



Behandling af Binge Eating Disorder

En midtvejsevaluering af et behandlingstilbud i
Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade



Behandling af Binge Eating Disorder

En midtvejsevaluering af et behandlingstilbud i Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade

Udgivet

December 2020

Publikationen er udgivet af

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)
Krumtappen 2, 5. sal
2500 Valby
info@vioss.dk

Udarbejdet af

Sofie Thor Andersen, projektleder i ViOSS

Freydis Magnusdottir, praktikant i ViOSS

Analyser af kontrolgruppen er udarbejdet af Celia Faye Jacobsen og Simone Brorstrup Falcon, specialestuderende i ViOSS

For yderligere information

Kontakt Sofie Thor Andersen
Mail: sa@vioss.dk

Rapporten er udgivet med økonomisk støtte fra

Sundheds- og Ældreministeriet

Derudover skyldes en stor tak til deltagerne i undersøgelsen.

INDHOLD

1. Indledning	4
2. Hovedresultater	5
3. Beskrivelse af deltagerne	6
3.1 Sociodemografi	6
3.2 Spiseforstyrrelsen	8
3.3 Traumatiske oplevelser	9
3.4 Fysiske og psykiske lidelser	10
4. Behandlingseffekter	12
4.1. Diagnosen BED	12
4.2. Generelle spiseforstyrrelsessymptomer	14
4.3. Generel trivsel	16
4.4 BMI	18
4.5. Selvvurderet udbytte af behandlingen	18
4.6 Hvem virker behandlingen mindre godt for?	21
4.7 Frafald	21
5. Perspektiver på bed-behandling	22
5.1. At stå på venteliste	22
5.2. Budgetøkonomiske følger af ubehandlet BED	23
6. Sammenfatning	24
7. Referencer	25
Bilag 1: Datagrundlag og metoder	28
Svar- og gennemførselsprocenter	29
Hvordan måler vi BED?	30
Behandlingsforløb under COVID-19	31
Bilag 2: Kontrolgruppe	32

1. INDLEDNING

I perioden 2019-2021 gennemfører LMS - Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade behandling af voksne med Binge Eating Disorder (BED). Knap halvvejs gennem projektperioden har 67 personer gennemført behandlingsforløbet.

Denne midtvejsevaluering er udarbejdet af LMS' videnscenter, ViOSS, som er ansvarlig for dokumentation og evaluering af behandlingen. Formålet med rapporten er at generere yderligere viden om, hvem mennesker med BED er og at præsentere de foreløbige resultater og erfaringer fra behandlingen. Vi håber, at rapporten kan bidrage til en konstruktiv debat om den fremadrettede behandling af mennesker med BED.

Behandlingsprojektet

Behandlingen tilbydes i København, Aarhus, Odense, Aalborg, Næstved¹ og Sønderborg². Samlet set forventes ca. 180 voksne med BED at gennemføre behandlingen i løbet af hele projektperioden. Behandlingen, der er gruppebaseret, varer ca. 6 - 7 måneder og består af 19 mødegange.

Behandlingen fokuserer på psykologiske og familiemæssige forhold samt på spiseadfærd, kost- og vægtstabilisering. I behandlingen indgår psykoterapi, pårørendeinddragelse, diætistvejledning, mindfulness, kostdagbog til registrering af spiseforstyrrelsesadfærd, psykoekation og vægtkontrol. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat og arbejder ud fra et fællesfagligt psykoterapeutisk grundlag med afsæt i kulturpsykologiske tilgange. Vi følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer for behandling af spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Datagrundlag og metode

Undersøgelsen anvender flere datakilder; et visitationsark, der udfyldes af behandler i samarbejde med deltageren ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet, og et spørgeskema, der udsendes til deltagerne ved opstart og afslutning. Derudover er der indsamlet spørgeskemabesvarelser fra en kontrolgruppe, som har stået på venteliste til behandlingstilbuddet.

Analyserne er hovedsageligt gennemført i Microsoft Excel, men enkelte analyser er foretaget i statistikprogrammet SPSS.

Opbygning

Rapporten indledes med undersøgelsens hovedresultater (afsnit 2). Herefter følger en beskrivelse af deltagerne i behandlingsprojektet (afsnit 3), mens afsnit 4 belyser behandlingseffekter. Slutteligt ser vi på perspektiver på BED-behandling (afsnit 5). Rapporten afrundes med en sammenfatning (afsnit 6).

¹ Behandling i Næstved er overgået til digital behandling og foregår ikke længere fysisk.

² LMS' afdeling i Sønderborg er lukket, hvorfor der ikke længere tilbydes behandling her.

2. HOVEDRESULTATER

De første gruppeforløb startede i april 2019. Knap halvvejs gennem projektperioden er 10 behandlingsgrupper afsluttet, mens yderligere 7 grupper er i gang.

Denne rapport indeholder dels en beskrivelse af deltagerne i LMS' behandlingsforløb og dels en præsentation af behandlingseffekterne for de første 67 personer, der har gennemført forløbet.

Hvem er deltagerne?

Deltagerne, som har modtaget behandling i LMS, er hovedsageligt kvinder (92 %), og gennemsnitsalderen er 42,5 år. Langt hovedparten har haft én eller flere traumatiske oplevelser i barndommen (86 %), og knap halvdelen har eller har tidligere haft selvmordstanker.

Ved opstart af behandlingsforløbet lever 83 % af deltagerne op til diagnosekriterierne for mild eller moderat BED, mens 17 % har alvorlig eller ekstrem grad af BED. Mange deltagere oplever, at deres overspisninger begyndte, da de var unge, og de fleste har således haft spiseforstyrrelsen i mange år. Derudover er 90 % af deltagerne svært overvægtige.

Behandlingseffekter

Resultaterne viser, at 85 % af dem, der har gennemført behandlingen, ikke lever op til diagnosekriterierne for BED ved afslutning af forløbet. Deltagernes gennemsnitlige antal af overspisningsepisoder reduceres markant: fra 17,9 om måneden til 5,9 om måneden. Ydermere reduceres deres generelle spiseforstyrrelsessymptomer fra 3,6 til 1,9 målt på EDE-Q-skalaen.

Deltagernes trivsel forbedres ligeledes markant. Den gennemsnitlige score på WHO-5 trivselsindeks stiger i løbet af behandlingen. Deltagerne går fra at befinde sig i risikogruppen for depression og stressbelastning til at ligge over grænseværdien, hvor man ikke længere er i risikogruppen.

Deltagernes udvikling på EDE-Q skalaen og WHO-5 trivselsindeks er sammenholdt med en kontrolgruppe bestående af personer på venteliste til forløbet. Analyserne viser, at ved den afsluttende måling er der signifikant forskel mellem behandlings- og kontrolgruppen på EDE-Q-skalaen og WHO-5 trivselsindeks. Det betyder, at behandlingsforløbet har en positiv effekt på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel.

I tråd med disse resultater vurderer deltagerne selv, at de efter behandlingen har fået et forbedret forhold til mad, en større indsigt i deres spiseforstyrrelse og eventuelle bagvedliggende problemer, en større grad af selvomsorg samt et fællesskab med de andre deltagere – men at de stadig har udfordringer, som de skal arbejde videre med.

3. BESKRIVELSE AF DELTAGERNE

I de følgende afsnit beskrives relevante baggrundskarakteristika for de personer, der har deltaget i LMS' behandlingsforløb. Første delafsnit omhandler deres demografiske karakteristika, andet delafsnit omhandler aspekter ved deres spiseforstyrrelse, tredje delafsnit omhandler traumatiske oplevelser i deres barndom, og fjerde delafsnit omhandler fysiske og psykiske lidelser, som deltagerne har udover BED.

Afsnittet er baseret på 118 besvarelser af opstartsskemaet, som er udsendt til deltagerne før første behandlingsgang, dvs. også dem, som endnu ikke har afsluttet behandlingsforløbet. Det er ikke alle deltagere, der har besvaret samtlige spørgsmål, hvorfor antallet af besvarelser (N) varierer i tabeller og figurer.

3.1 Sociodemografi

Personlige karakteristika

Gennemsnitsalderen for deltagerne er 42,5 år. De fleste er mellem 26 og 55 år (83 %).

Table 1. Deltagernes alder (n=117)³

Alder	Antal	Pct.
19 til 25 år	5	4 %
26 til 35 år	29	25 %
36 til 45 år	37	32 %
46 til 55 år	30	26 %
56 til 70 år	16	14 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

Langt størstedelen af deltagerne er af kvinder (92 %), mens en mindre del er mænd (8 %). En lignende kønsfordeling ses i LMS' rådgivning, hvor der også er langt flere kvinder med BED (91 %), der opsøger hjælp og rådgivning, end mænd (9 %).

Det kan undre, da man fra forskning ved, at mænd udgør omkring en tredjedel af alle med BED (López et al. 2018). Årsagen kan være, at kommunikation omkring behandlingsprojektet primært er foregået på LMS' egne medier. Da langt flere kvinder end mænd bruger LMS' rådgivning og tilbud, er det muligt, at information om behandlingstilbuddet ikke er nået ud til mænd i samme grad som til kvinder. Derudover er der en gængs forestilling om, at spiseforstyrrelser er et 'kvindeproblem' og noget, som hører teenagealderen til (Bulik, 2013). En overvejelse er derfor, at nogle

³ I tabeller og figurer har vi afrundet procenter, hvilket betyder, at der i nogle tilfælde summeres til 101 % eller 99 %.

mænd ikke genkender deres problem som en spiseforstyrrelse og derfor ikke henvender sig til LMS.

