og behov

NORSPIS er på stadium 2 C. Det er ett kriterium som gjenstår for å oppnå stadium 3; kravet om 60 prosent dekningsgrad. Lav dekningsgrad er som kjent NORSPIS sin største utfordring, som vi i lang tid har jobbet med å forbedre.

9.2.1 Forbedringer hittil

I desember 2023 ble NORSPIS klar til å ta imot data fra det kliniske fagsystemet CheckWare. Meningen er at dataene som innhentes til klinisk bruk, sekundært kan brukes i NORSPIS. Som beskrevet i tidligere årsrapporter, har det vært mange utfordringer ved utrulling av løsningen i helseforetakene, som fortsatt pågår. At de to systemene, CheckWare og NORSPIS sin registreringsløsning i OpenQReg, nå snakker sammen, ser vi likevel på som et stort framskritt.

NORSPIS gikk i 2025 over fra samtykkebasert til reservasjonsbasert register. Dette forenkler innrapporteringen, i tillegg til å være en forutsetning for ytterligere automatisering av datafangsten, for eksempel import fra Norsk pasientregister (NPR).

9.2.2 Planlagte forbedringer av datafangsten

I tråd med utviklingen av andre registre innenfor psykisk helse, har NORSPIS behov for å gjøre ytterligere store endringer for å forbedre og forenkle datafangsten.

Pasientrapporterte data utgjør 75 prosent av variablene som innhentes i NORSPIS. Per i dag er CheckWare fortsatt den mest nærliggende kilden til innhenting av disse variablene. CheckWare brukes av de fleste helseforetak til klinisk kartlegging av pasientene, og som nevnt er det laget en løsning for overføring av data fra CheckWare til NORSPIS. Framover vil vi fortsatt jobbe med utrulling av CheckWare-overføringsløsningen til helseforetakene som bruker CheckWare.

Samtidig er det en del utfordringer som bør følges opp når det gjelder innhenting av opplysninger fra pasientene. For eksempel er det en utfordring per i dag at pasienter kan forventes å delta i ulike registre; her kan det bli behov for mer koordinering.

Vi må også jobbe med å få på plass andre løsninger for import av opplysninger som i dag er rapportert av behandlerne via CheckWare; diagnose, behandlingsopplysninger og somatiske opplysninger. Disse ønsker vi i størst mulig grad å innhente fra Norsk pasientregister (NPR).

Vi har i første omgang søkt om ett enkelt datauttrekk fra NPR. I skrivende stund jobber NPR med å etablere egne datagrunnlag for de nye, store nasjonale kvalitetsregistrene innenfor psykisk helse (KVAVOP og KVABUP). Etter at datauttrekk er utlevert til de to store registrene, er planen i neste omgang å gjøre et datauttrekk til NORSPIS fra disse grunnlagene.

Ikke alle aktuelle behandleropplysninger kan imidlertid innhentes fra NPR. For resterende data ønsker vi import fra elektronisk pasientjournal (EPJ). Dette vil være avhengig av at det gjøres et utviklingsarbeid i EPJ, med i større grad å strukturere relevante journalnotater (innkomstnotat, epikrise). Et slikt arbeid må selvfølgelig primært ha forbedring av EPJ som mål, men vil da også kunne danne grunnlag for eksport av relevante opplysninger til NORSPIS.

En forutsetning for økt automatisering i form av fast import fra NPR og EPJ, er overgang til den nye nasjonale medisinske kvalitetsregisterplattformen, NMKP.

Vi må regne med at disse utviklingsprosessene (overgang til NMKP, og fast import fra NPR og EPJ), vil kreve tid og ressurser. Både når det gjelder import fra NPR og EPJ, ser vi det som svært ønskelig å få til et samlet, koordinert arbeid i registerfeltet innenfor psykisk helse.

9.2.3 Fortsatt tilslutningsarbeid

Registeret arbeider fortsatt med tilslutning og dekningsgrad gjennom oppfølging av helseforetakene.

Vi har fått adgang til å konsentrere arbeidet om en midlertidig redusert målgruppe. Vi retter dermed først og fremst innsatsen mot fortsatt tilslutning av spesialiserte enheter og store allmennpsykiatriske enheter.

Vi har mottatt et datauttrekk fra NPR med antall pasienter med hoveddiagnosen spiseforstyrrelse som startet i behandling i 2024. Basert på dette uttrekket har vi beregnet at det er ca. 60 behandlingenheter som må følges opp.

9.2.4 Utrulling av CheckWare-løsningen

I tabellen nedenfor oppsummerer vi status for utrulling av CheckWare-løsningen i de forskjellige helseregionene.

