

Ansøgningsskema 1

”Udvidelse af kapaciteten til behandling af personer med spiseforstyrrelser, herunder BED 2018-2021”

Frist for indsendelse af ansøgning 20.11.2018 kl. 12	Skemaet sendes til sum@sum.dk og til lbt@sum.dk Sagsnummer: 1806989
---	---

Inden skemaet udfyldes, læses ”Vejledning til ansøgning – Udvidelse af kapaciteten til behandling af personer med spiseforstyrrelser, herunder BED”.

Vejledningen skal følges og alle rubrikker i både skema 1 og 2 skal besvares.

Ansøgningens skema 2 må max. fylde 12 sider med punkt 12, 1½ linjeafstand og uden at flytte margener i skemaet.

Bemærk følgende i forbindelse med udfyldelse af ansøgningsskemaet

Hvis der er problem med at skrive mere end én A4 side i de enkelte rubrikker i ansøgningsskemaet kan dette løses på følgende måde:

- Stå i rubrikken/rækken hvor der udfyldes information
- Højreklik på musen
- Vælg ”Egenskaber for tabel”
- Vælg faneblad ”Tabel”
- Vælg ”Tillad opdeling af rækker”

Skema 1: Ansøgningsskema til projektstøtte

”Udvidelse af kapaciteten til behandling af personer med spiseforstyrrelser, herunder BED 2018-2021”

1.	Projektets titel:	2 delprojekter 1) Binge Eating Disorder (BED) behandling på Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midtjylland 2) Styrket indsats til alvorligt syge og langvarigt syge anoreksipatienter (SALA).
2.	Ansøger:	Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS) og Sengeafsnit 3 for Spiseforstyrrelser (S3S), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling(BUA), AUH Psykiatrien, Region Midtjylland
	Adresse:	Aarhus Universitetshospital Psykiatrien Palle Juul Jensens Boulevard 175, Indgang K 8200 Aarhus N
	Navn på projektleder:	Primær ansvarlig kontaktperson og projektleder: Kristian Rokkedal, afsnitsledende overlæge Kontaktperson for projektet i sengeafdelingen: Line Ranzau Hansen, afsnitsledende overlæge
	Stillingsbetegnelse:	Kristian Rokkedal, speciallæge i psykiatri, specialeansvarlig overlæge, gruppeanalytiker. Line Ranzau Hansen, speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatri.
	Tlf. nr.:	Kristian Rokkedal: 2248 1014 Line Ranzau Hansen: 2133 6522
	E-mail:	krisrokk@rm.dk line.hans@ps.rm.dk
	Navn på projektets juridisk ansvarlige person:	Christian Boel
	Stillingsbetegnelse:	Konstitueret regionsdirektør, Region Midtjylland
	Tlf.nr.:	7843 3900
	E-mail:	chrbol@rm.dk

	Kontaktperson: E-mail:	Kristian Rokkedal krisrokk@rm.dk Line Ranzau Hansen line.hans@ps.rm.dk Ansøgers personlige underskrift: Sted: Region Midtjylland Underskrift:  Dato: 19/11-2018.
3.	Samarbejdspro- jekt/partnerskab	Samarbejdspartners personlige underskrift: Sted: _____ Underskrift: _____ Dato: ____/____2018 Ansvarlig kontaktperson:
4.	Ansøgers forudsætnin- ger for at gennemføre projektet:	Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS) varetager den hospitalsbaserede ambulante og stationære behandling af anoreksi og bulimi og tilsvarende spiseforstyrrelser uanset alder i hele Region Midtjylland. PKS har regionsfunktion og højt specialiseret funktion til behandling af alvorlige spiseforstyrrelser.
5.	Projektlederens uddan- nelse, baggrund, erfaring og kompetence	Kristian Rokkedal er Speciallæge i psykiatri og gruppeanalytiker og har siden 1996 været centerleder og stået for opbygningen af Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS) i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Region Midtjylland. Kristian Rokkedal har deltaget i såvel nationalt som internationalt arbejde med udvikling og forskning i spiseforstyrrelse. Der henvises i øvrigt til klinikken vedlagte publikationsliste. Line Ranzau Hansen er speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri og har gennem mange år fungeret som speciallæge ved Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS).

