

Barn og ungdom - Spiseforstyrrelser

D52833

 Utgave:
2.04

 Gjelder fra:
20.03.2026

Side 1 av 8

Hensikt og omfang

- Sikre optimal pasientflyt mellom divisjon Psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste i Sykehuset Innlandet (SI) ved spiseforstyrrelser hos barn og ungdom.
- Beskrive optimalt ernæringsregime.
- Gjelder barn og ungdom < 18 år med spiseforstyrrelser.

Ansvar/målgruppe

- Behandlingsteam i barne- og ungdomsavdelingene i SI.

Handling

- Alle barn og unge med spiseforstyrrelser henvises primært til BUP og skal være vurdert i BUP før vurdering i barne- og ungdomspoliklinikkene. Unntak: Når spiseforstyrrelsen avdekkes i somatisk spesialisthelsetjeneste, henvises det BUP derfra. Behandlingen er primært i BUP (1).
- Innleggelse i somatisk barne- og ungdomsavdeling kan være aktuelt ved:
 - Svært lav KMI
 - Stort og raskt vekttap f.eks. 30% vekttap på 3 måneder
 - Behov for observasjoner utover det en kan gjøre poliklinisk og i psykiatrisk døgnavdeling
- Tilsynsforespørsel bør i tillegg til det aktuelle inneholde: Sykdomsvarighet og utgangsverdier for vekt, lengde og KMI, komorbiditet, faste medisiner og særlig medikamenter som kan påvirke QT -tid (2).

Innleggelse

- Innleggelse kan være en mulighet ved fastlåste situasjoner som krever rask intervensjon hvor polikliniske tiltak ikke har ført fram raskt nok.
- Innleggelse i barne- og ungdomsavdeling skal drøftes og planlegges med overlege på dagtid og om mulig på hverdag.
- Psykiatrisk behandling inkludert miljøterapeutiske tiltak skal videreføres i regi av psykiatrisk døgnavdeling under innleggelsen i barne- og ungdomsavdeling.
- En poliklinisk vurdering i barne- og ungdomsavdeling skal planlegges på dagtid og hverdag.

BUP

Blodprøver

- Vurderes individuelt. Forslag: Syre/base, hematologi, Na, K, Mg, Fosfat, Kalsium (ionisert), klor, sink, kreatinin, urinstoff, bilirubin, glukose, ALAT, gamma GT, LD, CK, pancreas amylase, total kolesterol, HDL kolesterol, Triglyserider, Albumin, CRP, Ferritin, TSH, fT4, T3, PTH, vitamin D, osmolaritet.

Andre undersøkelser

- Vekt, lengde, temperatur, blodtrykk, KMI, EKG med QT beregning, ev. andre undersøkelser avhengig av komplikasjoner og komorbiditet

Somatisk avdeling

Behandlingsprinsipper

- Det etableres et behandlingsteam med terapeuter fra BUP og personell fra barne- og ungdomsavdelingen.
- Tilstrebe tett kontakt med og tilsyn fra BUP med diskusjon om forløp, og gjennomføre samarbeidsmøter etter behov.
- Foresattes deltakelse er sentral i behandlingen innen så vel somatisk som psykisk helsevern. Foresatte bør så langt råd er involveres i utvikling av og gjennomføring av behandlingen.

Tiltak som skal vurderes individuelt

- Spiseoppfølging ifølge fastsatt plan. Registrering av aktivitet, oppkast, avføringsmønster og søvn. Registre ev. utagering. Måltidets varighet max 30. min med foreldre tilstede, støtte av pleiepersonale ved behov. Vurderer sondeernæring hvis næringsinntak ikke er tilstrekkelig. Mengde og antall sondepunkter vurderes etter behov og situasjon.
- Hvile etter måltidet og ingen toalettbesøk minimum første 60 min. Foreldre eller pleier tilstede i hviletiden etter måltid.
- Vektkontroll hver mandag og torsdag morgen på undersøkelsesrommet, etter toalettbesøk og i truse. Pasienten kan få se vekten om ikke annet er bestemt.
- Det skal i hovedsak være hvile på avdelingen. Pasienten skal ikke oppholde seg utenfor avdelingen uten etter avtale.
- Ved toalettbesøk/morgenstell/dusjing skal døra være på gløtt.
- Skole: Pasienten kan være på skolen etter avtale.
- Besøk: Det skal ikke være besøk i forbindelse med måltid og hviletid.
- Sikkerhet: Ved utstrakt uro/utagering rekvireres ekstravakt. Barne- og ungdomsavdelingen har ansvar for å innhente ekstravakten, etter konferering med terapeut fra BUP.