Helseregion	Status
Midt-Norge	<ul style="list-style-type: none">• CheckWare-løsningen er installert i voksenpsykiatrien i Helse Nord-Trøndelag, men ser ikke ut til å være tatt i bruk bortsett fra i det regionale senteret.• Løsningen er nær å bli tatt i bruk i barn/unge-feltet i Helse Nord-Trøndelag.• Det gjenstår å installere løsningen ved St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal.• Det er flere store behandlingssenheter i Helse Midt-Norge, som må følges opp.
Nord	<ul style="list-style-type: none">• CheckWare-løsningen er installert i Nordlandssykehuset og i barn/unge-feltet i Universitetssykehuset Nord-Norge, men ser ikke ut til å være tatt i bruk bortsett fra i de regionale sentrene.• Løsningen er under installering i Finnmarkssykehuset.
Sør-Øst	<ul style="list-style-type: none">• CheckWare-løsningen er installert og tatt i bruk i de fleste helseforetak, men innrapporteringen er fortsatt lav fra flere.• Det er flere store behandlingssenheter i Helse Sør-Øst, som må følges opp videre.
Vest	<ul style="list-style-type: none">• Kun det regionale senteret i Bergen har installert CheckWare-løsningen.• Det er flere store behandlingssenheter i Helse Vest, som må følges opp.
Private	<ul style="list-style-type: none">• Diakonhjemmet og Modum har installert løsningen og rapporterer til NORSPIS.• Lovisenberg har ikke installert løsningen ennå.

9.2.5 Status for metadata og innsyn

Metadata ble publisert i mai 2026. Det at NORSPIS sine variabelbeskrivelser nå er tilgjengelig på helsedata.no, gjør det enklere å orientere seg for forskere eller andre som ønsker data fra NORSPIS til for eksempel forsknings- eller kvalitetsforbedringsprosjekter.

NORSPIS har også laget beskrivelsene som skal inn i innsynsløsningen for pasienter på Helsenorge. I skrivende stund pågår prosessen med testing og feilretting av innsynsrapporten i en testversjon av løsningen, i samarbeid med Helse Nord IKT.

10 Litteratur

- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. *Eating behaviors*, 15(3), 464-477. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.001>
- Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 724-731. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2011.74](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.74)
- Helsedirektoratet. *Hva er nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus?* [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; oppdatert onsdag 4. januar 2023 [hentet fredag 7. juni 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/pasientforlop-for-psykisk-helse-og-rus/>
- Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25. april 2017, hentet 09. juni 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Jenkins, P. E., Hoste, R. R., Meyer, C., & Blissett, J. M. (2011). Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 31(1), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.003>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current psychiatry reports*, 14(4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Wiik, R. (2024). *Dekningsgradsgradsanalyse Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser 2021-2022*. Trondheim: Folkehelseinstituttet
- World Health Organization (WHO). *A healthy lifestyle – WHO recommendations*. Hentet 7. juni 2024 fra <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations#>

11 Litteratur – skjemaene i NORSPIS

Skjemanavn	Referanse
CIA 3.0 Clinical Impairment Assessment Questionnaire	Fairburn, C. (2008). <i>Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders</i> . New York: Guilford Press. Reas, D. L., Rø, Ø., Kapstad, H. & Lask, B. (2010). Psychometric properties of the Clinical Impairment Assessment: Norms for young adult women. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 43, 72–76.
CORE-OM Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measures	Skre, I., Friborg, O., Elgarøy, S., Evans, C., Myklebust, L.H., Lillevoll, K., Sørgaard, K. and Hansen, V. (2013). The factor structure and psychometric properties of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM) in Norwegian clinical and non-clinical samples. <i>BMC Psychiatry</i> 13:99.
EDE-Q Eating Disorder Examination Questionnaire	Fairburn, C. (2008). <i>Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders</i> . New York: Guilford Press. Rø, Ø., Reas, D. L. & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> , 64, 428–432.
KIDSCREEN Quality of life in children and adolescents	Andersen, J.R., Natvig, G.K., Haraldstad, K. et al. (2016). Psychometric properties of the Norwegian version of the Kidscreen-27 questionnaire. <i>Health Qual Life Outcomes</i> 14, 58 (2016). https://doi.org/10.1186/s12955-016-0460-4
Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten	Sjetne, I.S, Bjertnæs Ø.A., Iversen H.H., Olsen R.V. (2009). <i>Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema</i> (Notat). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
Pasienttilfredshet	Utarbeidet av NORSPIS i samarbeid med brukerorganisasjonene ROS og Spisfo.
SCL-90-R Symptom Checklist 90 Revidert	Derogatis, L. R. (1994). <i>SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Manual for administrering og skåring</i> . Stockholm: NCS Pearson Inc.

Skjemanavn	Referanse
SDQ-P Strengths and Difficulties Questionnaire – foreldreversjon	Goodman R. (1997) <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note</i> Cambridge University Press. Essau C. et al. (2012) <i>Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries</i> Int. J. Methods Psychiatr. Res
SDQ Strengths and Difficulties Questionnaire – selvutfyllingsversjon	Goodman R. (1997) <i>The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note</i> Cambridge University Press. Essau C. et al. (2012) <i>Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire from five European countries</i> Int. J. Methods Psychiatr. Res

