

Når tallene taler – den økonomiske virkelighed bag spiseforstyrrelser

November 2025



foreningen spiseforstyrrelser&selvskade

Om rapporten

Hvad er de samfundsøkonomiske konsekvenser af spiseforstyrrelser i Danmark? Selvom spiseforstyrrelser har alvorlige fysiske, psykiske og sociale konsekvenser, har vi hidtil manglet et klart svar. Rapporten belyser spørgsmålet og danner grundlag for fremadrettede, målrettede indsatser.

Denne rapport præsenterer resultaterne af en analyse af spiseforstyrrelser og deres samfundsøkonomiske omkostninger i Danmark i 2023. Derudover belyser rapporten det økonomiske potentiale ved en styrket og forebyggende indsats på området. Rapporten bygger på et mixed-method design, der kombinerer registerdata over personer med spiseforstyrrelser i Danmark med kvalitative data indsamlet gennem ekspertinterviews og et dokumentstudie. Denne kombination danner grundlag for rapportens samlede analyse, konklusioner og anbefalinger.

Tak til bidragsyderne

En særlig tak rettes til de bidragsydere, som gennem interviews har delt deres indsigt, erfaring og idéer, der har kvalificeret rapportens indhold og perspektiver:

- Anne Bryde Christensen, ph.d., cand.psych., MRes.psych, assistant professor og seniorforsker, Center for Eating and feeding Disorders Research, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Birgitte Bergholt Grymer, afdelingsleder, psykolog, Robus Københavns Kommune, Socialforvaltningen, Center for Børn og Unge
- Camilla Hersom, direktør, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade
- Cathrine de Thurah Grundlund Wulff, psykolog, samtale- og behandlingschef, Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade
- Elin Stensland, psykolog, Social og Sundhed, Rusmidler og forebyggelse - Center for Social Indsats. Task force for spiseforstyrrelser og selvskade, Holstebro Kommune
- Else Marie Olsen, overlæge og afsnitsledende overlæge, Psykoterapeutisk Ambulatorium for Spiseforstyrrelser, Psykiatrisk Center Ballerup, Region Hovedstadens Psykiatri
- Københavns Kommune, den specialiserede hjemmevejledning for borgere med en spiseforstyrrelse
- Lene Meyer, autoriseret psykolog, ph.d. i sundhedsvidenskab og specialiseret i BED
- Line Sidenius, direktør, Askovhus
- Loa Clausen, seniorforsker, Institut for Klinisk Medicin, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitet
- Majke Jørgensen, faglig leder og ernæringsfysiolog, Team Danmark
- Mette Sæby, læge, ph.d., Regionspsykiatrien Gødstrup, Medicinsk Afdeling
- Pia Groulef, privatpraktiserende klinisk diætist med speciale i spiseforstyrrelser

Deloitte

er verdens største revisions- og rådgivningsvirksomhed med næsten en halv million ansatte og repræsentation i mere end 150 lande. Deloitte er leverandør af revisions- og erklæringsopgaver, konsulenttydelser, finansiell rådgivning, risikostyring og skatterådgivning. Deloitte Economics i Danmark har som konsulent for Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade udarbejdet rapporten.



Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade arbejder for at forebygge spiseforstyrrelser og selvskade og forbedre vilkårene for de ramte og deres pårørende. Hvert år rådgiver og støtter Foreningen mere end 6.000 mennesker, der har brug for hjælp.

Indholdsfortegnelse

1. Sammenfatning: Når spiseforstyrrelser koster; for den enkelte og for samfundet	4
2. En kompleks og alvorlig sygdom med vidtrækkende konsekvenser	8
2.1. Om spiseforstyrrelser	8
2.2. Typer af spiseforstyrrelser	10
2.3. Behandling og diagnosticering	13
2.4. Komplexiteter i behandlingen, helbredelse og dødelighed	15
2.5. Spiseforstyrrelser og pårørende	19
2.6. Perspektivering og erfaringer fra andre lande	21
3. Rapportens analytiske ramme	24
3.1. Beskrivelse af populationerne i fokus	24
3.2. Den metodiske tilgang til analysen	26
3.2.1. Kvantitativ dataindsamling og omkostningstyper	26
3.2.2. Kvalitativ dataindsamling	27
3.2.3. Dokumentstudie	28
3.3. Afgrænsninger og bemærkninger	28
3.3.1. Afgrænsninger	28
3.3.2. Bemærkninger	29
4. De samfundsøkonomiske omkostninger ved spiseforstyrrelser	30
4.1. Hovedkonklusioner	30
4.2. Eksperternes perspektiver	31
4.3. Personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse i 2023	31
4.4. Sundhedsudgifter til personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse	33
4.4.1. Kontakter med sundhedsvæsenet	33
4.4.2. Omkostninger i sygehusvæsenet	35
4.5. Indirekte omkostninger	37
4.5.1. Produktivitetstab (voksne)	38
4.5.2. Produktivitetstab (børn)	39
4.6. Afledte økonomiske konsekvenser	41
4.6.1. Afledte samfundsomkostninger hos voksne	42
4.6.2. Afledte samfundsomkostninger hos børn	45
5. Mørketallet: En skjult udfordring i indsatsen mod spiseforstyrrelser	47
5.1. Fra 5.000 diagnoser til fælde til et mørketal på 98.000 personer	47
5.2. Mange årsager bidrager samlet til et omfattende mørketal	49
6. Forebyggelse, tidlig opsporing og det økonomiske potentiale	54
6.1. Fra omkostning til investering – potentialet i forebyggelse og tidlig opsporing	54
6.2. Tidlig opsporing og tiltag mod tilbagefald er investeringer i liv og samfund	57
6.2.1. STIME: Et casestudie om et tværsektorielt samarbejde for børn og unge	60
6.2.2. Den specialiserede hjemmevejledning: Et casestudie om støtte til voksne borgere	61
6.2.3. FREED: Et casestudie om forebyggende tiltag i England	62

6.3.	Mulige gevinster ved mere forebyggelse og en styrket behandling	63
7.	Rapportens samlede anbefaling.....	65
7.1.	Utilstrækkelige ressourcer og strukturelle barrierer og hæmmer indsatsen mod spiseforstyrrelser....	65
7.2.	Et systemisk skifte på spiseforstyrrelsesområdet kræver handling – psykiatriplanen og sundhedsreformen kan være afsættet	66
7.3.	En forebyggelsesstrategi med 28 løftestænger fordelt på seks fokusområder	68
8.	Metode og data	72
9.	Litteraturliste	77

1. Sammenfatning: Når spiseforstyrrelser koster; for den enkelte og for samfundet

Næsten 100.000 personer lider af en spiseforstyrrelse i Danmark, hvilket er forbundet med store privat- og samfundsøkonomiske omkostninger; ikke kun for den ramte, men også for de pårørende. Forebyggelse og en tidlig behandlingsindsats er afgørende, men udfordres af manglende viden, kapacitet og ressourcer. Sundhedsreformen og psykiatriplanen medfører muligheder, der kombineret med konkrete initiativer kan styrke indsatsen på området markant.

Denne rapport belyser for første gang de samfundsøkonomiske omkostninger af spiseforstyrrelser i Danmark og afdækker et stort behov for en styrket forebyggende indsats og bedre behandlingstilbud. Spiseforstyrrelser – herunder anoreksi, bulimi, BED (Binge Eating Disorder, også kaldet tvangsoverspisning) og uspecificerede spiseforstyrrelser – er alvorlige psykiske lidelser, der rammer både børn og voksne på tværs af køn og medfører omfattende fysiske, psykiske og sociale konsekvenser.

I 2023 var omkring 5.000 personer diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i Danmark. Når mørketallet – personer med spiseforstyrrelser uden en officiel diagnose – medregnes, anslås det samlede antal dog at være op mod 98.000 personer, svarende til ca. 1,6 pct. af befolkningen.¹ Dette mørketal illustrerer, at spiseforstyrrelser er en langt større sundhedsudfordring, end de officielle tal viser, og at mange lever med sygdommen uden at modtage behandling.

De direkte omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet udgjorde i 2023 omkring 404 mio. kr., hvor især personer med anoreksi står for de største udgifter som følge af hyppig lægekontakt og lange indlæggelser. De indirekte omkostninger – som tabt arbejdsfortjeneste, uddannelsestab, omsorgsarbejde fra pårørende samt tabt livskvalitet og for tidlig død – øger den samlede økonomiske byrde markant. Samlet vurderes spiseforstyrrelser at koste det danske samfund omkring 1,4 mia. kr. årligt for de ca. 5.000 personer med en anerkendt spiseforstyrrelsesdiagnose i 2023.

Spiseforstyrrelser udgør en kompleks sygdomsgruppe, der manifesterer sig forskelligt fra person til person. Hvis sygdommen ikke behandles inden for det første års tid, øges risikoen for, at den udvikler sig til en langvarig eller kronisk tilstand. Der ses desuden hyppig komorbiditet med andre psykiske lidelser som angst, autisme og personlighedsforstyrrelser. Studier viser, at op mod 90 pct. af personer med anoreksi har mindst en samtidig psykisk lidelse.² Dertil kommer alvorlige somatiske følgevirkninger som osteoporose, gastrointestinale komplikationer og tandskader. Dette medfører, at dødeligheden ved spiseforstyrrelser er højere end for mange andre psykiatriske lidelser.