Ernæring

Oppstart (1)

- Kartlegg reelt næringsinntak, se [Barn og ungdom - Spiseforstyrrelser, kostliste](#)
- Ansvarlig lege vurderer re-ernæringsrisiko, væskerestriksjon og forsiktig re-ernæring, fortrinnsvis peroralt/eventuelt via sonde. Videre ernæringsregime startes ut fra denne vurderingen.
 - Normalbehov 12-18 år: 60-80 ml/kg/døgn og 55-65 Kcal/kg/døgn
 - Normalbehov 7-12 år: 50-70 ml/kg/døgn og 30-55 Kcal/kg/døgn.
- Se [5.9 Parenteral ernæring etter første levemåned - Helsebiblioteket](#)

Eksempler på strategi, kan fravikes ut fra aktuell vurdering;

		Ingen risiko	Moderat risiko	Høy risiko	Svært høy risiko
Vurdering av risiko	Energiinntak, vektutvikling og KMI siste tiden må vurderes sammen	Pasienten er ferdig med opptrapping av næringsinntak KMI > 10 persentil/alder og stabil vekt siste tiden	KMI < 3 persentil/ alder og vekttap på 0,5-1 kg siste to uker	KMI < 1 persentil eller tilsvarende for alder Vekttap > 1 kg/ uke siste 2 uker	KMI < 13 Stort vekttap Lav s-fosfat ved inntak
Tiltak	Ernæring: Ta alltid utgangspunkt i pasientens inntak den siste uken	Kostplan med tilsvarende energinivå som estimert. Ev. oppstart med grunnmeny på 2200 kcal med økning til 2550 kcal	Oppstart kostplan tilsvarende estimert energiinntak eller start meny på 1350 kcal. Opptrapping hver 2.-3. dag til grunnmeny med 2550 kcal	Dag 1 og 2. ca 20-25 kcal/kg/d Deretter økning hver 2.-4. dag med 300 kcal hver økning	Dag 1-2: 10-20 kcal/kg/d Dag 3-6: 20-30 kcal/kg/d Dag 7-9: 30-40 kcal/kg/d Deretter overgang til standardmenyer på 1350 kcal osv
	Tiamin	Nei	150 mg x 2po første uke	100 mg im 30 min før første måltid. im x1/dag i 3 dager, deretter 150 mg x 2 po	100 mg im 30 min før første måltid. im x1/dag i 3 dager, deretter 150 mg x 2 po
<p>Alternativer til Tiamin: Apovit B-combin sterk tbl 3 tabl p.o i 14 dager (inneholder flere B-vitaminer inkludert 15 mg tiamin). Ved moderat, høy og svært høy risiko for re-ernæringssyndrom: Pabrinex (inneholder både flere typer av vitamin B, høy dose av tiamin samt vitamin C.) Pabrinex IV gjentas hver dag i 3 dager. Anafylaxi-beredskap. Deretter overgang til B-vitamin per os hvis mulig.</p>					
	Væske	Sikre tilstrekkelig inntak 30 kg 1750 ml deretter + 250 ml/10 kg	Sikre tilstrekkelig inntak 30 kg 1750 ml deretter + 250 ml/10 kg	Drikkeliste Væskerestriksjon ved behov vurdert ut fra nyrefunksjon	Drikkeliste Væskerestriksjon ved behov vurdert ut fra nyrefunksjon og ev. ødemer
	iv-væske og elektrolytttilskudd	Ved behov for iv kalium; følg https://www.legemidlertilbarn.no/blandekort/kaliumdihydrogenfosfat (3) iv væske gis enklest som plasmolyte-glukose, alternativt glukose med tilsetninger; <u>Glukose 50 mg/ml, 1000 ml</u> (inneholder 200 kcal) Tilsetninger: <u>NaCl 1 mmol/ml, 80 mmol, og Kalium 1 mmol/ml, 20 mmol.</u> OBS s-glukose, K og P og faren for utvikling av re-ernærings-syndrom ved bruk av iv glukoseløsninger.			
	Kalium	På indikasjon	På indikasjon	På indikasjon po/iv	På indikasjon po/iv
	Fosfat	Ikke tilskudd	På indikasjon	2x500 mg tbl/dag	2x500 mg tbl/dag
	D-vitamin og kalsium	D-vitamin 20 µg Kalsium 500-1000 mg	D-vitamin 20 µg Kalsium 500-1000 mg	D-vitamin 20 µg Kalsium 500-1000 mg	D-vitamin 20 µg Kalsium 500-1000 mg
	Vitamin-tilskudd	<ol style="list-style-type: none"> Nycoplus multi, 1 tabl p.o. Nycoplus apotekets tran 5-10ml p.o, (ev. omega 3 kapsler, 2-3 stk p.o.) Nycoplus kalsiumkarbonat, 500 mg 2 tabl p.o. 			
Somatisk oppfølging	Blodprøver	1 gang per uke	Daglig første uke deretter x 2/ uke	Daglig til opptrapping ferdig	Daglig til opptrapping ferdig
	Blodsukker	Kun i standard blodprøver	Måling etter måltid på indikasjon	Måling etter måltid på indikasjon	Kartlegging med måling to timer etter måltid første døgn.

