



Landsforeningen  
mod spiseforstyrrelser  
og selvskade

# **EVALUERING AF INDSATS MOD SPISEFORSTYRRELSER**

**ET BEHANDLINGSTILBUD UNDER LANDSFORENINGEN MOD  
SPISEFORSTYRRELSER OG SELVSKADE**



## **Evaluering af Indsats mod spiseforstyrrelser**

Udgivet februar 2022

### **Publikationen er udgivet af**

LMS' Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS)

Krumtappen 2, 5. sal

2500 Valby

[info@vioss.dk](mailto:info@vioss.dk)

### **Udarbejdet af**

Stine Bay, Projektleder i ViOSS

Birgitte Bøgh Normann Gade, Projektleder i ViOSS

### **For yderligere information**

Kontakt [info@vioss.dk](mailto:info@vioss.dk)

### **Projektet og evalueringen er finansieret af**

Sundhedsstyrelsens pulje til *Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade* – delpuljen om kapacitetsudvidelse, satspuljen 2018-2021.

Derudover skyldes en stor tak til deltagerne i evalueringen.

# INDHOLD

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>RAPPORTENS OPBYGNING</b> .....	<b>2</b>
<b>HOVEDRESULTATER</b> .....	<b>3</b>
<b>LMS ANBEFALER</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>6</b>
<b>2. METODE OG ANALYSE</b> .....	<b>7</b>
2.1. DATAGRUNDLAG .....	7
2.2. DATAINDSAMLING.....	8
2.3. STATISTISKE ANALYSER.....	9
<b>3. DELTAGERNES UDBYTTTE AF BEHANDLINGSTILBUDET</b> .....	<b>11</b>
3.1. HVEM ER DELTAGERNE?.....	11
3.2. SPISEFORSTYRRELESSYMTOMER .....	13
3.3. DELTAGERNES TRIVSEL.....	20
3.4. FØLELSERREGULERING .....	23
3.5. VIRKSOMME FORHOLD.....	26
3.6. PÅRØRENDE.....	28
3.7. STOPPET FØR TID.....	30
3.8. OPSAMLING PÅ DELTAGERNES UDBYTTTE .....	31
<b>4. PÅRØRENDES UDBYTTTE AF PÅRØRENDESEMINARER</b> .....	<b>32</b>
4.1. HVEM ER DE PÅRØRENDE?.....	32
4.2. PÅRØRENDES BEHOV OG FORVENTNINGER.....	33
4.3. UDBYTTTE AF PÅRØRENDESEMINAR.....	35
4.4. OPSAMLING PÅ PÅRØRENDES UDBYTTTE .....	40
<b>5. KOMMUNAL AFPRØVNING</b> .....	<b>41</b>
5.1. FAGPERSONERS MOTIVATION.....	41
5.2. REKRUTTERING TIL OG FACILITERING AF SAMTALEGRUPPER .....	42
5.3. KOMMUNAL FORANKRING.....	45
5.4. OPSAMLING PÅ KOMMUNAL AFPRØVNING .....	46
<b>6. MULIGE SAMFUNDSØKONOMISKE GEVINSTER</b> .....	<b>47</b>
<b>7. SAMMENFATNING</b> .....	<b>48</b>
<b>REFERENCER</b> .....	<b>49</b>

# FORORD

LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade har med midler fra Sundhedsstyrelsens pulje til *Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade* – delpuljen om kapacitetsudvidelse under satspuljen 2018-2021, gennemført behandlingstilbuddet *Indsats mod spiseforstyrrelser*. 50 personer har gennemført behandlingsforløbet. Tilbuddet henvender sig til personer, der er berørt af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi 1) som endnu ikke er behandlingskrævende i psykiatrien eller 2) som tidligere har været i behandling i psykiatrien, og nu har brug for støtte for at undgå tilbagefald.

Denne rapport præsenterer en evaluering af LMS' behandlingstilbud. Rapportens resultater er inddelt i tre dele, hvor første del præsenterer resultater af behandlingsindsatsen i relation til deltagernes udbytte af og tilfredshed med behandlingsforløbet. Anden del præsenterer resultater relateret til pårørendes udbytte af de pårørendeseminarer, der har været afholdt som led i indsatsen sideløbende med behandlingsforløbene. Den sidste del gennemgår en evaluering af den kommunale afprøvning af behandlingsindsatsen i to kommuner. Formålet med rapporten er at dokumentere behandlingsresultaterne og skabe viden, der kan bruges til at guide fremadrettede behandlingstilbud. Vi håber, at rapporten kan bidrage med inspiration og debat af den fremadrettede behandling af personer, der er berørt af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi. Evalueringen er udarbejdet af LMS' videnscenter, ViOSS.

God læselyst.

# RAPPORTENS OPBYGNING

**Kapitel 1** introducerer LMS' behandlingstilbud - herunder beskrivelse af behandlingstilbuddets indhold, målgruppe og succeskriterier.

**Kapitel 2** beskriver den data, der ligger til grund for evalueringen samt de metoder, som er benyttet.

**Kapitel 3** gennemgår evalueringens resultater relateret til deltagernes udbytte af behandlingstilbuddet.

**Kapitel 4** præsenterer evalueringens resultater relateret til pårørendes udbytte af pårørendeseminarerne.

**Kapitel 5** gennemgår en evaluering af den kommunale afprøvning af et tilpasset koncept af behandlingsindsatsen i to kommuner.

**Kapitel 6** præsenterer mulige samfundsøkonomiske gevinster ved behandlingstilbuddet.

**Kapitel 7** sammenfatter evalueringens resultater.

# HOVEDRESULTATER

LMS har et udviklet et behandlingstilbud, som er målrettet personer berørt af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi. I perioden 2018-2021 har 50 personer har gennemført behandlingstilbuddet.

## Deltagernes udbytte af LMS' behandlingstilbud

I evalueringen af deltagernes udbytte af behandlingstilbuddet indgår besvarelser fra 35 kvinder og to mænd i alderen 19-45 år med en gennemsnitsalder på 25,7 år. 23 deltagere har været i behandling i København, mens 14 har været i behandling i Aarhus.

Evalueringens resultaterne viser, at deltagerne opnår en statistisk signifikant reduktion af deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet. Den største forbedring ses på underskalaerne *restriktion* og *spisebekymring*. Deltagerne opnår desuden en moderat og statistisk signifikant forbedring af deres generelle trivsel i løbet af behandlingsforløbet, hvor den gennemsnitlige globale WHO-5 trivselsscore stiger fra 43,9 til 52,8. Dermed er den gennemsnitlige deltager rykket ud af risikogruppen for depression og stressbelastning ( $\leq 50$ ) efter endt behandling. Resultaterne viser yderligere, at deltagerne opnår statistisk signifikant forbedret evne til at følelsesregulere.

Deltagerne fremhæver især tre forhold, der har haft afgørende betydning for deres positive behandlingsresultat: 1) Deltagerne kan genkende sig i de andres fortællinger, hvilket giver dem større indsigt i egen situation; 2) Et trygt terapeutisk rum inviterer til åben dialog om det, der er svært samt 3) Indsigt i og narrative redskaber til at stå op imod spiseforstyrrelsen.

## Inddragelse af pårørende

I alt har 138 pårørende til deltagere i behandlingsforløbet deltaget i hele eller dele af pårørendeseminarerne. Halvdelen af de pårørende er forældre, hvor de resterende hovedsageligt er ægtefæller/partnere, venner eller søskende.

Størstedelen af de pårørende giver udtryk for, at de igennem pårørendeseminarerne har fået redskaber til og viden om, hvordan de bedst støtter den berørte. De tilkendegiver, at de har fået bedre indsigt i spiseforstyrrelsen, hvilket har ledt til, at de har fået en bedre forståelse for de berørtes udfordringer. Deltagere i behandlingstilbuddet oplever ligeledes, at de pårørende er blevet bedre til at forstå deres situation. De pårørende fremhæver desuden, at pårørendeseminarerne har givet dem mulighed for at åbne op for svære følelser. Disse følelser har de haft mulighed for at dele med ligesindede, hvilket har betydet, at de pårørende føler sig mindre alene.

## Kommunal afprøvning i to kommuner

Et tilpasset koncept af behandlingstilbuddet er blevet afprøvet i Helsingør Kommune og Holstebro Kommune. Holstebro Kommune har i alt rekrutteret fire deltagere til facilitering af én rehabiliterende samtalegruppe. Helsingør Kommune har ikke faciliteret rehabiliterende samtalegrupper.

Fagpersoner fra de to kommuner oplever, at LMS' opkvalificering, herunder afholdelse af uddannelsesdag og tilbud om løbende supervision, har klædt dem på til at afholde rehabiliterende samtalegrupper i kommunen. Begge kommuner har dog fundet det udfordrende at skaffe deltagere til samtalegrupperne. Kommunerne ønsker fremadrettet at facilitere rehabiliterende samtalegrupper. De fremhæver dog, at det kræver, at der er ledelsesopbakning samt afsatte ressourcer til det i den givne kommune.

# LMS ANBEFALER

På baggrund af evalueringens resultater har LMS fire anbefalinger til fremtidig behandling af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi.

1.

## PERSONER MED MILD TIL MODERAT ANOREKSI OG/ELLER BULIMI SKAL TILBYDES BEHANDLING

Denne evaluering viser, at personer med mild til moderat anoreksi og/eller bulimi, som endnu ikke er behandlingskrævende i psykiatrisk regi, eller som tidligere har været i behandling i psykiatrien, og nu har brug for støtte, profiterer af behandlingsindsatsen. Det ses blandt andet ved, at symptomer på spiseforstyrrelse reduceres. LMS anbefaler derfor, at:

- Personer, der lider af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi, tilbydes behandling. Indsatsen kan fx placeres i kommuner, organisationer eller private tilbud. Behandlingen kan med fordel inspireres af den behandlingsmanual, der er udviklet i LMS.

2.

## GRUPPEBEHANDLING ANBEFALES TIL BEHANDLING AF MILD TIL MODERAT ANOREKSI OG/ELLER BULIMI

LMS har generelt positive erfaringer med at tilbyde gruppebaseret behandling, og deltagerne fremhæver, at det har haft positiv indvirkning på behandlingsresultaterne, at de kan genkende sig i andres fortællinger. Det har givet dem en større indsigt i deres egen situation. LMS anbefaler derfor, at:

- Personer berørt af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi tilbydes gruppebehandling fx funderet i den narrative metode.

3.

### PÅRØRENDE TIL PERSONER BERØRT AF MILD TIL MODERAT ANOREKSI OG/ELLER BULIMI SKAL INDDRAGES I BEHANDLINGSFORLØBET

Evalueringen viser, at pårørendeseminarerne har givet de pårørende redskaber til og viden om, hvordan de bedst støtter den berørte. Deltagerne i behandlingen udtrykker således, at det har haft en positiv indvirkning på deres behandlingsresultater, at de pårørende har fået en bedre forståelse for deres lidelse. LMS anbefaler derfor, at:

- Behandlingssteder, som fremadrettet tilbyder behandling af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi, inkluderer de pårørende i behandlingsforløbet. Det kan eksempelvis gøres med sideløbende gruppeforløb eller arrangementer for pårørende.

Måden hvorpå pårørende inddrages i behandlingsforløbet kan med fordel inspireres af det koncept og den dertilhørende manual, der er udviklet i LMS.

4.

### BEHANDLINGSTILBUDET SKAL SUPPLERES MED MULIGHED FOR REHABILITERINGSFORLØB

Evalueringen indikerer, at nogle deltagere har behov for mere støtte og opfølgning efter endt behandlingsforløb. LMS anbefaler derfor, at:

- Behandlingssteder, som fremadrettet tilbyder behandling af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi, sikrer mulighed for rehabiliteringsforløb eller anden støtte efter et afsluttet forløb for at forebygge tilbagefald.



# 1. INDLEDNING

LMS' behandlingstilbud er finansieret af Sundhedsstyrelsens pulje til *Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade* – delpuljen om kapacitetsudvidelse under satspuljen 2018-2021. Fra august 2018 til december 2021 er der i alt gennemført otte behandlingsgrupper, der hver har bestået af fem til otte deltagere og to gruppeledere. Behandlingen blev tilbudt i København og Aarhus. Behandlingsforløbet består af 15 sessioner, der blev afholdt ugentligt. I behandlingen indgår psykoterapi i gruppe, vejning, pårørendeinddragelse, diætistvejledning, mindfulness, registrering af spiseforstyrrelsesadfærd i kostdagbog og psykoedukation. Der er et formaliseret samarbejde med eksterne diætister og en psykiatrisk overlæge. Behandlerteamet er tværfagligt sammensat bestående af psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere med en relevant psykoterapeutisk baggrund og med behandlingserfaring i forhold til målgruppen. Teamet har arbejdet ud fra et fællesfagligt psykoterapeutisk grundlag med afsæt i primært de kulturpsykologiske og narrative tilgange. LMS har fulgt Sundhedsstyrelsens anbefalinger og retningslinjer for behandling af spiseforstyrrelser (1,2).

Målgruppen er personer fra 17 år, der har milde til moderate symptomer på anoreksi og/eller bulimi, men som endnu ikke er behandlingskrævende i psykiatrien. Tilbuddet er desuden målrettet personer, der tidligere har været i behandling for en spiseforstyrrelse og nu har brug for støtte for at undgå tilbagefald. Målet med behandlingsindsatsen er at behandle spiseforstyrrelsen, før den udvikler sig og (igen) bliver behandlingskrævende i psykiatrisk regi. Forskning viser, at sandsynligheden for at blive rask øges, hvis man får behandling tidligt i sygdomsforløbet, hvor motivationen for behandling desuden menes at være størst, da de berørte oplever flere barrierer for behandling, desto mere alvorlige deres symptomer er (3,4).

Foruden deltagerne i behandlingen, har indsatsen været målrettet deltagernes pårørende. Alle deltagere i behandlingsindsatsen er blevet opfordret til at invitere en eller flere pårørende med til et pårørendeseminar. Der har været afholdt otte pårørendeseminarer i alt i forbindelse med behandlingsindsatsen. Hvert pårørendeseminar er fordelt over fire mødegange, som har været afholdt sideløbende med hver behandlingsgruppe. Formålet med pårørendeseminarerne er at klæde deltagernes pårørende bedre på til at kunne forstå og støtte op om den berørte person samt lære at tage bedre hånd om dem selv.

Et tilpasset koncept af behandlingsindsatsen er blevet afprøvet i Helsingør Kommune og Holstebro Kommune. Intentionen med den kommunale indsats har været at afprøve, hvorvidt det tilpassede koncept kan anvendes i rehabiliteringsøjemed i en kommunal kontekst. I alt har sammenlagt 12 fagpersoner fra de to kommuner deltaget i en uddannelsesdag, hvor formålet har været at kvalificere dem til at lede og facilitere rehabiliterende samtalegrupper for personer med forstyrret spiseadfærd i de respektive kommuner.

Denne rapport præsenterer behandlingsresultaterne med fokus på, om projektets succeskriterier er nået. Følgende succeskriterier er opsat for behandlingsindsatsen:

- Udvikling af behandlingskoncept
- 64 personer gennemfører behandlingen
- Øget trivsel og reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer blandt deltagerne i behandlingen
- 128 pårørende deltager i sideløbende pårørendeseminarer
- Afprøvning af tilpasset koncept i to kommuner

## 2. METODE OG ANALYSE

Dette afsnit giver et indblik i evalueringens datagrundlag samt et overblik over antal respondenter, som analyserne bygger på. Derudover beskrives anvendte metoder samt relevante metodiske overvejelser.

### 2.1. DATAGRUNDLAG

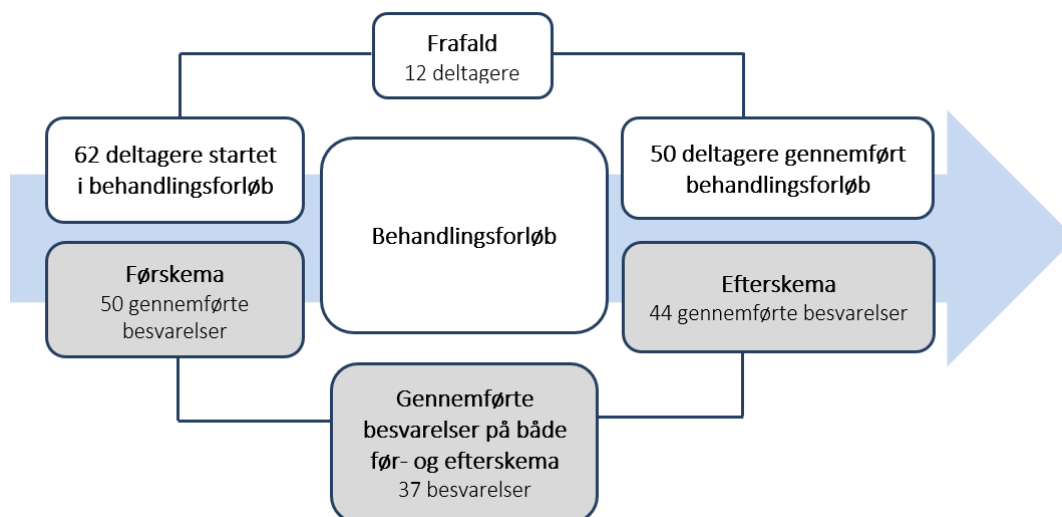
Evalueringen er tredelt. Første del bygger på en spørgeskemaundersøgelse blandt deltagerne i behandlingen, hvor anden del er baseret på en spørgeskemaundersøgelse blandt deltageres pårørende, som har deltaget i et pårørendeseminar sideløbende med behandlingen. Tredje del af evalueringen bygger hovedsageligt på interviews med fagpersoner fra de to kommuner. Al data er anonymiseret i rapporten, så ingen deltagere, pårørende eller fagpersoner kan genkendes.

Datagrundlaget for evalueringens første to dele, som er baseret på spørgeskemabesvarelser, uddybes i nedenstående to afsnit.

#### 2.1.1. Deltagere i behandlingstilbuddet

I alt er 62 deltagere fordelt på otte gruppeforløb startet i behandling i løbet af projektperioden, hvoraf 50 deltagere har gennemført behandlingen. Således har 81% af opstartede deltagere gennemført behandlingsforløbet. De otte gruppeforløb har været afholdt i København og Aarhus, hvoraf fem har kørt i København og tre har kørt i Aarhus.

Figur 1: Overblik over datagrundlag, deltagere i behandlingstilbuddet

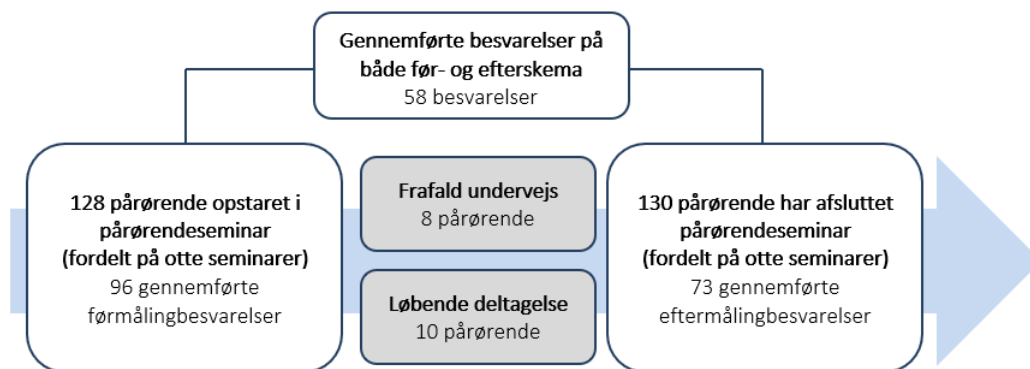


En progressionsmåling forudsætter, at der både foreligger en før- og eftermåling på deltagerne. I alt har 50 ud af 62 deltagere, der startede i behandlingsforløbet, besvaret førmålingen (81%). Ud af de 50 deltagere, der har gennemført behandlingen, har 44 besvaret eftermålingen (88%). 37 deltagere (svarende til 74% af deltagere, der har gennemført behandlingsforløbet) har besvaret både før- og efterspørgeskemaet og indgår derfor i evalueringen af deltageres udbytte af behandlingstilbuddet.

