

Forslag til indsatser mod spiseforstyrrelser – særligt Binge Eating Disorder – BED

I årene 2019-2021 har det ved hjælp af satspuljemidler været muligt at tilbyde behandling til i alt ca. 1000 ud af 40.000 danskere ramt af Binge Eating Disorder (BED). Der er ikke afsat midler til behandling af BED patienter ved udløbet af satspuljemidlerne, hvilket efterlader en gruppe af ofte stærkt forpinte, ensomme og overvægtige mennesker, der alt for ofte fejlbehandles og mødes med fordomme uden behandlingsmuligheder.

Ud fra en beslutning blandt WHO's medlemslande¹ skal diagnosen BED implementeres som behandlingskrævende lidelse i Danmark i januar 2022 og med lukningen af satspuljemidlerne, er der behov for udmøntning af midler til indsatser for spiseforstyrrelser – særligt BED, som sikrer ny viden, udvikling og tilstrækkelig behandling til patienterne.

Den mest udbredte, men mindst kendte spiseforstyrrelse

BED er en invaliderende og alvorlig spiseforstyrrelse og er den mest udbredte spiseforstyrrelse i Danmark. Sundhedsstyrelsen estimerer, at 40 – 50.000 voksne danskere lider af BED². Der er dermed flere mennesker, der lider af BED end anoreksi og bulimi tilsammen. En tredjedel af de ramte er mænd, hvormed BED er den spiseforstyrrelse, som rammer flest mænd³.

BED er paradoksalt nok samtidig blandt de mindst kendte spiseforstyrrelser, og som vi i Danmark har færrest erfaringer med at opspore og behandle. Men det kan vi gøre noget ved, for den BED-behandling, vi har, virker.

Hvad er BED?

BED er kendetegnet ved hyppige episoder med overspisninger, hvor en stor mængde mad indtages inden for et kort tidsrum samtidig med, at personen oplever at miste kontrollen over sig selv. Overspisningerne er typisk efterfulgt af negative følelser som skam, skyld, væmmelse og lavt selvværd. Personer med BED har ikke systematisk kompenserende adfærd, som fx opkastninger. Derfor er eller bliver mange med BED overvægtige⁴.

Debutalderen for BED ligger typisk omkring de sene teenageår og op til starten af tyverne⁵. Personer med BED har dog ofte kæmpet med slankekur og overvægt siden barndommen, der har udviklet sig til hyppige overspisningsepisoder i teenage- eller ungdomsårene. Ofte har de berørte forsøgt at bekæmpe overvægten i mange år, før de søger behandling. Desværre forveksles BED ofte med et overvægtsproblem og

¹ [Kan vi indsætte en reference på denne beslutning?](#)

² Sundhedsstyrelsen: Behandling af Binge Eating Disorder (BED) – sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter. Oktober, 2016.

³ Fairburn, C.G. & Brownell, K.D., 2002. Eating Disorders and Obesity, The Guildford Press.

⁴ Hecht, Lene Kiib, Birgitte Hartvig Schousboe, Loa Clausen & René Klinkby Støvning. 2020. [Kort & godt om spiseforstyrrelser](#). 1. udgave, 1. oplæg. København: Dansk Psykologisk Forlag.

⁵ Jowik, Katarzyna, Agata Dutkiewicz, Agnieszka Słopień & Marta Tyszkiewicz-Nwafor (2020). "A multi-perspective analysis of dissemination, etiology, clinical view and therapeutic approach for binge eating disorder". *Psychiatr. Pol.* 54(2), s. 223-238.

fejlbehandles blandt andet med vægttabsindsatser. En af årsagerne hertil er, at der i høj grad mangler viden om spiseforstyrrelsen blandt fagprofessionelle og i befolkningen generelt.

BED øger risikoen for at udvikle type-2-diabetes, forhøjet blodtryk, menstruel dysfunktion, søvnapnø, slidgigt, forskellige kræftsygdomme, kronisk hovedpine og nakkesmerter^{6,7}. Dette gælder både hos personer med BED og overvægt samt personer med BED, der er normalvægtige.

Overvægt er ikke et diagnosekriterie for BED, men det er en stærk risikofaktor for at udvikle svær overvægt. Forskning viser, at 70-83 % af patienter med BED er overvægtige. Andelen med overvægt stiger med alder og sygdomsvarighed.