Sygdommen påvirker ikke kun den ramte, men også de pårørende, som ofte oplever betydelig psykisk belastning og tab af arbejdsevne. I nogle tilfælde går familier helt i stykker som følge af sygdommens pres. Samtidig rammes et stigende antal danskere, og både forskning og eksperter peger dertil på en stor og voksende risikogruppe, som allerede udviser symptomer i form af forstyrret spisning eller et problematisk forhold til krop og sundhed. Eksempelvis er andelen af kvinder med risikoadfærd for spiseforstyrrelser fordoblet siden år 2000.³

Rapporten fremhæver på den baggrund, at der er behov for en helhedsorienteret tilgang til mere forebyggelse, tidlig opsporing og bedre behandling. Det er afgørende for at bryde sygdommens udvikling og reducere både de menneskelige og økonomiske konsekvenser. Der er dog store udfordringer med manglende viden, utilstrækkelige behandlingsmuligheder, strukturelle barrierer i sundhedssystemet og en samfundskultur præget af vægtstigmatisering og tabu.

¹ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025a

² Panchenko et al., 2015

³ Jensen et al., 2025

På baggrund af analysen opfordrer rapporten til udarbejdelsen af en ambitiøs national forebyggelsesstrategi og præsenterer 28 anbefalinger fordelt på seks fokusområder: Mere forskning og uddannelse, bedre sammenhæng på tværs af sektorer, styrket forebyggelse og tidlig opsporing, højere kvalitet i behandling, mere støtte til familier og pårørende samt en forbedret offentlig samtale om kost, krop og sundhed. Disse tiltag skal medvirke til at sikre en mere effektiv, sammenhængende og økonomisk bæredygtig indsats, der både kan forebygge sygdommen hos de mange i risikogruppen og forbedre livskvaliteten for de ramte – og dermed frigøre et betydeligt samfundsøkonomisk potentiale, der estimeres til et trecifret millionbeløb årligt.

Analysernes resultater samler sig om et klart hovedbudskab: Forebyggelse, tidlig opsporing og behandling af spiseforstyrrelser er ikke blot vigtigt for den enkeltes odds i livet, men skal også ses som en vigtig samfundsøkonomisk investering, der kan skabe betydelige gevinster – både menneskeligt og økonomisk – på kort og lang sigt.

Rapportens baggrund, formål og datagrundlag

Rapporten er udarbejdet med afsæt i den grundlæggende problemformulering: *Hvordan påvirker spiseforstyrrelser samfundsøkonomien, og hvad kan vi som samfund opnå ved at investere tidligere og mere systematisk i forebyggelse og behandling?* Formålet med rapporten er at etablere et nyt og mere solidt beslutningsgrundlag.

Inspirationen er blandt andet hentet fra Norge og USA, hvor lignende analyser har dokumenteret milliardtab hvert år som følge af spiseforstyrrelser. I modsætning til disse rapporter beror denne analyse på registerdata og ikke prævalensstudier. Analysen bygger således på eksisterende litteratur og individdata fra blandt andet Landspatientregisteret og suppleres med kvalitative indsigter fra et bredt spektrum af danske eksperter samt internationale erfaringer.

Gennem en systematisk opgørelse af de direkte og indirekte omkostninger ved spiseforstyrrelser belyses, hvordan sygdommen påvirker både sundhedsvæsenet, arbejdsmarkedet og den enkelte borgers privatøkonomi og livskvalitet. Men også, hvad der kan vindes – menneskeligt og samfundsøkonomisk – ved at investere i en tidligere og mere effektiv forebyggende indsats samt i øget behandlingskapacitet, viden og kompetencer.

Rapportens struktur

Rapporten er opbygget med henblik på at skabe et samlet overblik over omfanget, omkostningerne og de samfundsøkonomiske implikationer af spiseforstyrrelser i Danmark – samt at pege på konkrete initiativer, der kan styrke forebyggelse, behandling og viden på området.

Kapitel 1 introducerer rapportens formål og sammenfatter hovedkonklusionerne, herunder omfang, udgifter og potentialet ved bedre forebyggelse og behandling. Kapitel 2 beskriver i nærmere detalje, hvad spiseforstyrrelser er og perspektiverer til andre lande, hvor de samfundsøkonomiske omkostninger af spiseforstyrrelser er opgjort. Kapitel 3 beskriver rapportens metodiske tilgang, mens kapitel 4 belyser de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med spiseforstyrrelser. Kapitel 5 sætter fokus på mørketallet og diskuterer omkostningerne i relation hertil. Kapitel 6 undersøger potentialet ved styrket forebyggelse, tidlig opsporing og behandling, og kapitel 7 præsenterer afslutningsvis rapportens samlede anbefaling i form af 28 løftestænger fordelt på seks fokusområder. En nærmere gennemgang af rapportens metode og datagrundlag fremgår af kapitel 8.

Når tallene taler

Omkostninger for personer med en spiseforstyrrelse og deres pårørende i 2023 samt potentialet ved en styrket behandling samt tidlig og forebyggende indsats (mio. kr.)⁴

Personer med en spiseforstyrrelse	Børn: 1.434	Voksne: 3.580	Samlet: 5.014
Sundhedsudgifter	122	282	404
Anoreksi	100	171	271
Bulimi	2	34	37
BED	0	7	7
Uspecificerede spiseforstyrrelser	20	69	89
Indirekte omkostninger	30	130	160
Anoreksi	-	63	63
Bulimi	-	22	22
BED	-	7	7
Uspecificerede spiseforstyrrelser	-	37	37
Afledte økonomiske konsekvenser	160	485	645
Anoreksi	112	207	319
Bulimi	6	88	94
BED	1	30	31
Uspecificerede spiseforstyrrelser	40	161	201
Pårørende	Forældre: 1.418;1.372	Partnere: 388	Samlet: 3.178
Tabt produktivitet	136	NA	136
Alternativomkostninger ved uformel pleje	NA	18	18
Samlede samfundsøkonomiske omkostninger	448	914	1.362

Potentialevurdering	
Styrket behandling (diagnosticerede)	219 mio. – 614 mio. kr. årligt
Succesfuld forebyggelse (mørketal)	115.000 kr. årligt pr. undgået tilfælde (voksne) 141.000 kr. årligt pr. undgået tilfælde (børn)

⁴ NA angiver, at data ikke er tilgængelige, hvilket skyldes, at populationen er for lille. Et "-" angiver, at omkostningerne ikke kan opgøres for diagnosen.

Rapportens anbefaling - en national og ambitiøs forebyggelsesstrategi med 28 løftestænger fordelt på seks fokusområder

En forebyggelsesstrategi for spiseforstyrrelser Investeringer i forskning, uddannelse og kapacitetsopbygning					
Forskning og uddannelse 	Sammenhæng på tværs 	Forebyggelse og tidlig opsporing 	Kvalitet i behandlingen 	Støtte til familier og pårørende 	
1. Prioriter investeringer til forskning i forebyggelse, behandling og senfølger af spiseforstyrrelser, så andelen af forskningsmidler afspejler den samfundsmæssige sygdomsbyrde 2. Styrk uddannelsen af frontpersonale mhp. bedre identificering og håndtering af tidlige tegn på spiseforstyrrelser; øget kapacitet til forebyggelse; at møde børn og unge med en vægtneutral sundhedstilgang, et fokus på generel trivsel og et bevidst fravalg af vægtstigmatiserende sprogbrug 3. Styrk vidensniveauet i almen praksis og styrk lægernes dialogevner 4. Indfør retningslinjer for, hvordan tandlæger skal håndtere mistanke om spiseforstyrrelser, styrk tandlægers dialogevner, og indfør offentligt tilskud til tandbehandling for personer med spiseforstyrrelser med varige tandskader 5. Styrk undervisningen i spiseforstyrrelser i sundhedsuddannelserne	1. Øg vidensdeling på tværs af kommuner og regioner omkring behandlingstilbud fx via oprettelse af strukturerede erfa-grupper 2. Styrk overgangen mellem børne- og voksenpsykiatrien 3. Skab en formaliseret samarbejdsstruktur mellem sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsessystemet 4. Indfør en fast behandlingsansvarlig på tværs af sektorer 5. Indfør krav om, at patienter med spiseforstyrrelser ved udskrivelse skal have en plan for efterbehandling og genetablering med en klar ansvarsfordeling mellem region, kommune og almen praksis	1. Indfør systematisk screening af børn og unge for spiseforstyrrelser og tidlige tegn herpå i sundhedsvæsenet, skolesundhedsplejen og tandplejen 2. Inkluder et kvalificeret og målrettet tilbud i alle kommuners lettilgængelige tilbud til børn og unge med tegn på spiseforstyrrelser 3. Udarbejd bedre informationsmateriale til forældre og andre voksne tæt på børn og unge, der hjælper dem til at støtte effektivt og med at identificere faresignaler 4. Sæt fokus på forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser i højrisikomiljøer fx inden for elitesport eller kropsfokuserede erhverv 5. Øg støtten til relevante civilsamfundsaktører, som bidrager til samfundsforebyggelse og -oplysning og tilbyder bredt tilgængelig rådgivning og støtte	1. Mindsk ulighed i behandlingstilbud på tværs af regioner og kommuner 2. Udvik og implementer evidensbaserede kliniske retningslinjer (fx via DMPG) baseret på int. bedste praksis og med fokus på en vurderingspraksis, der ligestiller somatiske og psykiske kriterier og på komorbiditet 3. Øg udbuddet af specialiserede kompetencer i den private sektor for at øge den bredere adgang til kvalificeret behandling. 4. Styrk højt specialiserede behandlingstilbud til personer med svær og langvarig anoreksi og opbygen etableret behandlingsstruktur for bulimi, BED og uspecifiserede spiseforstyrrelser på tværs af alder 5. Indfør tiltag, der sikrer tilstrækkelig behandlingskapacitet både i kommuner og regioner	1. Gør familierterapi obligatorisk, så børn og unge behandles i tæt samarbejde med forældre og søskende under ledelse af specialiseret psykologstøtte 2. Etabler et fast tilbud om professionel spisestøtte til familier med børn og unge, der er i behandling for en spiseforstyrrelse. 3. Etabler et fast tilbud om psykoedukation til forældre og partnere til personer med en spiseforstyrrelse. 4. Etabler et fast tilbud om specialiseret støtte til børn og unge af forældre med en nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse, som er i risiko for selv at udvikle sygdommen blandt andet grundet genetisk og social påvirkning. 5. Etabler et fast tilbud om psykoedukation og gruppestøtte til søskende af et barn eller ung med en spiseforstyrrelse.	
Den offentlige samtale En mere nuanceret og sund offentlig samtale om krop og trivsel					
1. Gennemfør nationale oplysningskampagner, der fremmer kropsdiversitet og et sundt kropsideal	2. Nedbryd myter i den offentlige samtale – fx at drenge og mænd ikke rammes af spiseforstyrrelser eller, at udebleven menstruation er normalt for kvindelige atleter	3. Styrk det etiske ansvar for influencere og sociale medievirksomheder, der formidler kost-, krop- og sundhedsindhold gennem en skærpelse af retningslinjer, særligt ift. børn og unge			