### 2.1.2. Pårørende

Som led i behandlingen er der sideløbende med de otte gruppeforløb blevet afholdt otte pårørendeseminarer. Hvert pårørendeseminar er fordelt over fire mødegange. 128 pårørende deltog i pårørendeseminarerne fra start, og ti pårørende har deltaget løbende. Således har sammenlagt 138 pårørende til deltagerne i gruppeforløbene deltaget i hele eller dele af et pårørendeseminar. Otte pårørende er faldet fra undervejs, hvorfor i alt 130 pårørende har afsluttet forløbet (se figur 2 nedenfor). Frafald blandt pårørende skyldes hovedsageligt, at den berørte person er stoppet før tid i behandlingsforløbet.

Figur 2: Overblik over datagrundlag, pårørende



I alt har 96 ud af de 128 pårørende, der fra start deltog i pårørendeseminarerne, besvaret førmålingen (75%). 73 ud af de 130 pårørende, der har modtaget eftermålingen, har besvaret denne (56%). 58 pårørende har besvaret både før- og eftermålingen (svarende til 48% af de pårørende, der har modtaget både før- og efterskema).

Besvarelser på førmålingen anvendes til at beskrive karakteristika ved de pårørende samt deres forventninger til seminaret ( $n = 96$ ). Når det undersøges, hvorvidt de pårørende har fået et udbytte af pårørendeseminarerne, indgår kun besvarelser fra pårørende, som har besvaret både før- og eftermålingen ( $n = 58$ ). I beskrivelsen af de pårørendes selvvalgte udbytte anvendes udelukkende besvarelser fra eftermålingen ( $n = 73$ ).

## 2.2. DATAINDSAMLING

### 2.2.1. Deltagere i behandlingsforløb

Alle deltagere har modtaget både før- og efterspørgeskemaer elektronisk fra LMS' videnscenter ViOSS. De er blevet bedt om at udfylde et førskema inden behandlingsstart og et efterskema, når gruppen er afsluttet. Hvert gruppeforløb har varet cirka fire måneder. Begge spørgeskemaer indeholder validerede skalaer, der måler spiseforstyrrelsessymptomer (EDE-Q), trivsel (WHO-5), livstilfredshed (Cantril-stigen) og følelsesregulering (DERS-16). Foruden de validerede skalaer indeholder spørgeskemaerne en række baggrundsspørgsmål samt supplerende spørgsmål om pårørende, selvoplevet udbytte af behandlingsforløbet mv.

Før- og eftermålingen sammenholdes med henblik på at undersøge, hvordan deltagerne udvikler sig over tid på de nævnte parametre.

### **2.2.2. Pårørende**

Alle pårørende, der har deltaget i et pårørendeseminar, har modtaget både før- og efterspørgeskemaer elektronisk via ViOSS. De er blevet bedt om at udfylde et førskema inden seminarstart og et efterskema, når seminaret er afsluttet. Begge spørgeskemaer indeholder validerede skalaer, der måler trivsel (WHO-5) og livstilfredshed (Cantril-stigen). Foruden trivselsmålene indeholder spørgeskemaerne en række baggrundsspørgsmål samt supplerende spørgsmål om eksempelvis de pårørendes forventninger til og selvoplevede udbytte af seminarerne.

Før- og eftermålingen sammenholdes med henblik på at undersøge, om deltagelse i pårørendeseminarerne har haft en betydning for de pårørendes trivsel samt om de har fået indfriet deres forventninger til seminaret.

### **2.2.3. Kommunal afprøvning i to kommuner**

For at få indblik i fagpersoners oplevelser og erfaringer med at afprøve behandlingsindsatsen i to kommuner, har ViOSS afholdt to interviews med to fagpersoner fra hhv. Helsingør Kommune og Holstebro Kommune. Således er fire fagpersoner interviewet i alt.

Interviewene er udført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide, således at der i interviewene har været mest fokus på de temaer, som har fyldt hos de pågældende interviewpersoner (5). Interviewguidens overordnede tematikker er: 1) Motivation for deltagelse, 2) Udbytte af uddannelsesdag og materiale, 3) Udbytte af supervision, 4) Afholdelse af samtalegrupper og 5) Forbedringspotentialer.

Alle fagpersoner, der har været en del af indsatsen i den givne kommune, har fået tilsendt et spørgeskema. Desuden har de personer, der har deltaget i en kommunal samtalegruppe i Holstebro Kommune, modtaget spørgeskemaer. De to interviews med fagpersoner suppleres derfor med fritekstbesvarelser fra disse spørgeskemaer.

## **2.3. STATISTISKE ANALYSER**

Databearbejdning, analyser og fortolkninger er udført af ViOSS i perioden oktober-december 2021. Statistiske analyser er gennemført i Excel og Stata.

### **2.3.1. Parret t-test og chi-i-anden-test**

Parret t-test og chi-i-anden test anvendes til at undersøge, om der er statistisk signifikant forskel på deltagerne og de pårørendes besvarelser ved to forskellige målinger. Der anvendes en parret t-test til sammenligning af deltagergruppens gennemsnitsscore på de validerede skalaer (EDE-Q, WHO-5, Cantril-stigen og DERS-16) før og efter behandling. Samme gælder for de pårørendes gennemsnitsscore på WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen. Chi-i-anden-testen anvendes blandt andet til at undersøge, om der er statistisk signifikant forskel på fordelingen af deltagere, der er i risiko for depression og stressbelastning ved hhv. opstart og afslutning af behandlingen. Begge test ledsages af p-værdier, der angiver, om ændringen er statistisk signifikant - altså at den statistisk set ikke kan være fremkommet ved en tilfældighed. Alle test vurderes på et 5% signifikansniveau.

### 2.3.2. Cohen's *d*

Mens parret t-test bruges til at undersøge, hvorvidt der er statistisk signifikant effekt af behandlingen, anvendes Cohen's *d* til at måle, hvor stor en given effekt er. Dette kaldes effekttørrelsen, som fortolkes således: 0,2-0,4 = lille effekt, 0,5-0,7 = moderat effekt og  $\geq 0,8$  = stor effekt (6).

### 2.3.3. Analytiske forbehold

Det er vigtigt at have for øje, at deltagernes udvikling ikke nødvendigvis alene kan tilskrives indsatsen, da evalueringens resultater ikke sammenholdes med en kontrolgruppe. Der kan derfor være forhold uden for indsatsen, som har betydning for deltagernes og de pårørendes udvikling fra før- til eftermåling. I forhold til deltagerne er en venteliste-kontrolgruppe fravalgt af etiske årsager. LMS har forsøgt at indkalde til screeninger hurtigst muligt, når potentielle deltagere har udtrykt motivation for behandling, da ønsket om behandling ofte er forbundet med stor ambivalens ved anoreksi og bulimi. Forskning viser ligeledes, at en forkortelse af tiden, fra man opsøger hjælp, til man modtager den, kan føre til forbedrede behandlingsresultater (7). Derfor har kun få personer stået på venteliste ad gangen og meget kortvarigt.

Derudover kan det ikke udelukkes, at udbyttet af behandlingsforløbet har set anderledes ud for de 13 deltagere, som har gennemført behandlingen *uden* at udfylde begge spørgeskemaer - eller for de 12 deltagere, der er faldet fra før tid (jf. figur 1, afsnit 2.1.1.). Det samme gælder for udbyttet af pårørendeseminarerne blandt de pårørende, som ikke har besvaret begge spørgeskemaer – eller blandt dem, der er faldet fra før tid eller kommet til undervejs i forløbet.

Afslutningsvis er det værd at fremhæve, at analyserne – særligt af deltagernes udbytte af behandlingsforløbet – bygger på besvarelser fra relativt få personer. Det mindsker analysernes statistiske styrke, hvilket øger risikoen for at drage fejlagtige konklusioner (8). Disse analyser skal derfor tolkes med forsigtighed.

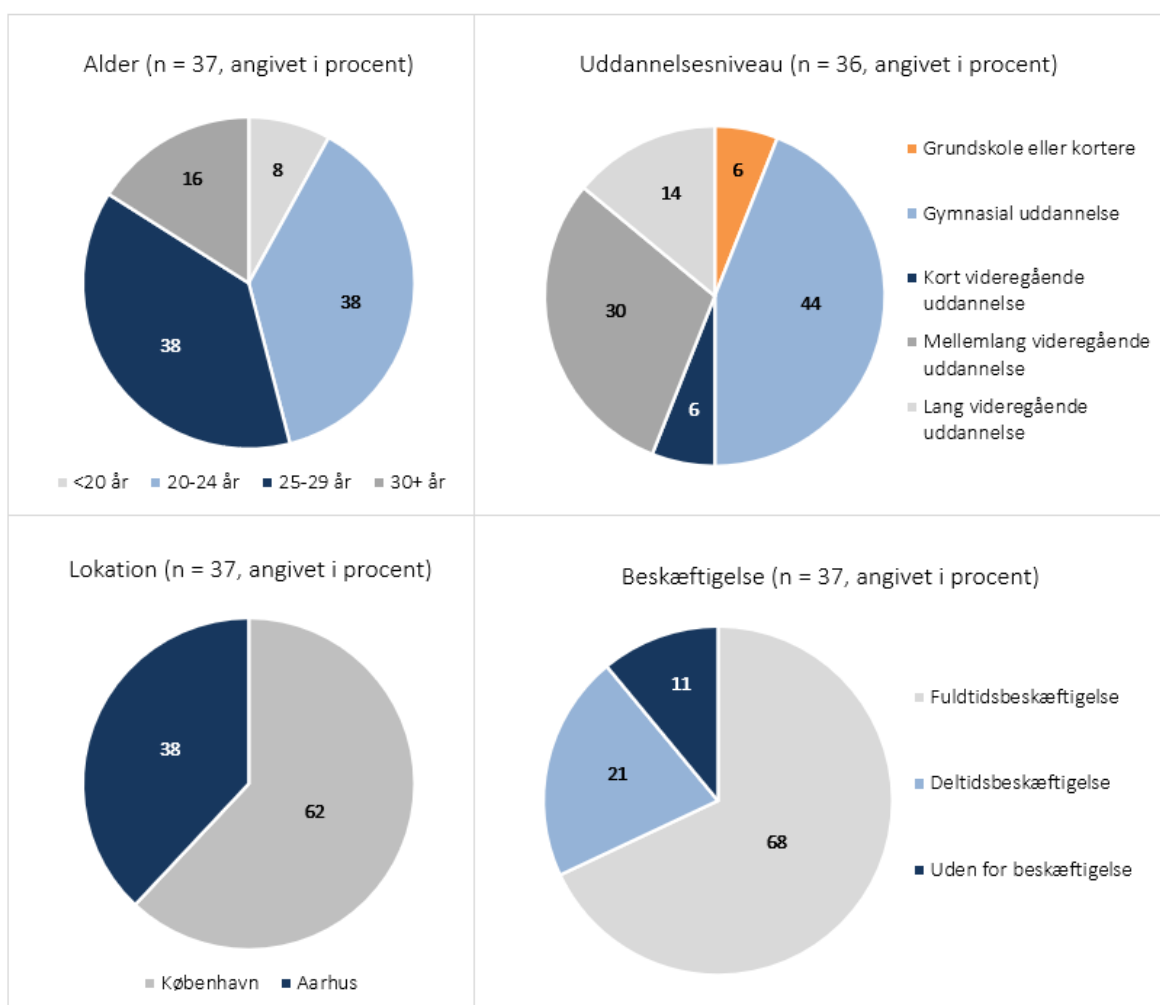
### 3. DELTAGERNES UDBYTTTE AF BEHANDLINGSTILBUDET

I dette kapitel præsenteres evalueringsresultater relateret til deltagerne udbytte af behandlingsforløbet. Først beskrives karakteristika ved deltagerne og deres baggrund for at deltage i behandlingen (afsnit 3.1.). Dernæst beskrives behandlingsresultaterne med fokus på deltagerne spiseforstyrrelsessymptomer (afsnit 3.2.), generelle trivsel (afsnit 3.3.) og evne til at følelsesregulere (3.4.). Efterfølgende beskrives hvilke mekanismer, deltagerne har oplevet som virksomme i behandlingen (afsnit 3.5.), samt deltagerne udvikling i relationen til deres pårørende beskrives (3.6.). Afslutningsvis beskrives årsager til frafald i behandlingsforløbet (3.7.), hvorefter nærværende kapitel opsamles (3.8.).

#### 3.1. HVEM ER DELTAGERNE?

35 kvinder og to mænd har deltaget i evalueringen, hvoraf 23 har været i behandling i København og 14 har været i behandling i Aarhus. Deltagerne er mellem 19-45 år med en gennemsnitsalder på 25,7 år. Det ses i figur 3, at langt de fleste er i 20'erne. 44% har en gymnasial uddannelse, mens 50% har en videregående uddannelse. De øvrige deltagere har en grundskoleuddannelse. 68% er i fuldtidsbeskæftigelse (arbejde eller studie), 21% er deltidsbeskæftigede, mens 11% er uden for beskæftigelse.

Figur 3: Baggrundskarakteristika



### 3.1.1. Debutalder og type af spiseforstyrrelse

Deltagerne vurderer, at de var mellem 6-25 år (i gennemsnit 15,7 år), da krop, mad og vægt begyndte at fylde for meget i deres tanker og handlinger. I førmålingen rapporterer 43% af deltagerne, at de har symptomer på bulimi, 14% har symptomer på anoreksi, mens 32% har symptomer på begge lidelser. 11% har symptomer på anoreksi eller bulimi kombineret med BED eller ortoreksi (jfr. tabel A-B, bilag 1).

### 3.1.2. Anden behandling og psykiske lidelser

46% af deltagerne har været i behandling for deres spiseforstyrrelse inden gruppeforløbet i LMS, hvoraf 47% afsluttede behandlingen for mindst 3 år siden. 76% af de deltagere, der har angivet tidligere at have modtaget behandling, har modtaget psykiatrisk behandling for deres spiseforstyrrelse (jfr. tabel C-E, bilag 1).

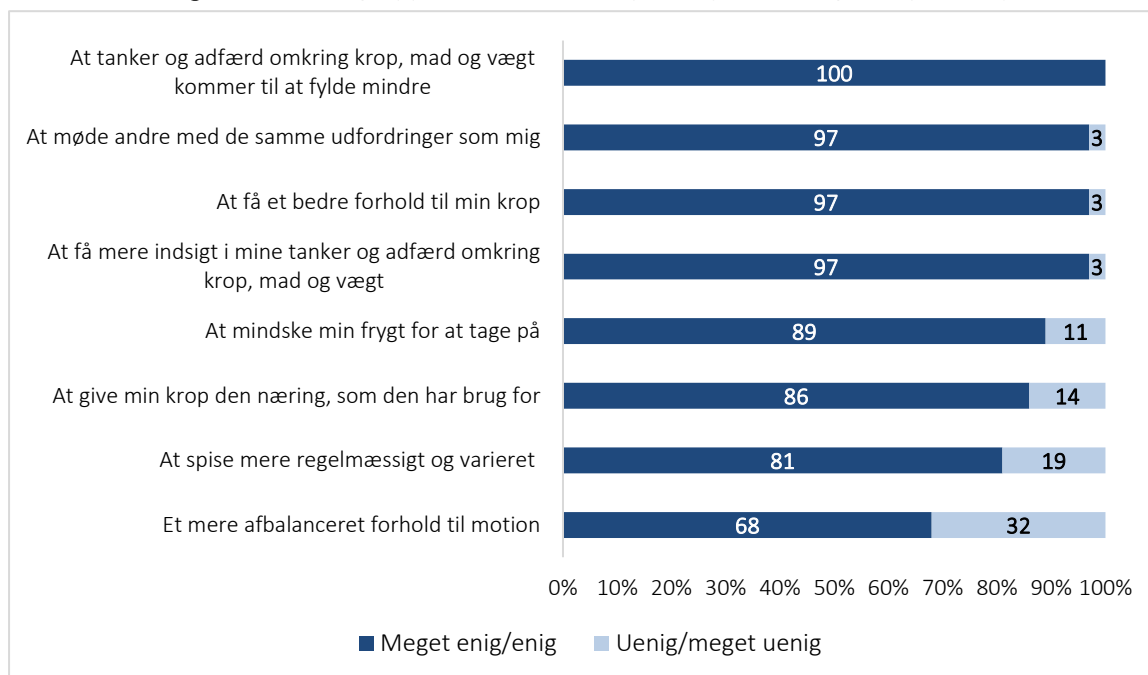
22% af deltagerne har andre psykiske lidelser foruden en spiseforstyrrelse. Disse omfatter angst, depression, bipolar lidelse, selvskaade, OCD og selvmordstanker (jfr. tabel F-G, bilag 1).

### 3.1.3. Motivation og ønsket udbytte

I førskemaet er deltagerne blevet spurgt, hvorfor de har valgt at deltage i gruppeforløbet. De hyppigste svar er, at de har svært ved at håndtere spiseforstyrrelsen på egen hånd samt at krop, mad og vægt fylder for meget i deres tanker og/eller handlinger til daglig (jfr. tabel H, bilag 1).

Deltagerne er desuden blevet bedt om at angive deres mål for gruppeforløbet. Det fremgår af figur 4 nedenfor, at deltagerne især håber, at tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt kommer til at fylde mindre (100%); at møde andre med de samme udfordringer (97%); at få et bedre forhold til min krop (97%); at få mere indsigt i mine tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt (97%); at mindske min frygt for at tage på (89%); at give min krop den næring, som den har brug for (86%); at spise mere regelmæssigt og varieret (81%); samt at få mere afbalanceret forhold til motion (68%).

Figur 4: Mål for gruppeforløbet inden opstart (n = 37, angivet i procent)



## 3.2. SPISEFORSTYRRELSSESYMPTOMER

I dette afsnit beskrives udviklingen i deltagernes selvrapporterede spiseforstyrrelsessymptomer fra før- til eftermålingen. Symptomerne er målt med *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), der består af en global skala og fire underskalaer, som indfanger forskellige aspekter ved psykopatologien for spiseforstyrrelser: *restriktion*, *spisebekymring*, *figurbekymring* og *vægtbekymring*. Respondenter opnår en gennemsnitsscore mellem 0-6 på hver skala. Jo højere score, desto mere alvorlige er symptomerne (9).

Tabel 1 nedenfor viser deltagernes gennemsnitlige før- og efterscore på den globale EDE-Q skala og på de fire underskalaer.

**Tabel 1:** Spiseforstyrrelsessymptomer målt ved EDE-Q før og efter behandling (n = 37)

EDE-Q	Førmåling (gns. score)	Eftermåling (gns. score)	Fald i procent	Signifikanstest ved parret t-test	Effektstørrelse målt ved Cohen's <i>d</i>
Restriktion	3,32	1,65	50%	Signifikant (p < 0,001)	Stor
Spisebekymring	3,15	1,89	40%	Signifikant (p < 0,001)	Stor
Figurbekymring	4,19	3,07	27%	Signifikant (p < 0,001)	Stor
Vægtbekymring	3,76	2,82	25%	Signifikant (p < 0,001)	Moderat
<b>Global score</b>	<b>3,61</b>	<b>2,36</b>	<b>35%</b>	<b>Signifikant (p &lt; 0,001)</b>	<b>Stor</b>

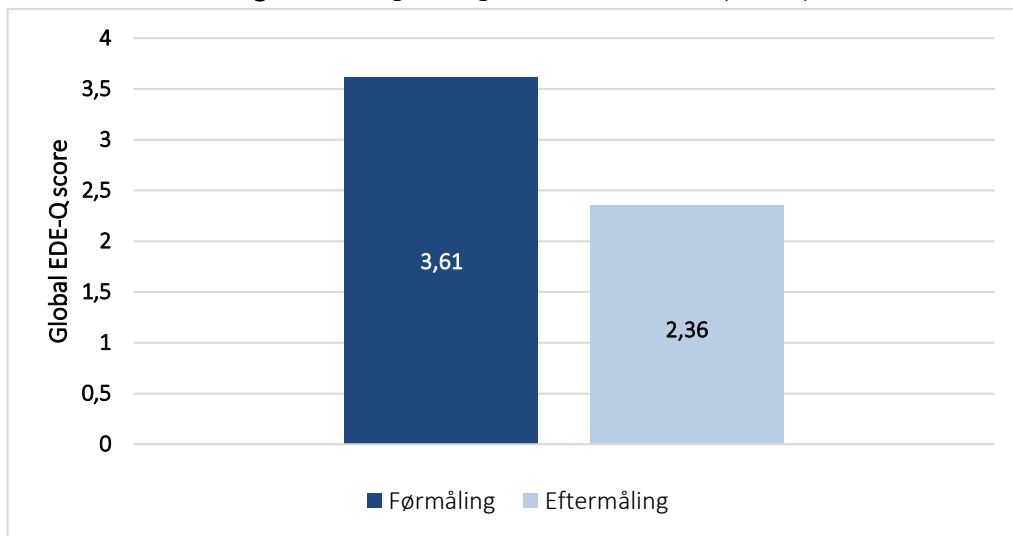
Der ses en statistisk signifikant reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer og stor behandlingseffekt på samtlige skalaer – med undtagelse af underskalaen vægtbekymring, hvor der ses en moderat effekt. Den største forbedring ses på restriktion og spisebekymring, mens figur- og særligt vægtbekymring reduceres mindre. Dette beskrives nærmere i det følgende.