Forordninger og dokumentasjon

Dokumenter i Metavision, plan og mål:

- Ved iv rehydrering: Puls og blodtrykk x 1 pr vakt, daglig vekt, daglig blodprøver og daglig klinisk kontroll med tanke på ødemer.
- I somatisk sengepost vurderes: Sengeleie/full aktivitetsbegrensning, dolov, telemetri. Spise måltider på max 30 min med sykepleier og en forelder.
- Måltidsrutiner vurderes ut ifra behandlingsplan i psykiatrisk sengepost.

Blodprøver

- Daglig når daglig er anbefalt: P, Cl, S/B m/elektrolytter (Na, K,) og glukose (ved lave blodsukker som gir symptomer; gi ett glass juice/melk eller 50 ml næringsdrikk).
- Ukentlig: I tillegg kreatinin, Hb. Hct, CK, LD, CRP og transaminaser.

Andre aktuelle undersøkelser

Ved komplikasjoner/bekymring for kardiale komplikasjoner som symptomgivende hjertesvikt eller klinisk mistanke om reernæringsyndrom:

- Rtg thorax; også for hjertestørrelse.
- Telemetri/24 t EKG; ved bradycardi < 40/min, eskapade rytme, synkope, forlenget QT tid > 0,5 s
- Ekkokardiografi; ved meget lav KMI, raskt vekttap, unormal «normal» hvilepuls (høyere enn ventet i situasjonen), bilyd, halsvenestase, pulsus paradoksus, low-voltage-EKG og klinisk mistanke om re-ernæringsyndrom.

Ved anorexia nervosa med amenore i 6 mnd eller mer eller etter en skjønnsmessig vurdering av tilsvarende grad av undervekt ved prepubertal anorexi:

- Bentetthetsmålinger. Testen (måling posterior-anterior lumbalcolumna) kan gjennomføres ved Revmatismesykehuset på Lillehammer etter henvisning fra barnelege, ev. lege i BUP i samråd med barnelege. Ved SI Elverum gjøres bentetthetsmåling ved radiologisk avdeling etter henvisning dit. Resultatet sendes til henviser og vurderingen av resultatet må gjøres av barnelege eller behandler i BUP. Undersøkelsen kan gjentas etter f.eks 1-2 år.
- Optimalisere D-vitamin og Kalsium inntak (D-vitamin nivå i øvre referanseområde, > 75) og kontrollere at PTH er innenfor referanseområdet. Vurdere ny bentetthetsmåling om 1 år for å vurdere bedring/forverring. Pubertetsstadium og skjelettmodning/skjelettalder spiller også inn. Ved forsinket skjelettmodning bør vurderes ut i fra SA og ikke KA (bruke BMD referanseverdier fra SA). Ved forsinkelse i pubertetsutvikling vil man også se en lavere BMD enn referansen for aldersgruppen.