Beskæftigelse og uddannelsesniveau

4 ud af 5 deltagere i behandlingen er beskæftigede i en fuldtids- eller deltidsansættelse (78 %). 21 % har angivet, at de er uden for beskæftigelse. Tabel 2 præsenterer deltageres uddannelsesniveau sammenlignet med Danmarks befolkning⁴. Da deltagerne primært er mellem 31 og 50 år, og behandlingsgruppen dermed har en skæv aldersfordeling, er deltageres uddannelsesniveau blevet vægтет mod aldersfordelingen i befolkningen⁵.

Tabel 2. Højest gennemførte uddannelsesniveau hos behandlingsgruppen og i Danmark Statistiks opgørelse, pct.

	Danmarks Statistik	Behandlingsgruppe
Grundskole eller kortere	19 %	4 %
Gymnasial uddannelse	11 %	10 %
Erhvervsfaglig uddannelse	32 %	13 %
Kort videregående uddannelse	6 %	13 %
Mellemlang videregående uddannelse	19 %	46 %
Lang videregående uddannelse	12 %	12 %
Ikke oplyst	1 %	1 %
Antal personer (N)	3.969.546	118

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

Som det fremgår af tabellen ovenfor, er deltagerne i behandlingen overrepræsenterede på de korte og mellemlange videregående uddannelser, mens de er underrepræsenterede på de erhvervsfaglige uddannelser og på grundskoleniveauet. Denne forskel eksisterer også, når man kun sammenligner kvinder fra behandlingsgruppen med kvinder fra Danmarks befolkning. Deltagerne i behandlingen har dermed et højere uddannelsesniveau end en gennemsnitlig population af danskere.

Det relativt høje uddannelsesniveau blandt deltagerne kan have en række forskellige forklaringer. For det første viser forskning, at personer med lav socioøkonomisk status

⁴ Kilde: Danmarks Statistik (tabel: HFUDD11). Populationen er afgrænset til personer over 20 år.

⁵ Vægtningen er foregået ved en sammenligning af aldersfordeling i behandlingsgruppen og befolkningen. De aldersgrupper, der er overrepræsenteret i behandlingsgruppen, har fået en mindre vægt end de grupper, der er underrepræsenteret. Dermed korrigeres der for skævheder i alder, således at vi kommer nærmere uddannelsesniveauet for deltagerne, hvis deres aldersfordeling matchede befolkningen.

oftere oplever barrierer i forhold til diagnosticering og behandling end personer med høj socioøkonomisk status, både når det handler om spiseforstyrrelser (Sonneville & Lipson 2017) og mental sundhed generelt (Steele et al. 2007; Sripada et al. 2015; Holman 2013).

En anden årsag kan være, at behandlingen er centreret omkring de større byer i Danmark, hvor uddannelsesniveaue generelt er højere. En løsning på dette, som LMS arbejder på, er at udarbejde digitale behandlingskoncepter til personer bosat i landområder.

3.2 Spiseforstyrrelsen

Dette delafsnit ser på aspekter ved deltagerne spiseforstyrrelse, herunder hvornår deltagerne begyndte at overspise, sværhedsgrad af BED og BMI.

Debut for overspisninger

Gennemsnitsalderen for deltagerne i behandlingen er 42,5 år. Alligevel vurderer langt de fleste deltagere, at deres overspisninger begyndte, inden de blev voksne. Knap en tredjedel angiver, at overspisningerne begyndte, før de blev 11 år. Yderligere 36 % angiver, at de debuterede, da de var mellem 11 og 15 år gamle. Over 60 % af deltagerne oplever altså, at deres overspisninger begyndte, før de fyldte 16 år.

Tabel 3. Deltagerne alder ved overspisningernes opstart (n=116)

	Antal	Pct.
2-5 år	3	3 %
6-10 år	31	27 %
11-15 år	43	37 %
16-20 år	17	15 %
21-25 år	9	8 %
26-30 år	4	3 %
31-35 år	5	4 %
36-40 år	2	2 %
41- 45 år	2	2 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

Deltagerne alder ved debut af overspisninger er således gennemsnitligt 15,7 år. Dette fund illustrerer, at behandling til voksne med BED ikke kan stå alene.

Forskning på området viser, at selvom børn typisk ikke opfylder de kliniske kriterier for diagnosen BED, så begynder symptomer såsom kontroltab og overspisninger ofte allerede i barndommen. Disse symptomer kan være vigtige indikatorer på senere udvikling af BED (Tanofsky-Kraff et al. 2011; Tanofsky-Kraff & Schvey 2020). Samtidig viser forskning, at unge med risikoadfærd for BED, ligesom unge med BED, er i øget

risiko for at udvikle overvægt eller fedme, depression, angst, selvmordstanker og -adfærd (Micali et al, 2015). Derfor bør der udvikles indsatser rettet mod børn og unge, der tilbyder tidlig hjælp og støtte, inden de udvikler en egentlig BED-diagnose.

Grad af BED

Ved opstart af behandlingsforløbet lever hovedparten af deltagerne (83 %) op til diagnosekriterierne for mild eller moderat BED. Det vil sige, at de har haft episoder med overspisninger mellem én og syv gange om ugen over de seneste tre måneder.

13 % af deltagerne havde alvorlig BED og 4 % ekstrem BED.

Tabel 4. Deltagernes grad af BED (n=53)

	Antal	Pct.
Mild BED (1-3 overspisningsepisoder pr. uge)	25	47 %
Moderat BED (4-7 overspisningsepisoder pr. uge)	19	36 %
Alvorlig (8-13 overspisningsepisoder pr. uge)	7	13 %
Ekstrem (14 eller flere overspisningsepisoder pr. uge)	2	4 %

Kilde: Visitationssamtale ved opstart

Hvordan defineres en overspisning?

I klinisk forstand er en overspisningsepisode en afgrænset tidsperiode, inden for hvilken man oplever en følelse af kontroltab over sin spising, og hvor man spiser markant mere, end hvad der er normalt.

En overspisningsepisode skal desuden være forbundet med et betydeligt fysisk og psykisk ubehag.

I modsætning til bulimi, hvor der også ses overspisninger, er overspisningen i BED ikke fulgt af en kompenserende handling, fx opkast. Derfor er BED i højere grad associeret med overvægt.

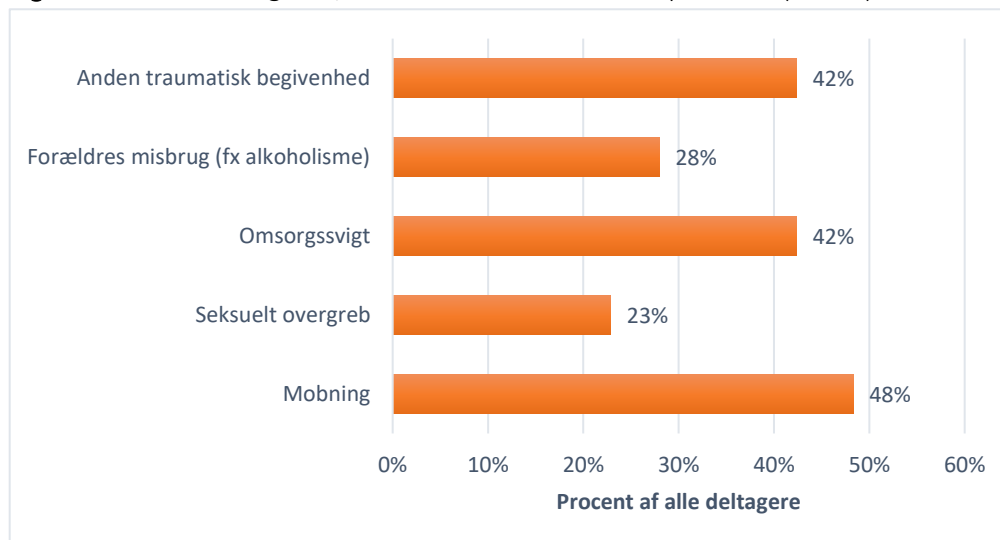
3.3 Traumatiske oplevelser

Størstedelen af deltagerne har oplevet en eller flere traumatiske hændelser i løbet af deres liv.

Heraf er mobning den mest hyppige, hvilket knap halvdelen af deltagerne har været udsat for. Dernæst kommer omsorgssvigt (42 %), alkohol- eller stofmisbrug hos mor og/eller far (28 %) og seksuelle overgreb (23 %). Yderligere angiver 42 % at have været udsat for andre traumatiske begivenheder, bl.a. alvorlig sygdom og dødsfald blandt de nærmeste, voldelige forældre eller partnere, selvmord i familien, anbringelser i barndommen og mordforsøg.

”Jeg har opdaget, at alt det fokus, jeg har haft på mad og motion, har dækket over svigt, sorg, angst og en følelse af aldrig at være eller gøre det godt nok. Overspisning kan stadig være min eneste udvej, når angsten bliver for voldsom.”

Figur 1. Andel af deltagerne, som har haft traumatiske oplevelser (n=118)



Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

Note: Deltagerne har haft mulighed for at vælge flere svarmuligheder, hvorfor der summeres til mere end 100%

Flere af deltagerne vurderer, at fysisk og psykisk omsorgssvigt, herunder traumer fra barndommen/ungdommen, er en af årsagerne til, at de har udviklet BED.