### 3.2.1. Deltagernes globale EDE-Q score

På den globale EDE-Q skala ses en statistisk signifikant reduktion af spiseforstyrrelsessymptomer og en stor behandlingseffekt fra før- til eftermåling. Inden behandling var deltagernes gennemsnitsscore på den globale EDE-Q skala 3,61, hvor den efter behandling var faldet til 2,36 (se figur 5 nedenfor).



Figur 5: Deltagernes globale EDE-Q score (n = 37)



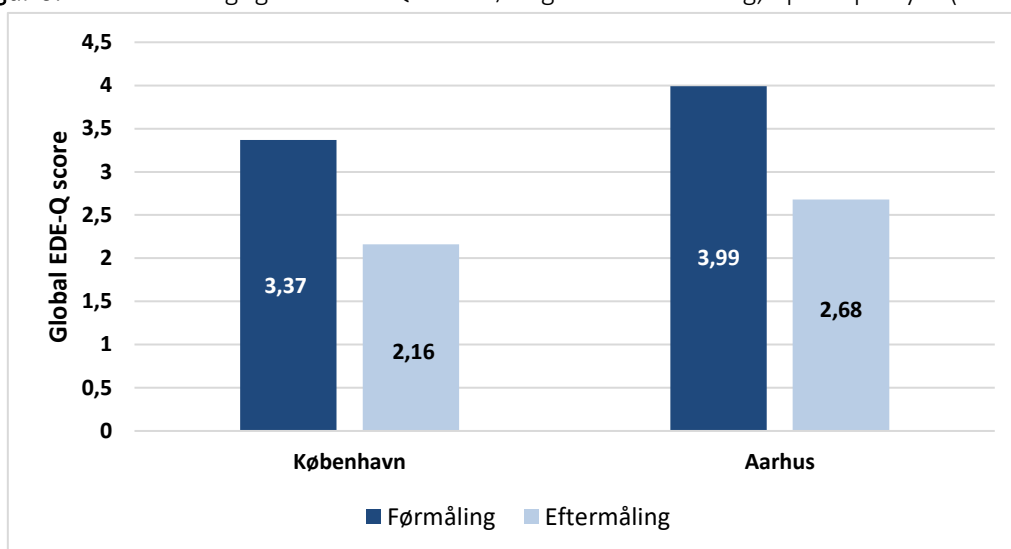
**Note:** Scoreforskel: 1,25. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = stor

Et norsk studie finder en gennemsnitlig global EDE-Q score på henholdsvis 4,00 hos patienter og på 1,25 hos en rask kontrolgruppe. De fastsætter en optimal grænseværdi på 2,50 til at skelne imellem syge og raske personer (varierende fra 2,09 ved anoreksi til 2,62 ved bulimi.) (10). På baggrund af denne grænseværdi fremgår det, at deltagerne i gennemsnit var "syge" ved behandlingsopstart ( $3,61 > 2,5$ ) og "raske" efter endt forløb ( $2,36 < 2,5$ ). De udviser dog stadig flere spiseforstyrrelsessymptomer end gennemsnittet hos en rask kontrolgruppe.

Deltagernes samlede gennemsnitsscore på den globale EDE-Q skala dækker over individuelle forskelle. 34 deltagere (92%) har reduceret deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet, mens tre deltagere har oplevet en forværring i symptomer (se bilag 2, figur A). 34 deltagere (92%) ligger i kategorien "syge" (global EDE-Q  $\geq 2,5$ ) inden behandling. Dette gælder 15 deltagere (41%) efter endt behandling, hvor 22 deltagere (59%) altså placeres i kategorien "raske".

Der er geografiske forskelle i sværhedsgraden af deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer. Figur 6 nedenfor viser, at deltagerne i Aarhus har en højere global EDE-Q score i førmålingen og eftermålingen end deltagerne i København. Deltagernes symptomreduktion er dog næsten identisk på tværs af byerne (hhv. -1,31 i Aarhus og -1,21 i København). Dette tyder på, at behandlerne formår at arbejde effektivt med symptomreduktion hos deltagere med forskellige udgangspunkter.

Figur 6: Gennemsnitligt global EDE-Q score før og efter behandling, opdelt på byer (n = 37)

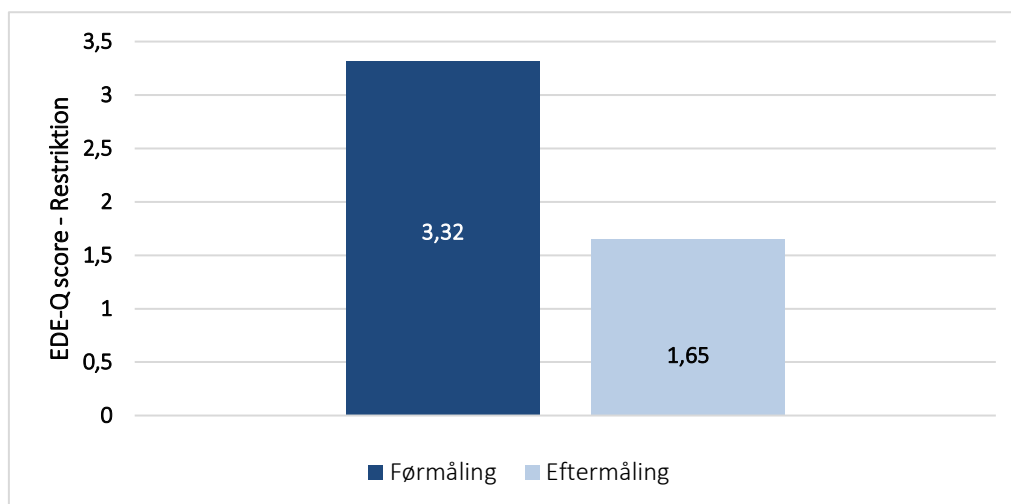


Alt i alt, er der samlet set sket en stor reduktion af deltagernes spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet. I det følgende beskrives symptomreduktionen nærmere, idet resultaterne fra de fire EDE-Q underskalaer præsenteres.

### 3.2.2. Restriktion

Den største symptomreduktion ses på underskalaen *restriktion*, der overordnet måler, i hvilken grad en person begrænser sin spising (9). Det fremgår af figur 7, at deltagernes gennemsnitsscore var 3,32 ved førmålingen og 1,65 ved eftermålingen. Forskellen er statistisk signifikant og behandlingseffekten er stor.

Figur 7: Gennemsnitlig score for *restriktion* (EDE-Q) før og efter behandling (n = 37)



**Note:** Scoreforskel: 1,67. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = stor

Flere giver udtryk for, at de er blevet mindre restriktive i deres spising som følge af behandlingen. De tillader blandt andet sig selv at spise fødevarer, som før var "forbudte". De begrundes især forandringen med, at de har fået redskaber til mere hensigtsmæssige måder at håndtere svære følelser og situationer.

"Jeg har fået andre værktøjer til at håndtere svære følelser end overspisning/opkast, lange faste eller meget træning."

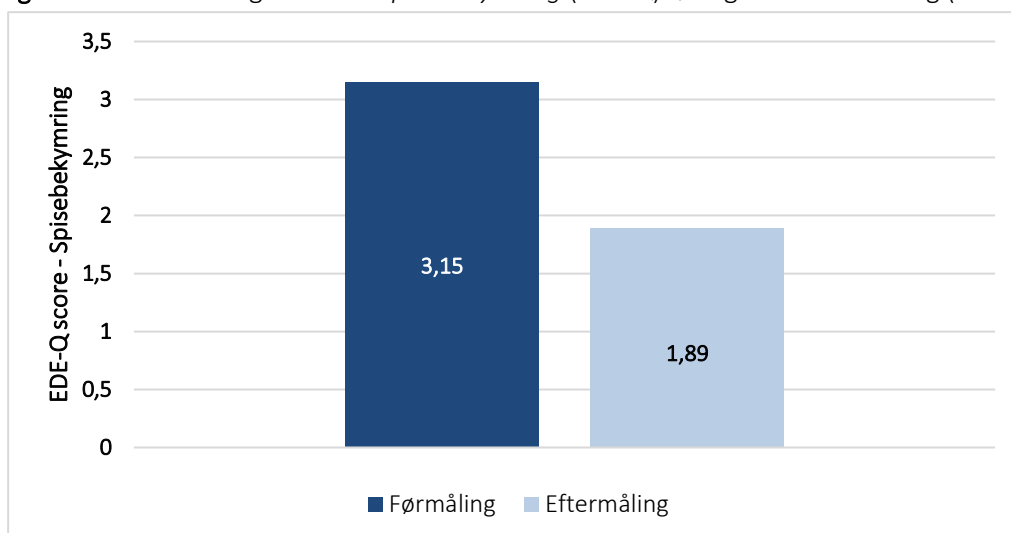
"Jeg spiser kulhydrater og andre madvarer, som før har været no-go, fordi de triggede noget i mig. Jeg spiser mere mekanisk og har oplevet, hvordan det også hjælper til at afbalancere mit følelsesliv."

"Jeg har fået redskaber til at skabe rammer for mit liv, der ikke tillader restriktiv spising eller overtræning, og jeg har fået hjælp til at forstå, at jeg må leve under de rammer de næste mange år – og det er helt okay. Det har været sidste skub for mig til at leve uden den spiseforstyrrelse, jeg ellers har levet med hele mit ungdoms- og voksenliv."

### 3.2.3. Spisebekymring

Underskalaen *spisebekymring* vurderer en persons ubehag ved at spise (9). Inden behandling var deltagerenes gennemsnitsscore på *spisebekymring* 3,15, hvor den efter behandling er faldet til 1,89 (se figur 8). Forskellen er statistisk signifikant og behandlingseffekten er stor.

**Figur 8:** Gennemsnitlig score for *spisebekymring* (EDE-Q) før og efter behandling (n = 37)

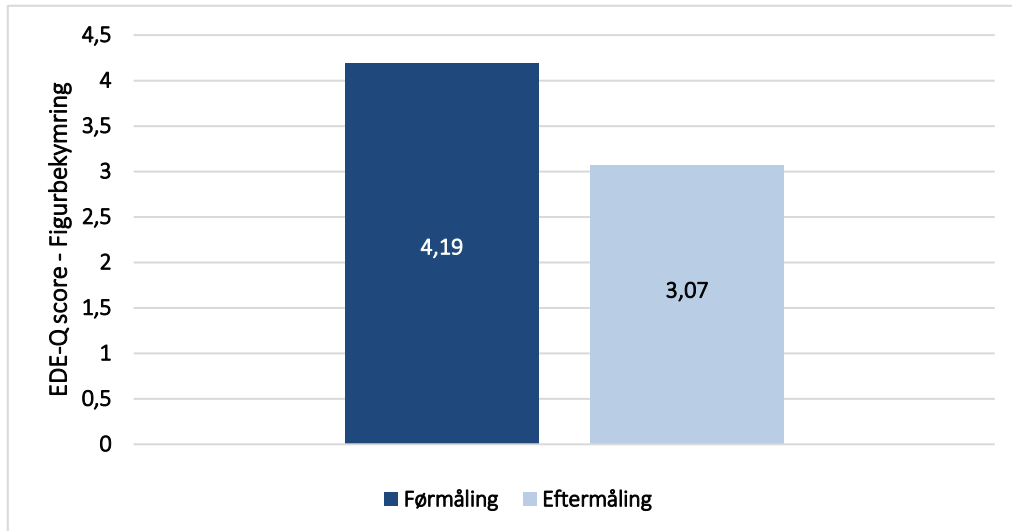


**Note:** Scoreforskel: 1,26. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = stor

### 3.2.4. Figurbekymring

Underskalaen *figurbekymring* undersøger en persons optagethed af og utilfredshed med egen krop (9). Figur 9 viser, at deltagernes gennemsnitsscore er faldet fra 4,19 ved førmålingen til 3,07 ved eftermålingen. Forskellen er statistisk signifikant og behandlingseffekten er stor.

Figur 9: Gennemsnitlig score for *figurbekymring* (EDE-Q) før og efter behandling (n = 37)



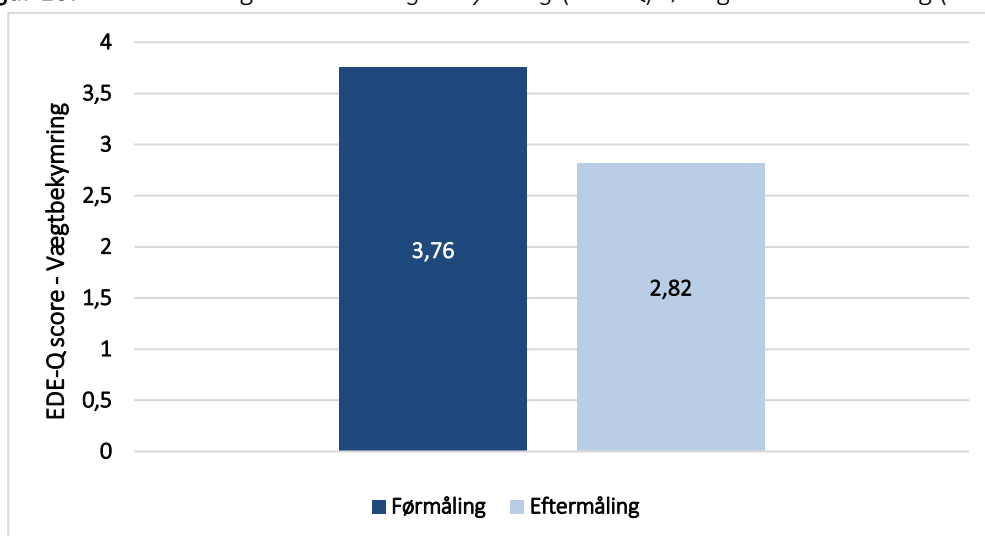
Note: Scoreforskel: 1,12. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = stor

"Jeg øver mig i at være blød og feminin i stedet for kun at være stærk og fighter. Jeg snakker sødt og pænt til min bløde mave, min hage, mine vinger på ryggen og mine lår."

### 3.2.5. Vægtbekymring

Underskalaen *vægtbekymring* måler en persons utilfredshed med og optagethed af vægt (9). Figur 10 viser, at deltagernes gennemsnitsscore på *vægtbekymring* er faldet fra 3,76 ved førmålingen til 2,82 ved eftermålingen. Forskellen er statistisk signifikant og der er tale om en moderat behandlingseffekt.

**Figur 10:** Gennemsnitlig score for vægtbekymring (EDE-Q) før og efter behandling (n = 37)



**Note:** Scoreforskel: 0,94. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = moderat

"Min frygt for kulhydrater er blevet mindre, og mit fokus er ændret fra, at alting handler om at tabe mig, til at handle om at holde mit blodsukker stabilt, så jeg ikke får overspisninger."

Sammenlignes resultaterne på de fire subskalaer i EDE-Q, ses det, at der opnås mindre symptomreduktion på vægtbekymring (-0,94 point) og figurbekymring (-1,12) end på spisebekymring (-1,26) og restriktion (-1,67).

Det er formentlig deltagernes reducerede vægtbekymring, der kommer til udtryk i deres ønskevægt før og efter behandling. Tabel 2A og 2B nedenfor viser, at deres gennemsnitlige ønskevægt er steget på fornuftsplan og endnu mere på følelsesplan, hvilket tyder på en øget kropstilfredshed. Forskellene fra før- til eftermåling er signifikante og der er tale om en lille effekt på både fornuft- og følelsesplan.

**Tabel 2A:** Ønskevægt baseret på fornuft, før og efter behandling (n = 35)

	Gennemsnit (kg)	Min; max (kg)	Signifikanstest ved parret t-test	Effektstørrelse målt ved Cohen's $d$
Førmåling	60,31	45; 81	Signifikant ( $p < 0,001$ )	Lille
Eftermåling	61,69	49; 85		

**Tabel 2B:** Ønskevægt baseret på følelser, før og efter behandling (n = 36)

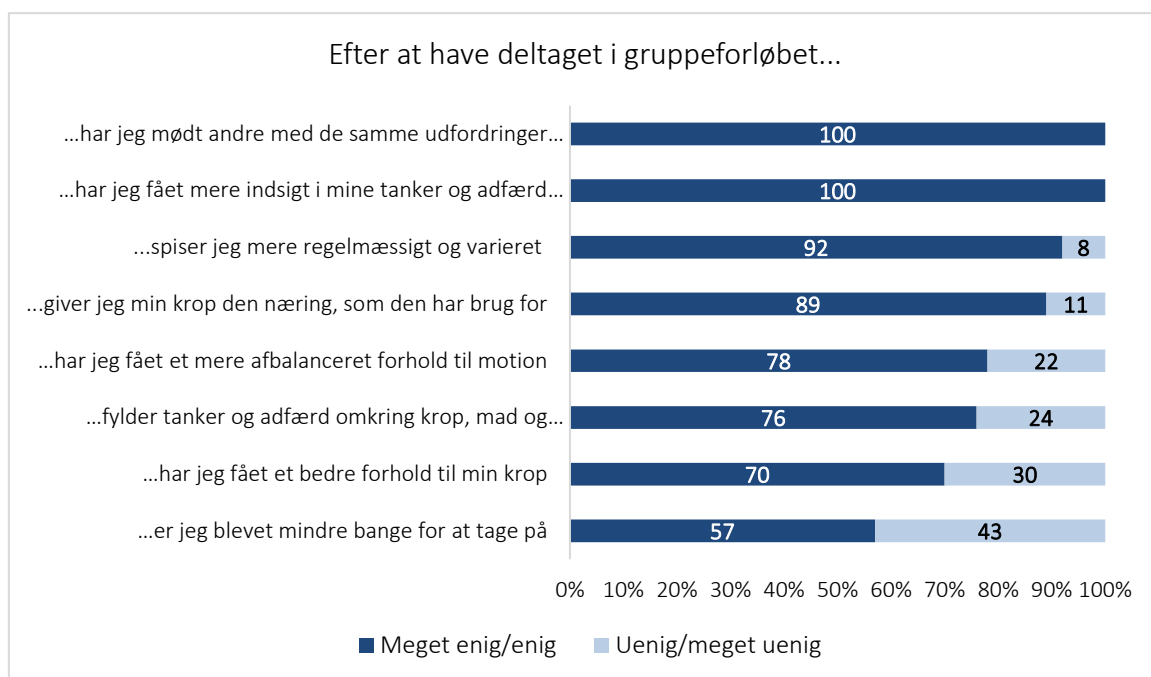
	Gennemsnit (kg)	Min; max (kg)	Signifikanstest ved parret t-test	Effektstørrelse målt ved Cohen's $d$
Førmåling	56,11	45; 79	Signifikant ( $p < 0,001$ )	Lille
Eftermåling	57,94	47; 80		

Deltagernes gennemsnitlige BMI er stort set uændret fra førmålingen (21,85) til eftermålingen (22,29) og kan ikke forklare den reducerede vægtbekymring (jfr. tabel I i bilag 1).