6.	Der ansøges om i alt:	_____14.033.579_____ kr. (jævnfør budgetskeemaer 3 og 4)
7.	Projektets varighed:	Projektet forventes igangsat ____15/12____ 2018 og afsluttet____31/12____2021
8.	Er der ansøgt eller bevilget økonomisk støtte fra anden side:	Ja ____ Nej _X_ Der ansøgt om økonomisk støtte hos: 1. 2. 3. Der er bevilget økonomisk støtte fra 1. 2. 3.
9.	Indgår der egenfinansiering i projektet:	Ja_____ Nej_ X
10.	Hvis svaret er ja til spørgsmål 8 eller 9, hvad er da projektets samlede budget:	
11.	Tidligere bevilget støtte fra Sundheds- og Ældreministeriet	Projekttitel/årstal/bevilget beløb: Bevilget fra Sundhedsstyrelsen 1. Udbredelse af tværfaglige, udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien/2015-2018/20.900.788 kr. 2. Implementering og udbredelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser/2018-2020/6.515.583 kr. 3. Styrket indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade – delpulje om kapacitetsudvidelse/2019-2021/ 4.233.000 kr.

Skema 2: Ansøgningsskema til projektstøtte

”Udvidelse af kapaciteten til behandling af personer med spiseforstyrrelser, herunder BED 2018-2021”

1.	Projektets titel:	2 delprojekter 1) Binge Eating Disorder (BED) behandling på Psykiatrisk Klinik for Spiseforstyrrelser (PKS), Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Midtjylland 2) Styrket indsats til alvorligt syge og langvarigt syge anoreksipatienter (SALA).
2.	Baggrund og vision for projektet: Max ¾ side	<u>1. BED:</u> Baggrund: BED på dansk tvangsoverspisning er en udbredt spiseforstyrrelse, med alvorlige psykiske, fysiske og sociale konsekvenser. Der foreligger ikke danske tal for udbredelsen, men på baggrund af internationale tal anslås det, at BED forekommer hos 2-3 pct. af befolkningen (1,2) svarende til 40.000-50.000 personer (i alderen 15-45 år), hvor ca. 1/3 er mænd (3). Debutalderen er typisk 20-40 års alderen. Patientgruppen er længere om at henvende sig til behandlingssystemet end patienter med andre spiseforstyrrelser og har ofte levet med spiseforstyrrelsen i ganske mange år. BED er kendetegnet ved, at personen oplever tilbagevendende episoder af tvangsoverspisning, hvor der spises en stor mængde mad inden for et kort tidsrum ledsaget af en følelse af kontroltab og skamfølelse. BED er altid ledsaget af betydeligt ubehag i forbindelse med overspisningerne. Modsat personer med bulimi er overspisningerne ikke efterfulgt af systematisk kompensatorisk adfærd som eksempelvis opkastninger, faste eller overdreven motion. Derfor er BED ofte ledsaget af overvægt, ofte i en ganske betydelig grad. Cirka 75 pct. af patienterne med BED vil lide af overvægt eller fedme (4). Andelen med overvægt stiger med alder.