Kilde: Deloitte, 2025

2. En kompleks og alvorlig sygdom med vidtrækkende konsekvenser

Spiseforstyrrelser er blandt de mest alvorlige og komplekse psykiske lidelser og kan føre til langvarig forringelse af livskvalitet, helbred og sociale relationer. Sygdommene rammer på tværs af alder og køn, manifesterer sig forskelligt fra person til person og rummer både psykiske og somatiske dimensioner.

Dette kapitel udgør grundlaget for rapportens analyser og anbefaling. Afsnittet belyser spiseforstyrrelsens natur, mekanismer og behandlingsperspektiver, herunder forskelle mellem anoreksi, bulimi, BED og uspecificerede spiseforstyrrelser, komorbiditet og hyppige følgevirkninger. Derudover behandles nøgletemaer som behandlingsudfordringer, pårørendes rolle samt relevante internationale erfaringer.

2.1. Om spiseforstyrrelser

Hvad er spiseforstyrrelser?

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser, der er karakteriseret ved et forstyrret forhold til mad, krop og vægt i en grad, der påvirker både fysisk og psykisk helbred samt sociale relationer. Begrebet dækker over flere tilstande (uddybes i det følgende), hvor kroppen spiller en central rolle, og hvor identitet, selvopfattelse og behovet for kontrol ofte er centrale elementer. De opdeles typisk i anoreksi, bulimi, BED (tvangsoverspisninger) eller som en uspecificeret spiseforstyrrelse.

Spiseforstyrrelser er blandt de mest alvorlige, komplekse og invaliderende psykiske lidelser, som kan føre til årevis med lav livskvalitet, forringet helbred og social isolation – ofte allerede før personen opfylder formelle diagnosekriterier. Ekspertter definerer spiseforstyrrelser, som en lidelse, der langsomt æder sig ind på livet. En sygdom, der overtager hele livet og skaber et tvangspræget frem for lystpræget liv. Ekspertter beskriver i interviews også, hvordan personer med spiseforstyrrelser kan føle angst og ubehag ved at spise sammen med andre, hvilket kan betyde, at de undgår sociale sammenkomster og isolerer sig fra venner og familie.

Lidelsen kan ramme personer i alle aldre og på tværs af køn, og den manifesterer sig forskelligt fra individ til individ – både i symptomer, sværhedsgrad og varighed. For mange begynder spiseforstyrrelsen tidligt i teenageårene eller måske endda i børneårene. Ekspertter beretter om et generelt fald i debutalderen for spiseforstyrrelser og beskriver tilfælde helt ned til otteårsalderen samt en stigende andel blandt børn i alderen 10–11 år. Konsekvenserne af sygdommen følger i mange tilfælde personen videre ind i voksenlivet. For børn og unge kan sygdommen resultere i afbrudt skolegang, dårligere faglige resultater og sociale udfordringer. For voksne kan sygdommen føre til udfordringer fx ift. lavere livsindkomst, tabte karriereforløb eller det at stifte familie.

Ift. kønsfordelingen peger både ekspertter og forskning på, at drenge og mænd udgør ca. 10 pct. af de sygdomsramte, men enkelte ekspertter vurderer, at andelen kan være helt op til 25 pct. For BED anslås det, at mellem en fjerdedel og en tredjedel af de ramte er mænd.^{5,6}

⁵ Sundhedsstyrelsen, 2016

⁶ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025c

Spiseforstyrrelser uden vægtafvigelse – men med stor forpint

Man kan leve med en spiseforstyrrelse uden nødvendigvis at være under- eller overvægtig; mange er normalvægtige, men præget af den samme intense optagethed af mad, krop og vægt som personer med markant vægtafvigelse. Det gælder fx for atleter, hvor muskelmassen modvirker undervægt. Behandlere i det private oplever en tilgang af netop patienter, som ikke kan få behandling i det offentlige, fordi deres vægt ikke anses for lav nok, men som føler sig forpinte. Dette har en negativ social slagside, da ikke alle kan betale sådanne behandlingsudgifter. Omvendt kan eksempelvis en person med anoreksi opleve sygdommen som mindre belastende, selvom den klinisk vurderes som svær og kronisk.

Eksperterne bag denne rapport understreger derfor vigtigheden af at skelne mellem den oplevede, subjektive lidelsesgrad og den kliniske vurdering. De peger på, at graden af forpint i højere grad bør indgå i den samlede diagnostiske vurdering, da denne har betydning for behandlingstype og intensitet – og dermed helbredelsesprognosen.

Hvorfor opstår en spiseforstyrrelse?

Årsagerne er komplekse og multifaktorielle med både genetiske, biologiske, psykologiske, sociale og kulturelle komponenter. Ved anoreksi peger eksperter på, at når sygdommen først er udviklet, indikerer den nyeste viden, at særligt hjernen og tarmene på et tidspunkt tager over og medvirker til at opretholde sygdommen. Ny forskning viser fx, at tarmens mikrobiom kan spille en rolle i udviklingen og vedligeholdelsen af anoreksi, hvilket understreger, at lidelsen også har biologiske dimensioner.⁷

Generelt er der en bred enighed om, at spiseforstyrrelser bunder i mistrivsel, og at sygdommen udløses af en form for psykologisk afsæt. Men der er også en lang række risikofaktorer, som kan medvirke til sygdommen. En forskningsgennemgang fra 2023 har analyseret 284 studier fra 2009–2021 for at skabe et samlet overblik over faktorer, der kan øge risikoen for spiseforstyrrelser.⁸ Studierne viser ikke nødvendigvis, hvad der direkte forårsager lidelsen, men peger på en række forhold, der ofte hænger sammen med øget risiko: Genetik, tarmflora og autoimmune reaktioner, barndoms- og ungdomserfaringer, personlighedstræk og psykiske lidelser, køn, socioøkonomisk status, etnisk minoritetsbaggrund, kropsofattelse og sociale påvirkninger samt elitesport. Se kapitel 8. for en mere detaljeret oversigt over disse risikofaktorer. Nogle eksperter fortæller også, at fx de kropslige forandringer, der opstår i forbindelse med en kvindes overgangsalder, kan være en medvirkende faktor bag udviklingen af en spiseforstyrrelse.

Et eksempel på genetisk sårbarhed er, at personer med en forælder med en spiseforstyrrelse har mere end dobbelt så høj risiko for selv at udvikle en spiseforstyrrelse. Risikoen er særlig udtalt ved anoreksi, hvor man er 11 gange mere tilbøjelig til at udvikle lidelsen, hvis en slægtning har den. Tilsvarende er risikoen 9,6 gange højere for bulimi og 2,2 gange højere for BED.^{9, 10}

Et dansk forskningsstudie viser desuden, at forældres socioøkonomiske baggrund kan påvirke risikoen for spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi og uspecificerede) på en anden måde end for andre psykiske sygdomme. Det viser, at høj socioøkonomisk status blandt forældre er forbundet med øget risiko for især anoreksi.¹¹

Spiseforstyrrelser opstår således af komplekse og sammensatte årsager. Forebyggelse og tidlig indsats bør derfor tage højde for både biologiske, psykologiske og sociale risikofaktorer. Risikofaktorer og forebyggelse behandles nærmere i rapportens kapitel 6.

En sygdom med høj ambivalens

Ambivalens er et gennemgående træk ved spiseforstyrrelser. Mange patienter oplever en indre konflikt, hvor spiseforstyrrelsen både føles som en belastning og en beskyttelse. Den kan give en følelse af kontrol, struktur og lindring i svære situationer (kaldes derfor også en ”mestringsstrategi”) samtidig med, at den kan medføre angst, skam og social isolation. Denne dobbelte oplevelse gør det vanskeligt for mange at slippe af med sygdommen.