### 3.2.6. Selvoplevet udbytte

Figur 11 nedenfor viser deltageres selvoplevede udbytte af gruppeforløbet relateret til spiseforstyrrelsessymptomer. Deltagerne oplever især, at de har mødt andre med de samme udfordringer (100%), og at de har fået mere indsigt i deres tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt (100%). De selvsamme mål for gruppeforløbet var højt prioriteret af deltagerne inden opstart (se figur 4, afsnit 3.1.3).

**Figur 11:** Selvoplevet udbytte (n = 37, angivet i procent)



Figur 11 indikerer, at deltagerne har profiteret af mekanisk spisning i behandlingen, da de spiser mere regelmæssigt og varieret (92%) samt giver deres krop den nødvendige næring (89%). I fortolkningen af disse resultater er det dog vigtigt at huske, at de bygger på deltageres egne vurderinger.

Det fremgår yderligere af figur 11, at størstedelen oplever, at tanker og adfærd omkring krop, mad og vægt fylder mindre for dem (76%), samt at de har fået et mere afbalanceret forhold til motion (78%) og et bedre forhold til deres krop (70%). Der er færrest, som erklærer sig enige i, at de er blevet mindre bange for at tage på (57%). Dette stemmer godt overens med, at den mindste forbedring målt med EDE-Q ses på underskalaen vægtbekymring.

### 3.3. DELTAGERNES TRIVSEL

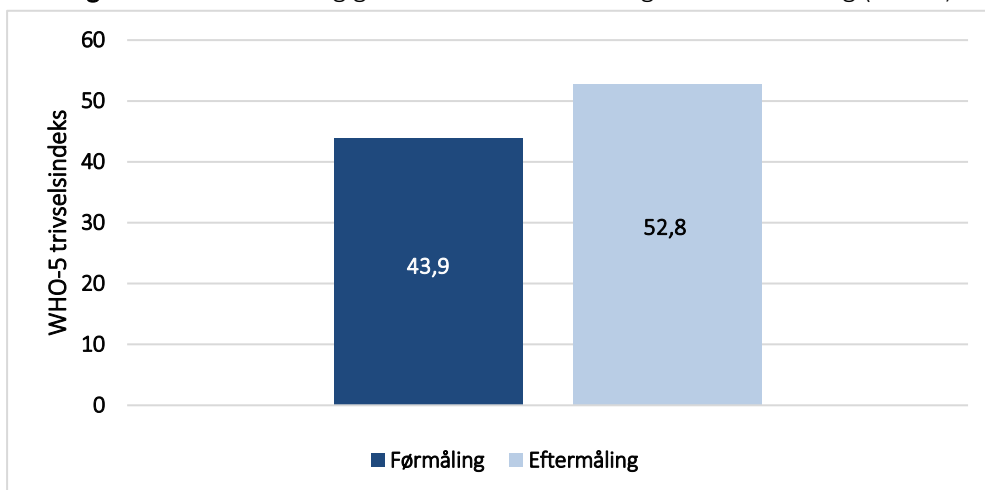
Dette afsnit beskriver udviklingen i deltagernes trivsel fra før-til eftermålingen. Trivsel måles ved brug af WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen. På begge skalaer indikerer en højere score et højere niveau af trivsel (11,12).

#### 3.3.1. WHO-5 trivselsindeks

WHO-5 trivselsindeks er et mål for generel trivsel og velbefindende. Indekset består af fem udsagn, der fokuserer på, hvordan respondenterne har haft det de seneste to uger. Respondenten svarer på hvert udsagn på en skala fra 0 (på intet tidspunkt) til 5 (hele tiden). På baggrund af scoren på de fem udsagn udregnes en samlet global score, der kan variere fra 0-100. Jo højere score desto bedre trivsel (11).

Deltagernes individuelle globale score på WHO-5 trivselsindeks varierer fra 8-76 ved førmålingen og fra 12-80 ved eftermålingen. Både nedre og øvre grænse er således hævet. Figur 12 viser deltagernes globale gennemsnitsscore på WHO-5 trivselsindeks. Det ses, at deltagernes gennemsnitlige globale trivselsscore er steget fra 43,9 ved førmålingen til 52,8 ved eftermålingen, hvilket er en forbedring på 20%. Forskellen er statistisk signifikant og behandlingseffekten er moderat.

Figur 12: Gennemsnitlig global trivselsscore før og efter behandling (n = 37)



**Note:** Scoreforskel: 8,9. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,01$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = moderat

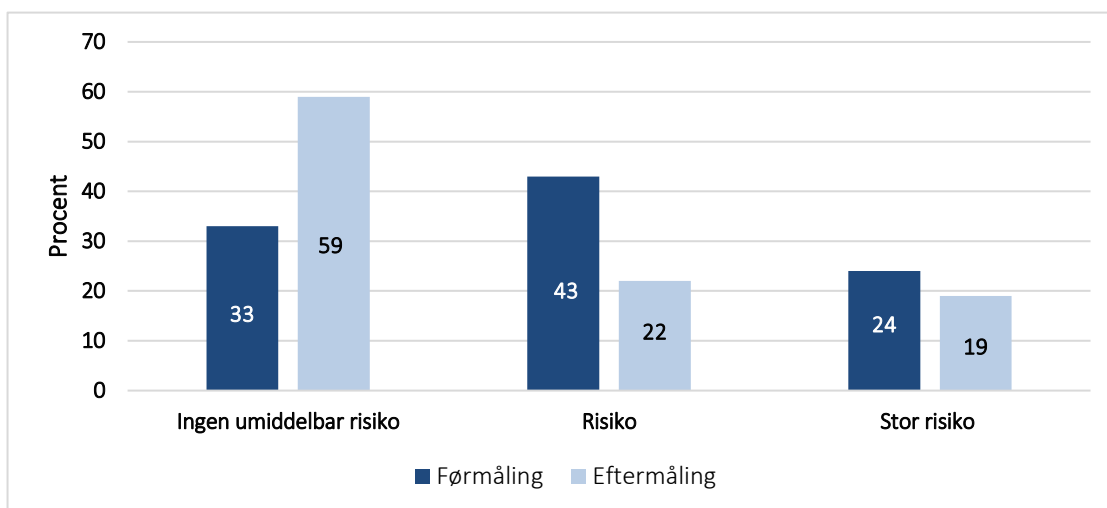
Deltagernes samlede gennemsnitlige globale score på WHO-5 trivselsindeks dækker over individuelle forskelle. 26 deltagere (70%) har forbedret deres generelle trivsel i løbet af behandlingsforløbet. Syv deltagere (19%) har oplevet en forværring af deres generelle trivsel, hvor trivslen er uændret for fire deltagere (11%) (se bilag 2, figur B).

På baggrund af WHO-5 trivselsindeks, kan deltagernes inddeles i, hvorvidt de er i risiko for depression og stressbelastning. Hvis den globale score er under 50, anses respondenterne for at være i risiko for depression og stressbelastning (13). Dette betyder, at den gennemsnitlige deltager går fra at befinde sig i risikogruppen for depression og stressbelastning til at ligge over grænseværdien på 50, hvor der

ikke længere vurderes at være en risiko. Gennemsnittet for deltageres trivsel er dog fortsat lavere end for befolkningen som helhed, hvor kvinder scorer 67 pointtal i gennemsnit (13).

Det fremgår af figur 13 nedenfor, at 67% af deltagerne var i risiko for depression og stressbelastning ved førmålingen, mens dette er faldet til at gælde for 41% af deltagerne efter endt behandling. Forskellen fra før- til eftermåling er statistisk signifikant.

**Figur 13:** Risiko for depression og stressbehandling før og efter behandling (n = 37, angivet i procent)



**Note:** Statistisk signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ -test ( $p < 0,05$ )

Risikoen for depression og stressbelastning er målt med WHO-5 trivselsindeks. Stor risiko: 0-35.

Risiko: 36-50. Ingen umiddelbar risiko: 51-100 (13)

Tabel 3 nedenfor viser, at de største forbedringer er opnået på udsagnene "...er jeg vågnet frisk og udhvilet" og "...har jeg følt mig rolig og afslappet". Især forbedringen på sidstnævnte udsagn harmonerer godt med resultaterne i afsnit 3.4. om følelsesregulering, hvor flere deltagere beskriver, at behandlingsforløbet har givet dem større indsigt i egne følelser og mere ro.

**Tabel 3:** Deltageres gennemsnitsscore på WHO-5 trivselsindeks (n = 37)

I de sidste to uger...	Førmåling	Eftermåling	Stigning i procent
...har jeg været glad og i godt humør	2,51	2,97	18%
...har jeg følt mig rolig og afslappet	1,89	2,41	28%
...har jeg følt mig aktiv og energisk	2,24	2,54	13%
...er jeg vågnet frisk og udhvilet	1,68	2,22	32%
...har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	2,65	3,05	15%
<b>Global score</b>	<b>43,9</b>	<b>52,8</b>	<b>20%</b>

Flere deltagere giver udtryk for, at de har fået redskaber til at håndtere og kæmpe imod spiseforstyrrelsen i hverdagen, hvilket kan resultere i større trivsel og livskvalitet.



”Gruppeforløbet har været afgørende for, at min hverdag hænger sammen, som den gør nu. Jeg har fået en større ro omkring spiseforstyrrelsen. Jeg ved, at den er der af en grund, og at den ikke behøver at blive ved med at være der. Det har gjort det lettere at få den på afstand og kæmpe imod. Det har jeg også fået værktøjer til, og det er rart at have noget at gribe til, når det bliver svært.”

”Jeg er blevet mødt og taget seriøst og er blevet meget bedre til at forstå spiseforstyrrelsen, og hvordan jeg kan handle imod den. Det har hjulpet på mange plan og har hjulpet mig med at komme videre i mit liv.”

### 3.3.2. Livstilfredshed

Cantril-stigen er brugt til at måle deltagernes livstilfredshed. Måleværktøjet består af to dele: en vurdering af den *nuværende* livstilfredshed og den forventede livstilfredshed *fem år ude i fremtiden*. Vurderingen foretages på en skala 0 (det værste mulige liv) til 10 (det bedste mulige liv) (12).

Tabel 4 viser, at deltagernes gennemsnit på den aktuelle stige er steget fra 4,76 ved førmålingen til 6,11 ved eftermålingen. Forskellen er statistisk signifikant og effekten er moderat. 27 ud af 37 deltagere (73%) vurderer deres aktuelle livssituation mere positivt efter endt behandling sammenlignet med før behandling (jf. figur C, bilag 2). På den fremtidige stige er ændringen statistisk insignifikant.

**Tabel 4:** Vurdering af livssituation før og efter behandling (n = 37, gennemsnitlig score)

Cantril-stigen	Førmåling	Eftermåling	Stigning i procent
Aktuel livssituation	4,76	6,11	28%
Forventet livssituation om fem år	7,89	8,30	5%

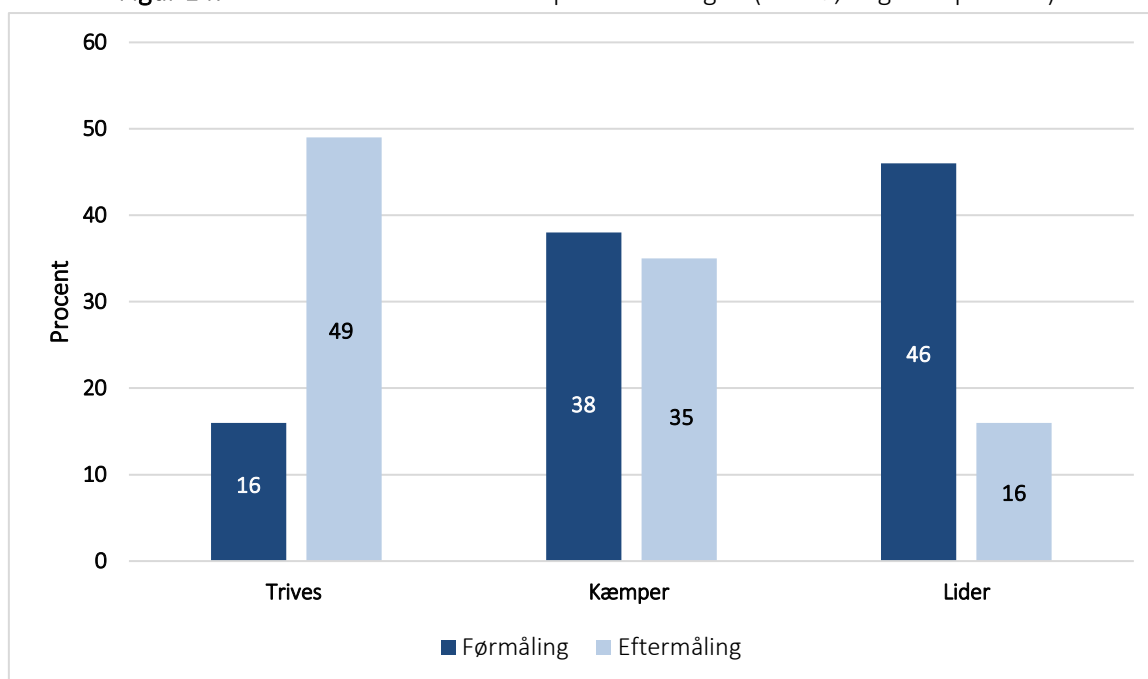
**Note:** Aktuel livssituation: Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,001$ ). Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = moderat. Fremtidig livssituation: Insignifikant forskel ved parret t-test ( $p = 0,2$ ).

Deltagernes pointscorer på Cantril-stigen kan inddeles i tre kategorier og vurderes ud fra følgende fortolkningsnøgle:

- 1) Trives (pointscore mellem 7-10)
- 2) Kæmper (hverken trives eller lider, pointscore mellem 4,1-6,9)
- 3) Lider (pointscore mellem 0-4)

Figur 14 nedenfor præsenterer deltagernes aktuelle livssituation inddelt i disse tre kategorier ved hhv. før- og eftermålingen. I førmålingen trives kun 16% af deltagerne, hvor 46% lider. Efter behandlingen trives 49% af deltagerne, hvor kun 16% lider. Denne forskel er statistisk signifikant.

Figur 14: Aktuell livssituation baseret på Cantril-stigen (n = 37, angivet i procent)



Note: Statistisk signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ -test ( $p < 0,01$ ).

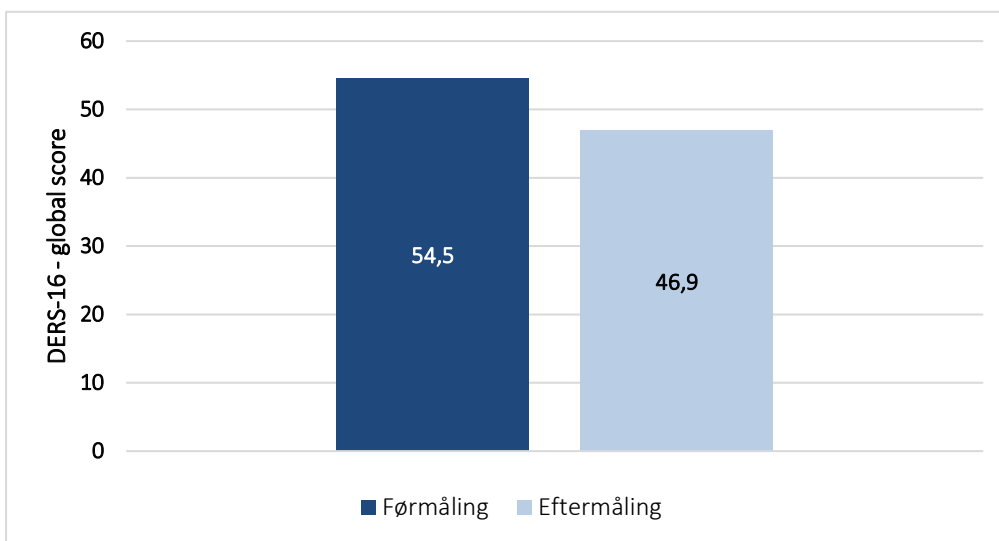
### 3.4. FØLELSEREGULERING

Følelsesregulering kan forstås som bevidsthed om, forståelse for og accept af egne følelser, evnen til at undgå uhensigtsmæssig opførsel ved følelsesmæssig ophidselse, samt evnen til at bruge fleksible tilpasningsstrategier for at nå sine mål (14). Spiseforstyrrelser kan være mestringsstrategier til at håndtere svære følelser (15). Derfor bruges *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS-16) til at belyse, om behandlingen påvirker deltagernes evne til følelsesregulering. DERS-16 består af en global skala og fem underskalaer, der vurderer forskellige dimensioner af vanskeligheder med følelsesregulering: 1) manglende accept, 2) målrettethed, 3) impuls kontrol, 4) strategier til følelsesregulering samt 5) følelsesmæssig klarhed. Alle skalaer er scoret således, at højere pointtal afspejler større vanskeligheder ved følelsesregulering (16). DERS-16 blev først tilføjet i før- og efterskemaet, da de første to gruppeforløb var godt i gang. Derfor er der færre deltagere, der har svaret på denne skala (n = 26).

#### 3.4.1. Samlet evne til følelsesregulering

I dette afsnit præsenteres deltagernes gennemsnitlige globale score på DERS-16 ved hhv. før- og eftermålingen. Det fremgår af figur 15, at deltagernes gennemsnitlige score på DERS-16 er 54,5 ved førmålingen og 46,9 ved eftermålingen. I gennemsnit har deltagerne således opnået en forbedring på 7,6 pointtal. Forskellen er statistisk signifikant og effekten er moderat.

Figur 15: Gennemsnitlig global DERS-16 score før og efter behandling (n = 26)



**Note:** Pointforskel: 7,6. Statistisk signifikant forskel ved parret t-test ( $p < 0,01$ ).  
Effektstørrelse målt ved Cohen's  $d$  = moderat

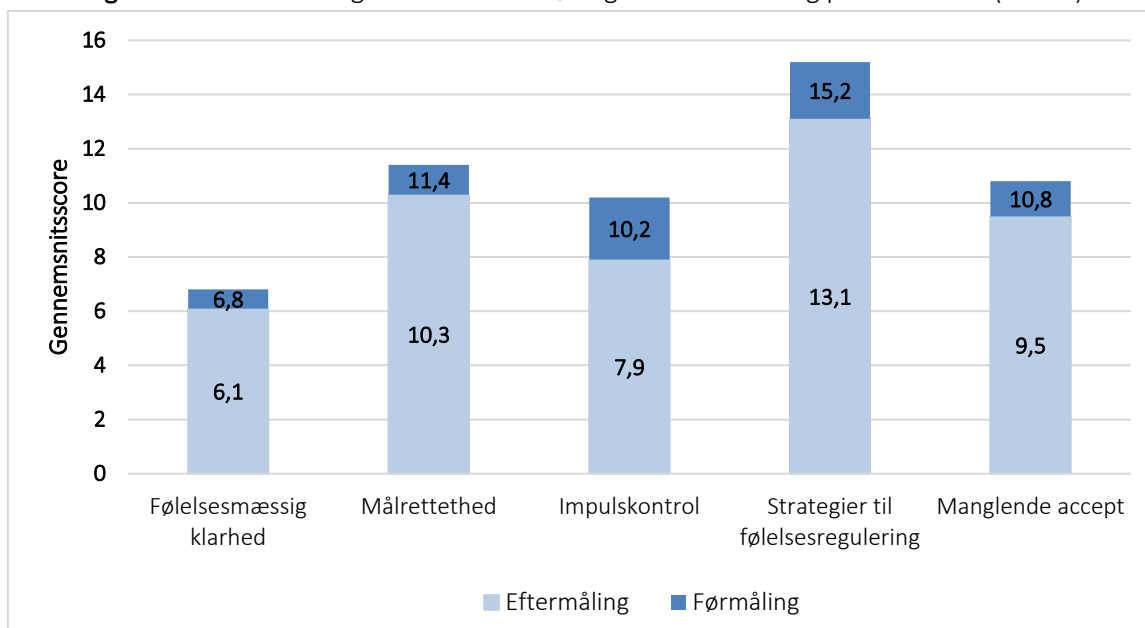
20 ud af 26 deltagere har reduceret deres vanskeligheder ved følelsesregulering, mens scoren er uændret for én og steget for fem (jf. bilag 2, figur D).