		ren og sygdomsvarigheden. Hos patienter med BED kan vægten svinge ganske betydeligt. Patienter med BED er både somatisk og psykiatrisk påvirket i en grad der er sammenlignelig med patienter med bulimi (5,6). Dog har de til dato ikke kunne få behandling på lige fod med patienter med anoreksi eller bulimi. Hvis lidelsen ikke behandles har den typisk meget langvarige og kroniske forløb med både menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Behandlingsstudier viser at psykoterapeutisk indsats med udgangspunkt i kognitive-adfærdsmæssige interventioner, som i høj grad ligner behandlingen af bulimi, har god effekt (7). Vision: At etablere evidensbaseret gruppebaseret behandlingstilbud i Region Midtjylland til patienter med middelsvær til svær BED. <u>2. SALA:</u> Baggrund: Trods PKS' standardbehandling og intensiverede behandlingstilbud af høj kvalitet, resterer der fortsat en gruppe anoreksipatienter (AN), der vedvarende er alvorligt syge. Nye undersøgelser peger på, at det er muligt at forbedre denne gruppe patienters livskvalitet og samtidig forbedre deres somatiske tilstand med en ændring af behandlingsfokus og -tilgang. I den internationale litteratur betegnes disse patienter som SE-patienter (S= Severe, E= Enduring). Vision At opbygge en systematisk, forbedret behandling til SE-patienter såvel ambulant som under indlæggelse. Det vil også indebære en bedre koordineret indsats omkring patienten.
3.	Overordnet formål og mål med projektet	<u>1. BED:</u> Målgruppe: Målgruppen afgrænses til personer med middelsvær til svær grad af BED (grad 4-5 i skema om sværhedsgrad, se bilag 1) karakteriseret ved mange overspisninger, høj BMI og ofte både psykiatrisk

		og somatisk komorbiditet. Incidens er 16 patienter. Prævalensen 40.000-50.000 for BED (alle grader). Prævalensen for patienter med middelsvær til svær grad af BED kan ikke umiddelbart let angives, da det er forskelligt år for år, idet det dog efter en opstartsperiode vil tendere til at stabilisere sig. For patienter med svær BED kræves en intensiv tværfaglig indsats, hvor der er mulighed for at udrede og behandle både psykiatrisk og somatisk komorbiditet, som hos disse patienter kan være betydelig. Der vil maksimalt kunne behandles op til 16 patienter om året. Formål: At udvikle og etablere et godt og relevante behandlingstilbud til personer med BED. Mål: • Mindske antallet af overspisningsepisoder samt normalisere spisemønstre • Holde patienter vægtstabil. Vægttab bør først forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro gennem længere tid (8). • Øget trivsel og livskvalitet <u>2. SALA:</u> Målgruppe: Der inkluderes patienter, som er i behandling i PKS, eller som i projektperioden henvises og tages i behandling i PKS, med alvorlig og langvarig Anorexia Nervosa i henhold til nedenstående typiske karakteristika for SE-patienter (1): 1. Adfærd mhp. vægttab 2. Psykopatologiske kendetegn (angst for vægtøgning og normalvægt, stræben efter tyndhed) 3. Vægt under BMI 17½ eller percentil under 10 og endokrinologisk påvirkning 4. Vedvarende uden remissionsperioder i mindst 5 år 5. Behandlingsresistent (har prøvet flere typer behandling) 6. Svær modstand eller ambivalens ift. behandling
--	--	--

		7. Svær funktionsnedsættelse og social isolation 8. Psykiatrisk og somatisk komorbiditet 9. Somatiske komplikationer 10. Flere ambulante forløb og indlæggelser. Punkt 1 – 3 gælder for alle AN. Punkterne 4 – 7 afgrænser SE-gruppen. Der kan i enkelte tilfælde hvor den samlede kompleksitet og sygdommens sværhedsgrad tilsiger det dispenseres fra varighedskriteriet. De involverede fagpersoner anføres i punkt 8. Formål: At opbygge en systematisk, forbedret behandling til SE-patienter såvel ambulant som under indlæggelse. Det vil også indebære en bedre koordineret indsats omkring patienten. Mål: Følgende forhold tænkes at kunne være mål for succes: • Bedre somatisk tilstand • Forbedret livskvalitet • Øget funktionsniveau • Mindre anvendelse af tvang
	Delmål:	<u>1. BED:</u> Der laves status undervejs i behandlingsforløbet efter, 6, 12, og 24 uger, samt ved behandlingsafslutning. Der vil ved hvert status blive vurderet på ovennævnte mål, som derfor også vil fungere som delmål. Patienterne vil blive efterundersøgt 1 år og 2½ år fra behandlingsstart. <u>2. SALA:</u> Følgende forhold tænkes at kunne være mål for succes: • Bedre somatisk tilstand • Forbedret livskvalitet • Øget funktionsniveau • Mindre anvendelse af tvang Disse forhold vil blive målt ved de regelmæssige somatiske vur-