Kostlister

Kostlistene kan brukes for å vurdere næringsinntak og for å stabilisere en situasjon, se [Barn og ungdom - Spiseforstyrrelser, kostliste](#). De bør ikke blir for strengt førende da det er overordnet behandlingsstrategi som skal følges og som oftest ikke inkluderer en kostliste. Familien trenger grundig informasjon og forståelse for at behovet for energiinntak vil øke i løpet av oppfølgingsperioden. Det er oftest nødvendig med betydelig økt energi- og næringsinntak i lang tid, sammenlignet med det som er vanlig for aldersgruppen for å redusere undervekten tilstrekkelig. Foreldrene ventes å i stadig større grad ta over vurderingen av hva som er tilstrekkelig energiinntak i løpet av behandlingsforløpet.

Kostlister kan også benyttes som grunnlag for vurdering av næringsinntak i tiden før innleggelse. Forslagene inneholder for lite væske og bør suppleres med f.eks vann. Væskebehov totalt ca 1500-2500 ml/døgn, avhengig av vekt, se tabell.

- Dersom middagen inneholder <500-600 kcal bør det legges til ekstra tilbehør f.eks. smør/margarin/olje/rømme/en skive/1 yoghurt eller liknende.
- Drikkemelk kan benyttes til ekstra melk i havregrøt eller frokostblanding.
- Matvarer kan flyttes om på i kostlistene, f.eks. kan et mellommåltid inkluderes i et hovedmåltid.
- Det skiller 300 kcal mellom kostlistene. Ved utfordringer med å øke matinntaket/volumet mat kan man ev. legge til en næringsdrikk á 300 kcal til den forrige kostlisten.

Evaluering og avklaring av videre behandlingsforløp

- Utskrivelse til hjemmet: somatisk oppfølging og vektkontroll ved kommunal helsetjeneste. Psykiatrisk behandling ved BUP, evt i samarbeid med kommunal helsetjeneste.
- Utskrivelse til BUP døgn: Søknad fra BUP poliklinikk til BUP døgnavdeling for spisevansker bør skje tidlig hvis man forventer behov for langvarig innleggelse i institusjon. Sonde er ikke til hinder for utskrivelse til BUP døgnavdeling.
- Ingen utskrivning skal skje uten at tjenester fra både somatisk og psykisk helsevern er ansvarsfestet.

Juridisk grunnlag ved behandling av spiseforstyrrelser

Øyeblikkelig hjelp og tvangsernæring

Ved alvorlige spiseforstyrrelser er risikoen for bl.a organsvikt og andre livstruende tilstander betydelig. Foreligger det en akuttsituasjon skal det straks iverksettes helsehjelp når dette er påtrengende nødvendig, se [Lov om helsepersonell §7, øyeblikkelig-hjelp](#) (4, Kap. 2, §7) og [Psykisk helsevernloven §1, Plikt til å yte øyeblikkelig hjelp](#) (5). Nødvendig ernæring mv. kan da gis uavhengig av pasientens samtykke og motstand. Det er i slike situasjoner ikke et krav at pasienten er underlagt tvungent psykisk helsevern og har en alvorlig sinnslidelse. Adgangen til å gi helsehjelp i akutte situasjoner er basert på nødrettslige betraktninger, og gir ikke grunnlag for å etablere et mer langvarig behandlingsopplegg uten pasientens samtykke. Når den akutte situasjonen er avverget, må videre behandling rettslig baseres på en av de tre følgende punktene;

Behandling med foreldrenes samtykke, barn < 16 år

Barn under 16 år behandles etter samtykke fra foreldre, se [Særlige samtykkebestemmelser - Helsedirektoratet](#) (3). Dette gjelder både om barnet samarbeider eller motsetter seg behandling. Behandlingen bør skje på somatisk barne- og ungdomsavdeling så lenge dette er somatisk nødvendig.

Barn <16 år kan også motta behandling for spiseforstyrrelsen i psykisk helsevern ihht foreldresamtykke, så lenge dette er somatisk forsvarlig. Sondeernæring skjer da på foreldresamtykke. Det trengs da en henvisning for innleggelse i psykisk helsevern (BUP Akutt Sanderud) ihht , [Særlige samtykkebestemmelser - Helsedirektoratet](#) §2-1, annet ledd (3).