Overvægt har store både direkte og indirekte omkostninger. Et dansk studie viser, at for *hvert* BMI-point over 30 vil personen have yderligere 2 % mindre i indkomst, koste yderligere 3 % i overførselsindkomst og yderligere 4 % i sundhedsudgifter⁸.

Hvad skyldes BED

Undersøgelser viser, at mennesker med BED oftere end resten af befolkningen har været udsat for mobning, omsorgssvigt, fysiske og seksuelle overgreb eller andre typer af traumer. Seksuelt misbrug er den type af traume i barndommen, der er den stærkeste risikofaktor i forhold til udvikling af tvangsmæssige overspisninger og BED⁹. Mindre alvorlige faktorer, såsom 'slankepres' fra familien øger også risikoen for at udvikle BED.

Uden behandling forværres tilstanden

Ubehandlet BED kan føre til en række fysiske sygdomme og psykiske følger. Erfaring viser, at spiseforstyrrelsen forværres jo længere tid den berørte går med den uden at få behandling, hvormed spiseforstyrrelsen bliver sværere at behandle og forværres¹⁰. Depressive symptomer, angst og selvmordstanker er ofte resultatet af en sådan proces. Op mod hver fjerde person med BED har haft selvmordstanker, og op mod hver ottende har forsøgt at begå selvmord¹¹.

⁶ Olguin P, Fuentes M et al. (2017) *Medical comorbidity of binge eating disorder*. Eat Weight Disorder, Volume 22, s. 13-26

⁷ Raevuori A, Suokas J et al. (2015) *Highly Increased Risk of Type 2 Diabetes in patients with Bing Eating Disorder and Bulimia Nervosa*. International Journal of Eating Disorders, volume 48 (6), s. 555-562

⁸ Kjellberg J. et al (2017) *The socioeconomic Burden of Obesity*. Karger s. 493-502

⁹ Palmisano G L, Innamorati M & Vanderlinden J (2016) *Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review*. Journal of Behavioral Addictions, volume 5(1), s. 11-31

¹⁰ Andersen, 2017

¹¹ Smith, Zuromski & Dodd, 2017: *Eating disorder and suicidality: what we know, what we don't know, and suggestions for future research*. Current Opinion in Psychology, Elsevier, Volume 22, s. 63-67.

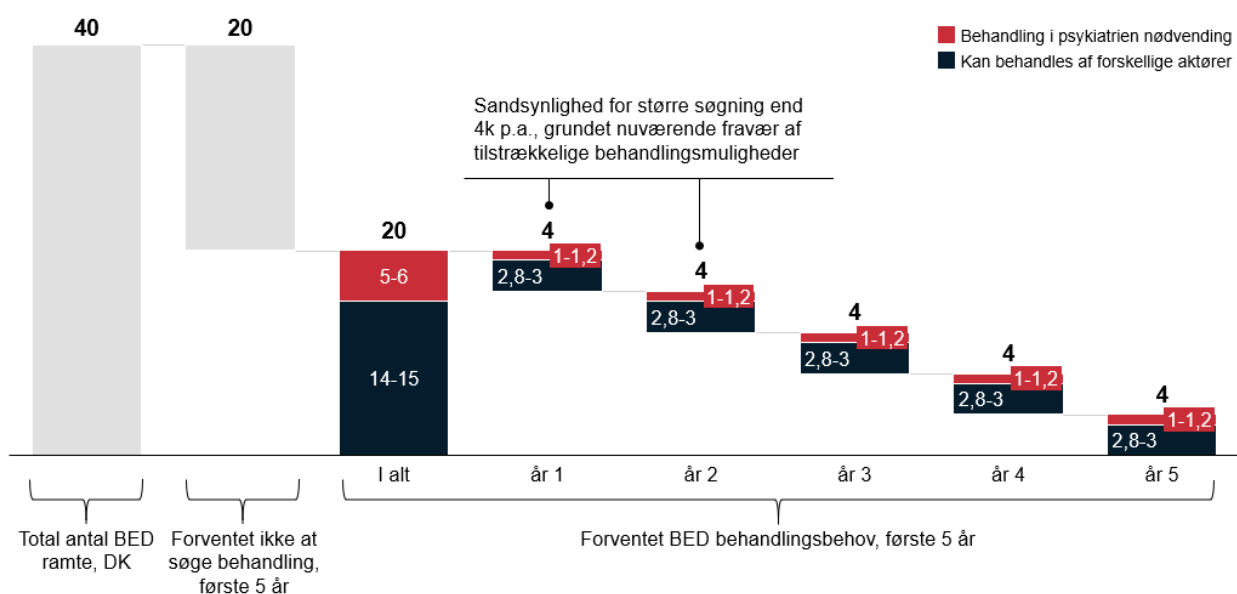
Nuværende og tidligere behandlingsresultater