Dette bakkes op af forskning på området, som peger på, at der er en sammenhæng mellem traumatiske oplevelser i barndommen og et forhøjet BMI som voksen (Amianto et al. 2018; Palmisano et al. 2016; Quilliot et al. 2019). Sammenhængen er særlig udtalt blandt personer, der både har overvægt og BED (Belli et al. 2019; Amianto et al. 2018). Ubearbejdede traumer kan altså være en del af årsagen til, at deltagerne har udviklet BED.

3.4 Fysiske og psykiske lidelser

Dette afsnit omhandler deltagernes komorbiditet, dvs. de fysiske og psykiske lidelser de har udover BED.

Tabel 5. Deltagernes fysiske lidelser (n=118)

	Antal	Pct.
Smerter i muskler/led	70	59 %
Slidgigt	22	19 %
Forhøjet blodtryk	20	17 %
Søvnapnø eller åndenød	18	15 %
Forhøjet kolesterol	14	12 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

Note: Deltagerne har haft mulighed for at vælge flere svarmuligheder. Kun de fysiske lidelser, som mere end 10 % af deltagerne har angivet, er medtaget i tabellen

Mange af deltagerne har angivet, at de har én eller flere fysiske lidelser (71 %). Som det fremgår af tabel 5, er den mest udbredte lidelse smerter i muskler eller led, hvilket 59 % oplever. Herefter er det slidgigt (19 %), forhøjet blodtryk (17 %), søvnapnø og åndenød (15 %) og forhøjet kolesterol (12 %).

Deltagerne har desuden en række komorbide psykiske lidelser. 32 % har angivet, at de har en eller flere psykiske lidelser ud over spiseforstyrrelsen. Heraf er de mest udbredte psykiske lidelser depression og angst. Blandt dem, der har angivet, at de har en psykisk lidelse, har 82 % enten depression, angst eller begge lidelser.

Deltagernes fysiske og psykiske lidelser giver anledning til bekymringer. Hovedparten af deltagerne har angivet, at de er bekymrede for deres fysiske og psykiske helbred (89 %).

”Jeg er bekymret for følgesygdomme ved fedme. Jeg er begyndt at mærke belastningen på min krop og er bekymret for, hvordan det kommer til at påvirke min krop og led, jo ældre jeg bliver.”

Selvmodstanker

Flere deltagere angiver, at de tidligere har haft selvmodstanker (42 %), og få har ved opstart af behandlingen stadig selvmodstanker (5 %).

Tabel 6. Selvmodstanker (n=118)

	Antal	Pct.
Ja, jeg har selvmodstanker	6	5 %
Ja, jeg har haft selvmodstanker	50	42 %
Nej	61	52 %
Ikke besvaret	1	1 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden behandlingsopstart

”Jeg er bekymret, da mine overspisninger i høj grad påvirker mig psykisk. De medfører isolation i de perioder, de står på. Isolation, selvbekjendelse og dyb ensomhed – sommetider suicidale tanker.”

4. BEHANDLINGSEFFEKTER

De følgende afsnit ser på behandlingens effekt på en række parametre. Første afsnit belyser andelen af deltagere, der har diagnosen BED ved afslutning af forløbet, og udviklingen i antallet af overspisningsepisoder. Dernæst ses der på deltagernes generelle spiseforstyrrelsessymptomer målt på *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) skalaen. Til sidst ses der på deltagernes generelle trivsel målt på to trivselskaler: WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen.

4.1. Diagnosen BED

Tallene i dette afsnit er baseret på besvarelser af visitationsarket ved opstart og afslutning af behandlingen. Visitationsarket udfyldes af behandler i samarbejde med deltageren og afdækker bl.a., om deltagerne lever op til diagnosekriterierne for BED samt sværhedsgrad af spiseforstyrrelsen. Undersøgelsen anvender DSM-V's diagnosekriterier for BED (se bilag 1).

Diagnosekriterier

Tabel 7 viser andelen af deltagere, som opfylder diagnosekriterierne for BED ved henholdsvis opstarts- og afslutningssamtale. Inden behandling levede 89 % af deltagerne op til diagnosekriterierne for BED, mens 11% (6 personer) ikke opfyldte alle kriterier for spiseforstyrrelsen. Disse 6 personer har en subklinisk BED, hvilket betyder, at de befinder sig lige på grænsen til at opfylde diagnosekriterierne. LMS' behandlerteam har vurderet dem egnet til at indgå i behandlingen.

"Jeg har fået styr på min spisning og er kommet ud af sukkerafhængighed. Jeg er sluppet af med min spiseforstyrrelse, en tyran, der var hos mig hele tiden. Jeg ved godt, den ligger på lur og kan dukke op igen. Men jeg er rustet til at klare det."

Ved afslutning af behandlingsforløbet opfyldte blot 15 % af deltagerne diagnosekriterierne for BED. Det betyder, at 85 % af dem, som har gennemført hele behandlingsforløbet, ikke har en BED-diagnose ved afslutning.

Tabel 7. Antal deltagere, der lever op til diagnosekriterier, målt ved opstarts- og afsluttende visitationssamtale (n=53)

	Opstartssamtale		Afslutningssamtale	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Lever op til diagnosekriterier	47	89 %	8	15 %
Lever ikke op til diagnosekriterier	6	11 %	45	85 %

Kilde: Visitationsamtale ved opstart og afslutning

Når det vurderes, om deltagerne lever op til diagnosekriterierne for BED, ses der blandt andet på antallet af overspisningsepisoder de seneste 3 måneder. Ved afslutning af behandlingsforløbet ses der derfor på et gennemsnitligt antal af overspisninger de sidste 3 måneder af forløbet. Effekten af de seneste 3 måneder af behandlingen fremgår derfor ikke tydeligt af disse resultater. Hvis deltagerne i stedet blev vurderet 3 måneder efter behandlingsforløbets afslutning, ville resultaterne sandsynligvis se endnu bedre ud.

Da LMS afprøvede BED-behandling i 2012-2015⁶, så vi netop, at andelen af deltagere, der levede op til diagnosekriterier for BED, faldt yderligere efter behandlingsforløbet var afsluttet (VIOSS, 2016).

Antal overspisninger

Tabel 8 viser deltagernes gennemsnitlige antal overspisningsepisoder og deres gennemsnitlige antal dage med overspisninger over de seneste 28 dage op til visitationssamtalen. Her ses, at det gennemsnitlige antal overspisningsepisoder falder fra 17,9 episoder ved opstart af behandlingen til 5,9 episoder ved afslutning af behandlingen. Det gennemsnitlige antal dage med overspisninger falder fra 14,5 til 4,6. I begge tilfælde svarer det til en reduktion på knap 70 %.

”Jeg er blevet klogere på mig selv og min spiseforstyrrelse i en sådan grad, at jeg nu er ovre den. At jeg så stadig står tilbage med problemet, som spiseforstyrrelsen var løsningen på, er en anden sag - og som jeg med hjælp føler mig klar til at kæmpe imod.”

Tabel 8. Gennemsnitligt antal overspisningsepisoder over de foregående 28 dage, målt ved opstarts- og afsluttende visitationssamtale.

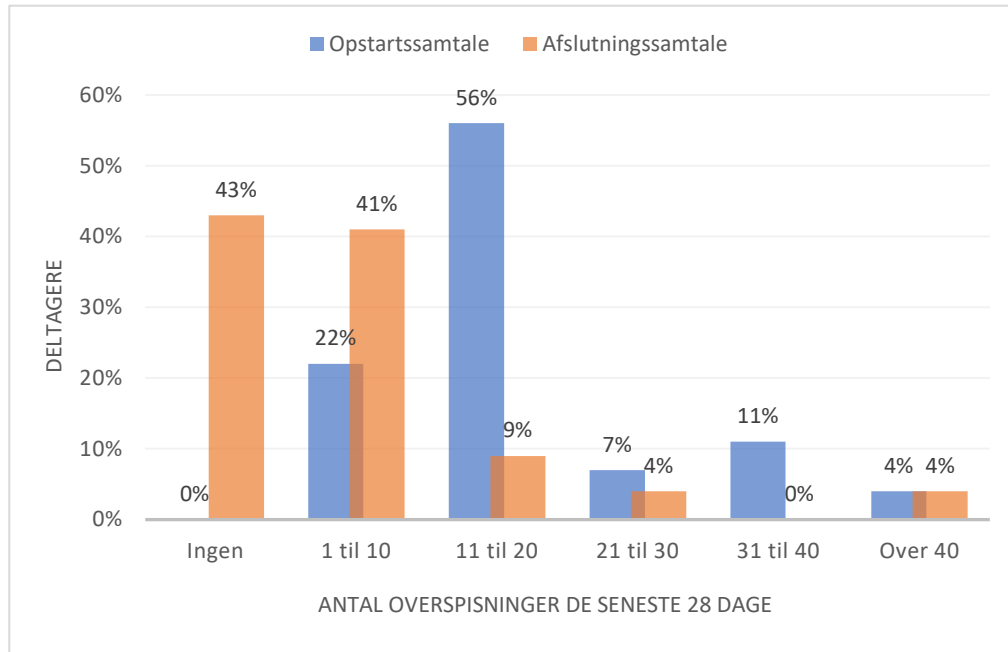
	Opstartssamtale	Afslutningssamtale
Gennemsnitligt antal overspisningsepisoder de seneste 28 dage (N = 54)	17,9	5,9
Gennemsnitligt antal dage med overspisningsepisoder de seneste 28 dage (N = 55)	14,5	4,6

Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning

⁶ I 2012-2015 udviklede og afprøvede LMS første gang behandling til voksne med BED via midler fra satspuljen. Nærværende behandlingsprojekt bygger ovenpå de erfaringer og den viden LMS fik om målgruppen i 2012-2015.