Behandling etter eget samtykke, ungdom 16-18 år

Som hovedregel skal helsehjelp for spiseforstyrrelser gis frivillig på grunnlag av gyldig samtykke i ihht [Særlige samtykkebestemmelser - Helsedirektoratet](#) (6) og [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp](#)

[- Lovdata](#) (7). Kun ved alvorlige spiseforstyrrelser er det aktuelt å vurdere om det er faglig og rettslig grunnlag for å bruke tvang i behandlingen. For at samtykket skal være gyldig må pasienten være 16 år eller mer, ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre er det et krav at pasienten har samtykkekompetanse.

Tvangsernæring, ungdom 16-18 år

I enkelte tilfeller kan det være nødvendig med etablering av tvungent psykisk helsevern (TPH) for å kunne gi langvarig sondeernæring. Pasienten må henvises til psykisk helsevern (BUP Akutt Sanderud) for vurdering av innleggelse på tvang med henvisning ihht PHVL [Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) §3-3 (6) og indikasjon for tilleggsvedtak i hht [Gjennomføring av psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) §4-4b for ernæring uten samtykke (tvangsernæring) (6). Pediatr kan bli bedt om å skrive tilleggserklæring til tvangsvedtaket om pasientens somatiske helsetilstand. Pasienten vil ha behov for innleggelse i psykisk helsevern for at forsvarlighetskravet til bruk av tvang skal være oppfylt. Dersom tilstanden tilsier at det er behov for innleggelse i somatisk avdeling for å møte forsvarlighetskravet, kan pasienten tvangsbehandles i somatisk barne- og ungdomsavdeling etter etablert vedtak ihht §3-3 og §4-4b (6). Psykisk helsevern har da ansvar for vedtakene samt at pasienten får nødvendig psykiatrisk behandling og oppfølging under oppholdet ved barne- og ungdomsavdelingen. Behandlingsansvaret for gjennomføring av næringstilførsel og somatiske komplikasjoner ligger hos barne- og ungdomsavdelingen. Det er behov for tett samarbeid mellom avdelingene. Dersom det oppstår holdesituasjoner i forbindelse med tvangsernæring, skal vedtak om kortvarig fastholding ihht [Gjennomføring av psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) §4-8d (6) fattes av faglig ansvarlig ved institusjonen i psykisk helsevern som er ansvarlig for det tvungne vernet.

Henvisning til tvangsinnleggelse i psykiatrisk institusjon

Det er krav om selvstendige og adskilte avgjørelser mellom innleggende og mottakende lege ved psykiatrisk avdeling. Det betyr at mottagende lege i begrenset grad kan forhåndsveilede med tanke på pasienter som skal vurderes for innleggelse på tvang, i hht [Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern - Helsedirektoratet](#) §3-3 (6).

Henvisningsskrivet må inneholde:

1. Pasienten ønskes vurdert for innleggelse i tvungent psykisk helsevern §3-3, ev. §4-4 tilleggsvedtak om tvungen ernæring. Henvisers vurdering av kriteriene ihht PHVL.
2. Beskrivelse av alvorlighetsgraden av pasientens aktuelle somatiske helse, og konsekvenser for pasientens helse dersom man ikke starter reernæring eller annen nødvendig behandling
3. Frivillighet er forsøkt eller vurderes som åpenbart formålsløst.

Alvorlig spiseforstyrrelse vil i noen tilfeller kunne sidestilles med en alvorlig sinnslidelse. Dette vurderes ut fra alvorlighetsgrad, atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. Se høyesterettsdommer;

- [Tvungent psykisk helsevern ved alvorlig anoreksi](#) (8)
- [Tvangsbehandling av person med spiseforstyrrelser](#) (9)

Vurdering av samtykkekompetanse

FARV-kriteriene: Forstå, anerkjenne, resonnere og uttrykke et valg.

Det legges til grunn at pasienter som på grunn av spiseforstyrrelse anses å ha en alvorlig sinnslidelse, og ønsker å redusere eller ikke øke næringsinntaket med overhengende fare for livstruende eller vesentlig somatisk helseskade, som hovedregel må anses å mangle samtykkekompetanse (6, §4-3).