⁷ Psykiatrifonden, 2024

⁸ Barakat et al., 2023

⁹ Thornton et al., 2010

¹⁰ Bould et al., 2015

¹¹ Koch et al., 2022

Ambivalens forudsætter erkendelse – og det er ikke givet	Ambivalensen kan vise sig tydeligt i behandlingsforløb, hvor ønsket om bedring kan kollidere med frykten for at give slip på de strategier, som lidelsen repræsenterer. Særligt ved restriktive spiseforstyrrelser kan angsten for vægtøgning og tab af kontrol være så dominerende, at det hæmmer motivationen for forandring. Det er ikke ualmindeligt, at patienter beskriver spiseforstyrrelsen som en usynlig struktur, der styrer tankerne og former hverdagen – og som de både ønsker og frygter at miste. Ambivalens er dermed ikke modstand, men et udtryk for lidelsens kompleksitet.
	Denne tilstand kan medvirke til at forklare, hvorfor behandlingsløb ofte er langvarige; det kræver tid at opbygge tillid til, at patienten kan være tryk ved at bevæge sig væk fra en spiseforstyrrelse, fordi det opleves som at skulle gå imod sin egen identitet.
	Før ambivalensen kan bearbejdes, kræver det, at personen først anerkender, at der er tale om en sygdom, hvilket ofte viser sig som en barriere i de tidlige faser af sygdomsforløbet. Ifølge eksperter og kliniske erfaringer er det ikke ualmindeligt, at personer med spiseforstyrrelser i starten af sygdomsforløbet ikke har denne sygdomserkendelse. Særligt hvis omgivelserne ikke reagerer, kan sygdommen udvikle sig i det skjulte. I nogle tilfælde kan en spiseforstyrrelse også blive så stærk, at den overtager personens tankegang og overbeviser vedkommende om, at den repræsenterer det sunde og normale. Forsøg på at hjælpe kan derfor opleves som uønsket indgriben, og behandlere og pårørende kan blive mødt med modstand, fordi hjælpen føles som et tab af kontrol og tryghed.

2.2. Typer af spiseforstyrrelser

Forskelle mellem anoreksi, bulimi og BED, uspecificerede spiseforstyrrelser og andre spiseforstyrrelser	Blandt de eksperter, der har bidraget til rapporten, er der generel enighed om at skelne mellem anoreksi på den ene side og bulimi og BED på den anden, når spiseforstyrrelser diskuteres. Denne opdeling skyldes, at anoreksi er præget af restriktiv spising og undervægt, mens bulimi og BED typisk er forbundet med overspisning og kompenserende adfærd (især ved bulimi). Herunder bør der skelnes mellem sygdomsgraden, som kan inddeles i kategorierne mild, moderat eller svær. Sygdommene adskiller sig dermed markant i både forløb, adfærd, behandlingsbehov og kompleksitet. Spiseforstyrrelser optræder hyppigt sammen med andre psykiske lidelser (komorbiditet), hvor mønstrene varierer afhængigt af sygdomstypen. Dette beskrives nærmere i afsnit 2.4. Disse samtidige lidelser er fx autisme, ADHD, personlighedsforstyrrelser og OCD, mens angst og depression mere forekommer på tværs af sygdomstyperne. Det er heller ikke ualmindeligt, at en type spiseforstyrrelse afløses af en anden.¹²
Anoreksi	Anoreksi er en alvorlig psykisk lidelse kendetegnet ved en intens frygt for vægtøgning og et stærkt ønske om vægttab. BMI (Body Mass Index), dvs. vægt ift. højde, spiller en central rolle i diagnosticeringen af anoreksi. Ifølge den internationale (WHO) diagnosemanual ICD-11 defineres lidelsen ved betydeligt lav BMI, alder og udviklingsniveau, typisk med BMI <18,5 hos voksne og under 5-percentilen hos børn og unge. Alternativt kan et hurtigt vægttab (fx >20 pct. af kropsvægten på seks måneder) indgå, hvis øvrige kriterier er opfyldt. Lav vægt ledsages af vedvarende adfærd rettet mod at forhindre vægtøgning, herunder restriktiv spising, opkastning, misbrug af afføringsmidler og overdreven motion, ofte motiveret af frygt for vægtøgning og en forvrænget kropsopfattelse.¹³ Psykisk beskriver eksperter også en rigid og perfektionistisk sygdomsprofil. Ved længerevarende sygdomsforløb kan der opstå alvorlige helbredsmæssige komplikationer som leverpåvirkninger, hjerterytmeforstyrrelser og osteoporose.

¹² Solmi et al., 2024
¹³ World Health Organization, 2025a

Bulimi

Anoreksi udvikler sig typisk i 13-20-årsalderen, hvilket gør det til den type spiseforstyrrelse, der debuterer tidligst i livet. Flere eksperter beretter, at det især er ved anoreksi, at de oplever en stigning i antallet af helt unge børn. Sygdommen kan dog også udvikle sig senere.¹⁴

Bulimi er en spiseforstyrrelse, der er kendetegnet ved gentagne episoder med tab af kontrol over spisning, hvor store mængder mad indtages (overspisninger) efterfulgt af kompenserende adfærd. Denne adfærd kan omfatte selvfremkaldt opkastning, faste, restriktiv spisning eller misbrug af afføringsmidler. En slankekur og et vægttab går næsten altid forud for udviklingen af bulimi. I modsætning til BED er bulimi karakteriseret ved systematisk kompenserende adfærd.

Det kan være vanskeligt at identificere personer med bulimi, da flertallet er normalvægtige, ligesom mange ifølge eksperter lever med bulimi uden selv at tænke, at de skal have hjælp. Lidelsen kan medføre fysiske symptomer fx syreskader på tænderne og har helbredsmæssige konsekvenser. Bulimi forekommer relativt sjældent blandt børn og unge, men debuterer typisk i alderen 16–20 år og når sit højdepunkt omkring 22-årsalderen.¹⁵ Den kan dog opstå allerede fra 12-årsalderen og også senere i voksenlivet. Sygdommen har typisk været i 8–10 år, før personen kommer i behandling.¹⁶

For personer med svær bulimi – og BED – kan de betydelige udgifter til mad ved hyppige overspisninger udgøre en væsentlig økonomisk belastning. I nogle tilfælde medfører det gæld til både finansielle institutioner og pårørende. Eksperter peger på, at sygdommen i ekstreme tilfælde kan føre til grænseoverskridende adfærd som tyveri eller prostitution. Dermed kan lidelsen have afledte sociale og økonomiske konsekvenser, som sjældent ses ved andre sygdomme.

BED

Binge Eating Disorder (BED), også kaldt tvangsoverspisninger, er kendetegnet ved tvangsmæssige overspisninger, ofte ledsaget af skam og skyld, men uden kompenserende adfærd som ved anoreksi og bulimi. Personer med BED ønsker typisk at opretholde deres normalvægt, men gentagne overspisninger kan føre til overvægt. Høj vægt er dog ikke et diagnosekriterie, og forskning viser, at 17-30 pct. af personer med BED er normalvægtige.¹⁷

Diagnosen indgår aktuelt ikke selvstændig i ICD-10, men er nu blevet anerkendt i ICD-11 fra 2022. Det på trods af, at BED rammer mange flere personer sammenlignet med anoreksi og bulimi, når der tages højde for mørketal. Dog har BED siden 2013 været en del af DSM-5 (det amerikanske diagnoseklassifikationssystem), som en selvstændig diagnose. På nuværende tidspunkt registreres patienter med BED i Danmark under diagnosen F508 ('Anden spiseforstyrrelse') med koden F508A, jf. Tabel 1.⁵

Debutalderen ligger typisk i de sene teenageår eller i starten af tyverne, men lidelsen har ofte været til stede i flere år, før personen søger behandling.¹⁷ Ifølge eksperter begynder sygdommen nogle gange allerede i barndommen, og man ser også, at forældre med BED kan "smitte" deres børn gennem adfærd og holdninger. Et stort fokus på vægt og kropsidealer kan skade børn og unge, som tidligt lærer at skelne mellem "rigtig og forkert" mad og måske udvikler strategier, hvor overspisning bruges til at håndtere følelser. Børn helt ned til 2-3-årsalderen opfanger det kulturelle stigma omkring overvægt og idealet om at undgå "tykhed".¹⁸ Eksperter peger på, at nogle børn udvikler en decideret angst for at tage på i vægt.