Resultater af international forskning viser, at psykoterapi og strukturerede selvhjælpsprogrammer baseret på kognitiv adfærdsterapi har stor effekt på reduktionen af spiseforstyrrelsessymptomer, herunder frekvensen af overspisningsepisoder samt bekymring omkring spising og vægt. Forskning viser samtidig, at hverken medicinsk behandling eller vægttabsbehandling resulterer i tilsvarende reduktion af symptomer¹².

Resultaterne af to danske satspuljeprojekter i 2012-2015 viste en god effekt af gruppebaseret terapi af 7-12 måneders varighed suppleret med individuelle samtaler efter behov¹³. Aktuelt afprøves forskellige behandlingsmodeller til BED ved 7 danske behandlingssteder. De samlede midtvejsresultater for 3 af projekterne viser, at 87 % af deltagerne ikke længere har en spiseforstyrrelse efter endt behandling samt at deres trivsel er øget betydeligt¹⁴. Dermed er prognosen for BED god – og også bedre end ved behandling af anoreksi og bulimi. Generelt fører BED-behandling ikke til vægttab i behandlingsperioden, men til vægtstabilisering¹⁵.

Økonomi de kommende år

Illustration 1: Forventet BED-behandlingsbehov de næste 5 år, tusinde



Vores vurdering er, at cirka halvdelen af de 40.000 ramte i Danmark vil være motiverede og parate til at modtage behandling i løbet af de første 5 år. Altså ca. 20.000 vil søge behandling i denne periode, svarende til ca. 4000 årligt. De første 2 år må forventes en større søgning end 4000 personer, da der indtil nu har været ingen/utilstrækkelig behandling. Heraf forventes det på baggrund af LMS' erfaringer, at ca. 25 % af

¹² Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., & Schmidt, R. (2019). Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(1), 91–105

¹³ Sundhedsstyrelsen: Behandling af Binge Eating Disorder (BED) – sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter. Oktober, 2016.

¹⁴ <https://lmsos.dk/nyheder/har-vaeret-fantastisk-men-ogsaa-haard-rejse>

¹⁵ Vocks et. al, 2010; Palavras et. al, 2017

patienterne er så alvorligt ramt eller har alvorlig psykiatrisk komorbiditet, som nødvendiggør behandling i psykiatrien. Forventningen vil således være, at ca. 1000-1200 skal behandles i psykiatrien årligt.

Hovedparten, altså 2800-3000 årligt vil kunne behandles såvel i psykiatrien, kommunalt eller i tværkommunale tilbud, lige så vel som private aktører kan spille en rolle, eksempelvis efter henvisning fra egen læge. Det må forventes, at op mod 200 vælger at betale selv for behandling.

Der er i perioden 2019-2021 bevilget midler til behandling af ca. 1000 personer med BED via satspuljemidler i alt ca. 40 millioner kroner. Det giver en gennemsnitspris på 40.000 kroner pr. bevilget behandlingsforløb. Behandling, der kan gennemføres i forskellige regi – midlerne her har været givet til private aktører og regioner. Der i perioden 2012-15 givet et tilbud til 110 personer til behandling i psykiatrien via satspuljemidler for ca. 16 millioner kroner, altså en gennemsnitspris på 151.000 kroner pr. bevilget behandlingsforløb.

For de ca. 1000 patienter, svarende de til 25 %, der forventeligt skal behandles i psykiatrien årligt over de næste fem år, vil det med udgangspunkt i tidligere forsøg blive en årlig udgift på 1000×151.000 kroner = 151 millioner kroner årligt over de næste fem år.