### 3.4.2. Fem dimensioner af følelsesregulering

I nærværende afsnit præsenteres deltagernes gennemsnitlige score på de fem underskalaer ved hhv. før- og eftermåling.

Figur 16 viser, at deltagernes gennemsnitlige efterscore er lavere end deres gennemsnitlige førscore på alle fem dimensioner, hvilket indikerer færre udfordringer med følelsesregulering. Den største forbedring ses på skalaen, der måler *impulskontrol*. Med undtagelse af dimensionen *følelsesmæssig klarhed*, er alle forskelle fra før- til eftermålingen statistisk signifikante. For *målrettethed* er der tale om en lille effekt, mens effekten for hhv. *manglende accept*, *impulskontrol* og *strategier til følelsesregulering* er moderat.

Figur 16: Gennemsnitlig DERS-16 score før og efter behandling på subskalaer (n = 26)



**Note:** Signifikantstest ved parret t-test, effektstørrelse målt ved Cohen's *d*

Klarhed: Scorer kan variere fra 2-10. Pointforskel: 0,7. Insignifikant forskel ( $p = 0,2$ )

Mål: Scorer kan variere fra 3-15. Pointforskel: 1,1. Grænsesignifikant forskel ( $p = 0,05$ ). Effektstørrelse = lille

Impuls: Scorer kan variere fra 3-15. Pointforskel: 2,3. Signifikant forskel ( $p < 0,001$ ). Effektstørrelse = moderat

Strategier: Scorer kan variere fra 5-25. Pointforskel: 2,1. Signifikant forskel ( $p < 0,01$ ). Effektstørrelse = moderat

Accept: Score kan variere fra 3-15. Pointforskel: 1,3. Signifikant forskel ( $p < 0,01$ ). Effektstørrelse = moderat

I fritekstbesvarelserne giver mange deltagere udtryk for, at de som følge af behandlingsforløbet er kommet mere i kontakt med deres egne følelser og har opnået en større selvindsigt. Derfor oplever deltagerne blandt andet en større ro og balance. Flere deltagere beskriver også, at de i kraft af den større selvindsigt og kontakt til egne følelser er blevet bedre til at sige fra, sætte grænser og stå ved sig selv i samvær med andre.

"Jeg føler, at mit kendskab til mig selv og mine følelser er styrket. Jeg har en følelse af, at jeg er blevet en stærkere person med min egen stemme, som er lige så meget værd som andres!"

"Jeg er blevet god til at sige fra, og jeg har lært mig selv bedre at kende. Jeg er kommet bedre i kontakt med mit følelsesregister, og jeg er generelt blevet mere rolig, både i tanker og handling."

Mange udtrykker desuden en erkendelse af, at spiseforstyrrelsen hidtil har hjulpet dem med at håndtere svære følelser. De beskriver, at de igennem behandlingen er blevet bedre til at acceptere, rumme og håndtere svære følelser hos dem selv. Deltagerne giver udtryk for, at de kan bruge den

øgede selvindsigt til at stå imod spiseforstyrrelsen. Derudover giver flere udtryk for, at behandlingen har styrket deres tillid og mod både, når det handler om at rumme svære følelser samt ved at vise sårbarhed og lade andre komme tæt på.

”Jeg har øvet mig i at være sårbar og lukke de andre gruppemedlemmer ind i min sorg. Jeg har desuden lært at turde gå mere ind i min sorg og rumme den, når den kommer, i stedet for at kæmpe imod den og andre ubehagelige følelser.”

”Jeg har fået en meget bedre forståelse af mine følelser, og hvorfor netop en spiseforstyrrelse har givet mening for mig til at håndtere disse. Jeg har også fået større kendskab til, hvordan man ellers kan håndtere følelser, og at det også er vigtigt at anerkende, at de er der. Det er rigtig godt at kunne se en sammenhæng mellem de ting, der gør en ked af det.”

### 3.5. VIRKSOMME FORHOLD

Dette afsnit belyser, hvad der ifølge deltagerne får behandlingen til at virke. De virksomme forhold kan inddeles i tre temaer: 1) Genkendelse under bevidninger, 2) Et trygt terapeutisk rum og 3) Indsigt og narrative redskaber i kampen mod spiseforstyrrelsen. Temaerne gennemgås nedenfor.

#### 3.5.1. Genkendelse under bevidninger

Mange deltagere fremhæver, at gruppefællesskabet har været afgørende for deres udbytte af behandlingen. Flere tilføjer, at de aldrig ville være nået så langt på egen hånd eller med individuel terapi. De virksomme forhold synes især at være den genkendelse og selvindsigt, der opnås igennem bevidningerne, som er et særligt terapeutisk greb indenfor den narrative terapeutiske retning (17). Igennem de andres fortællinger får deltagerne en bedre forståelse af sig selv og egen situation. Flere deltagere beskriver, at dette har bidraget til større selvaccept og mindre selvhad, fordi de i højere grad møder sig selv med samme empati og tilgivelse, som de møder andre mennesker med.

*”Jeg har mødt stor genkendelse i de andre gruppemedlemmer, hvilket har været befriende og har medført, at jeg ser med mildere øjne på mig selv, fordi jeg ser med milde øjne på de andres situationer/historier (...). Jeg er blevet mere accepterende over for min egen situation og slår ikke mig selv nær så meget i hovedet længere.”*

For flere har det også stor betydning at møde andre i samme situation, fordi de føler sig forstået og mindre alene i deres kamp mod spiseforstyrrelsen. I den forstand udgør gruppen et støttende netværk af ligesindede. Når deltagerne udveksler tanker og erfaringer, får de nye perspektiver på tingene, som blandt andet kan indgyde håb.

*”Det har været så givende og indsigtsrigt at kunne spejle mig i andre ”normale” piger, der også kæmper som mig. Det har medført, at jeg føler mig mindre forkert og alene. Det har også hjulpet mig til at få øje på mine styrker, fordi jeg er sgu pissesej – lige meget hvordan min krop ser ud.”*

### **3.5.2. Et trygt terapeutisk rum**

Flere deltagere beskriver, at trygheden i gruppen har været afgørende for deres udbytte af forløbet. Når alle i gruppen tør give noget af sig selv samt være sårbare og ærlige, bidrager det til et åbent og trygt rum, hvor det er muligt at arbejde med det, der er svært.

*”I gruppen har pigerne været meget generøse og ærlige, hvilket har givet mig mod på selv at være sårbar og ærlig, ikke mindst over for mig selv. Jeg oplevede en stor samhørighed og en ”tribe”-følelse i gruppen; at jeg var beskyttet og accepteret. Det gav mig motivation for at udvikle mig og blive stærk i livet uden at gøre spiseforstyrrelse. Jeg har prøvet alle former for terapi, været på de fleste afdelinger for spiseforstyrrelser, og intet har virket så stærkt på mig som dette behandlingsforløb.”*

Trygheden hænger uløseligt sammen med den terapeutiske tilgang, herunder relationen til behandlerne og de øvrige gruppemedlemmer, når de deler deres oplevelser og tanker. Flere giver udtryk for, at de har delt smertefulde og i nogle tilfælde traumatiske oplevelser med gruppen, hvor de er blevet mødt med omsorg og forståelse. Dette kan bl.a. bidrage til at udfordre følelser som skyld og skam samt indgyde deltagerne tillid og større mod på at vise sårbarhed i sociale relationer.

*”Jeg har oplevet stor omsorg og støtte fra min gruppe og gruppelederne, hvilket virkelig har givet mig mod til at undersøge nogle meget hårde og smertefulde ting i forbindelse med min spiseforstyrrelse. Det har været en kæmpe hjælp og har givet mig meget mere mod!”*

Derudover fremhæver flere deltagere, at behandlerne har mødt dem med oprigtig interesse og stor faglig kompetence, hvilket har hjulpet dem på rette vej i kampen mod spiseforstyrrelsen.

*”Jeg har haft enorm glæde af mine to behandlere. De har været en stor støtte, enormt empatiske, kompetente og villige. De har forholdt sig nysgerrigt og åbent - ikke dømmende - og dermed gjort mig mere nysgerrig på spiseforstyrrelsen. De har hjulpet mig til at bekæmpe spiseforstyrrelsen med logik og nye mere konstruktive måder at tænke (om mig selv) på.”*

### **3.5.3. Indsigt og narrative redskaber i kampen mod spiseforstyrrelsen**

Flere deltagere beskriver, at gruppeforløbet og den terapeutiske tilgang har givet dem større indsigt og nye redskaber i kampen mod spiseforstyrrelsen. De har blandt andet fået indsigt i, hvornår og hvordan spiseforstyrrelsen er opstået, hvilken funktion den tjener, hvilke udtryk den har, hvordan de kan adskille sig fra den og på anden måde stå op imod den. Denne indsigt i egne reaktionsmønstre og spiseforstyrrelsens mange ansigter og leveveje skaber en øget opmærksomhed, der gør det muligt for deltagerne at reagere, når spiseforstyrrelsen melder sig.

*”Jeg er blevet bevidst om forskellen mellem mig og spiseforstyrrelsen. Især det her med, hvad den fylder i min hverdag, og hvor den særligt viser sig og til dels også hersker. Derudover er jeg blevet klog på, hvornår spiseforstyrrelsen er opstået, og hvilke situationer, jeg skal være ekstra forsigtig i.”*

*”Jeg har erkendt, at jeg har en spiseforstyrrelse og er nået rigtig langt med at finde ud af, hvorfor den er hos mig, hvad den kan, og hvordan jeg tackler dette. Jeg har fået virkelig gode redskaber til at ”blive rask” og er nået langt i arbejdet ud af spiseforstyrrelsen.”*

Nogle deltagere beskriver yderligere, at de ikke længere har spiseforstyrrelsessymptomer, mens andre giver udtryk for, at de er nået langt i kampen for at blive fri af spiseforstyrrelsen. Fælles for dem er oplevelsen af, at de har fået redskaber til at blive eller forblive symptomfri i fremtiden. Flere deltagere udtrykker en ny forståelse og omsorg for sig selv samt et håb for en bedre fremtid.

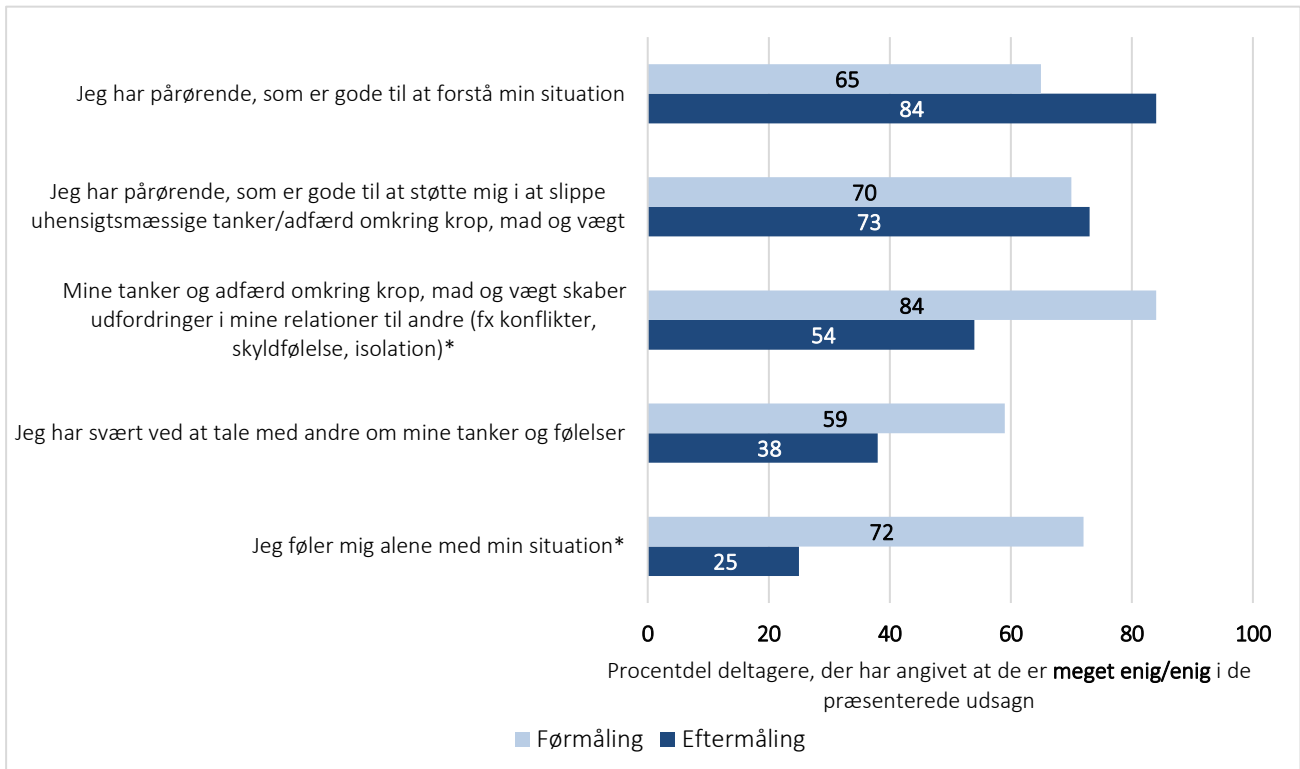
*”Jeg har opnået en kæmpe udvikling: jeg har spist bedre, mere og mere frit. Jeg spiser ting, jeg ikke havde turdet drømme om. Jeg sulter næsten ikke mig selv mere, og tvangsmotionerer næsten ikke mere. Jeg er blevet bedre til at sætte grænser og er kommet mere i kontakt med mine følelser. Jeg har formået at eksternalisere spiseforstyrrelsen yderligere og dermed adskille den mere fra mig selv og bekæmpe den mere aktivt... Jeg føler mig stærkere, mere som mig selv, gladere og mere håbeful.”*

### **3.6. PÅRØRENDE**

Der gennemføres pårørendeseminarer sideløbende med gruppebehandlingen. Deltagerne er blevet opfordret til at invitere en eller flere pårørende med til forløbet, da det øger sandsynligheden for et positivt behandlingsresultat (18). I sidste ende har det dog været deltagerens egen beslutning. 95% af deltagerne (n = 35) tilkendegiver, at deres pårørende har deltaget i et pårørendeseminar. Ud af de 35 deltagere, der har haft deltagende pårørende, angiver 86% at have inviteret et eller flere familiemedlemmer til seminaret, 46% har inviteret deres partner, mens 31% har inviteret en ven eller veninde (se bilag 2, figur E).

Figur 17 nedenfor viser, hvordan deltagerne på en række parametre oplever relationen til deres pårørende. Figuren viser andelen af deltagere, som har svaret, at de er meget enige eller enige i de præsenterede udsagn. Der ses en forbedring på samtlige områder fra før- til eftermålingen. Især føler langt færre deltagere sig alene med deres situation. Dette hænger godt sammen med, at flere deltagere også oplever at have pårørende, som er gode til at forstå deres situation.

**Figur 17:** Relation til pårørende (n = 37, angivet i procent)



**Note:** Udsagn markeret med \*: statistisk signifikant forskel fra før- til eftermåling ved  $\chi^2$ -test ( $p < 0,01$ ). Kun 36 deltagere har besvaret udsagnet "Jeg føler mig alene med min situation".

En række deltagere giver i fritekstbesvarelser udtryk for, at de har fået et tættere forhold til deres pårørende. Den positive udvikling kan skyldes, at de pårørende har fået mere viden om spiseforstyrrelser og nye redskaber til at støtte de berørte. Derudover har deltagerne udviklet sig under gruppeforløbet, hvor de bl.a. har øvet sig i at sætte grænser, dele svære tanker og følelser med andre mv.

"Jeg har fået et helt fantastisk udbytte af gruppeforløbet. Jeg har fået et andet sprog til at snakke om mine følelser med min omgangskreds og langt tættere relationer til mine kære."

"Jeg har øvet mig i at åbne op og stå ved mine udfordringer og tale om dem med mine pårørende."

"Jeg får sagt mere fra i mine relationer, jeg er blevet bedre til at tale om mine følelser (...). Derudover er mine nærmeste også blevet bedre til at støtte mig, da de også har fået mere viden om det at have en spiseforstyrrelse samt nogle værktøjer til ikke at ryge i de typiske faldgruber."



Flere deltagere beskriver desuden, at de har fået udvidet og styrket deres netværk som følge af forløbet. Det giver dem bl.a. et sted at søge støtte, når det er svært, hvilket kan medvirke til at forebygge tilbagefald. Hertil kommer, at flere deltagere føler sig bedre klædt på til at søge hjælp, hvis behovet opstår.

"Jeg har fundet ud af, hvorfor jeg fastholder en spiseforstyrrelse, og hvordan jeg fremadrettet kan arbejde på egen hånd (og ved hjælp af mit netværk) med at komme ud af sygdommen. Ydermere har jeg fået et netværk af piger, som jeg kan mødes med og snakke om tingene. Jeg er også blevet tilknyttet LMS, som jeg fremadrettet kan bruge, hvis behovet opstår for en samtale eller sparring."

"Det var også en stor tryghed, at mine pårørende også kunne få noget hjælp, og at det ikke var noget, jeg skulle tage stilling til, men noget de bare kunne gøre alene."

### 3.7. STOPPET FØR TID

Jævnfør figur 1 (afsnit 2.1.1.) er 12 ud af 62 deltagere, der opstartede i behandlingstilbuddet, stoppet før tid. Det svarer til en frafaldsprocent på 19%. Alle deltager, som er stoppet før tid, har modtaget et frafaldsspørgeskema. Frafaldsspørgeskemaet indeholder spørgsmål om årsager til frafaldet. Syv ud af 12 deltagere har besvaret skemaet (58%).

Den væsentligste årsag, som deltagerne angiver i forhold til at stoppe i behandlingsforløbet, er, at de oplevede, at LMS' behandlingsforløb ikke var den rette form for behandling for dem. Enkelte fremhæver, at behandlingen ikke var den rette, fordi de havde et for lavt BMI, hvorfor behandlingen ved LMS ikke var tilstrækkelig. Andre fremhæver, at de var længere fremme i deres sygdomsforløb end andre i gruppen. En deltager, som valgte at stoppe før tid, beskriver det eksempelvis således:

*"Jeg stoppede, da jeg havde fået det ud af forløbet, som jeg følte jeg kunne. Jeg har lige fra starten følt, at jeg var længere med at arbejde med mig selv og mine følelser, end de resterende deltagere i min gruppe... Jeg følte mig modarbejdet ved konstant at skulle have med gamle følelser at gøre, som jeg for længst har behandlet og fundet fred ved."*

Derudover fremhæver enkelte, at de valgte at stoppe, da de ikke oplevede, at de fik et udbytte af online-formatet<sup>1</sup>. Andre deltagere fremhæver, at de stoppede før tid på grund af pludselige omvæltninger i privatlivet, såsom anden sygdom i familien.

---

<sup>1</sup> Nogle af gruppegangene i behandlingsforløbene blev undervejs omlagt til at blive afholdt online i stedet for fysisk pga. covid-19-situationen i samfundet.

### 3.8. OPSAMLING PÅ DELTAGERNES UDBYTTTE

I alt har 50 personer gennemført LMS' behandlingsforløb, hvoraf 37 personer indgår i evalueringen. Størstedelen af de deltagere, der indgår i evalueringen, er kvinder (95%). 23 har været i behandling i København, mens 14 har været i behandling i Aarhus. Deltagerne er mellem 19-45 år med en gennemsnitsalder på 25,7 år. Størstedelen oplever symptomer på bulimi eller en blanding af anoreksi og bulimi.