		deringer og ved hjælp af de nævnte instrumenter samt ved opgørelse af anvendt tvang. Der sammenlignes med egne tidligere forløb, status ved behandlingsstart, efter ½ og 1 år.
4.	Tilpasning til den eksisterende indsats:	<u>1. BED:</u> Det har hidtil ikke været muligt i PKS at tilbyde patienter med BED specialiseret behandling. BED behandlingen vil tage udgangspunkt i vores eksisterende standard for udrednings af spiseforstyrrede patienter og bygge på Stolpegårdens behandlingsmanual for behandling af BED. Der vil ske en justering ud fra de erfaringer, der er indhøstet i PKS med åbne gruppeforløb, således at der her opereres med to åbne grupper som det væsentligste. <u>2. SALA:</u> En udbygning og intensivering af den eksisterende indsat for anoreksipatienter, som er alvorligt og langvarigt syge. Der er altså tale om opbygning af en systematisk, forbedret behandling til SE-patienter såvel ambulant som under indlæggelse.
5.	Projektets aktiviteter og indbyrdes forløb i projektperioden:	<u>1. BED:</u> Henvisning Patienter skal henvises fra speciallæge i almen medicin, der foretager en første vurdering af, om patienten opfylder de overordnede kriterier for BED af middelsvær til svær grad. Efter henvisning modtages patienten til afklarende samtale, og såfremt kriterierne for middelsvær til svær BED er opfyldt tilbydes nøjere udredning i henhold til PKS's sædvanlige praksis for udredning, som finder sted i form af forundersøgelse. Udredning Efter afklarende samtale i PKS tilbydes patienter udredning ved forundersøgelse. BED patienter må forventes at have de samme rettigheder i relation til UBR som øvrige patienter. Denne består af følgende semistrukturerede interview: • BAB-A (bedømmelse af anoreksi og bulimi, anamnese og status): Kortlægning af spiseforstyrrelsens debut, udvik-

		ling og aktuelle status. Sidstnævnte bedømmes ved hjælp af EDE (Eating Disorder Examination). • BAB-B (bedømmelse af anoreksi og bulimi, baggrund): Kortlægning af patientens baggrundshistorie. • BAB-S (bedømmelse af anoreksi og bulimi, somatisk): Kortlægning af somatisk anamnese og status. • PSE (present state examination): Kortlægning af eventuel komorbid (anden samtidig) psykisk sygdom. Grundig almen psykiatrisk undersøgelse. Til brug for denne forundersøgelse har patienten før forundersøgelsen udfyldt en række selvrapporteringsskemaer: • EDI-2 (Eating Disorder Inventory 2): 91 spørgsmål, der profilerer patientens spiseforstyrrelse. (9) • SCL-92 (Symptom Check List 92): 92 spørgsmål, der kortlægger patientens psykopatologi. (10) • EDQLS (Eating Disorders Quality of Life Scale): 40 spørgsmål der kortlægger patientens livskvalitet (11). • Forundersøgelsen udføres af en psykiater og en psykolog. I tilknytning hertil tages der også hjertekardiogram (EKG) og udføres laboratoriescreening. • Forud for selve BED gruppen tilbydes en række individuelle eller gruppebaserede samtaler, hvor der arbejdes med motivation, udarbejdes kostplan og ses på sociale forhold og patienterne modtager psykoedukation om BED. I dette forløb inddrages pårørende. • Patienter gennemgår en grundig forberedelse til det gruppeterapeutiske forløb og herunder instrueres patienten i brug af Recovery Record, som er PKS's app til monitorering af spisemønster. Denne app bruges løbende i hele behandlingsforløbet. Her inddrages ligeledes pårørende. Behandling • Herefter følger et gruppeforløb i åben gruppe med en
--	--	--