Figur 2 viser, hvordan antallet af overspisningsepisoder fordeler sig ved opstartssamtalen og afslutningssamtalen. Ved begyndelsen af behandlingsforløbet har 78 % af deltagerne 11 eller flere overspisningsepisoder om måneden. Ved afslutning af forløbet har knap halvdelen af deltagerne (43 %) ikke haft en eneste overspisning den sidste måned af behandlingsforløbet.

Figur 2. Fordeling af antal overspisningsepisoder ved opstart og afslutning (n=54)



Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning

4.2. Generelle spiseforstyrrelsessymptomer

I dette afsnit præsenteres deltagerne generelle spiseforstyrrelsessymptomer målt ved opstart og afslutning af behandlingsforløbet. Tallene bygger på deltagerne besvarelser af et spørgeskema udsendt ved opstart og afslutning af behandlingen.

De generelle spiseforstyrrelsessymptomer måles via EDE-Q (*Eating Disorder Examination-Questionnaire*), som er en skala udviklet til at måle graden af spiseforstyrrelsessymptomer.

EDE-Q-skalaen er opdelt i fire subskalaer, der omhandler fire områder af patologien forbundet med spiseforstyrrelser, nemlig *restriktion*, *spisebekymring*, *figurbekymring* og *vægtbekymring* (Fairburn & Cooper 1993). Skalaen *restriktion* måler i hvilken grad, en person begrænser sin spisning, *spisebekymring* vurderer en persons ubehag ved at spise, *figurbekymring* undersøger en persons optagethed af/utilfredshed med egen krop, og *vægtbekymring* måler en persons utilfredshed/optagethed af vægt.

Udover disse fire subskalaer præsenteres udviklingen på den globale score, som er et gennemsnit af subskalaerne. Skalaen går fra 1 til 6, hvor en høj værdi indikerer en større grad af symptomer.

Tabel 9. Deltagernes udvikling på EDE-Q sub- og globale skalaer (n=52)

	Opstarts- skema	Afslutnings- skema	Udvikling i procent
Restriktion	2,1	0,4	-79 %
Spisebekymring	3,5	1,3	-63 %
Figurbekymring	4,5	2,7	-39 %
Vægtbekymring	4,4	2,7	-40 %
Globale score	3,6	1,9	-49 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling

Deltagernes gennemsnitlige globale score er næsten halveret under behandlingsforløbet. Ved opstart ligger den på 3,6, mens den ved afslutning ligger på 1,9.

Den største udvikling ses på skalaen for *restriktion*, hvor scoren falder fra 2,1 til 0,4. Dette er en vigtig skala for BED, da restriktive spisemønstre, fx at faste eller springe morgenmaden over, er associeret med højere BMI og flere tvangsoverspisninger blandt personer med BED. En normalisering af spisemønstret tyder derfor på at være et vigtigt behandlingsmål (Masheb & Grilo 2006). Derfor er det meget positivt, at der ses en tydelig udvikling på dette parameter.

Figurbekymring og vægtbekymring falder begge med ca. 40 %, hhv. fra 4,5 til 2,7 og fra 4,4 til 2,7. Udviklingen på netop disse subskalaer er dermed mindre end udviklingen på skalaerne restriktion og spisebekymring. Dette er ikke overraskende, da et højere BMI er forbundet med en højere score på subskalaerne figurbekymring og vægtbekymring, også blandt personer som ikke har en spiseforstyrrelse (Rø et al. 2012). Eftersom langt de fleste deltagere har et højt BMI, er det altså forventeligt, at scorerne på disse to parametre ikke reduceres i samme grad som restriktion.

”Det har gjort underværker for mig. Jeg føler, at jeg nu kan have en hverdag, hvor mad ikke fylder alt. Hvor vægt ikke er afgørende for, om min dag er god eller dårlig.”

Sammenligning med kontrolgruppe

Behandlingsgruppens globale score på EDE-Q skalaen er blevet sammenlignet med en venteliste-kontrolgruppe, som ikke har modtaget behandling. Kontrolgruppen har besvaret de samme spørgeskemaer som behandlingsgruppen i samme tidsperiode (se bilag 2).

Både ved opstart og afslutning af perioden har kontrolgruppen en global score på EDE-Q skalaen på 4,0. Mens behandlingsgruppen oplever en markant forbedring fra

opstart til afslutning af perioden, oplever kontrolgruppen ikke nogen reducere af deres spiseforstyrrelsessymptomer. Analyserne viser også, at forskellen mellem kontrolgruppen og behandlingsgruppen har en effektstørrelse på 0,54, hvilket betegnes som en stor effekt (Dahlgren et al. 2017). Dette indikerer, at LMS' behandlingsforløb har en markant effekt på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer.

4.3. Generel trivsel

De følgende afsnit gennemgår deltagernes generelle trivsel målt på to skalaer: WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen. I begge tilfælde bygger tallene på besvarelser af det selvudfyldte evalueringsskema.

WHO-5 trivselsindeks

Trivselsindekset bygger på 5 udsagn, hvor deltagerne er blevet bedt om at angive deres enighed på en skala fra 0-5 (se tabel 10), hvor 0 betyder "På intet tidspunkt", og 5 er "Hele tiden". Scoren udregnes ved at summere værdierne af de fem subskalaer og gange resultatet med fire.

Gennemsnitsscoren i en rask population er 68 point. WHO opstiller følgende kategorier for at fortolke resultatet:

- *En score mellem 0 og 35:* Der er stor risiko for depression eller stressbelastning.
- *En score mellem 36 og 50:* Der kan være risiko for depression eller stressbelastning.
- *En score over 50:* Der er ikke umiddelbart risiko for depression eller stressbelastning.

Deltagernes gennemsnitlige score stiger overordnet fra 42,8 til 57,0 i perioden, hvilket svarer til en udvikling på 33 %. Det betyder også, at den gennemsnitlige deltager går fra at befinde sig i risikogruppen for depression og stressbelastning til at ligge over grænseværdien, hvor der ikke længere vurderes at være en risiko.

Den positive udvikling er reflekteret på alle subskalaerne. Den største udvikling ses på subskalaen for *ro og afslappethed*, hvor scoren stiger med 42 %.

"Jeg har helt klart fået en større livsglæde. Jeg har gjort op med alle ting på min forbudtliste og nyder både mad og livet mere. Min spiseforstyrrelse begrænser mig ikke længere i forhold til ting, jeg har lyst til. Jeg er gladere og føler mig fri."

Tabel 10. Deltagernes score på WHO-5 trivselsindeks (n=52)

I de sidste to uger...	Opstarts-skema	Afslutnings-skema	Udvikling i procent
... har jeg været glad og i godt humør	2,6	3,2	+26 %
... har jeg følt mig rolig og afslappet	2,2	3,1	+42 %
... har jeg følt mig aktiv og energisk	1,7	2,2	+35 %
... er jeg vågnet frisk og udhvilet	1,8	2,5	+38 %

... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	2,5	3,2	+27 %
Global score	42,8	57,0	+33 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling

Sammenligning med kontrolgruppe

Behandlingsgruppens score på WHO-5 trivselsindeks er sammenlignet med en venteliste-kontrolgruppe, som ikke har modtaget behandling. Kontrolgruppen har besvaret de samme spørgeskemaer som behandlingsgruppen i samme tidsperiode (se bilag 2).

Mens behandlingsgruppen oplever en markant forbedring fra opstart til afslutning af behandling, oplever kontrolgruppen ingen forbedring i deres trivsel. Der er foretaget en statistisk analyse kaldet ANCOVA, som viser, at der for 4 ud af de 5 udsagn på WHO-5 trivselsindeks er en signifikant forskel mellem behandlings- og kontrolgruppen ved afslutning af perioden (se bilag 2). Forskellen mellem behandlings- og kontrolgruppen har en lille til medium effektstørrelse. Dette indikerer, at behandlingen har haft lille eller medium effekt på deltagernes generelle trivsel.

Cantril-stigen

Cantril-stigen består af en såkaldt trivselsstige med ti trin, hvor 0 repræsenterer "Det værste mulige liv", og 10 repræsenterer "Det bedste mulige liv". Deltagerne er blevet præsenteret for stigen og bedt om at angive, hvor på skalaen de vurderer at befinde sig nu og om 5 år.

Resultaterne inddeles i tre grupper:

- *Et gennemsnit mellem 0-3: "Lider"* – velvære er i højrisiko.
- *Et gennemsnit mellem 4-5: "Kæmper"* – velvære er moderat eller inkonsistent.
- *Et gennemsnit mellem 6-10: "Trives"* – velvære er stærk, konsistent og progressiv.

Som det fremgår af Tabel 11, har deltagernes gennemsnitlige placering af deres *nuværende liv* rykket sig fra 4,8 ved opstart til 6,2 ved afslutning. Det vil sige, at de ved opstart lå i kategorien "Kæmper", hvor velvære er moderat eller inkonsistent, men ved afslutning ligger lige over grænsen til kategorien "Trives".

"Jeg er blevet bedre til at være i svære følelser, også i længere perioder. Jeg er blevet mere tilgivende overfor mig selv og har fået en styrke til at modstå pres udefra."