Kapitel 3 viser, at deltagerne opnår en statistisk signifikant reduktion af deres spiseforstyrrelsessymptomer i løbet af behandlingsforløbet. Den største forbedring ses på underskalaerne *restriktion* og *spisebekymring*. Det ses desuden, at deltagerne opnår en moderat og statistisk signifikant forbedring af deres generelle trivsel i løbet af behandlingsforløbet, hvor den gennemsnitlige globale WHO-5 trivselsscore stiger fra 43,9 til 52,8. Dermed er den gennemsnitlige deltager rykket ud af risikogruppen for depression og stressbelastning ( $\leq 50$ ) efter endt behandling. I relation til følelsesregulering viser resultaterne, at den gennemsnitlige globale score på DERS-16 forbedres fra 54,5 ved førmålingen til 46,9 ved eftermålingen. Forskellen er statistisk signifikant og effekten er moderat. Det er vigtigt at have for øje, at der ikke er tale om et effektstudie med en kontrolgruppe, hvorfor det ikke kan udelukkes, at forhold uden for indsatsen også har påvirket deltageres udvikling fra før- til eftermåling.

Deltagerne fremhæver især tre forhold, som de oplever, har været afgørende for deres positive behandlingsresultater: 1) under bevidningerne kan deltagerne genkende sig i de andres fortællinger, hvilket giver dem større indsigt i egen situation; 2) et trygt terapeutisk rum inviterer til åben dialog om det, der er svært samt 3) indsigt i og narrative redskaber til at stå op imod spiseforstyrrelsen.

I forhold til pårørende, oplever deltagerne, at de efter endt behandlingsforløb har forbedret relationerne til deres pårørende. Især føler langt færre deltagere sig alene med deres situation, og langt flere oplever at have pårørende, som er gode til at forstå deres situation.

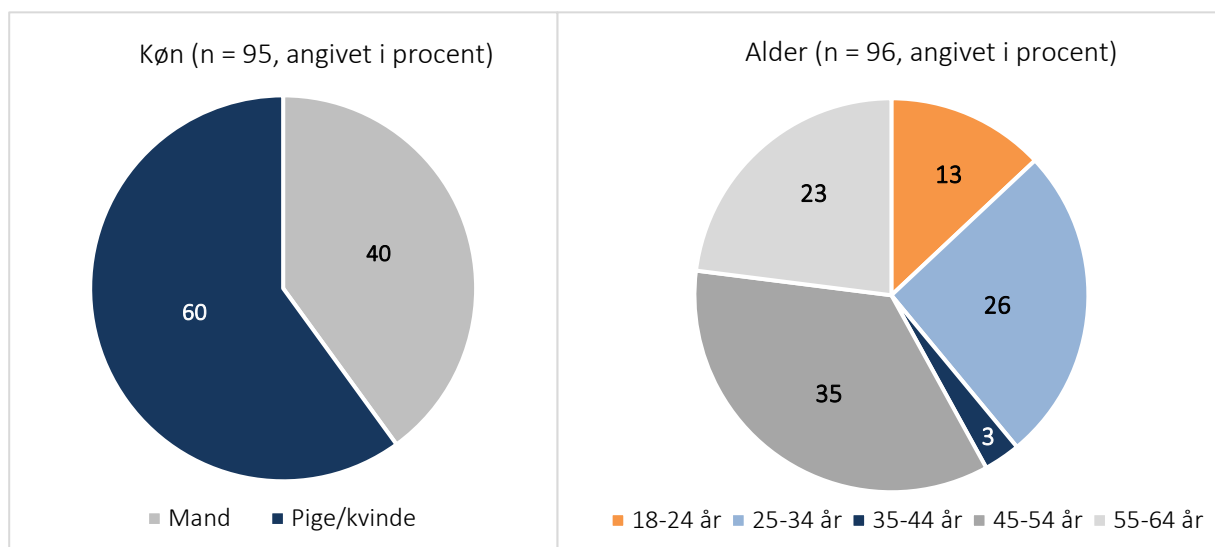
## 4. PÅRØRENDES UDBYTTE AF PÅRØRENDESEMINARER

I alt har 138 pårørende til deltagere i behandlingsforløbet deltaget i hele eller dele af pårørendeseminarerne. I de følgende afsnit præsenteres resultaterne relateret til de pårørendes udbytte af pårørendeseminarerne. Først beskrives karakteristika ved pårørende samt deres relation til den berørte (afsnit 4.1.). Dernæst beskrives de pårørendes behov og forventninger til seminaret (afsnit 4.2.), hvorefter de pårørendes udbytte af pårørendeseminarerne præsenteres, herunder deres selvvaluerede udbytte (4.3.). Afslutningsvis opsamles nærværende kapitel (4.4.).

### 4.1. HVEM ER DE PÅRØRENDE?

57 kvinder og 38 mænd har besvaret spørgsmålet. De pårørende er mellem 18-64 år med en gennemsnitsalder på 42,3 år. Figur 18 viser, at over halvdelen af de pårørende er 45 år eller ældre. Det ses desuden, at der er færrest pårørende i aldersgrupperne 35-44 år og 18-24 år.

Figur 18: Fordelingen af køn og alder blandt pårørende



Note: Figuren er baseret på besvarelser fra de pårørendes spørgsmåling

Langt størstedelen af de pårørende er fra Region Hovedstaden (45%) og Region Midtjylland (36%). Det kan forklares ved, at behandlingsforløbene har været afholdt i hhv. København og Aarhus (se bilag 1, tabel K).

#### 4.1.1. Pårørendes relation til berørte

Det fremgår af tabellen nedenfor, at halvdelen af de pårørende er forældre til den berørte. Herefter kommer partnere og venner, der hver især udgør 16% af gruppen. Partnerne er hovedsageligt mænd, mens vennerne udelukkende er kvinder. Derudover er der også en lille gruppe af søskende (9%) og andre relationer (7%).

**Tabel 6:** De pårørendes relation til berørte, opdelt efter køn (n = 96)

Relation	Mand		Kvinde		Total	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Forældre	18	47%	31	55%	50	52%
Søskende	5	13%	4	7%	9	9%
Partner/ægtefælle	14	37%	1	2%	15	16%
Venner	0	0%	15	27%	15	16%
Andre relationer	1	3%	5	9%	7	7%
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>96</b>	<b>100</b>

**Note:** Tabellen er baseret på besvarelser fra pårørendes førmåling.

Pårørende, der har angivet at have anden relation, dækker over papforældre, fastre, en ekskæreste og en mentor.

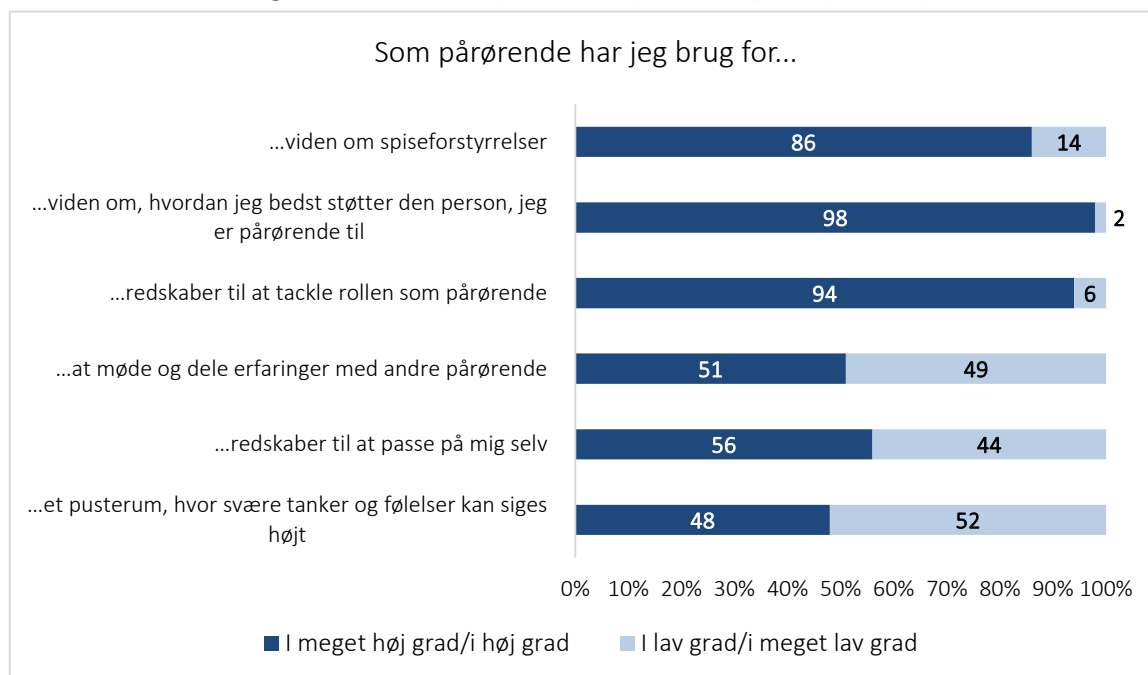
## 4.2. PÅRØRENDES BEHOV OG FORVENTNINGER

I førmålingen er de pårørende blevet spurgt ind til deres behov som pårørende samt deres forventninger til LMS' pårørendeforløb. Ligesom foregående afsnit bygger følgende afsnit på de 96 besvarelser på førmålingen.

### 4.2.1. Pårørendes behov

Figur 19 viser de pårørendes besvarelser på spørgsmål omkring, hvad deres behov er som pårørende. De pårørende har fået præsenteret seks udsagn, hvortil de har angivet, i hvilken grad de oplever at have det givne behov.

**Figur 19:** Behov som pårørende (n = 96, angivet i procent)



**Note:** Kun 94 pårørende har besvaret spørgsmålet angående behov for *viden om spiseforstyrrelser*. Figuren er baseret på besvarelser fra de pårørendes førmåling.

Næsten alle pårørende giver udtryk for, at de har behov for viden om, hvordan man bedst støtter den person, man er pårørende til (98%) samt redskaber til tackling af rollen som pårørende (94%). Lidt færre angiver viden om spiseforstyrrelser som et behov (86%).

Herefter følger redskaber til at passe på sig selv (56%) samt at møde og dele erfaringer med andre pårørende (51%). 48% angiver, at de har behov for et pusterum, hvor svære tanker og følelser kan siges højt.

#### 4.2.2. Forventninger til pårørendeseminar

De pårørendes forventninger til forløbet afspejler sig i deres behov. De pårørende er i førmodningen blevet bedt om med egne ord at beskrive, hvilke forventninger til de har til pårørendeseminalet. Følgende afsnit opsummerer tendenser i deres besvarelser.

Langt de fleste giver udtryk for, at de ønsker værktøjer og redskaber til at støtte den berørte, de er pårørende til, samt en større forståelse for spiseforstyrrelser. Disse to forventninger bliver ofte knyttet sammen; de ønsker mere viden, så de bedre kan forstå den berørte, hvilket de håber, vil ruste dem til at støtte personen, de er pårørende til, på bedst mulig måde.

*”Jeg håber, at få mere viden om spiseforstyrrelser og hvordan det påvirker min datter, så jeg bedre kan støtte og hjælpe hende, så hun får det bedre.”*

*”Jeg håber at blive klogere på de tanker, mønstre og processer, en person med en spiseforstyrrelse går igennem. Jeg håber på at blive klogere på de signaler og symptomer, de udviser. Jeg håber at blive klogere på advarselstegn, og hvordan man som pårørende bedst italesætter dem og reagerer på dem. Jeg håber at få værktøjer, så jeg bedst muligt kan hjælpe fremad i svære samtaler og på svære dage.”*

Flere pårørende tilkendegiver desuden, at de ser frem til erfaringsudveksling med de andre pårørende. Denne forventning er også knyttet til ovenstående ønske om viden og redskaber, da erfaringsudvekslingen forventes at give inspiration og viden omkring, hvordan man kan håndtere hverdagen og støtte den berørte.

*”Jeg tror, jeg kan lære meget af at lytte til de andres erfaringer og tanker. Jeg håber, jeg bliver bedre til ikke at glide af eller tage ordene ud af munden på min datter. Jeg vil gerne lære at takle samtalen, så vi begge får mere ud af det videre forløb og sygdommens forhåbentlige afslutning.”*

*”... og så ønsker jeg at indgå i fællesskabet med andre pårørende, som jeg før er blevet overrasket over, der er. Det er meget stærkt og bekræftende at høre andre fortælle om frustrationer, som minder så meget som ens egne - uanset hvem og hvad man er eller kommer fra. Det kan være ensomt og isolerende at have en spiseforstyrrelse - men det kan også være ensomt og isolerende at være pårørende til en, som har en spiseforstyrrelse.”*

Der er også pårørende, der håber på at få større forståelse for, hvad deres rolle som pårørende er. De vil gerne have afgrænset rollen og finde ud af på hvilke tidspunkter, de har hvilken rolle.

*”Jeg håber at opnå en større tryghed ved min rolle og få den defineret bedre. Hvad er min rolle, og hvordan hjælper jeg bedst?”*

*”[Hjælp til] hvordan jeg som pårørende bedst muligt kan støtte og hjælpe min søster. Hvad er min rolle, når hun har det svært og kæmper med sygdommen?”*

I den forbindelse fremhæver en pårørende, at det kan være vanskeligt at finde balancen i rollen som pårørende:

*Det er en ansvarsfuld rolle, og det kan være svært at balancere mellem rollen som ven og rollen som pårørende - altså pusterummet som ven og støtte og kærlige skub som pårørende.*

Samlet set har de pårørende forventninger om at få viden om spiseforstyrrelser samt redskaber til bedre at kunne støtte op om den berørte – dette i et forum med ligesindede. De håber, at det leder til, at de bliver bedre klædt på til at begå sig i rollen som pårørende.

### 4.3. UDBYTTET AF PÅRØRENDESEMINAR

I dette afsnit undersøges de pårørendes udbytte af pårørendeforløbet hos LMS. Først præsenteres udviklingen i, hvorvidt de pårørende føler sig klædt på til pårørenderollen fra før- til eftermåling. Dernæst undersøges det, hvorvidt der er sket i udvikling i de pårørendes trivsel, hvorefter de pårørendes selvvalgte udbytte af at have deltaget i pårørendeseminaret gennemgås.

Da dette afsnit både undersøger udbyttet af seminaret vha. sammenligning af de pårørendes besvarelser på før- og eftermålingen samt behandler de pårørendes egne vurderinger af deres udbytte, varierer totalen i tabellerne. Når før- og eftermålingen sammenlignes, indgår der kun besvarelser fra pårørende, som har besvaret begge spørgeskemaer (n = 58). I de resterende analyser indgår samtlige besvarelser fra eftermålingen (n = 73).

#### 4.3.1. Klædt på til rollen som pårørende

Tabel 7 nedenfor viser andelen af pårørende, der føler sig klædt på til rollen som pårørende ved hhv. opstart og afslutning af pårørendeseminaret.

Tabel 7: Klædt på til rollen som pårørende (n = 58, angivet i procent)

Føler du dig overordnet set klædt på til pårørenderollen?	Førmåling		Eftermåling	
	Antal	Procent	Antal	Procent
I meget høj grad/i høj grad	28	48%	50	86%
I meget lav grad/i lav grad	30	52%	8	14%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

**Note:** Statistisk signifikant sammenhæng ved  $\chi^2$ -test ( $p < 0,001$ ).

Figuren er baseret på besvarelser fra pårørende, der har besvaret både før- og eftermåling.

Ved opstart af seminaret følte omkring halvdelen af de pårørende sig klædt på til rollen som pårørende. Efter seminaret er denne andel steget til 86%. Kun otte personer har ved eftermålingen

svaret, at de *i lav grad* føler sig klædt på – og ingen har svaret *i meget lav grad*. Forløbet har således givet mange af de pårørende en følelse af, at de er bedre rustet til deres hverdag som pårørende. Forskellen fra før- til eftermålingen er statistisk signifikant.

#### 4.3.2. Pårørendes trivsel og livstilfredshed

De pårørendes trivsel er målt ved både før- og eftermåling vha. WHO-5 trivselsindeks, hvor tilfredsfredshed er målt med Cantril-stigen<sup>2</sup>.

De pårørendes individuelle globale scores på WHO-5 trivselsindeks varierer fra 20-88 ved førmålingen og fra 28-96 ved eftermålingen. Både nedre og øvre grænse er således hævet. Ved opstart er den globale gennemsnitsscore 65,6, hvor den ved eftermålingen er 66,8. Der er således ikke en betydelig ændring i de pårørendes trivsel fra før- til eftermålingen, se tabel 8 nedenfor.

**Tabel 8:** Pårørendes gennemsnitsscore på WHO-5 trivselsindeks (n = 58)

I de sidste to uger...	Førmåling	Eftermåling
...har jeg været glad og i godt humør	3,5	3,6
...har jeg følt mig rolig og afslappet	3,4	3,2
...har jeg følt mig aktiv og energisk	3,1	3,2
...er jeg vågnet frisk og udhvilet	2,9	2,9
...har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig	3,4	3,7
<b>Global score</b>	<b>65,6</b>	<b>66,8</b>

**Note:** Insignifikant forskel i gennemsnitlig global score ved parret t-test ( $p = 0,5$ ).

Tabellen er baseret på besvarelser fra pårørende, der har besvaret både før- og eftermåling.

Stigningen i den globale gennemsnitlige score fra før- til eftermåling er insignifikant, hvorfor det ikke kan udelukkes, at stigningen skyldes tilfældigheder. Samlet set tyder det således ikke på, at seminaret har haft en effekt på de pårørendes trivsel målt med WHO-5 trivselsindeks. Dog er det værd at fremhæve, at de pårørende, både før og efter deltagelse i seminaret, gennemsnitligt er uden for risiko for depression eller stressbelastning (>50) (13). Derudover er deres gennemsnitlige globale score ved både før- og eftermåling tæt på den gennemsnitlige score for den danske befolkning som helhed (68 pointtal) (13). Det indikerer, at de pårørende ikke var i stor mistro forud for deltagelse i seminaret, hvilket kan være med til at forklare, at deres trivsel ikke er bemærkelsesværdigt forbedret.

I relation til de pårørendes vurdering af deres livstilfredsfredshed målt ved Cantril-stigen ses ligeledes ingen bemærkelsesværdig forskel fra før- til eftermålingen (se bilag 1, tabel L).

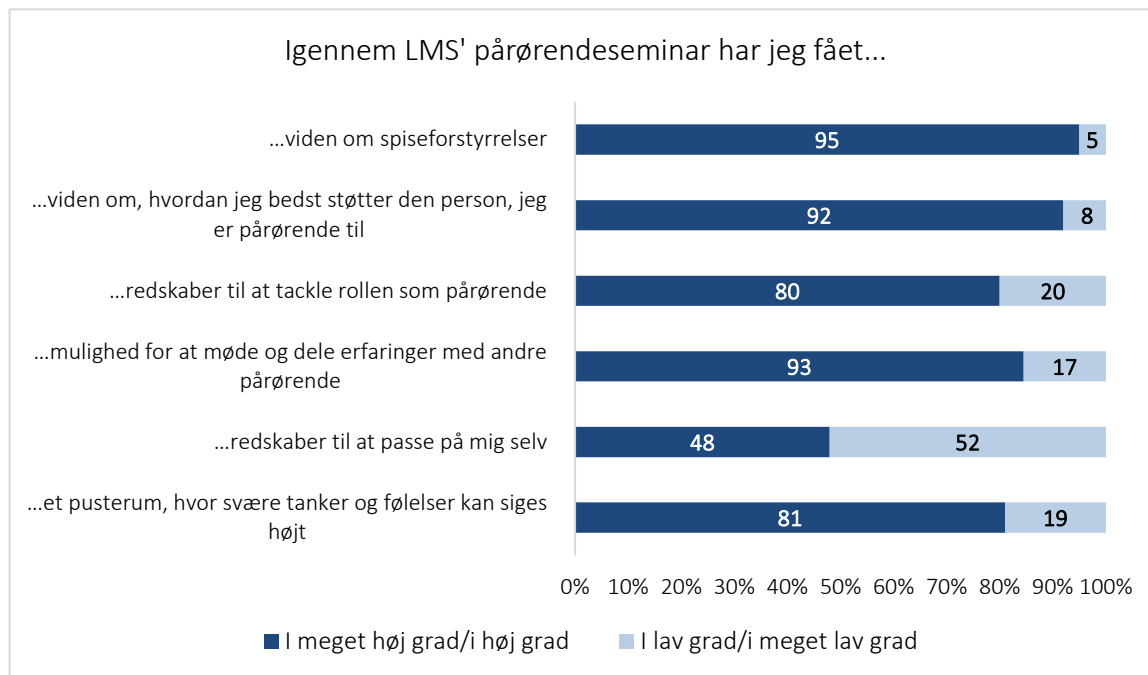
---

<sup>2</sup> Se afsnit 3.3. for beskrivelse af hhv. WHO-5 trivselsindeks og Cantril-stigen

### 4.3.3. Pårørendes selvvalgte udbytte

For at få et indblik i de pårørendes selvvalgte udbytte af deltagelse i pårørendeseminarerne, er de blevet præsenteret for en række udsagn. De pårørende har til hvert udsagn vurderet, i hvilken grad de oplever at have fået det givne udbytte af seminaret.