		gruppestørrelse på ca. 8 personer, med møder ugentligt i 12 uger og herefter hver 2. eller 3. uge i 3 måneder. Der etableres samtidig en pårørende arrangementer. • Der vil være mulighed for supplerende individuelle samtaler. • Pårørende inddrages i den udstrækning det er muligt og nødvendigt. • I den første del af behandlingen lægges der stor vægt på etablering af normalt spisemønster med faste måltider. • Efter afsluttet gruppeforløb møder patienten op til opfølgende samtale med henblik på vurdering af udbytte af behandlingen. • Der kan tilbydes op til tre individuelle samtaler • Der gøres endelig status for forløbet et år efter behandlingsstart Generelt: Patienter bør behandles på mindst mulig indgribende niveau, med let adgang til behandling og med mulighed for smidige henvisningsgange mellem niveauerne. <u>2. SALA:</u> SALA vil bestå af fornyet udredning og et tilbud om et etårigt varende nyt behandlingsforløb. Vigtige nye elementer i udredningen er udarbejdelse af case formulering med fokus på resurser og livsudfordringer, som har indflydelse på anoreksiforløbet, og der vil blive lagt vægt på patientens mulighed for bedring af dagligt funktionsniveau. Til udarbejdelse af målsætning anvendes to danske versioner af skemaer for livskvalitet (3) og funktionsnedsættelse (4) og case formulering AN skema (5). Herefter vil behandlingen med udgangspunkt i den individuelle målsætning i det næstfølgende år sætte en ny dagsorden for patientens forløb såvel under indlæggelse, ambulant og evt. på bosted. Den overordnede styring af behandlingen vil blive foretaget
--	--	---

	af 2 case managers (læge eller psykolog) udpeget fra hhv. sengeafdeling og ambulatorium som vil være de gennemgående personer i hele forløbet. Behandlingsfokus vil blive centreret om det daglige funktionsniveau og bedring af patientens livskvalitet. Der vil således ikke i det ambulante forløb være de sædvanlige krav om at skulle præstere en bestemt ugentlig vægtøgning. Behandlingen i den ambulante del bliver tilrettelagt med vægt på følgende nye afgørende elementer, som der internationalt er konsensus om er afgørende for at kunne opnå bedring (Ref Strober): 1. Etablering af ny behandlingsalliance 2. Betydelig og hurtig vægtøgning er ikke altafgørende og skal undgås i det ambulante forløb 3. Etablere rutineprægede daglige sociale aktiviteter 4. Genetablere involvering i hobbyaktiviteter, intellektuelt udfordrende arbejde, mm. i patientens tempo 5. Tilbagevendende somatiske undersøgelser i et for patienten tåleligt psykologisk miljø for at sikre somatisk stabilitet 6. Tilskynde til bedre ernæring i et tempo, der ikke medfører dramatiske forandringer i vægt og dermed forbundne voldsomme uhensigtsmæssige reaktioner fra patienten 7. Regelmæssige møder med bosted, familiemedlemmer og netværk mhp. at uddanne dem til bedre at forstå og håndtere patientens psykopatologi Den psykoterapeutiske metodemæssige tilgang vil være inspireret af manualen: "Specialized Supportive Clinical Management", som PKS har oversat til dansk (5). Der vil blive inkluderet patienter ud fra "først til mølle princippet" på den måde, at de SE-patienter, der aktuelt er i behandling i PKS, vil være de første, der indgår i projektet. Derefter vil nye henviste patienter kunne indgå. Det skønnes, at der for de ansøgte midler løbende vil være muligt at behandle ca. 20 patienter om året. Behandlingen under indlæggelse
--	--