Tabel 11. Deltagernes gennemsnitlige placering på Cantril-stigen (n=52)

	Opstart- skema	Afslutnings- skema	Udvikling i procent
Deltagernes vurdering af deres placering på stigen	4,8	6,2	+28 %

Kilde: Spørgeskema udfyldt af deltagerne inden og efter behandling

4.4 BMI

Det er et behandlingsmål, at deltagernes vægt er stabil, og at de hverken taber sig eller tager på under behandlingsforløbet. Ved opstart af behandling har deltagerne et gennemsnitligt BMI på 39,5, og ved afslutning har de et gennemsnitligt BMI på 41,2. Det gennemsnitlige BMI er dermed steget en smule.

Tabel 12 viser fordelingen af BMI ved opstart og afslutning af behandlingen. Ved opstart af behandlingen har 90 % af deltagerne svær overvægt. Ved afslutning af behandlingen har 93 % svær overvægt.

Tabel 12. Deltagernes BMI (n=57)

	Opstart af behandling		Afslutning af behandling	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
Undervægtig (<18,5)	0	0 %	0	0 %
Normalvægtig (18,5-24,9)	2	3,5 %	2	3,5 %
Moderat overvægt (25,0-29,9)	4	7,0 %	2	3,5 %
Svær overvægt, klasse 1 (30,0-34,9)	15	26,3 %	14	24,6 %
Svær overvægt, klasse 2 (35,0-39,9)	13	22,8 %	14	24,6 %
Svær overvægt, klasse 3 (40 og over)	23	40,4 %	25	43,9 %

Kilde: Visitationssamtale ved opstart og afslutning

4.5. Selvvurderet udbytte af behandlingen

Ved afslutning af forløbet bedes deltagerne beskrive, hvad de vurderer, at deres primære udbytte af behandlingen er. Dette afsnit præsenterer de temaer, som er mest udbredte og gennemgående hos deltagerne.

Forholdet til mad

Et gennemgående udbytte af behandlingsforløbet er, at deltagernes forhold til mad forbedres.

De beskriver, at deres forhold til mad inden behandlingen var præget af negative følelser som skam, angst og stress. Ved afslutning af forløbet er deltagernes forhold til mad mere afslappet og mindre skamfuldt. De oplever en større ro omkring spisesituationer og kan i højere grad spise sammen med andre mennesker.

”Jeg har fået et mere afslappet forhold til mad. Jeg har ikke længere overspisninger, men kan stadig godt spise i smug og føle skam over, hvad jeg spiser, men på ingen måde på samme måde som før. Jeg bryder mig stadig ikke om at spise overfor folk, jeg ikke kender så godt, men det rører mig ikke så meget at spise med familien længere.”

Fællesskab og genkendelse

Deltagerne fremhæver mødet med andre, der har samme udfordringer som dem selv, som et vigtigt udbytte. Overspisninger sker typisk i skjul for andre, og flere deltagere hemmeligholder spiseforstyrrelsen for venner og familie. Derfor har det været særdeles givende for deltagerne at se, at de ikke er alene. De har fået mulighed for at genkende sig selv i hinanden og se sig selv ude fra samtidig med, at de har støttet hinanden og opnået en høj grad af samhørighed og fællesskab.

”Jeg har fået meget ud af forløbet, men mest af alt følelsen af, at jeg ikke er alene. Der er andre, der har det som mig – de kan støtte, hjælpe og måske endda sætte ord på nogle af de følelser, jeg ikke selv har kunne sætte ord på.”

Det at blive mødt med forståelse har været af meget stor betydning – forståelse både fra de andre deltagere og fra terapeuterne, som har erfaring med spiseforstyrrelser.

Indsigt i bagvedliggende problemer

For mange af deltagerne har overspisningerne tidligere været mystiske og uforklarlige. De har brugt meget tid på selvbeprejelse og på at spekulere over, hvorfor de ikke bare kunne lade være med at overspise. Derfor har det været et centralt element at få indblik i nogle af de underliggende mønstre og processer, som gør, at de tyer til overspisning.

”Jeg er blevet stærkere i viden om mig selv, mine reaktionsmønstre og hvorfor jeg har brugt min spiseforstyrrelse.”

Behandlingens narrative tilgang har lagt op til, at deltagerne eksternaliserer deres spiseforstyrrelse og placerer den i deres livsforløb, hvilket har tydeliggjort dens funktion; en slags copingstrategi for svære følelser og oplevelser. Denne indsigt har gjort det nemmere for deltagerne at acceptere sig selv og forstå, hvorfor de handler, som de gør. Det har for nogle motiveret dem til at fortsætte med psykologisk/terapeutisk behandling andetsteds efter endt behandling i LMS.

Selvomsorg og selvaccept

Mange af deltagerne beskriver, at de gennem behandlingsforløbet har lært at acceptere sig selv, og at de er blevet bedre til at drage omsorg for sig selv.

En central pointe er, at deltagerne som led i behandlingen formår at adskille sig selv fra deres krop og overvægt. "Jeg er ikke min overvægt!" - overvægten er en konsekvens af spiseforstyrrelsen. Overvægten er ikke et udtryk for dovenskab eller manglende viljestyrke.

Nogle af deltagerne beskriver, at de inden forløbet har haft svært ved at sætte grænser og at mærke efter, hvad de har lyst til. Efter forløbet oplever deltagerne, at det er blevet nemmere at stå ved sig selv og sine ønsker og behov.

"Det har givet mig en hel masse i min kamp for at stå mere ved mig selv og mine behov og ønsker - også selvom andre ikke synes, det er en god ide, er enige eller anerkender mine behov. Det har givet mig en følelse af, at jeg også har ret til at være her, sige min mening og blive hørt af mine omgivelser i mit liv."

Specifikke redskaber

I løbet af behandlingen er deltagerne blevet introduceret for en række redskaber. Nogle af redskaberne nævnes af deltagerne som særligt udbytterige:

- Mekanisk spising: Her lærer deltagerne at spise regelmæssigt og sammensat. De skal spise tre hovedmåltider og to til tre mellemmåltider/snacks. Der må ikke gå mere end tre timer mellem måltiderne og mellemmåltiderne.
- Kostdagbog: I kostdagbogen registrerer deltagerne dagligt deres madindtag, følelser og aktiviteter. Bogen giver dermed indblik i deltagerens spisemønstre, og hvad der kan trigge en overspisning.
- Tidslinje: Deltagerne noterer vigtige begivenheder og oplevelser fra fortiden på en tidslinje og placerer derefter spiseforstyrrelsen i forhold til disse livsoplevelser. Dermed får deltagerne indblik i spiseforstyrrelsens bagvedliggende årsager og funktion.
- Mindfulness og bevidst spising: Formålet med disse redskaber er, at deltagerne lærer at iagttage og registrere deres krop og følelser – herunder at være til stede i negative følelser uden at flygte fra dem og at mærke sult og mæthed, når de spiser.

4.6 Hvem virker behandlingen mindre godt for?

Ved afslutning af behandlingsforløbet lever 8 personer (15 %) endnu op til diagnosekriterierne for BED. For disse personer har behandlingen således ikke haft den ønskede effekt. Halvdelen (4 personer) oplever en positiv effekt af behandling, omend de stadigvæk lever op til diagnosekriterierne ved afslutning af forløbet. Den anden halvdel (4 personer) oplever en forværring under behandlingsforløbet.

Disse personer ligner resten af deltagerne mht. alder, BMI og grad af BED ved opstart af behandlingen. Der kan dermed ikke umiddelbart identificeres nogen parametre, som adskiller dem fra de andre deltagere.

Ser vi nærmere på disse deltageres egen vurdering af behandlingsforløbet, fremkommer især to emner: COVID-19, som har forværret spiseforstyrrelsen, og et behov for et længerevarende behandlingsforløb. Det peger på, at nogle deltagere har brug for et mere omfattende tilbud for at få gavn af behandlingen.

4.7 Frafald

De første gruppeforløb begyndte i april 2019, og nu er de første 10 behandlingsforløb afsluttet. I alt startede 81 personer med BED i en af de 10 grupper, og heraf har 67 gennemført hele behandlingsforløbet. 14 deltagere er faldet fra undervejs, og behandlingen har dermed en frafaldsprocent på 17 %.

En af de hyppigste årsager til frafald er, at deltageren rammes af pludselige omvæltninger i privatlivet. Det kan fx være en anden alvorlig sygdom, skilsmisse, mistet job eller partners alvorlige sygdom. At deltage i et behandlingsforløb for BED kræver både tid og overskud til at arbejde med sig selv, og store forandringer i privatlivet kan gøre, at deltageren ikke længere har de nødvendige ressourcer. Derudover er der den særlige omstændighed, at behandlingen i foråret måtte omlægges til et virtuelt format som følge af COVID-19. Der er enkelte deltagere, der valgte at afslutte forløbet, fordi de ikke oplevede, at de fik nok ud af den digitale behandlingsform.

5. PERSPEKTIVER PÅ BED-BEHANDLING

I dette afsnit ses på dels symptomer og trivsel hos venteliste-kontrolgruppen og dels på budgetøkonomiske følger af ubehandlet BED.

5.1. At stå på venteliste

LMS' behandlingstilbud har – lige som sidst LMS tilbød behandling for BED – tiltrukket langt flere potentielle deltagere, end vi har kapacitet til at behandle. For at undersøge, hvad det betyder for de berørte at stå på venteliste til et behandlingstilbud, har LMS oprettet en kontrolgruppe bestående af personer på ventelisten. Kontrolgruppen har udfyldt samme spørgeskemaer (opstarts- og afslutningsskema) med samme tidsrum som behandlingsgruppen.