Figur 20: Selvvalgt udbytte af pårørendeseminar (n = 73, angivet i procent)



**Note:** Kun 71 pårørende har besvaret udsagnet angående *redskaber til at passe på mig selv*.  
72 pårørende har besvaret udsagnet relateret til *pusterum*.  
Figuren er baseret på besvarelser fra de pårørendes eftermåling

Figur 20 ovenfor viser, at de pårørende især har fået viden om spiseforstyrrelser (95%) samt fået mulighed for at møde og dele erfaringer med andre pårørende (93%). Derudover har 92% af de pårørende tilkendegivet, at de har fået viden om, hvordan de bedst støtter den person, de er pårørende til.

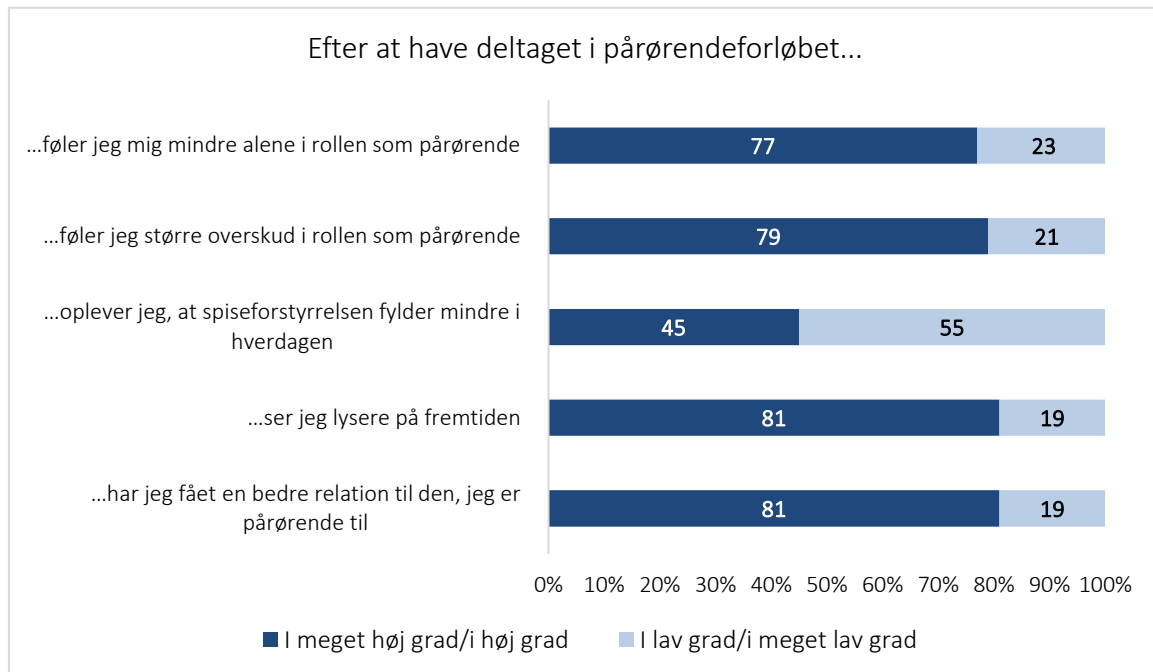
Det første og sidstnævnte udsagn var ligeledes et ønsket behov blandt de pårørende forud for deltagelse i seminaret (se figur 19, afsnit 4.2.1). Det er derfor positivt, at størstedelen af de pårørende oplever at have fået dette ud af pårørendeseminarerne. Mødet og erfaringsudveksling med andre pårørende var ikke et af de mest udbredte behov blandt de pårørende, men kvalitative tilbagemeldinger indikerer høj tilfredshed med og udbytte af mødet med ligesindede (se afsnittet om *de pårørendes egne ord* nedenfor).

Udover de nævnte, angiver de pårørende at have fået et udbytte i form af et pusterum, hvor svære tanker og følelser kan siges højt (81%) samt redskaber til at tackle rollen som pårørende (80%). Sidstnævnte var ligeledes et efterspurgt behov blandt de pårørende forud for seminaret. Afslutningsvis viser figur 20, at 48% af de pårørende vurderer, at de har fået redskaber til at passe på dem selv.



De pårørende er desuden blevet spurgt ind til, hvordan pårørendeforløbet har påvirket deres hverdag. I den forbindelse er de ligeledes blevet præsenteret for en række udsagn, se figur 21 nedenfor.

**Figur 21:** Selvvurderet udbytte af pårørendeseminar i relation til hverdagen (n = 73, angivet i procent)



**Note:** Kun 72 pårørende har besvaret udsagnet angående *bedre relation* til den berørte samt udsagnet om *større overskud* i rollen som pårørende. 71 pårørende har besvaret udsagnet om oplevelsen af, at *spiseforstyrrelsen fylder mindre*. Figuren er baseret på besvarelser fra de pårørendes eftermåling

81% af de pårørende oplever, at de efter pårørendeseminaret ser lysere på fremtiden samt har fået en bedre relation til den berørte. 79% angiver, at de føler et større overskud i rollen som pårørende, hvor 77% har angivet, at de føler sig mindre alene i rollen som pårørende. Kun 45% oplever, at spiseforstyrrelsen fylder mindre i hverdagen.

### De pårørendes egne ord

I tråd med de kvantitative besvarelser, beskriver mange af de pårørende med egne ord, at de har fået en større forståelse for spiseforstyrrelser samt at mødet med andre pårørende og berørte har været en stor hjælp. Herudover beskrives forbedrede relationer til de berørte, redskaber til dialog og håndtering af hverdagen, en større selvindsigt samt et trygt rum til at sige svære tanker højt.

### Mødet med andre pårørende og berørte

De pårørende fremhæver, at mødet med andre i samme situation fik dem til at føle sig mindre alene i deres situation. Desuden gav det mulighed for at dele erfaringer med ligesindede i forhold til håndtering af hverdagen. De pårørende har yderligere pointeret, at de har fået blik for, hvor forskelligt en spiseforstyrrelse kan komme til udtryk, og hvor kompleks den er - samtidig med, at mange pårørende oplever at stå i samme problemer.

*"Vi blev "tvunget" til at se ud over vores egen "syge" - og lærte andre at kende, som befandt sig på vidt forskellige stadier af spiseforstyrrelse - grundfølelsen er jo den samme: utilstrækkeligheden, ønsket om at hjælpe, [frygten] for at sige noget forkert. Alt det er jo almenmenneskeligt, og det var dejligt at få lov at vende det med andre "rystede" forældre, kærester og veninder."*

Det blev desuden fremhævet, at det også var givtigt at møde andre berørte end den person, de selv er pårørende til, som denne pårørende fortæller:

*"Nogle gange giver det et helt nyt blik på det, man kun kender fra "sin egen datter" – og folk var meget åbne, selvom det jo er en svær situation for alle. Sidste gang fik vi også mulighed for at snakke med eksperter, altså dem med spiseforstyrrelserne. Og jeg har sjældent mødt mere ærlige og søde, og sjove, og vidende unge mennesker. Det slog mig, hvor kloge de er, selvom de slås med den meget alvorlige sygdom. Det var en øjenåbner på alle måder."*

### Øget forståelse for spiseforstyrrelsen

De pårørende fortæller yderligere, at de har fået en større forståelse for, hvad en spiseforstyrrelse er for en størrelse. De har fået en større viden om, hvordan spiseforstyrrelser fungerer, og hvor stor en udfordring det er for den person, de er pårørende til. Én af de pårørende beskriver det således:

*"Jeg har fået en meget større opmærksomhed på, hvor meget spiseforstyrrelsen kan fylde, selvom det ikke umiddelbart kan ses/mærkes på min datter."*

### Et rum for svære følelser

Der er også pårørende, der fremhæver muligheden for selv at åbne op for sine svære følelser – følelser, som de har følt, at de skulle pakke væk, så de ikke belastede familien yderligere. Andre beskriver, at møderne, hvor de berørte også deltog, bragte dem tættere sammen med personen, de er pårørende til. Det gav dem et rum til at tale om tingene på en anden måde, end de ellers gør.

*"Jeg fik selv lov at åbne op for nogle følelser, som jeg nok har gemt væk, for ikke at belaste flere familiemedlemmer. Tak for det. Det fik os bragt endnu tættere sammen."*

*"Det bedste ved forløbet har været et rum til at tale om de svære følelser og bekymringer, der er forbundet med at være tæt på en spiseforstyrrelse. Derudover har det givet en naturlig anledning til at tage hul på nogle svære snakke med min deltager, der helt sikkert har styrket relationen, fortroligheden og dermed muligheden for at være en bedre pårørende."*

### Et ønske om mere tid

Mange af de pårørende efterspørger mere tid. Efterspørgslen på mere tid handler både om, at de pårørende ønsker længere tid til diskussioner til hver mødegang samt at de pårørende savner flere mødegange.

Dem, der har kommenteret på de enkelte mødegange, fremhæver især, at der var for lidt tid til alle elementerne. De ville gerne have brugt mere tid på erfaringsudvekslingen og diskussionerne fremfor

oplæggene og informationerne i starten af mødegangen. Dette er interessant set i lyset af, at viden om spiseforstyrrelser var et mere udbredt behov ved opstart, end erfaringsudveksling var.

*”Med andre ord; alt var godt. Oplevelserne og erfaringer var rigtig gode, men vi kunne godt have haft mere tid. Informationerne om spiseforstyrrelser og selvskade var lige så vigtige, men det jeg personligt selv fik mest ud af, var dialogen med de andre.”*

Andre efterspurgte flere mødegange. Der var eksempelvis nogle, der ønskede opfølgende netværksmøder til at understøtte dem i tiden efter, at behandlings- og pårørendeforløbet var afsluttet. De frygter ”tomrummet” og ”at den berørte falder i igen”. Andre, der deler denne bekymring, efterspørger også værktøjer til at klare tiden efter forløbets afslutning.

*”En følelse af, at man er bedre rustet, men at man alligevel er så afhængig af den berørtes handlinger - mekanisk spisning, skrive dagbog (få det nu gjort). Hvordan kan vi sikre, at de udnytter gruppen og ikke står alene bagefter og falder tilbage igen. Kunne vi have fået flere redskaber, jeg ved det ikke.”*

*”Måske har det været i de forløb, jeg ikke har deltaget i, men [jeg savner] en inddragelse af pårørende i, hvad man sammen kan have fokus på, når terapiforløbet stopper, og der måske vil opstå et ”tomrum” derefter.”*

Alt i alt udtrykker de pårørende en bekymring om, hvorvidt det udbytte, de har fået af seminarerne, er tilstrækkeligt i forhold til den situation, de befinder sig i. Idet mange pårørende har et ønske om flere mødegange, kan det tolkes som et udtryk for, at det har fundet stor værdi i pårørendeseminarerne.

#### **4.4. OPSAMLING PÅ PÅRØRENDES UDBYTT**

I alt har 138 pårørende til deltagere i behandlingsforløbet deltaget i hele eller dele af pårørendeseminarerne. 57 kvinder og 38 mænd har i større eller mindre grad deltaget i evalueringen. De pårørende er mellem 18-64 år med en gennemsnitsalder på 42,3 år. Omkring halvdelen af de pårørende er forældre til berørte, hvor de resterende hovedsageligt er ægtefæller/partnere, venner eller søskende.

Evalueringen viser ingen bemærkelsesværdig forskel i de pårørendes trivsel fra før- til eftermåling. Dog ses det, at deltagelse i pårørendeseminar har givet mange af de pårørende en følelse af at være bedre rustet til deres hverdag som pårørende. Langt størstedelen af de pårørende giver udtryk for, at de igennem pårørendeseminarerne har fået redskaber til og viden om, hvordan de bedst støtter den berørte. De tilkendegiver, at de har fået bedre indsigt i spiseforstyrrelsen, hvilket har ledt til, at de har fået en bedre forståelse for, hvilke udfordringer den berørte har.

De pårørende fremhæver desuden, at pårørendeseminarerne og de metodiske tilgange, de bliver præsenteret for undervejs, har givet dem mulighed for at åbne op for svære følelser – følelser, som de har følt, at de skulle pakke væk, så de ikke belastede familien yderligere. Disse følelser har de haft mulighed for at dele med ligesindede, hvilket har betydet, at de pårørende føler sig mindre alene i deres situation.

## 5. KOMMUNAL AFPRØVNING

Som led i projektet er et tilpasset koncept af behandlingstilbuddet blevet afprøvet i to kommuner: Helsingør Kommune og Holstebro Kommune. På tværs af de to kommuner har sammenlagt 12 fagpersoner deltaget i en uddannelsesdag, hvor formålet har været at klæde fagpersonerne på til at lede og facilitere rehabiliterende samtalegrupper for borgere fra 17 år med forstyrret spiseadfærd. Fagpersoner fra de to kommuner har løbende fået supervision af LMS – dels i forbindelse med rekruttering af borgere til samtalegrupperne, dels imens en samtalegruppe kører. En samtalegruppe forløber over 12 mødegange, som faciliteres af to gruppeledere.

Målet har været at afprøve et tilpasset behandlingskoncept i to kommuner, hvor hver kommune skulle afholde to samtalegrupper med fem til otte deltagere i hver gruppe. I praksis er det ikke lykkedes Helsingør Kommune at skaffe deltagere til samtalegrupper. I Holstebro Kommune har det været muligt at skaffe deltagere til at afholde én samtalegruppe med i alt fire deltagere<sup>3</sup>.

Med udgangspunkt i de to interviews med fagpersoner fra de to kommuner samt supplerende fritekstbesvarelser fra spørgeskemaer, præsenteres nedenfor kommunernes oplevelser og erfaringer med at deltage i LMS' opkvalificering i afholdelse af samtalegrupper for borgere med spiseforstyrret adfærd.

### 5.1. FAGPERSONERS MOTIVATION

Fagpersonernes motivation for at deltage i LMS' opkvalificering i afholdelse af kommunale samtalegrupper bunder i høj grad i en stor interesse for tidlige og rehabiliterende indsatser. Alle fagpersonerne pointerer, at de synes, at det er en meget vigtig opgave at sætte så tidligt ind som muligt. En fagperson beskriver det således:

*”Det er superspændende og helt vildt vigtigt at arbejde forebyggende – og lave en så tidlig indsats som overhovedet muligt. Det er det, jeg tænker, at vi gør med de her samtalegrupper... Vi er vant til at arbejde med dem, som er meget ramt af deres spiseforstyrrelser. Derfor er det interessant at komme ind på et tidligere tidspunkt.”*

De andre fagpersoner giver ligeledes udtryk for, at de har erfaringer med, at mange borgere med spiseforstyrrelser først tages hånd om, når de er blevet alvorligt syge. Samtidig oplever de, at der mangler tilbud i kommunerne til at tage hånd om målgruppen, før de bliver alvorligt syge, således at eksempelvis en indlæggelse i psykiatrien kan forebygges. En fagperson udtrykker behovet for tidligere indsatser i kommunen på følgende måde:

*”Desværre er det sådan, at de oftest er blevet rigtig, rigtig dårlige før vi får dem og har været syge i flere år – og måske har de bedt om hjælp i [psykiatrien], men bliver afvist, fordi de ikke er syge nok. Så*

---

<sup>3</sup>Se tabel J i bilag 1 for overblik over antallet af fagpersoner, der har hhv. deltaget i uddannelsesdag, modtaget supervision samt faciliteret samtalegruppe

*de falder i den grad mellem to stole, hvor jeg bare sådan kunne ønske mig, at vi havde nogle flere tilbud, så vi kunne nå at gribe dem i kommunen, inden de bliver så dårlige... ”*

Fagpersonerne pointerer, at LMS' opkvalificering i at afholde samtalegrupper er en oplagt mulighed for at ruste kommunerne til at sætte tidligere ind overfor denne målgruppe.

## **5.2. REKRUTTERING TIL OG FACILITERING AF SAMTALEGRUPPER**

### **Uddannelsesdag, supervision og manual klæder på til facilitering af samtalegrupper**

Fagpersonerne fra begge kommuner vurderer, at uddannelsesdagen klædte dem på til at afholde rehabiliterende samtalegrupper. Fagpersoner indikerer yderligere, at uddannelsesdagen har givet fagpersoner i kommunen en fælles forståelsesramme, som de kan arbejde videre ud fra. Alle fagpersoner fremhæver dog samtidig, at uddannelsesdagen ikke kan stå alene. Fagpersonerne oplever, at supervisionen fra LMS undervejs i rekrutteringsprocessen samt imens samtalegruppen i Holstebro Kommune blev afholdt, har haft afgørende betydning for, at fagpersonerne har følt sig klædt på til at varetage opgaven.

*”Det har givet så meget mening hver eneste gang, vi har været sammen med [supervisor]... Det har været helt vildt godt, at [supervisor] har været med på sidelinjen efter, at vi startede gruppen op - fordi det er der, behovet har været størst.”*

Foruden uddannelsesdagen og løbende supervision, påpeger fagpersonerne, at manualen har været et brugbart redskab, som har guidet dem gennem visitationssamtaler og facilitering af samtalegrupper.

*”[Manualen] har virkelig været guld værd. Den har vi brugt rigtig meget... Vi har forsøgt at følge den til punkt og prikke.”*

Alt i alt har samspillet mellem uddannelsesdagen, manualen og supervisionen gjort, at fagpersonerne har følt sig klædt på til at varetage opgaven, både i relation til afholdelse af visitationssamtaler og facilitering af rehabiliterende samtalegrupper.

### **En udfordrende rekrutteringsproces**

Begge kommuner har oplevet, at rekrutteringsprocessen har været udfordrende. Kommunerne har forsøgt at skaffe deltagere bredt ved at reklamere for tilbuddet ved at uddele flyers og hænge plakater op på blandt andet ungdomsuddannelser, ved praktiserende læger, sociale medier og hos lokale rådgivningscentre, herunder Headspace og TUBA. Dog har de erfaret, at der går lang tid, fra de begynder at reklamere til, at unge henvender sig, hvorfor rekrutteringsprocessen skal påbegyndes tidligere:

*”Vi har oplevet, at det var enormt svært at finde medlemmer til gruppen... Jeg tænker, at vi skulle have begyndt at reklamere noget før, så det var kommet ud til flere mennesker. Der gik nogle måneder, fra vi havde været på kurset og begyndt at reklamere til, at der egentligt kom nogle henvendelser på det.”*

I forlængelse heraf pointerer fagpersoner fra begge kommuner, at det ikke er nok alene at dele flyers ud og hænge plakater op. De forestiller sig, at det vil gavne rekrutteringsprocessen, hvis de fremadrettet er mere opsøgende og får taletid på eksempelvis ungdomsskolerne. Udover at få taletid på ungdomsskolerne, fremhæver et par af fagpersonerne, at visitationssamtalerne også med fordel kan blive afholdt på skolerne, da det er velkendte rammer for de unge. Fagpersonerne udtryk en bekymring for, at det muligvis har afskrækket unge at deltage i tilbuddet, fordi de har skulle møde op til visitationssamtale hos kommunen i ukendte rammer.