¹⁴ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025d

¹⁵ Psykiatrifonden, 2025a

¹⁶ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025b

¹⁷ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025e

¹⁸ Tolstrup et al., 2024

	Forskning viser også, at fire ud af fem voksne med livslang BED har mindst en anden psykisk lidelse, og ca. halvdelen har tre eller flere, hvilket gør BED til den psykiske lidelse, hvor komorbiditet er mest udbredt.¹⁷ Studier peger på, at normalvægtige personer med BED har en markant forhøjet risiko for at udvikle fysiske sygdomme sammenlignet med normalvægtige uden sygdommen.¹⁷ Fx er type 2-diabetes forbundet med øget risiko for forstyrret spiseadfærd som BED, og det vurderes, at op mod 25 pct. af personer med type 2-diabetes også har BED.^{19,20} Det er problematisk, da hyppige overspisninger kan føre til forhøjet langtidsblodsukker, som øger risikoen for alvorlige følgesygdomme – og i værste fald kan det være livstruende. Samtidig kan det også forværre den mentale trivsel.²⁰ Det er karakteristisk, at personer med BED har lavt selvværd, depressive symptomer og negative tanker. Op mod hver fjerde person har haft selvmordstanker, og ca. hver ottende har begået selvmordsforsøg.¹⁷
Uspecificerede spiseforstyrrelser	Når kriterierne for anoreksi, bulimi (inklusive de atypiske former) eller BED ikke er opfyldt, anvendes diagnosen uspecificeret spiseforstyrrelse (kaldes også EDNOS; Eating Disorder Not Otherwise Specified eller ”andre spiseforstyrrelser”). Personer med en uspecificeret spiseforstyrrelse kan være lige så alvorligt ramt som dem med en ”ren” diagnose. Det kan fx være anorektisk adfærd kombineret med overspisning og opkast eller ortoreksi, som beskrives senere. Det formodes, at uspecificerede spiseforstyrrelser er mere udbredt end de klassiske former, hvilket blandt andet en ny opgørelse fra Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade bekræfter (jf. næste afsnit). Flere internationale prævalensstudier peger på den samme tendens (jf. afsnit 2.6).
Mindre kendte former for spiseforstyrrelser	Ud over de anerkendte diagnoser eksisterer en række mindre udbredte spiseforstyrrelser, som også har betydelige konsekvenser for livskvalitet og funktionsevne: <i>Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)</i> er en spiseforstyrrelse, der begrænser fødeindtaget, men uden at være motiveret af et ønske om vægttab eller et negativt selvbillede. Lidelsen beskrives som ekstrem kræsenhed eller spiseforstyrret adfærd baseret på smag, konsistens, lugt eller manglende interesse for mad. ARFID kan føre til ernæringsmæssige mangler og socialt undgående adfærd omkring måltider.²¹ Tilstanden er anerkendt som en selvstændig diagnose i DSM-5 og blev i 2022 også optaget i ICD-11. <i>Megareksi</i> er en spiseforstyrrelse, der primært rammer mænd. Personer med megareksi oplever deres krop som for tynd eller ikke muskuløs nok, selv når de objektivt har en normal eller høj muskelmasse. Lidelsen er kendetegnet ved overdreven styrketræning og strenge diæter med fokus på protein og lavt fedtindhold. Megareksi understreger, at spiseforstyrrelser ikke udelukkende rammer kvinder, men også i stigende grad mænd.²² Selvom megareksi ikke er en selvstændig diagnose, betragtes tilstanden som synonym med muskeldysmorfia – en underkategori af diagnosen kropsdysmorfisk lidelse (Body Dysmorphic Disorder) i både ICD-11 og DSM-5, også kendt som dysmorfobi. <i>PICA</i> er karakteriseret ved gentagen indtagelse af ikke-næringsholdige stoffer, såsom ikke-spiselige genstande og materialer (fx ler, jord, kridt, gips, plastik, metal og papir) eller rå fødevarer som fx store mængder salt. Adfærden er vedvarende eller så udtalt, at den kræver klinisk opmærksomhed hos personer, der har nået en udviklingsalder, hvor man normalt forventer evnen til at skelne mellem spiselige og ikke-spiselige substanser (typisk omkring 2-årsalderen). Adfærden medfører helbredsmæssige konsekvenser og funktionsnedsættelse afhængig af hyppigheden, mængden og typen af de indtagne stoffer. Diagnosen indgår nu i ICD-11.²³

¹⁹ Chevinsky et al., 2020

²⁰ Lindgreen et al., 2025

²¹ NHS Inform, 2025

²² Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025f

²³ World Health Organization, 2025b

Ortoreksi beskriver en tilstand, hvor personen har et overdrevent fokus på sundhed og ernæring og følger strikse kostregler for at optimere helbredet. Ortoreksi er ikke en officiel diagnose i Danmark, men undersøgelser anslår, at omkring 2 pct. af befolkningen mellem 15 og 74 år har symptomer forbundet med – men ikke diagnosticeret som – ortoreksi, svarende til ca. 87.000 personer.²⁴

2.3. Behandling og diagnosticering

Hvordan behandles spiseforstyrrelser typisk?

Ifølge flere eksperter inden for spiseforstyrrelser prioriteres psykiatrisk forskning generelt lavere end somatisk forskning, og inden for psykiatrien befinder spiseforstyrrelser sig meget lavt. Det bakkes op af et dansk forskningsprojekt.²⁵ Det gør det vanskeligt for forskere at tiltrække midler til at undersøge og udvikle ny viden. Traditionelt set har en stor del af forskningen omhandlet anoreksi, hvorfor der mangler meget viden om de andre sygdomstyper.

Der findes mange forskellige typer af behandling for spiseforstyrrelser, og en del af dem er bredt anerkendt, men ingen virker på alle former for spiseforstyrrelser eller er for alle. Derfor er det langt fra alle, der får en behandling, der virker for dem. Samtidig mangler der viden om, hvilke indsatser der virker, og hvilke der ikke gør. Eksperter understreger på den baggrund, at jo tidligere, der sættes ind, desto bedre er chancen for helbredelse. Omvendt gælder det, at jo længere tid sygdommen har været til stede, desto sværere er det typisk at blive fri af den.

Centralt i behandlingen af spiseforstyrrelser står normalisering af spisemønstre og vægt, kombineret med psykoedukation, individuel terapi og – særligt for børn og unge – familierapi. Den psykoterapeutiske behandling suppleres ofte med ernæringsmæssig støtte og fx fysioterapi eller kropsterapi.

I Danmark foregår behandlingen både i kommunalt og regionalt regi. Kommunerne varetager typisk den tidlige indsats og opfølgning, mens regionerne har ansvar for den specialiserede behandling i psykiatrien. Her behandles patienter med moderat til svær grad af spiseforstyrrelse i sekundærsektoren²⁶ i hovedfunktionen, regionsfunktionen og den højtspecialiserede funktion.²⁷ Hovedfunktionen dækker den letteste ende af behandlinger, og håndterer de fleste henvisninger. Regionsfunktionen omfatter mere specialiserede behandlinger, mens det højtspecialiserede niveau er for de sygeste patienter, der kræver en lang og intensiv behandling. I Region Hovedstaden modtager spiseforstyrrelsesenheden ved Psykiatrisk Center Ballerup ca. 1.000 henvendelser årligt, hvoraf ca. 800-900 personer modtager et tilbud om behandling. Det skal bemærkes, at der kun eksisterer meget få behandlingstilbud til mennesker med BED.

Derudover findes en række private støtte- og behandlingstilbud samt enkelte højtspecialiserede privatpraktiserende psykologer og diætister. Tilgængeligheden af specialiseret behandling i privat regi er begrænset, og nogle patienter må derfor rejse langt for at få adgang til sådan behandling ifølge eksperterne bag rapporten. Flere af disse aktører tilbyder også adgang til hotlines. Fx har Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade en rådgivningslinje, og Danmarks Idrætsforbund har oprettet en hotline, hvor atleter uden for Team Danmark kan få adgang til et begrænset antal samtaler med en diætist eller psykolog. Disse tilbud dækker dog kun en lille del af det formodede samlede behov.

²⁴ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025g

²⁵ Larsen et al., 2024

²⁶ Sekundærsektoren i sygehusvæsenet omfatter sygehuse og privathospitaler, der overtager og viderefører behandling med henvisning fra primærsektoren (i dette tilfælde typisk praktiserende læger)

²⁷ Sundhedsstyrelsen, 2023a

Udvikling i antal personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse

Tidligere registerdataanalyser viser, at antallet af diagnosticerede med en spiseforstyrrelse er steget – selv når mørketallet ikke medregnes. Ifølge Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade var der i 2017 2.958 personer i spiseforstyrrelsesbehandling, hvoraf 70 pct. (2.069) havde anoreksi og 30 pct. (889) bulimi.⁶ Tal for BED fremgår ikke, da denne spiseforstyrrelse ikke var en anerkendt diagnose i Danmark i 2017.

En registeranalyse fra Sundhedsdatastyrelsen (2020) for perioden 2010–2018 viste, at ca. 11.700 personer havde en registreret spiseforstyrrelse i 2018 sammenlignet med 7.200 i 2010. Det svarer til, at omkring 4.500 flere personer havde været i kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen, hvor de inden for en femårig periode forud for henholdsvis januar 2018 og januar 2010 havde fået registreret en spiseforstyrrelse. Analysen viste også, at flest havde kontakt på grund af anoreksi. Heraf var flertallet piger og kvinder, men der var en mindre stigning blandt drenge. I 2018 udgjorde børn og unge for første gang over halvdelen af alle nye patienter med spiseforstyrrelser. Blandt nye patienter havde børn og unge primært anoreksi, mens nye voksne patienter hyppigst havde bulimi.²⁸

En analyse fra 2023 af unge mellem 15–24 år med en spiseforstyrrelsesdiagnose (anoreksi, bulimi, BED eller anden spiseforstyrrelse) – baseret på data fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen – viste, at antallet af registrerede personer i perioden 2007–2022 var fordoblet fra 3.053 til 6.132.²⁹

Pandemien har forværret udviklingen af spiseforstyrrelser

COVID-19 formodes at have haft en negativ indvirkning på sygdomsudviklingen. Et canadisk studie fandt, at pandemien førte til en markant stigning i spiseforstyrrelser blandt børn og unge i alderen 5–25 år med 60 pct. flere hospitalsindlæggelser og 126 pct. flere akutbesøg. Konsekvensen var forværrede symptomer samt en 21 pct. stigning i de sundheds- og samfundsøkonomiske omkostninger.³⁰ En norsk rapport har desuden konkluderet, at der er sket en stigning i antallet af svære spiseforstyrrelser, og at det gør sig gældende globalt.³¹

Parallelt hermed er mistrivlsen blandt børn og unge stigende, hvilket kan være afsæt for udviklingen af en spiseforstyrrelse.³² For voksne (16+) ses ligeledes en generel forværring i den mentale sundhedstilstand.³³

Mange personer med spiseforstyrrelser får aldrig en diagnose

Befolkningsundersøgelser indikerer, at mange personer med spiseforstyrrelser aldrig søger behandling og derfor ikke får stillet en formel diagnose.³⁴ Selvom anoreksi er den mest udbredte spiseforstyrrelse blandt patienter i sundhedsvæsenet, tyder data på, at bulimi, BED og uspecificerede spiseforstyrrelser i realiteten forekommer hyppigere i befolkningen. Disse lidelser fører imidlertid sjældnere til kontakt med sundhedssystemet, muligvis fordi symptomerne typisk er mindre synlige, eller fordi mange oplever skam og tilbageholdenhed ift. at søge hjælp. Dette mørketal analyseres og diskuteres i kapitel 5.