”Jeg er enormt overvægtig og ved, at det kommer til at forkorte mit liv betydeligt. Hvis ikke hjerteproblemer tager livet af mig, så gør depressionen.”

Spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel

Resultaterne viser, at de personer, der står på venteliste, har mange spiseforstyrrelsessymptomer (målt på EDE-Q) samt et lavt niveau af trivsel. I den periode, hvor deltagerne står på venteliste, sker der ingen ændring i deres spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel. BED lindres således ikke af sig selv over tid.

Hovedparten af deltagerne i venteliste-kontrolgruppen udtrykker bekymring for deres fysiske og psykiske helbred (92 %). Nogle er bekymrede for følgevirkninger af overvægten, og om deres overvægt vil føre til tidlig død. Andre er bange for, hvad sygdommen vil betyde for deres psykiske helbred på længere sigt. Deltagerne beskriver også, at spiseforstyrrelsen ødelægger relationen til deres familie, partner og venner. Flere isolerer sig og undgår sociale arrangementer, fordi de skammer sig over deres spisning og vægt.

De personer, som har valgt at deltage i LMS' kontrolgruppe – og som altså står på venteliste til behandling – kæmper alle med BED og har et lavt niveau af trivsel. Mange beskriver, at de har forsøgt at håndtere spiseforstyrrelsen på egen hånd, men uden succes. Men selvom de har stået på venteliste til LMS' behandlingstilbud i lang tid, står mange af dem stadigvæk så langt nede på listen, at de sandsynligvis ikke vil blive tilbudt behandling. LMS' behandling tilbydes nemlig kun indtil udgangen af 2021, hvor projektperioden udløber.

”Jeg er bekymret for, om min levevis med overvægt medfører for tidlig død. P.t. er jeg meget optaget af, at min overvægt begrænser mig ift. at være en ordentlig rollemodel for min datter på 8 år.”

5.2. Budgetøkonomiske følger af ubehandlet BED

Eftersom BED er karakteriseret ved tvangsoverspisninger uden kompenserende handlinger, medfører spiseforstyrrelsen ofte et forhøjet BMI. Af denne årsag er de samfundsøkonomiske konsekvenser af BED i form af følgesygdomme, et forøget brug af sundhedssystemet og nedsat arbejdskapacitet relevante aspekter at have for øje.

Der er endnu ikke foretaget tilstrækkelig forskning i samfundsøkonomiske konsekvenser af BED til, at den egentlige omkostning kan vurderes. Et metastudie fra 2015 viser dog, at BED er associeret med en forringelse af livskvaliteten og et større forbrug af sundhedsydelse (Ágh et al. 2015). Dette fund er underbygget af et senere studie, som ligeledes viser, at personer med BED har et signifikant forhøjet brug af sundhedspleje (Watson et al. 2018). Derudover er der indikationer på, at BED er associeret med en reduceret arbejdskapacitet og -produktivitet (Filipova & Stoffel 2016; Pawaskar et al. 2017). Da BED samtidig er den mest udbredte form for spiseforstyrrelse, virker det altså sandsynligt, at lidelsen har konsekvenser for de offentlige budgetter.

En del af omkostningen er knyttet til konsekvenserne af overvægt, men overvægt forklarer ikke hele omkostningen. Forskning viser nemlig, at BED i sig selv kan øge risikoen for en række sygdomme, blandt andet type II-diabetes, søvnforstyrrelser, kroniske smerter og astma (Olguin et al. 2017; Raevuori et al. 2014a, 2014b). Udover fysiske sygdomme har BED typisk en høj grad af komorbiditet med andre psykiske lidelser, heriblandt andre spiseforstyrrelser, depressive symptomer, bipolar lidelse, angst og PTSD og er desuden associeret med en forhøjet risiko for selvmord (Welch et al. 2016). Det vil sige, at terapeutisk behandling af personer med BED kan nedbringe omkostninger associeret med BED, selv hvis behandlingen ikke medfører et vægttab.

En investering i behandling af BED kan altså have en positiv effekt på økonomien, både ved at forøge arbejdskapaciteten og ved at nedbringe anvendelsen af sundhedssystemet hos personer med BED.

Når BED bliver en diagnose i 2022, forventes det, at efterspørgslen på behandling vil vokse sig endnu større – ligesom den har gjort over de seneste år, efterhånden som kendskabet til BED er blevet mere udbredt. Det vurderes, at mellem 40-50.000 personer i Danmark er påvirket af BED, og det er dermed den mest udbredte spiseforstyrrelse i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2016).

6. SAMMENFATNING

Resultaterne præsenteret i denne midtvejsevaluering viser, at behandlingen har haft en markant og positiv effekt på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer og generelle trivsel. Andelen af deltagere, som lever op til diagnosekriterierne, blev reduceret fra 89 % ved opstart af behandling til 15 % ved afslutning. Ligeledes er antallet af overspisningsepisoder reduceret i perioden: fra 17,9 overspisningsepisoder pr. måned til 5,9 overspisningsepisoder pr. måned.

Samtidig er deltagernes trivsel forbedret. Både på WHO-5 trivselsindeks og på Cantrilstigen lå deltagere inden behandlingsforløbet i en kategori, hvor der er grund til bekymring for mistrivsel, stress eller depression. Efter behandlingsforløbet er deltagernes trivsel forbedret, og på begge skalaerne ligger de nu over grænseværdien, hvor der ikke længere er risiko for mistrivsel, stress og depression.

For at sikre at disse behandlingseffekter ikke skyldes andre faktorer, er der foretaget en variansanalyse med en gruppe af personer, som står på venteliste til behandling, og som dermed kan fungere som kontrolgruppe. Den viser, at LMS' behandlingsforløb har haft en stor effekt på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer målt på EDE-Q-skalaen samt en lille og medium effekt på deltagernes trivsel målt på trivselsindekset. Det vurderes altså, at den positive udvikling i deltagernes symptomer og trivsel kan tilskrives behandlingen.

”Det var været en fantastisk men også hård rejse i en virkelig god gruppe med super skarpe behandlere. Jeg har ikke længere overspisninger, men kæmper med konsekvensen af dem... Min overvægt. Forløbet har givet mig håb om at kunne klare mit videre arbejde med overvægten uden at falde tilbage i slankeure og dårlige spisemønstre.”

7. REFERENCER

Ágh, Tamás, Gábor Kovács, Manjiri Pawaskar, Dylan Supina, András Inotai, & Zoltán Vokó (2015). "Epidemiology, health-related quality of life and economic burden of binge eating disorder: a systematic literature review". *Eating and Weight Disorders* 20, s. 1-12.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Amianto, Federico, Angela Valentina Spalatro, Miriam Rainis, Carla Andriulli, Luca Lavagnino, Giovanni Abbate-Daga, & Secondo Fassino (2018). "Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood." *Psychiatry Research* 269, s. 692-699.

Belli, Hasan, Cenk Ural, Mahir Akbudak, & Eser Sagaltici (2019). "Levels of childhood traumatic experiences and dissociative symptoms in extremely obese patients with and without binge eating disorder". *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(8), s. 527-531.

Bulik, C., 2013. *Midlife Eating Disorders. Your Journey to Recovery*, Walker & Company.

Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Cooper, Zafra, & Christopher Fairburn (1987). "The Eating Disorder Examination: A Semi-structured Interview for the Assessment of the Specific Psychopathology of Eating Disorders." *International Journal of Eating Disorders* 6(1), s. 1-8.

Dahlgren, C. L., Stedal, K., Rø, Ø. (2017). "Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Clinical Impairment Assessment (CIA): clinical norms and functional impairment in male and female adults with eating disorders." *Nordic Journal of Psychiatry* 71(4), s. 1-9.

Fairburn, Christopher & Cooper, Zafra (1993). The Eating Disorder Examination (12th Edition). In *Approaches to Assessment and Management*. pp. 137–360.

Filipova, Anna A. & Cheri L. Stoffel (2016). "The prevalence of binge eating disorder and its relationship to work and classroom productivity and activity impairment". *Journal of American College Health* 64(5), s. 349-361.

Goldfein, Juli A., Michael J. Devlin & Claudia Kamenetz (2005). "Eating Disorder Examination-Questionnaire with and without Instruction to Assess Binge Eating in Patients with Binge Eating Disorder". *International Journal of Eating Disorders*, 37. S. 107-111.

Grilo, Carlos M., Robin M. Masheb, & G. Terence Wilson (2001). "A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, s. 317–322

Holman, Daniel (2013). "What help can you get talking to somebody? Explaining class differences in the use of talking treatments". *Sociology of Health and Illness*, 36(4), s. 531-548.

Masheb, Robin M., & Carlos M. Grilo (2006). "Eating patterns and breakfast consumption in obese patients with binge eating disorder". *Behaviour Research and Therapy*, 44, s. 1545-1553.

Micali Nadia, Francesca Solmi, Nicholas J. Horton, Ross D. Crosby, Kamryn T. Eddy, Jerel P. Calzo, Kendrin R. Sonneville, Sonja A. Swanson, Alison E. Field (2015). "Adolescent eating disorders predict psychiatric, high-risk behaviors and weight outcomes in young adult-hood." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 54(8), s. 652-659.

Olguin, Pablo, Manuel Fuentes, Guillermo Gabler, Anna I. Guerdjikova, Paul F. Keck Jr., Susan I. McElroy (2017). "Medical comorbidity of binge eating disorder". *Eating and Weight Disorders* 22(1), s. 13-26.