En af fagpersonerne fremhæver yderligere, at det er en meget sårbar målgruppe, der skal rekrutteres, hvilket i sig selv vanskeliggør rekrutteringen til samtalegrupperne:

*”Det her, det er meget sårbart – og jeg tænker også, at det er derfor, at vi ikke har fået flere henvendelser. Det er jo svært tabubelagt.”*

Fagpersonerne nævner i den forbindelse, at de derfor er nødt til at være kreative for at nå målgruppen. Det er en velkendt problematik, at personer berørt af spiseforstyrret adfærd ikke selv opsøger hjælp til håndteringen heraf. Mange personer berørt af spiseforstyrret adfærd oplever en ambivalens i forhold til at få hjælp, da spiseforstyrrelsen ofte er en strategi til at håndtere svære følelser (15).

Ydermere har fagpersonerne erfaret, at tidspunktet på året har betydning for rekrutteringsprocessen. Begge kommuner begyndte at skaffe deltagere i slutningen af foråret og ind i sommeren, hvor mange unge har travlt med eksamener og sommerferien begynder. Dertil peger de på, at covid-19-situationen har vanskeliggjort rekrutteringen af deltagere til samtalegrupperne yderligere.

### **Gruppedeltagernes udbytte af samtalegruppen**

Ifølge de to fagpersoner, der har faciliteret en rehabiliterende samtalegruppe i Holstebro Kommune, har gruppedeltagerne fået et stort udbytte af at deltage i samtalegruppen. Fagpersonerne oplever, at det har gjort en forskel for gruppedeltagerne at have et sted at komme, som kan rumme svære følelser:

*”Det er helt vildt, hvilken forskel det har gjort for de her piger og kvinder at have et sted et gå hen – og sige de ting, som er så svære, og følelsesmæssigt blive modtaget på den her meget fine facon, det faktisk er at gøre det på den her måde. Det er tydeligt, at det rykker og at de får det bedre.”*

De gruppedeltagere, der har deltaget i en samtalegruppe i Holstebro Kommune, oplever også selv, at det har været meget udbytterigt for dem at deltage i samtalegruppen. En deltager beskriver, at deltagelse i samtalegruppen har haft en positiv indvirkning på hendes selvværd:

*”Jeg har fået øje på mine styrker - jeg skal blot lære at bruge dem. Jeg har fået mere selvværd og mindre dårlig samvittighed.”*

En anden gruppedeltager beskriver, at det har gjort hende mere glade samt givet hende en oplevelse af ikke at være alene. Samtidig har samtalegruppen faciliteret et rum, hvor hun har kunne åbne op omkring hendes spiseforstyrrelse:

*”Jeg er blevet meget gladere og har fået mere energi. Jeg har fundet ud af, at jeg ikke er alene. Jeg er blevet bedre til at åbne op og snakke om min spiseforstyrrelse.”*

En tredje gruppedeltager giver ligeledes udtryk for, at mødet med ligesindede har fået hende til at føle sig hhv. mindre alene og ikke at være anderledes:

*”Det har for mig været meget givende at møde andre, der også kæmper med en spiseforstyrret hverdag, dårligt selvværd og selvhad. Det har givet mig en form for ”normalitets-følelse”. Jeg er ikke alene.”*

### **Etiske overvejelser**

Fagpersonerne i de to kommuner har i forbindelse med hhv. rekrutteringsfasen og afholdelse af samtalegrupper oplevet at stå i udfordrende dilemmaer relateret til et etisk ansvar overfor borgere i kommunen. I Helsingør Kommune har de i alt afholdt visitationssamtaler med ti borgere, hvoraf to borgere faldt indenfor tilbuddets målgruppe. Det vil sige, at de afholdte visitationssamtaler med otte borgere, som de ikke kunne tilbyde en plads i samtalegruppen.

*”Men vi fik jo så også en del henvendelser på nogen, som helt klart ikke var målgruppen. Det var nogen som havde meget større kompleksitet i deres udfordringer... De var for dårlige til at kunne profitere af sådan et tilbud her.”*

Fagpersonerne pointerer i den forbindelse, at de har brug for at få opkvalificeret deres visiteringsfærdigheder, således at de fremadrettet bedre kan vurdere, hvorvidt den givne borger falder indenfor målgruppen forud for en visitationssamtale. Dermed vil det i højere grad kunne undgås at afvise borgere, som har brug for hjælp. Fagpersonerne fortæller dog, at de har haft mulighed for at hjælpe de borgere, som ikke faldt indenfor tilbuddets målgruppe, med at søge hjælp andre steder.

Holstebro Kommune oplevede ikke samme udfordringer, da de kun havde visitationssamtaler med de fire borgere, som endte med at deltage i en samtalegruppe. Til gengæld har de oplevet at stå overfor et andet dilemma, da sidste mødegang i samtalegruppen nærmede sig. De to gruppeledere har, som nævnt ovenfor, en oplevelse af, at gruppedeltagerne har fået et stort udbytte af samtalegruppen – men de oplever samtidig, at deltagerne ikke helt er klar til at stoppe i gruppen endnu:

*”De er måske ikke helt klar endnu... Også fordi de selv sætter ord på, at det er slut lige om lidt: og hvad gør jeg så?”*

De to gruppeledere er bekymret for, at gruppedeltageres udbytte ikke vedholdes, hvis de afslutter samtalegruppen, før deltagerne er klar. De to gruppeledere håber derfor, at Holstebro Kommune kan

afsætte midler til, at gruppen fortsætter. Den ene fagperson fortæller, at det ikke kun vil være en gevinst for deltagerne, men også økonomisk set for kommunen:

*”Jeg har sagt videre, at det må de godt finde nogle penge til at fortsætte gruppen. Det er jo en langt billigere løsning, end de ender på vores skrivebord om et års tid – så er det en helt anden indsats, vi snakker om, der skal sættes i værk.”*

En mulighed for at imødekomme fagpersonernes bekymring kan være at tilbyde efterbehandling til gruppedeltagerne. LMS har gode erfaringer med at supplere gruppebehandlingstilbud med opfølgende gruppegange.

### **5.3. KOMMUNAL FORANKRING**

Fagpersoner fra begge kommuner ønsker fremadrettet at afholde samtalegrupper for borgere berørt af forstyrret spiseadfærd. De to fagpersoner, der har faciliteret en samtalegruppe i Holstebro Kommune, føler sig samtidig i høj grad klædt på til at fortsætte med at afholde samtalegrupper:

*”Vi er blevet meget mere afslappet i, at vi kender faconen nu... Med næste gruppe, der kan vi gå ind med power på og ved, hvad det her ender ud i, hvis vi gør lidt det samme.”*

Fagpersonerne fra Helsingør Kommune, som ikke har faciliteret samtalegrupper, føler sig i lavere grad klædt på til at afholde en samtalegruppe på nuværende tidspunkt. Det er lang tid siden, at uddannelsesdagen blev afholdt, hvorfor de oplever et behov for en ”brush-up”, før de vil føle sig klar til at facilitere en samtalegruppe.

Til trods for at de to fagpersoner fra Holstebro Kommune føler sig klædt på til at afholde rehabiliterende samtalegrupper fremadrettet, håber de dog, at der vil være mulighed for fortsat at få supervision i en eller anden form, da det kan sikre høj faglig kvalitet i samtalegrupperne:

*”Jeg tænker, at der er noget rigtig konstruktivt og noget fagligt i, at man bibeholder noget supervision i et eller andet format... At have den der forsikring om, at der kommer noget ekstern supervision i et eller andet format, synes jeg, er vigtig at bibeholde for at fortsætte med den høje faglige kvalitet, der er i gruppeforløbene.”*

Et fælles ønske for fagpersonerne på tværs er de to kommuner er således, at LMS fortsætter med at agere som eksterne sparringspartnere for kommunen, hvis de skal fortsætte med (eller begynde) at afholde samtalegrupper for borgere med forstyrret spiseadfærd.

#### **Afsatte ressourcer og ledelsesopbakning af afgørende for forankring**

Selvom fagpersoner fra begge kommuner har et ønske om at afholde samtalegrupper fremadrettet, pointerer de ligeledes, at deres personlige engagement ikke er nok - det kræver ledelsesmæssig opbakning samt afsatte ressourcer i den givne kommune, så der kan informeres og koordineres på tværs.

*”For at køre en gruppe videre, skal den også være finansieret et sted fra.”*



Samtidig fortæller fagpersonerne, der har faciliteret en samtalegruppe i Holstebro Kommune, at de forsøger - så godt de kan - at præge kommunen til at afsætte midler til at afholde rehabiliterende samtalegrupper fremadrettet:

*”Vi har da også sagt til [en psykolog i kommunen], at vi synes, at det vil være en god idé, hvis hun kom med og var observatør på en af gangene for lige at give hende et indblik i, hvor meget det egentligt giver de her piger, der er med - fordi hun er også med til at forhandle de her ting.”*

På den måde kan fagpersonernes engagement påvirke den kommunale forankring, da deres indsats kan have betydning for, om det bliver prioriteret i kommunen. Det kan være afgørende for, om der bliver afsat midler til fremadrettet at kunne facilitere rehabiliterende samtalegrupper for borgere berørt af forstyrret spiseadfærd i den givne kommune.

#### **5.4. OPSAMLING PÅ KOMMUNAL AFPRØVNING**

Et tilpasset koncept af behandlingstilbuddet er blevet afprøvet i hhv. Helsingør Kommune og Holstebro Kommune. Intentionen med den kommunale indsats har været at afprøve, hvorvidt det tilpassede koncept kan anvendes i rehabiliteringsøjemed i en kommunal kontekst. I alt har sammenlagt 12 fagpersoner fra de to kommuner deltaget i en uddannelsesdag, hvor formålet har været at kvalificere dem til at lede og facilitere rehabiliterende samtalegrupper for borgere fra 17 år med forstyrret spiseadfærd. Målet har været, at hver kommune skulle afholde to rehabiliterende samtalegrupper. Holstebro Kommune rekrutterede i alt fire deltagere til én rehabiliterende samtalegruppe. Helsingør Kommune har ikke afholdt rehabiliterende samtalegrupper.

Fagpersoner fra begge kommuner har haft stor motivation for at facilitere samtalegrupper i kommunen, da de synes, at det er meget vigtigt at arbejde rehabiliterende. Efter deltagelse i uddannelsesdagen føler fagpersonerne sig klædt på til at afholde rehabiliterende samtalegrupper i kommunen – særligt på grund af den løbende supervision, som LMS tilbyder i forbindelse med rekrutteringsproces, såvel som imens samtalegrupperne kører.

Begge kommuner har oplevet, at det har været udfordrende at skaffe deltagere til de rehabiliterende samtalegrupper. Fagpersonerne peger især på, at det skyldes, at det er en sårbar målgruppe at rekruttere, hvorfor det kræver en ekstra indsats af kommunen i rekrutteringsprocessen. Desuden fremhæver de, at forhold som tid på året kan have betydning. Begge kommuner rekrutterede i slutningen af foråret og ind i sommeren, hvor de unge har eksamener og sommerferie. Yderligere forestiller kommunerne sig, at covid-19-situationen i samfundet har haft negativ indflydelse på rekrutteringen af deltagere til samtalegrupper.

Begge kommuner ønsker at facilitere rehabiliterende samtalegrupper fremadrettet. Fagpersonerne fremhæver dog, at dette kræver, at der er ledelsesmæssig opbakning samt afsatte ressourcer til det i den givne kommune. Ledelsesopbakning og afsatte ressource er afgørende for, at indsatsen bliver velimplementeret på tværs af fagprofessioner i den givne kommune og dermed bliver organisatorisk understøttet. Hvis der gennem et længerevarende arbejde i kommunen skabes en organisatorisk understøttelse af indsatsen, vil det givetvis bidrage til at begrænse rekrutteringsudfordringerne på grund af et styrket tværgående samarbejde om indsatsen.

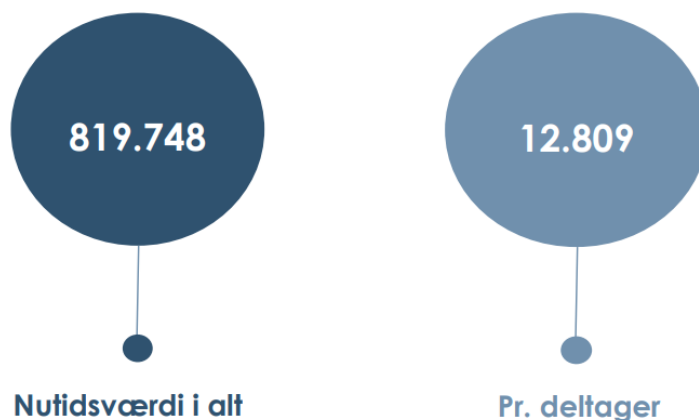
## 6. MULIGE SAMFUNDSØKONOMISKE GEVINSTER

Evalueringresultaterne viser, at deltagerne får et positivt udbytte af LMS' behandlingsforløb bl.a. i form af reducerede spiseforstyrrelsessymptomer og forbedret trivsel (jf. kapitel 3). Foruden de menneskelige konsekvenser af behandlingsindsatsen, er det interessant at undersøge, hvorvidt gennemførelse af LMS' behandlingstilbud har medført en samfundsøkonomisk gevinst. Til at undersøge dette er *Den Socialøkonomiske Investeringsmodel (SØM)* anvendt som analyseredskab.

SØM-beregningen forudsætter viden om behandlingsindsatsens effekt og omkostninger, hvilket kan være behæftet med usikkerhed (19). Resultatet af SØM-beregningen skal derfor tolkes med forsigtighed og bør i højere grad anvendes som en indikation på en tendens, snarere end til at drage entydige konklusioner.

Overordnet set er resultatet af SØM-beregningen et udtryk for summen af behandlingstilbuddets omkostninger og budgetøkonomiske konsekvenser som følge af den effekt, deltagerne har af behandlingen (19). Succesmålet for SØM-beregningen er defineret som *begrænset kontakt med psykiatrien året efter*. SØM-beregningen er baseret på, at der i projektperioden (2018-2021) er gennemført i alt otte behandlingsgrupper á hver otte deltagere (i alt 64 deltagere). Der er således ikke taget højde for frafald i disse beregninger. Figur 22 nedenfor viser resultatet af SØM-beregningen i form af besparelser på de offentlige budgetter i løbet af projektperiode (2018-2021) som følge af behandlingsindsatsen.

**Figur 22:** Besparelser på offentlige budgetter som følge af indsatsen, hhv. samlet for indsatsen og pr. deltager (angivet i kr.)



Baseret på SØM-beregningen, viser figur 22, at gennemførelsen af behandlingstilbuddet potentielt har betydet en nettogevinst på 819.748 kr. på de offentlige budgetter, svarende til 12.809 kr. pr. deltager. SØM-beregningen indikerer således, at det fra et budgetøkonomisk perspektiv sandsynligvis vil være en gevinst for samfundet at videreføre og udbrede behandlingstilbuddet.

## 7. SAMMENFATNING

LMS har med midler fra Sundhedsstyrelsen gennemført behandlingstilbuddet *Indsats mod spiseforstyrrelser* fra 2018-2021. Som led i projektet har LMS udviklet et succesfuldt behandlingskoncept, som otte behandlingsgrupper har taget udgangspunkt i. I alt har 50 personer gennemført behandlingsforløbet. Deltagerne opnår i løbet af behandlingen statistisk signifikant reduktion af deres spiseforstyrrelsessymptomer samt forbedret generel trivsel. Sammenlagt har 138 pårørende deltaget i hele eller dele af sideløbende pårørendeseminarer. Succeskriterierne, relateret til hhv. udvikling af behandlingskonceptet, deltagerne i behandlingen og deres pårørende (jf. kapitel 1), er således nået, med undtagelse af antallet af personer, der har gennemført behandlingsforløbet.

Succeskriteriet om afprøvning af tilpasset behandlingskoncept i to kommuner er delvist nået. I løbet af projektperioden har LMS opkvalificeret fagpersoner fra hhv. Helsingør Kommune og Holstebro Kommune i at afholde rehabiliterende samtalegrupper i de respektive kommuner for borgere med forstyrret spiseadfærd. Begge kommuner har oplevet, at det var udfordrende at rekruttere borgere til samtalegrupperne. Det har ledt til, at der i praksis kun er blevet faciliteret én samtalegruppe i Holstebro Kommune og ingen i Helsingør Kommune.

Samlet set viser evalueringen, at deltagerne i behandlingen profiterer af behandlingsforløbet. Der er således et stort potentiale i at tilbyde behandling til personer, der er berørt af mild til moderat anoreksi og/eller bulimi. De positive behandlingsresultater indikerer, at behandling til denne målgruppe kan bidrage til at forebygge, at spiseforstyrrelsen (igen) bliver behandlingskrævende i psykiatrisk regi.

## REFERENCER

1. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2016. 1–76 s.
2. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling: Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen [Internet]. København; 2005. 1–171 s.
3. Clausen L. Opfølgingsstudier: Hvordan går det patienter med spiseforstyrrelser. I: Frås og faste: spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning. København: Dansk Psykologisk Forlag; [Eksp. DBK; 2010. s. 433–52.
4. Griffiths S, Rossell SL, Mitchison D, Murray SB, Mond JM. Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. *Eat Disord*. 2. november 2018;26(6):556–74.
5. Packer M. The Qualitative Research Interview. I: The Science of Qualitative Research [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2010 [henvist 6. december 2021]. s. 42–56. Tilgængelig hos: <http://ebooks.cambridge.org/ref/id/CBO9780511779947>
6. Piasta SB, Justice LM. Cohen's d Statistic. I: Encyclopedia of research design [Internet]. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications; 2010 [henvist 6. december 2021]. s. 181–5. Tilgængelig hos: <http://knowledge.sagepub.com/view/researchdesign/SAGE.xml>
7. Austin A, Flynn M, Richards K, Hodsoll J, Duarte TA, Robinson P, m.fl. Duration of untreated eating disorder and relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *Eur Eat Disord Rev*. maj 2021;29(3):329–45.
8. Kreiner S. Kapitel 10: Signifikanstestet. I: Statistisk problemløsning: præmisser, teknik og analyse. 2. udg. Kbh.: Jurist- og Økonomforbundet; 2007. s. 239–342.
9. Fairburn CG, Cooper Z, O'Connor ME. Eating Disorder Examination (16.0D). I: Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press; 2008. s. 265–9.
10. Rø Ø, Reas DL, Stedal K. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients: Global EDE-Q Cut-Off. *Eur Eat Disord Rev*. september 2015;23(5):408–12.
11. WHO. Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project. [Internet]. København: WHO Regional Office for Europe; 1998 s. 1–39. Tilgængelig hos: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0016/130750/E60246.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf)

12. Cantril H. The Pattern of Human Concerns. 1. udg. New Brunswick, N.J., Rutgers University Press; 1965. 1–427 s.
13. Sundhedsstyrelsen. Guide til trivselsindeks: WHO-5 [Internet]. [henvist 8. december 2021]. Tilgængelig hos: <https://www.regionsjælland.dk/Kampagner/broen-til-bedre-sundhed/Materialer/PublishingImages/WHO5%20skema.pdf>
14. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* marts 2004;26(1):41–54.
15. Ilsvard S, Møller SØ, Høstrup M, Greve M. Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd - Indsatsmodel. Aarhus: Metodecenteret og DEFACTUM; 2019 s. 1–85.
16. Bjureberg J, Ljótsson B, Tull MT, Hedman E, Sahlin H, Lundh L-G, m.fl. Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *J Psychopathol Behav Assess.* juni 2016;38(2):284–96.
17. White M. Kort over narrative landskaber. Kbh.: Hans Reitzel; 2009.
18. Stiles-Shields C, Rienecke Hoste R, M. Doyle P, Le Grange D. A Review of Family-Based Treatment for Adolescents with Eating Disorders. *Rev Recent Clin Trials.* 1. marts 2012;7(2):133–40.
19. Økonomiske analyser af sociale indsatser: Socialstyrelsens retningslinjer. Odense: Socialstyrelsen; 2021. 1–25 s.