Nyt estimat anslår, at 98.000 danskere lever med en spiseforstyrrelse

Når mørketallet medregnes, har det hidtil været anslået, at omkring 75.000 personer i Danmark lever med anoreksi (5.000 personer), bulimi (30.000 personer) eller BED (40.000 personer). En ny opgørelse fra Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade (betegnes Foreningen i det følgende) vurderer nu, at op mod 98.000 personer lever med anoreksi, bulimi, BED eller andre spiseforstyrrelser i Danmark i 2025. Det svarer til ca. 1,6 pct. af befolkningen.³⁵ Ifølge Foreningen er fordelingen mellem diagnoserne på henholdsvis 7.000 personer med anoreksi, 11.000 med bulimi, 37.000 med BED og 43.000 med andre spiseforstyrrelser.

²⁸ Sundhedsdatastyrelsen, 2020

²⁹ Momentum, 2023

³⁰ Deloitte, 2023

³¹ Menon Economics, 2022

³² VIVE, 2022

³³ Sundhedsstyrelsen, 2023b

³⁴ Psykiatrifonden, 2025b

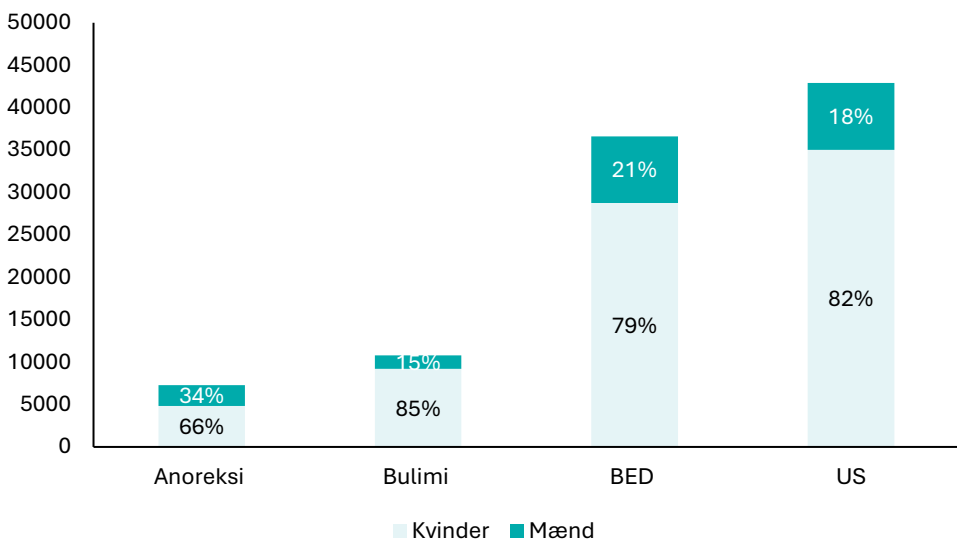
³⁵ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025g

Foreningen har estimeret omfanget på baggrund af prævalensstudier i USA og Norge, og estimatet stemmer således overens med omfanget i disse lande, når der justeres for befolkningstal. I Sverige lever omkring 190.000 personer med en spiseforstyrrelse, hvilket svarer til 1,8 pct. af befolkningen.³¹ I Norge estimeres det, at 88.000 personer lever med en spiseforstyrrelse svarende til 1,7 pct. af befolkningen.³¹

Spiseforstyrrelser placerer sig dermed i samme størrelsesorden som fx brystkræft (ca. 80.000 personer),³⁶ inflammatorisk gigt (ca. 100.000 personer)³⁷ eller hjertesvigt (ca. 70.000 personer).

Estimeret antal personer med en spiseforstyrrelse i Danmark i 2025

Figur 1: Estimeret antal personer i Danmark med spiseforstyrrelser fordelt på diagnose og køn (n = 98.000)



Diagnose	Kvinder (%)	Mænd (%)
Anoreksi	66%	34%
Bulimi	85%	15%
BED	79%	21%
US	82%	18%

Kilde: Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025a; Streatfeild et al., 2021.

2.4. Komplexiteter i behandlingen, helbredelse og dødelighed

Komorbiditet og helbredsmæssige følger	Komorbiditet betegner tilstedeværelsen af en eller flere samtidige sygdomme ud over en primær lidelse, hvor de ledsagende diagnoser hver især opfylder kriterierne for selvstændige sygdomskategorier. Komorbiditet er særligt udbredt inden for spiseforstyrrelser, hvor forskningen både dokumenterer, at personer med spiseforstyrrelser har øget risiko for andre psykiatriske lidelser, og personer med psykiatriske lidelser har øget risiko for spiseforstyrrelser.^{38,39} Et dansk studie fra 2022 undersøgte disse tovejssammenhænge mellem forskellige typer af spiseforstyrrelser og brede grupper af øvrige psykiatriske lidelser for at identificere mønstre af komorbiditet.⁴⁰ De fandt en øget risiko for næsten alle par af diagnoser, som blev evalueret. Samtidig fandt de også, at der generelt kun var små forskelle i risici mellem de forskellige spiseforstyrrelsestyper. Har man en anoreksidiagnose, observerede forskerne, at risikoen for senere at få en psykiatrisk lidelse i gennemsnit er næsten fire gange højere end hos personer uden anoreksi ("hazard ratio" 3,80). For andre spiseforstyrrelser er risikoen for senere psykiatriske lidelser i gennemsnit godt tre gange højere ("hazard ratio" 3,16).
---	---

³⁶ Kræftens Bekæmpelse, 2025

³⁷ Gigtforeningen, 2024

³⁸ McGrath et al., 2020

³⁹ Plana-Ripoll et al., 2019

⁴⁰ Momen et al., 2022

Alle eksperter har bekræftet dette billede og nuanceret. Behandlere, der arbejder med børn og unge, beretter fx om en stigning i gruppen med autisme og personlighedsforstyrrelser sammen med spiseforstyrrelser og fortæller, at det ofte leder til langvarige behandlingsforløb.

Mange patienter med spiseforstyrrelser oplever også koncentrationsbesvær. Tanker om mad og vægt kan fylde så meget, at det påvirker evnen til at koncentrere sig i skolen eller på arbejdet. Dette kan føre til dårligere præstationer og yderligere stress og angst. Spiseforstyrrelser ledsages ofte også af symptomer på depression. Patienterne kan miste livslysten og føle en dyb tristhed.

Derudover er spiseforstyrrelser forbundet med en række somatiske følgesygdomme, hvilket bidrager til øget kompleksitet i behandlingsindsatsen og deraf afledte forhøjede sundhedsudgifter. Disse følgetilstande er vanskelige at kortlægge præcist, da det kræver dokumentation af en entydig og kausal sammenhæng mellem spiseforstyrrelsen og de tilknyttede lidelser.

Der findes dog studier, som belyser konsekvenserne af spiseforstyrrelser. Et dansk registerbaseret studie fra 2024, som omfattede ca. 15.000 patienter med anoreksi, viser fx, at disse personer havde en 46 pct. højere risiko for knoglebrud sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen. Det understreger de alvorlige helbredsmæssige konsekvenser, som sygdommen kan have.⁴¹ Som tidligere beskrevet optræder BED og type 2-diabetes også ofte sammen.²⁰ I rapportens kapitel 4 om de samfundsøkonomiske omkostninger ved sygdommen, medtages på den baggrund osteoporose blandt personer med anoreksi og type 2-diabetes blandt personer med BED for at illustrere, hvordan spiseforstyrrelser kan forårsage og fastholde følgesygdomme. Spiseforstyrrelser rammer fx også tand- og mundsundheden og kan på længere sigt skabe varige tandskader.⁴²

De psykiske og somatiske påvirkninger af spiseforstyrrelser varierer afhængigt af sygdomstype og viser sig forskelligt fra person til person. Dog findes en række sygdomme og følgevirkninger, som hyppigt forekommer på tværs af diagnoser.

Eksempler på hyppige *psykiske* sygdomme (i ikke-prioriteret rækkefølge):

- Angstlidelser⁴³
- Autism⁴⁴
- Depression og nedstemthed⁴³
- PTSD^{45,46}
- Personlighedsforstyrrelser, herunder borderline og evasiv personlighedsforstyrrelse^{47,48}
- Tvangstanker og -handlinger (OCD)⁴⁹
- Neuro-kognitive konsekvenser⁵⁰

Eksempler på hyppige *somatiske* sygdomme (i ikke-prioriteret rækkefølge):

- Osteoporose (knogleskørhed): Langvarig underernæring, især ved anoreksi, nedsætter knoglemasse og øger risikoen for osteoporose og lavenergi frakturer.
- Fertilitet og graviditet: Uregelmæssig menstruation (oligomenore) eller udeblivende menstruation (amenorré), nedsat fertilitet (også mænd) og øget risiko for komplikationer under graviditet.