Palmisano, Giovanni Luca, Marco Innamorati, & Johan Vanderlinden (2016). "Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review". *Journal of Behavioral Addictions* 5(1), s. 11-31.

Pawaskar, Manjiri, Edward A. Witt, Dylan Supina, Barry K. Herman, & Thomas A. Wadden (2017). "Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States". *International Journal of Clinical Practice* 71(7), s. 1-9.

Quilliot, Didier, Laurent Brunaud, Joris Mathieua, Christelle Quenot, Marie-Aude Sirveaux, Jean-Pierre Kahn, Olivier Ziegler, Pierrette Witkowski (2019). "Links between traumatic experiences in childhood or early adulthood and lifetime binge eating disorder". *Psychiatry Research*, 276, s. 134-141.

Raevuori, Anu, Jaana Suokas, Jari Haukka, Mika Gissler, Milla Linna, Marjut Grainger, Jaana Suvisaari (2014a). "Highly Increased Risk of Type 2 Diabetes in patients with Binge Eating Disorder and Bulimia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 48(6), s. 555-562.

Raevuori, Anu, Jari Haukka, Outi Vaarala, Jaana M. Suvisaari, Mika Gissler, Marjut Grainger, Milla S. Linna, Jaana T. Soukas (2014b). "The Increased Risk of Autoimmune Diseases in Patients with Eating Disorders". *PLoS ONE* 9(8), s. 1-12.

Rø, Øyvind, Deborah L. Reas, & Jan Rosenvinge (2012). "The impact of age and BMI on Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) scores in a community sample". *Eating Behaviors*, 13(2), s. 158-161.

Sonneville, Kendrin R. & Sarah K. Lipson (2017). "Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students". *International Journal of Eating Disorders* 51, s. 518-526.

Sripada, Rebecca K., Sarah K. H. Richards, Sheila A. M. Rauch, Heather M. Walters, Dara Ganoczy, Kipling M. Bohnert, Lisa A. Gorman, Michelle Kees, Adrian J. Blow, Marcia Valenstein (2015). "Socioeconomic Status and Mental Health Service Use Among National Guard Soldiers". *Psychiatric Services* 66, s. 992-995.

Steele, Leah, Carolyn Dewa, & Kenneth Lee (2007). "Socioeconomic Status and Self-Reported Barriers to Mental Health Service Use." *The Canadian Journal of Psychiatry* 52(3), s. 201-206.

Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser. Anbefaling for organisation og behandling. Tilgængelig online: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2016). *Behandling af Binge Eating Disorder (BED). Sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter.* Tilgængelig online: <https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/SUU/bilag/211/1729556.pdf>

Tanofsky-Kraff, Marian & Natasha A. Schvey (2020). "A Developmental Framework of Binge-Eating Disorder Based on Pediatric Loss of Control Eating". *American Psychologist*, 75(2), s. 189-203.

Tanofsky-Kraff, Marian, Lauren B. Shomaker, Cara Olsen, Caroline A. Roza, Laura E. Wolkoff, Kelli M. Columbo, Gina Raciti, Jaclyn M. Zocca, Denise E. Wilfley, Susan Z. Yanovski, & Jack A. Yanovski (2011). "A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes". *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), s. 108-118.

López, Héctor J. Velázquez, Rosalía Vázquez Arévalo & Juan Manuel Mancilla Díaz (2018). "Binge eating disorder in men. A review of the relevant variables in the literature". *Salud Mental*, 41(2), s. 91-100.

ViOSS (2016). "Erfaringsopsamling om Binge Eating Disorder (BED)". Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade.

Watson, Hunna J., Andreas Jangmo, Tosha Smith, Laura M. Thornton, Yvonne von Hausswolf-Juhlin, Manisha Madhoo, Claes Norring, Elisabeth Welch, Camilla Wilklund, Henrik Larsson, Cynthia M. Bulik (2018). "A register-based case-control study of health care utilization and costs in binge-eating disorder". *Journal of Psychosomatic Research* 108, s. 47-53.

Welch, Elisabeth, Andreas Jangmo, Laura M. Thornton, Claes Norring, Yvonne von Hausswolff-Juhlin, Barry K. Herman, Manjiri Pawaskar, Henrik Larsson, & Cynthia M. Bulik (2016). "Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: clinical course and psychiatric comorbidity". *BMC Psychiatry* 16:163, s. 1-8.

WHO (1998). Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

BILAG 1: DATAGRUNDLAG OG METODER

Undersøgelsen bygger på simple statistiske metoder, såsom opstilling af frekvenstabeller og beregning af gennemsnitsværdier, udført i Microsoft Excel. I enkelte tilfælde, såsom i sammenligningen med kontrolgruppen og i sammenligningen af uddannelse med Danmarks befolkning, er der anvendt mere komplekse værktøjer, hhv. variansanalyse (i SPSS) og vægtning (i Excel).

I tabeller og figurer har vi afrundet procenter, hvilket betyder, at procenter i nogle tilfælde vil summere til 101 % eller 99 %.

Analyser og fortolkning er gennemført af ViOSS i perioden september - oktober 2020.

Nedenfor beskrives de forskellige datakilder.

Visitationsark

Inden hvert behandlingsforløbs opstart inviteres de potentielle deltagere, som står øverst på ventelisten til behandlingen, til en visitationsamtale med en behandler fra LMS. Samtalen har til formål at afdække, om personen kan indgå på en konstruktiv måde i gruppeforløbet og vil have gavn af behandlingen. I den forbindelse udfylder behandleren et visitationsark i samarbejde med deltageren, der afdækker personens grad af BED. Ved behandlingsforløbets afslutning udfylder behandler og deltager visitationsarket igen.

Visitationsarket indeholder spørgsmål, der vedrører de diagnostiske kriterier for BED; antallet af overspisninger, karakteristika ved overspisningerne, og hvorvidt der er anden kompenserende adfærd. Spørgsmålene er udviklet på baggrund af *Eating Disorder Examination (EDE)*, som er et semistruktureret interview udviklet af Cooper og Fairburn (1987) til at måle en række spiseforstyrrelsessymptomer.

Vi anvender data fra visitationsarkene, når det kommer til antallet af spiseforstyrrelser og til vurdering af graden af BED. Den kliniske definition af en overspisningsepisode kan nemlig variere fra den definition, som en person med BED har. Typisk ses det, at personer med BED overvurderer antallet af episoder, når de selv skal vurdere det, mens antallet falder, når den samme person guides af en professionel (Goldfein et al. 2005, Grilo et al. 2001). Tilstedeværelsen af en behandler, der er trænet i at udfylde spørgeskemaet, øger derfor præcisionen og validiteten af besvarelsen.

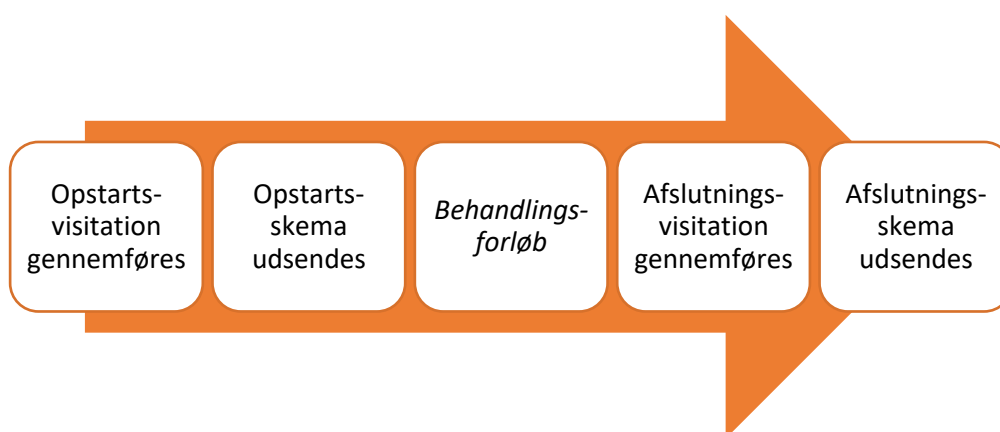
Spørgeskemaer

Udover visitationsarkene anvender undersøgelsen spørgeskemaer, som deltagerne selv udfylder. Det første skema udsendes ca. én uge før første behandlingsgang (opstartsskema). Det andet spørgeskema udsendes umiddelbart efter behandlingens afslutning (afslutningsskema).

Begge spørgeskemaer indeholder spørgsmål, der måler spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel. Til måling af spiseforstyrrelsessymptomer anvender vi *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), som er en survey-version af EDE. Til måling af trivsel anvendes Cantril's stige (Cantril 1965) og WHO's trivelsindeks (WHO 1998).

Derudover indeholder opstartsskemaet en række baggrundsspørgsmål vedr. demografi, socioøkonomi, helbred, forventninger til forløbet m.v. Afslutningsskemaet indeholder spørgsmål, der måler deltagernes tilfredshed med forløbet og selv vurderet udbytte.

I grove træk kan de forskellige målinger opsummeres således:



Svar- og gennemførselsprocenter

De første gruppeforløb startede i april 2019. Knap halvvejs gennem projektperioden er de første 10 behandlingsforløb afsluttet (september 2020). I alt startede 81 personer med BED i en af de 10 grupper, og heraf har 67 personer gennemført hele behandlingsforløbet.

På nuværende tidspunkt er 58 personer med BED i behandling, og i alt 139 personer har dermed opstartet et behandlingsforløb.