Kapittel 4A gjelder når pasienten motsetter seg tilbud om somatisk helsehjelp. I §4A-2 avgrenses imidlertid virkeområdet til kapittel 4A mot undersøkelse og behandling av psykisk lidelse uten eget samtykke. Dette kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven. **Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A får dermed ikke anvendelse ved behandling av alvorlige spiseforstyrrelser, som anses som en psykisk lidelse.**

Det er konklusivt ikke hjemmel for å tvangsernære pasienter med spiseforstyrrelser ved å bruke kapittel 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven (7). Dog kan man benytte 4A ved behov for å få gjennomført andre strengt nødvendige prosedyrer og behandling. Tiltakene må da stå i forhold til behovet for helsehjelp, og helsehjelpen må da fremtre som det beste alternativet etter en helhetlig vurdering. (6, Kap. 4A).

Når dette er aktuelt; benytt DIPS-dokument [vedtak pas u/samt.komp nekter helseshjelp...»](#). Se også prosedyre [Samtykkekompetanse - Somatisk helsehjelp med tvang](#)

Referanser

SI/16-08	Samtykkekompetanse - Somatisk helsehjelp med tvang
SI/16.01-08	Barn - Bekymringsmelding til barnevern, skjema
SI/17.04-06	Barn og ungdom - Spiseforstyrrelser, kostliste
SI/17.08.02-10	Fysioterapi - Spiseforstyrrelser, barn og unge
SI/21.01-24	Legemidler - Utblanding og administrering, parenterale legemidler til barn, bruk av nasjonale blandekort
KBK/17.01.01-20	Barn - Veileder, generell pediatri

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser. Kap. 7.2. Utredning av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten. [Internett]. [sist faglig oppdatert 05.04.2017, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/utredning-av-spiseforstyrrelser/utredning-av-spiseforstyrrelser-i-spesialisthelsetjenesten>
2. Helse Bergen. Spiseforstyrrelser. [Internett]. [Sist faglig oppdatert 01.10.2019, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra: https://kvalitet.helse-bergen.no/Portal/2/5/Search?q=spiseforstyrrelse&as_sfid=AAAAAAVrCwC49CmmN7WbznmuSwu-NRNF4A9d201uxzF9B6M9Su4Pnu56EVIXozswKidAODLxyKiBH9CcqSFg5xf8BJQUkVlwlQqauaM0pE9RRl1z6rApHpVeRmlqUfl6hQnMxj9HzjY5FQzIhq3xAZNjS95_-2lujvtE4zZFKewsSQOVA%3D%3D&as_fid=afc76e268c25a7f6ee7a395a9f3ae9ccb1fd0427#rpShowDynamicModalDocument-24133
3. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. Kaliumdihydrogenfosfat.. [Internett]. [Sist oppdatert: 20. april 2023, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.legemidlertilbarn.no/blandekort/kaliumdihydrogenfosfat>
4. Helsedirektoratet Lov om helsepersonell. [Internett]. [Sist faglig oppdatert: 28. juni 2018, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsepersonelloven>
5. Helsedirektoratet 2022. Psykisk helsevernforskriften Øyeblikkelig hjelp, godkjenning av institusjoner og faglig ansvarlig – Helsedirektoratet [Internett]. [sist faglig oppdatert 05.07.2022, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer>
6. Helsedirektoratet 2022. Psykisk helsevernloven med kommentarer. [Internett]. [sist faglig oppdatert 05.12.2022, hentet 26.07.2023]. Tilgjengelig fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernloven-med-kommentarer> §2-1, §3-3, §4-3, §4-4, §4-8, §7

7. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven. Samtykke til helsehjelp. [Internett]. [sist faglig oppdatert 05.10.2022, hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse#d159f7e0-eb99-4c0b-9362-99b1c75f7d96>
8. Norges Høyesterett 2020. Tvungent psykisk helsevern ved alvorlig anoreksi. [Internett]. [hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.domstol.no/no/hoyesterett/avgjorelser/2020/hoyesterett-sivil/hr-2020-1167-a/>
9. Norges Høyesterett 2015. Tvangsbehandling av person med spiseforstyrrelser. [Internett]. [hentet 02.08.2023]. Tilgjengelig fra:
<https://www.domstol.no/no/hoyesterett/avgjorelser/2015/hoyesterett-sivil/tvangsbehandling-av-person-med-spiseforstyrrelser>