⁴¹ Søeby, 2024a

⁴² Tandlægeforeningen, 2016

⁴³ Sundhed.dk, 2025a

⁴⁴ Social- og Boligstyrelsen, 2025b

⁴⁵ Brewerton, 2024

⁴⁶ Hübel et al., 2025

⁴⁷ Sansone et al., 2005

⁴⁸ Lilienfeld et al., 2005

⁴⁹ Olsen et al., 2025

⁵⁰ Hemmingsen, 2023

Hvad er prognoserne for at blive helbredt?

- Hjerter- og kredsløbsproblemer: Elektrolytforstyrrelser (fx hypokalæmi), for lav puls og blodtryk samt risiko for arytmier.
- Gastrointestinale komplikationer: Forsinket maveudtømmning, kronisk forstoppelse, reflux, spiserørsbetændelse og i alvorlige tilfælde ruptur af spiserøret.
- Tand- og mundsundhed: Spiseforstyrrelser, men særligt bulimi forårsager syreskader på tandemaljen, hævelse af spytkirtler, nedsat spytsekretion og sår i mundhulen.
- Sukkersyge: Patienter med type-1 diabetes kan udnytte sygdommen til at modvirke overvægt, hvilket er yderst sundhedsskadeligt. Type 2-diabetes er også en følgevirkning, særligt ved BED.
- Endokrine og hormonelle forstyrrelser: Underernæring giver hormonelle forstyrrelser som hypothyroidisme, lavt kønshormon og væksthormonafvigelse, hvilket påvirker vækst, energi og mental funktion.
- Nyre- og elektrolytforstyrrelser: Gentagen opkastning eller brug af afføringsmidler kan medføre alvorlige elektrolytforstyrrelser, nyrepåvirkning og i nogle tilfælde nyresvigt.

At blive rask defineres i psykiatrisk sammenhæng som at være fri af diagnosekriterierne. Dette kaldes også fuld remission. Det betyder dog ikke nødvendigvis, at personen ikke fortsat oplever betydelig psykisk forpinthed, eller at tanker om mad, krop og kontrol er forsvundet. Ved delvis remission er symptomerne tydeligt reduceret. Eksperter konstaterer derfor, at det er svært at opgøre, hvor mange der reelt bliver raske, da det netop afhænger af, hvordan rask defineres.

Generelt peger flere eksperter på, at tidspunktet for, hvornår man rammes af en spiseforstyrrelse ift. alder og livsfase, har stor betydning for sygdomsforløbet. Hvis lidelsen ikke brydes i den tidlige fase, men udvikler sig til en kronisk tilstand, kan det være meget vanskeligt at opnå bedring og medføre lange og gentagne indlæggelser både i somatikken og psykiatrien.

Et nyligt internationalt studie – den hidtil mest omfattende metaanalyse af udfald ved spiseforstyrrelser på tværs af diagnoser – viser, at ca. 42 pct. af patienterne havde anoreksi, 35 pct. bulimi, 17 pct. BED og 5 pct. uspecificerede spiseforstyrrelser, mens knap 15 pct. havde blandede diagnoser.¹²¹² På tværs af alle diagnoser opnåede 46 pct. af patienterne fuld bedring. Børn og unge havde generelt bedre prognoser end voksne. Sygdomsforløbenes længde varierede dog på tværs af patienterne. For lidt over halvdelen (54 pct.) af de patienter, som blev helbredt, varede sygdommen 4-6 år. For ca. en tredjedel af patienterne varede sygdomsforløbet 10 år eller mere. En fjerdedel af patienterne med en spiseforstyrrelse havde kroniske forløb og lever med sygdommen igennem hele livet.

Prognoserne for remission varierer dog betydeligt mellem de forskellige typer af spiseforstyrrelser:

Anoreksi: Hvis der sættes tidligt ind med behandling, og der opnås betydelig bedring inden for de første tolv måneder, er prognosen for helbredelse af anoreksi ifølge eksperter god. Undersøgelser viser, at næsten alle, der er kommet i behandling som børn er blevet raske.⁵¹ Men jo længere tid en person lever med anoreksi, desto mere kronisk og kompleks bliver lidelsen – og desto sværere bliver det at opnå fuld bedring. Ifølge eksperter og undersøgelser bliver ca. 40-50 pct. af dem, der modtager behandling, raske, mens omkring 30 pct. opnår delvis bedring.⁵²

Det gennemsnitlige sygdomsforløb er 3-6 år, men svær anoreksi kan være både længerevarende og tilbagevendende. Det anslås, at 10-20 pct. udvikler et kronisk, langvarigt forløb, dvs. mere end fem års sygdom, med indlæggelser og flere behandlingsforløb bag sig, hvor personerne ofte er ude af stand til at opretholde et normalt arbejdsliv (betegnes også Severe and Enduring Eating Disorders).^{14,52}

⁵¹ Sundhed.dk, 2024b

⁵² Psykiatrifonden, 2025c

Bulimi: Bulimi har en estimeret helbredelsesrate på 50–60 pct., men sygdommen er ofte langvarig, og bliver for 10-15 pct. kronisk.^{16,53} Hurtig adgang til relevant behandling af personer med milde tilfælde af bulimi viser gode chancer for bedring, men også svære sygdomstilfælde kan opnå en næsten normal livskvalitet ved langvarig behandling.¹⁶ Efter fem år er omkring halvdelen blevet raske.⁵³

BED: For BED vurderes prognosen generelt at være bedre; 60–90 pct. oplever reduktion i overspisning ved korrekt behandling.¹⁷ Et internationalt studie af BED fra 2024 viser dog, at lidt under 50 pct. fortsat er diagnosticeret med BED efter fem år, mens henholdsvis ca. 30 pct. og 20 pct. opnår delvis remission og fuld remission. Studiet konkluderer også, at BED bedres gradvist over tid, men at fuld helbredelse kan tage mange år, og at tilbagefald er hyppige.⁵⁴ Forskellen i prognoserne skyldes muligvis, at større retrospektive studier generelt antyder et langvarigt forløb, mens små prospektive studier peger på en kortere varighed.⁵⁴

Et ældre studie viser desuden, at en stor del af personer med BED og overvægt fejlbhandles. Det fandt, at ca. 29 pct. af deltagere i vægtkontrolprogrammer opfyldte kriterierne for BED.⁵⁵ I et nyere studie er andelen betydeligt lavere; mellem ca. 1-7 pct.⁵⁶ Behandles BED-patienter ud fra væggtabsorienterede tilgange, kan det lede til forværring. Det har ikke været muligt at finde data om prognoserne for uspecificerede spiseforstyrrelser.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at det er vanskeligt at drage entydige konklusioner om udfald ved spiseforstyrrelser, da der i litteraturen mangler enighed om definitionerne af recovery (bedring), remission og tilbagefald. Der er samtidig betydelige variationer i de metoder, der anvendes til at vurdere dødelighed og funktionsnedsættelse.⁵⁷ Mens internationale metaanalyser kan give et værdifuldt gennemsnitsbillede, er det nødvendigt at tolke resultaterne med forbehold, da der i de enkelte lande er stor variation i både sundhedssystemer og behandlingspraksis. Ca. halvdelen af de inkluderede studier i det førnævnte metastudie stammer fra Europa, og resultaterne kan derfor ikke uden videre overføres til en dansk kontekst. I Danmark er der begrænset systematisk viden om prognoser og behandlingsudfald, og resultaterne vil naturligt afhænge af både behandlingsadgang, intensitet og kvalitet. Tallene for prognoser skal derfor læses som det bedst mulige aktuelle indblik i den nuværende situation.

Dødelighed

Spiseforstyrrelser er forbundet med øget risiko for dødelighed. I 2024 undersøgte en gruppe forskere dødeligheden for personer med en spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi og uspecificeret spiseforstyrrelse) både samlet og fordelt på årsager. Sammenlignet med personer uden spiseforstyrrelser var dødelighedsraten 3,53 gange højere for personer med en hvilken som helst spiseforstyrrelse, 3,32 gange højere for personer med anoreksi, 2,24 gange højere for personer med bulimi og 4,99 gange højere for personer med uspecificerede spiseforstyrrelser. Selvom bulimi ikke er livstruende i samme grad som anoreksi, ses en højere dødelighed ved psykisk komorbiditet.²⁵

Ifølge forskningen dør ca. halvdelen af personer med anoreksi for tidligt. Heraf dør halvdelen ved selvmord, mens den resterende gruppe dør af følgesygdomme som hjertesvigt grundet langvarig underernæring.⁵¹ Langtidsopfølgninger viser, at 7 pct. og 15–18 pct. af patienter med anoreksi er gået bort efter henholdsvis 10 år og 20–30 år.¹⁴