Besvarelsesprocenter

Som tidligere beskrevet bygger tallene i denne rapport på fire datakilder: to visitationsark (opstart og afslutning) og to spørgeskemaer (opstartsskema og afslutningsskema).

Af de 67 personer, som har gennemført forløbet, har 53 personer gennemført begge visitationssamtaler, hvilket giver en svarprocent for visitationsarkene på 79 %. 52 personer har besvaret afslutningsskemaet, hvilket giver en svarprocent for evalueringen på 78 %.

Derudover er der anvendt besvarelser fra alle personer, som har besvaret opstartsskemaet, dvs. også personer, som endnu ikke har afsluttet behandlingsforløbet. I alt har 139 personer opstartet behandling og dermed modtaget opstartsskemaet, hvoraf 118 personer besvaret det. Det giver en svarprocent på 85 %.

Afsnit 3 i denne rapport er baseret på de 118 besvarelser fra opstartsskemaet. Afsnit 4 er baseret på visitationsark og spørgeskemabesvarelser fra de personer, som har gennemført hele behandlingsforløbet.

Da der er deltagere, som kun har besvaret en del af opstarts- og afslutningsskemaet, vil der i nogle tabeller være en hovedtotal (N) på mindre end 118 (opstartsskema) eller mindre end 52 (afslutningsskema).

Hvordan måler vi BED?

Undersøgelsen anvender DSM-V's diagnosekriterier for BED, når vi måler andelen af deltagere, som har BED. I DSM-V skal man opfylde følgende kriterier for at få diagnosen BED (American Psychiatric Association 2013):

DSM-V diagnosekriterier for BED.

A. Gentagne episoder med overspisning. En overspisningsepisode karakteriseres ved begge af de følgende:

1. Spisning, indenfor en tidsafgrænset periode (fx 2 timer), af en mængde mad der helt klart er større, end hvad de fleste ville spise i en tilsvarende tidsperiode og under tilsvarende omstændigheder.
2. En følelse af kontroltab over spisningen under episoden (fx en følelse af ikke at kunne stoppe med at spise eller kontrollere hvad og hvor meget, man spiser).

B. Overspisningsepisoderne er forbundet med tre (eller flere) af følgende:

1. At spise meget hurtigere end normalt.
2. At spise, indtil man føler ubehagelig mæthed.
3. At spise store mængder mad uden at føle fysisk sult.
4. At spise alene, fordi man skammer sig over, hvor meget man spiser.
5. At føle væmmelse ved sig selv, depressiv sindsstemning, eller meget skyld efterfølgende.

C. Overspisningerne er forbundet med et betydeligt ubehag.

D. Overspisningerne forekommer gennemsnitligt en gang ugentligt eller oftere over en periode på tre måneder.

E. Overspisningerne er *ikke* forbundet med gentagen, uhensigtsmæssig kompensatorisk adfærd som ved bulimi og forekommer ikke kun som del af anoreksi eller bulimi.

Behandlingsforløb under COVID-19

En del af behandlingsgrupperne var i gang i foråret 2020, da regeringen lukkede Danmark ned som følge af COVID-19. Behandlingsforløbet blev for disse grupper omlagt til et digitalt format, og nedlukningen har altså haft stor indflydelse på deltagernes behandlingsforløb.

En intern undersøgelse af brugertilfredsheden i LMS' BED-behandling under nedlukningen viste, at størstedelen af brugerne var tilfredse med det digitale tilbud. Undersøgelsen viste, at selvom hovedparten af deltagerne foretrækker den fysiske behandling, var de overordnet tilfredse med det digitale alternativ. Undersøgelsen viste også, at deltagernes spiseforstyrrelse og trivsel ikke blev påvirket på en entydig måde under nedlukningen; nogle fik det værre, andre fik det bedre, og nogle mærkede ingen forskel. Altså er COVID-19 noget, der påvirker deltagerne på forskellige måder.

Det er dog værd at bemærke, at nogle deltagere har udtrykt utilfredshed med den virtuelle behandling, og at nogle også har frafaldet behandlingen af denne årsag. Altså er der en gruppe, for hvem den digitale behandling ikke fungerede, hvilket betød, at de ikke ønskede at fortsætte.

BILAG 2: KONTROLGRUPPE

LMS har oprettet en kontrolgruppe bestående af personer, der står på venteliste til behandling. Kontrolgruppen har gennemført samme spørgeskemaer (opstarts- og afslutningsskema) med samme tidsrum som behandlingsgruppen. Formålet er dels at sammenligne resultaterne af behandlingen med en kontrolgruppe, dels at undersøge, hvad det betyder for de berørte at stå på venteliste til et behandlingstilbud.

Sammenligning af behandlingsgruppe og kontrolgruppe

I afsnit 4 så vi, at deltagerne i behandlingsgruppen oplevede en forbedring fra opstart til afslutning i forhold til både spiseforstyrrelsessymptomer og trivsel. Det indikerer, at behandlingen virker. Dog kan udviklingen også skyldes andre faktorer, fx at spiseforstyrrelsen lindres med tiden. For at sikre at de behandlingseffekter, vi ser, kan tilskrives LMS' behandling, er behandlingsgruppen blevet sammenlignet med en kontrolgruppe bestående af personer, der står på venteliste til behandling for BED hos LMS.

Tabel 13. Effektstørrelse på forskel ml. kontrol- og behandlingsgruppe

	Behandlings- gruppe	Kontrol- gruppe	Effekt- størrelse	Signifikans
EDE-Q	N = 30	N = 57		
Global score	1,9	4,0	0,54	p<0,001
WHO	N = 31	N = 58		
Glæde og godt humør	2,9	2,5	0,05	p=0,044
Rolighed og afslappethed	2,8	2,2	0,08	p=0,007
Aktiv og energisk	1,9	1,5	0,01	P=0,27
Vågnet frisk og udhvilet	2,4	1,3	0,10	p=0,003
Interesse i dagligdagen	2,9	2,2	0,08	p=0,008

Kilde: Evalueringer udfyldt af kontrol- og behandlingsgruppe inden og efter behandlingsgruppens forløb hos LMS.

Note til tabellen: Værdierne for behandlingsgruppen i ovenstående tabel vil variere fra tabellerne i resten af rapporten. Det skyldes, at de statistiske analyser påbegyndtes inden resten af arbejdet med midtvejsevalueringen; derfor er der flere behandlingsgrupper, som siden er blevet færdige med behandlingen, og deres besvarelser ændrer gennemsnittet.

Behandlings- og kontrolgruppens EDE-Q score og trivsel er blevet sammenlignet med en statistisk variansanalyse kaldet ANCOVA. ANCOVA anvendes ofte til at teste, om der er forskel mellem to gruppers udvikling. Man kan også måle størrelsen på forskellen: Generelt siger man, at en effektstørrelse, der er større end 0,14, er "stor".

En medium effekt ligger på eller over 0,06, og en lille effekt er på eller over 0,01 (Dahlgren et al. 2017).

Analysen korrigerer desuden for eventuel varians mellem behandlingsgruppen og kontrolgruppen i opstartsskemaet, dvs. den varians, der ikke skyldes behandlingen.

Kort fortalt viser analysen, at der i afslutningsskemaet er en signifikant forskel mellem behandlings- og kontrolgruppen på EDE-Q-skalaen og WHO-5 trivselsindeks. På den globale EDE-Q-skala er effektstørrelsen på 0,54, hvilket indikerer, at LMS' behandlingsforløb har haft en stor effekt på deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer. På WHO-5 er effektstørrelserne mindre, hvilket indikerer, at behandlingen har haft lille eller medium på den generelle trivsel.

Symptomer og trivsel hos behandlingsgruppen

Som det ses af tabel 14 har kontrolgruppen en global score på EDE-Q på 4,0 både i opstarts- og afslutningsskemaet. Ser vi på de 4 subskalaer *restriktion*, *vægtbekymring*, *figurbekymring* og *spisebekymring* er der mindre variationer i scorerne, men en statistisk test (*Paired samples t-test*) påviser, at denne forskel er insignifikant. Det indikerer, at de variationer, der er i de enkelte subskalaer, skyldes tilfældigheder. Der er dermed ingen forskel mellem kontrolgruppens EDE-Q scorer ved opstart og afslutning.

Når vi ser på WHO-5 trivselskalaen for kontrolgruppen ses variationer i scorerne for de enkelte udsagn og for den samlede score i opstartsskemaet sammenlignet med afslutningsskemaet. Den statistiske test viser dog, at disse forskelle ligeledes er insignifikante. Der er dermed ikke sket nogen ændring i kontrolgruppens trivsel i den periode, de har stået på venteliste.

Tabel 14. Gennemsnitlig score for kontrolgruppen på EDE-Q og WHO-skalaerne. Målt før og efter behandlingsforløbet/perioden på venteliste

	Opstart- skema	Afslutnings- skema
EDE-Q	N = 62	N = 57
Restriktion	2,8	2,8
Spisebekymring	3,8	3,9
Figurbekymring	4,8	4,7
Vægtbekymring	4,8	4,7
Global score	4,0	4,0
WHO-5		
I de sidste 2 uger..	N = 62	N = 58
...har jeg været glad og i godt humør	2,2	2,5
...har jeg følt mig rolig og afslappet	2,0	2,2
... har jeg følt mig aktiv og energisk	1,5	1,5
... er jeg vågnet frisk og udhvilet	1,3	1,3
... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	2,4	2,2

Samlet score	37,6	38,8
---------------------	-------------	-------------

Kilde: Besvarelser til den selvudfyldte evaluering før og efter behandlingsforløbet.