		Behandlingen af denne gruppe af patienter kan i perioder indebære indlæggelse typisk grundet somatisk truet tilstand. Det er essentielt at der i forbindelse med sådanne indlæggelser er et tæt koordineret samarbejde mellem sengeafdeling, ambulante behandlere og sociale instanser. At der arbejdes samstemt og med fælles gradvise og langsigtede mål for patientens bedring både under og i perioden efter indlæggelse. Fokus er også på at reducere langvarige og/eller gentagne indlæggelser i patientgruppen samt brugen af tvangssonde. Behandlingselementer under indlæggelse: 1)Ugentlige behandlingskonferencer med drøftelse af patientforløb på tværs af ambulatorium og sengeafdeling 2)kvartalsvise til halvårlige netværksmøder med deltagelse af patient, sengeafsnit og ambulatorium, bosted mhp. at følge op på fælles behandlingsmål. 3)Planlagt forsamtale forud for indlæggelse med deltagelse af ambulant tovholder, social støtte og sengeafdelingen ved behov for indlæggelse. 3)Ugentlige samarbejds møder med bosted/bostøtter under indlæggelse. 4)Regelmæssige møder med pårørende under indlæggelse 5)Løbende supervision/opkvalificering af bosted
6.	Sikring af kompetencer blandt fagpersonale:	<u>1. BED:</u> Personalet bør have erfaring med behandling af patienter med spiseforstyrrelser og i særdeleshed behandling af bulimi. Behandlerne vil dele og udveksle erfaring med det øvrige personale på PKS samt tilsvarende behandlere fra andre spiseforstyrrelses centre i Danmark. Der vil initialt blive afholdt et komprimeret undervisningsforløb om BED behandling for alle involverede faggrupper. Undervejs i behandlingen vil der være løbende supervision af behandlingsaktiviteterne. <u>2. SALA:</u> Der vil være regelmæssig supervision og vejledning af alle medar-

		bejdere, der indgår i projektet.
7.	Dokumentation og af-rapportering:	<u>1. BED:</u> Behandlingssessioner vil for alle patienter blive registreret i EPJ, mens behandlingsresultaterne i form af bedring af spiseforstyrrelsessymptomer vil blive opgjort kvantitativt, både i form af symptomnedgang og antal patienter i fuld og delvis remission, som nævnt under punkt 3. <u>2. SALA:</u> Der er ikke så meget tale om afprøvning af nye metoder men om ændret tilgang til SE-patienter med i forvejen kendte metoder, som ikke tidligere har været anvendt til behandling af SE-gruppen i Danmark. Effekten af projektets indsats monitoreres løbende ved statusevalueringer, som bl.a. indeholder evaluering af spiseforstyrrelsessymptomer, livskvalitet, funktionsniveau og vægtudvikling. Der gøres status før indgang i projektet, ved afslutning af behandlingen og løbende efter ½, 1 og 2½ år efter behandlingsstart.
8.	Projektets forankring:	<u>1. BED:</u> Hvis projektet bliver en succes, vil der blive arbejdet for, at behandlingstilbuddet permanentgøres som en del af behandlingstilbuddet på PKS i BUA. <u>2. SALA:</u> Brugbare og effektive elementer i projektet vil finde anvendelse i PKS fremover, såfremt der er personalemæssige ressourcer hertil.
9.	Projektets organisering og bemanning:	Der nedsættes projektgrupper for begge projekter bestående af projektleder Kristian Rokkedal, projektleder Line Ranzau samt relevante klinikkere og forskningsmedarbejdere. <u>1. BED:</u> Bemanning: Projektet bemandes med følgende faggrupper: Projektleder Speciallæge Psykolog Diætist

		Socialrådgiver Sygeplejerske fysioterapeut <u>2. SALA:</u> Projektleder Speciallæge Psykolog Diætist Socialrådgiver Sygeplejerske Fysioterapeut
10.	Tidsplan:	<u>1. BED:</u> Projektet forventes igangsat: Medio december 2018 og afsluttet: 31/12/2021. Plan for hvert finansår: Det forventes, at man med den opstillede normering årligt kan tilbyde behandling i projektet til maksimalt 16 nye patienter. Der vil løbende være to gruppeforløb, idet nye patienter optages halvvejs i den intensive del af gruppeforløbet. <u>2. SALA:</u> Projektet forventes igangsat: Medio december 2018 og afsluttet: 31/12/2021. Plan for hvert finansår: Her er patientgrundlaget karakteriseret ved langvarige forløb som kræver høj grad af samarbejde mellem sengeafsnit, ambulatorium og kommunale indsatser.