151 millioner kroner årligt

For de 2800 patienter, der forventet årligt skal behandles for let til moderat BED i offentligt/privat regi over de næste fem år, vil det med udgangspunkt i tidligere forsøg blive en årlig udgift på 2800×40.000 kroner = 112 millioner kroner årligt over de næste fem år.

112 millioner kroner

Det skal bemærkes, at vi forventer en stabil tilgang af nye patienter, med mindre, der iværksættes yderligere forebyggende tiltag:

Forslag til indsatser

Der er behov for et videnscenter for spiseforstyrrelser – og særligt for BED.

Der er brug for, at viden fra den nuværende behandling på tværs af kommunale og regionale tiltag bliver samlet og delt, og derfor er et nationalt videnscenter om spiseforstyrrelser en del af løsningen.

Videnscenteret skal have til opgave at sikre en vidensindsamling nationalt og internationalt, så de bedste erfaringer bliver samlet i koncepter, der kan anvendes i både offentlige og private behandlingstilbud såvel som i kommunerne. Videnscenteret skal varetage en formidlingsopgave i forhold til fagpersoner, men også en oplysningsindsats i offentligheden generelt. En del af formålet de første år vil være et særskilt fokus på BED, da der netop på dette område er en akut efterspørgsel på viden. Videnscenteret har en central rolle i forbindelse med implementeringen af BED som diagnose i Danmark. Det er forventningen af videnscenteret på længere sigt vil fokusere på alle former for spiseforstyrrelser. Herudover vil et videnscenter kunne udvikle nationale forebyggelsesinitiativer. Videnscenteret kan med fordel placeres hos LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, som allerede arbejder målrettet med indsamling og udbredelse af viden. Det er en fordel at forankre videnscenteret i patientforeningen, der samarbejder tæt med både kommuner, regioner og private aktører på området.

Videnscenteret foreslås etableret med en bemanning på fem årsværk og et budget på 3,5 millioner kroner årligt. Det dækker udgifter til etablering, personale, husleje, administration, analyse- og evalueringsarbejde, formidling og videndeling.

Der foreslås en fireårig prøveperiode, hvorefter videnscenterets indsats evalueres.

3,5 millioner årligt.

Udvikling og afprøvning af metoder: børn og unge med BED

Helt ny viden fra behandlingen i perioden 2019-2021 peger på, at langt flere end tidligere antaget har første symptomer på overspisninger allerede fra 11 år.

Der er i dag ingen behandlingstilbud til børn og unge med symptomer på BED i Danmark. Erfaringen fra andre spiseforstyrrelser er, at jo tidligere et behandlingsforløb startes, jo bedre er resultaterne og jo kortere behandling er påkrævet.

Der bør prioriteres midler til over de kommende år at fokusere særligt på udvikling af metoder til opsporing og behandling af børn og unge med begyndende symptomer på BED.

Der foreslås en særlig 3-årig pulje på 75 mio kr vil give mulighed for at både regioner, kommuner og andre aktører med kontakt med børn og unge vil kunne udvikle og afprøve metoder til opsporing og behandling på niveau med de tidligere forsøg målrettet voksne, som satspuljen har finansieret. Således kan vi sikre udviklingen af opsporingsredskaber samt behandlingsindsatser til børn og unge, hvilket muliggør på sigt at nedbringe antallet af voksne med behov for behandling.

75 mio kr

Kommunal praksis

Kommunerne har i dag oftest tilbud til mennesker med overvægt, hvor man typisk ved et BMI over 30 tilbydes forskellige vægttabsprogrammer. Imidlertid viser erfaring fra den nuværende behandling, at slankeprogrammer oftest forværrer symptomerne på BED, så patienterne får det dårligere.

Der vil med fordel kunne udvikles metoder til opsporing og nemt tilgængelige tilbud i kommunerne, hvor man i samarbejde med egen læge sikrer, at mennesker med BED ikke visiteres til vægttabsprogrammer. I stedet henvises til særlige tilbud med viden om BED, som tæt på patientens egen dagligdag og via kommunal bistand vil resultere i færre symptomer på BED, der erfaringsmæssigt samtidig giver en vægtstabilisering.

Det bør via sundhedsaftalerne sikres, at alle kommuner implementerer redskaber til screening af BED-ramte med tilbud om relevante og virksomme indsatser til mennesker med let BED. Tilbuddene kan varetages kommunalt, tværkommunalt eller i samarbejde med private aktører.