1. BED:

(1) Kessler, R. C. et al. The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol. Psychiatry* 73, 904–914 (2013).

(2) Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G. & Kessler, R. C. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry* 61, 348–358 (2007).

- (3) Striegel-Moore, R. H. & Franko, D. L. Epidemiology of binge eating disorder. *Int. J. Eat. Disord.* 34, S19–S29 (2003).
- (4) Dingemans, A. E. & van Furth, E. F. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int. J. Eat. Disord.* 45, 135–138 (2012).
- (5) Mitchison D, Touyz S, Gonz_alez-Chica DA, Stocks N, Hay P. (2017) How abnormal is binge eating? 18-Year time trends in population prevalence and burden. *Acta Psychiatr Scand*, 136, 147-55
- (6) Kessler R. C. et al. (2013) The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental health surveys. *Biol Psychiatry*, 73, 904-14.
- (7) Berkman N. D. et al. (2015) Management and outcomes of binge eating disorder. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), Report no: 15(16)-EHC030-EF.
- (8) Sundhedsstyrelsen (2016) Behandling af binge eating disorder (BED). Sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter.
- (9) Garner D. M. (1990) Eating disorder Inventory-2. Par.inc
- (10) Derogatis L. R. (1992) SCL-90-R. Administration, Scoring and procedures. Manual-II. Clinical Psychometric Research.
- (11) Adair C. E. et al. (2010) Responsiveness of the Eating Disorders Quality of Life Scale (EDQLS) in a longitudinal multi-site sample

2. SALA:

Referencer:

1. Touyz S, Le Grange D, Lacey JH, Hay P. (2016) Managing severe and Enduring Anorexia Nervosa. A Clinician's Guide. Taylor & Francis.
2. Strober M (2010). The Chronically Ill Patient with Anorexia Nervosa: Development, Phenomenology, and Therapeutic Considerations. In Grilo CM & Mitchell JE. The Treatment of Eating Disorders. A Clinical Handbook. The Guilford Press. P 225-238.
3. Adair CE et al. (2010). Responsiveness of the Eating Disorders Quality of Life Scale (EDQLS) in a Longitudinal Multi-site Sample. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 83.
4. Bohn K & Fairburn CG (2008). Clinical Impairment Assessment Questionnaire. In Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy and Eating Disorders. Guilford Press.
5. McIntosh VVW, Jordan J, Luty SE, Carter FA, McKinzie JM, Bulik CM et al. (2006). Specialized Supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. *Int. J. Eat. Disorders*, 39, 625-32.

Bilag: Gradsinddeling af BED

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
	Let BED ----- Middelsvår BED ----- Alvorlig BED				Suicidalfare alvorlig selvdestruktiv adfærd
Behandlingsform	Ambulant		Daghospital		Indlæggelse
Suicidaltruet	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impuls
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt	Selvhjulpen	Selvhjulpen med støtte	Behøver støtte og struktur		
Hyppighed af ▪ Overspisning	<2/ uge	2-6 gange/uge, men ikke dagligt	1-5 gange dagligt	≥ 6/dag	Talrige gange dagligt
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte	Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene.	
Komorbiditet					
Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet Nedensstående er vejledende					
▪ misbrug	-	-	-	+	+
▪ depression	-	(+)	+	+	+
▪ angst	-	(+)	+	+	+
▪ personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Efter: Region Hovedstadens psykiatri: Vejledning om BED behandling.