⁵³ Sundhed.dk, 2024c

⁵⁴ Javaras et al., 2024

⁵⁵ Spitzer et al., 1993

⁵⁶ Vamado et al., 1997

⁵⁷ Miskovic-Wheatley et al., 2023

Det bør bemærkes, at selvom anoreksi betragtes som den mest dødelige spiseforstyrrelse og en af de mest dødelige psykiatriske lidelser, viser studiet, at uspecificerede spiseforstyrrelser har den højeste relative og absolutte dødelighed.⁵⁸ Forskerne mener, at det kan skyldes, at uspecificerede spiseforstyrrelser ofte optræder sammen med andre psykiske lidelser som misbrug, personlighedsforstyrrelser, depression og angst. Den øgede dødelighed skyldes især selvmord, ulykker og andre ikke-kategoriserede årsager. Andre studier viser også, at personer med spiseforstyrrelser fx har fem gange højere risiko for at dø af selvmord og er i øget risiko for selvskade og selvmordsforsøg.^{59,60} Derudover har en ud af fem med en spiseforstyrrelse risiko for at udvikle et misbrug, hvilket øger risikoen for utilsigtet forgiftning og dødsfald.⁶¹

Et dansk studie fra 2024 undersøgte den samlede og årsagsspecifikke dødelighed blandt mænd og kvinder med anoreksi, særligt med fokus på betydningen af psykiatrisk komorbiditet for dødelighedsrisikoen, der trods høj forekomst er underbelyst.⁶² I løbet af en 40-årig opfølgningsperiode blev der observeret en gennemsnitlig 4,5 gange forhøjet dødelighedsrisiko blandt både mænd og kvinder med anoreksi. Men risikoen var dobbelt så høj hos patienter med komorbiditet sammenlignet med patienter uden, og den viste sig endnu højere for yngre patienter, hvor dødeligheden var over fire gange forhøjet. Studiet konkluderede også, at risikoen for selvmord var tre gange højere hos patienter med anoreksi og psykiatrisk komorbiditet sammenlignet med patienter med anoreksi uden komorbiditet. Forskerne peger derfor på et behov for tidlig indsats og specialiseret behandling, hvor der systematisk screenes og behandles for komorbide psykiatriske lidelser parallelt med spiseforstyrrelsen med særligt fokus på de første år efter diagnosen og yngre patientgrupper.

Selvom mænd sjældnere får stillet en spiseforstyrrelsesdiagnose, har de, der diagnosticeres, en markant forhøjet dødelighed: Den samlede dødelighed er fem gange højere både blandt mænd generelt og blandt kvinder med samme lidelse. Det kan skyldes, at spiseforstyrrelser hos mænd opdages sent og først behandles på et mere alvorligt stadie.²⁵

2.5. Spiseforstyrrelser og pårørende

Spiseforstyrrelser rammer pårørende hårdt – især forældre

Spiseforstyrrelser påvirker ikke kun den sygdomsramte, men har ofte omfattende konsekvenser for de nærmeste pårørende som partnere, børn, forældre og søskende. Mange lever med vedvarende bekymring og psykisk belastning og er i risiko for selv at udvikle stress, angst eller depression. Også når der sker en bedring af den sygdomsramte, ser eksperter, at der sker en reaktion blandt pårørende fx i form af stresssymptomer.^{63,64} Eksperter beretter desuden, at familier med børn med spiseforstyrrelser i flere tilfælde oplever, at hverdagslivet og relationerne bryder sammen og leder til brud i familier, fordi sygdommen presser både følelsesmæssige og økonomiske ressourcer til det yderste.

Forældre til børn med spiseforstyrrelser er en vigtig del af behandlingen uanset sygdommens grad. Er barnet fx meget ung og har en mild spiseforstyrrelse, vil det være forældrene og familiearbejde, som er det primære fokus i behandlingen. Det er eksempelvis praksis i ROBUS, der er et gratis tilbud uden henvisning til børn og unge med spiseforstyrrelsesudfordringer i Københavns Kommune. Men eksperter understreger også, at familiens forståelse og støtte helt op til 30-årsalderen har stor betydning i en behandlingsproces.

⁵⁸ Krug et al., 2025

⁵⁹ Yao et al., 2016

⁶⁰ Zerwas et al., 2015

⁶¹ Bahji et al., 2019

⁶² Søeby, 2024b

⁶³ Fox et al., 2017

⁶⁴ Anastasiadou et al., 2014

Søskende i skyggen af spiseforstyrrelsen

Ved alvorligere tilfælde, og hvor barnet har fået stillet en diagnose, er det i Danmark almindelig praksis, at forældrene under vejledning får tildelt ansvaret for at støtte barnet i spisningen og behandlingen i eget hjem. I meget svære sygdomstilfælde medindlægges forældrene. Særligt ved restriktive spiseforstyrrelser kræver behandlingen, at forældrene finder overskud til at konfrontere barnet med det, som det frygter allermost – nemlig maden. Ifølge eksperter oplever mange forældre det som et overgreb i spisesituationer med barnet. Samtidig kan forældrene føle stor skam over, at deres barn ikke trives, og opleve det som stigmatiserende. Følelser som afmagt, frygt og skyld er udbredte i denne situation. Der findes støttetilbud til forældre, og eksperter vurderer, at behovet for støtte i denne proces er meget vigtigt. Alligevel er det ikke en integreret del af den gængse behandlingspraksis. Når der tales om familierapi i forbindelse med børn med spiseforstyrrelser, henviser det derfor typisk til, at forældrene varetager spisestøtten og ikke nødvendigvis, at hele familien deltager i et terapeutisk forløb.

Kvinder, der tidligere har haft en spiseforstyrrelse, oplever også ofte stor bekymring for at videregive sygdommen til deres børn. Bekymringen skyldes især, at forskning har vist en forhøjet genetisk risiko for, at barnet kan udvikle en spiseforstyrrelse (jf. afsnit 2.1).

Både i forskningen og klinisk praksis er søskende til personer med spiseforstyrrelser ofte en overset gruppe.⁶⁵ Alle eksperter fortæller samstemmende, at søskende i høj grad bliver påvirket, og de beskrives som såkaldte ”skyggebørn”. Dvs. børn, der står i skyggen af den sygdomsramte. Flere eksperter peger også på, at søskende er i forhøjet risiko for selv at udvikle en spiseforstyrrelse eller anden psykisk lidelse som reaktion, hvilket afspejler forskning på området.

En systematisk litteraturgennemgang af forskning i, hvordan søskende til et barn eller en ung med en spiseforstyrrelse påvirkes, viser, at søskende har en forhøjet risiko for nedsat livskvalitet, social isolation og øget belastning. Forskningen viser også, at søskende har forhøjede niveauer af psykisk mistrivsel og symptomer relateret til spiseforstyrrelser, men resultaternes karakter og styrke varierer betydeligt på tværs af undersøgelserne.⁶⁵

Det bakkes op af et andet studie, som specifikt afdækker, hvordan anoreksi kan ”smitte” en søskende.⁶⁶ Det fandt, at søskendes egne spisevanskeligheder blev påvirket af at have en søskende med anoreksi gennem følelsesmæssigt belastende måltider, øget fokus på krop og kost samt konstante sammenligninger med den syge søskende. På den baggrund konkluderede studiet, at når en søskende udvikler anoreksi, kan det forstyrre sociale relationer og begrænse adgangen til følelsesmæssig støtte for søskende til den syge, hvilket yderligere øger sårbarheden over for spiseforstyrrelser. Et dansk forskningsstudie dokumenterer, at forekomsten af anoreksi er markant højere i familier med et sygdomstilfælde end i kontrolfamilier, hvor en af de undersøgte risikofaktorer netop omfattede at have en søskende med anoreksi.⁶⁷

Et engelsk forskningsprojekt viser også, at søskende i høj grad påvirkes af de ændringer, familier gennemgår, når der er anoreksi i familien.⁶⁸ Her beskrev søskende, hvordan de undertrykte egne behov og følelser for ikke at belaste andre, og nogle distancerede sig fra familien som en måde at håndtere situationen på. Enkelte kvindelige (ingen mandlige) søskende beskrev også, hvordan det påvirkede deres egen kropsopfattelse og forhold til mad. Generelt følte de, at behandlingssystemet ikke havde taget højde for deres behov, og at de ikke blev inddraget tilstrækkeligt i behandlingsforløbet.

⁶⁵ Maon et al., 2020

⁶⁶ Scutt et al., 2022

⁶⁷ Steinhausen et al., 2015

⁶⁸ Hutchison et al., 2022

	En rapport fra 2025 har undersøgt, hvordan det påvirker danske børn og unge at have en søskende med en alvorlig eller kronisk sygdom eller et handicap.⁶⁹ Den viser bredt set, at de fleste børn har det godt, men samtidig, at børn og unge med syge søskende oftere oplever lavere mental trivsel, stress samt psykiske symptomer som angst og depression. Risikoen er særlig høj, når den syge søskende har nedsat funktionsevne. De unge beskriver desuden ensomhed, bekymringer og et øget ansvar i familien, og mange vælger at tilsidesætte egne behov for at støtte deres forældre eller den syge søskende. Flere oplever at føle sig overset, selvom de har forståelse for familiens situation, hvilket understøtter eksperternes beskrivelser af, at søskende kan blive "skyggebørn". Undersøgelsen viser desuden en negativ påvirkning af trivslen i skolen. Der er dermed klar evidens for, at søskende påvirkes betydeligt, når en søskende er syg med en spiseforstyrrelse. Effekten er særligt veldokumenteret ved anoreksi, og det kan skyldes, at forskningen i de øvrige spiseforstyrrelsesdiagnoser fortsat er begrænset.
Parforholdets dynamikker i mødet med spiseforstyrrelser	Sammenlignet med forældre til børn og unge med spiseforstyrrelser vurderer eksperter, at partnere til voksne med spiseforstyrrelser generelt oplever en mindre belastning og færre trivselsmæssige udfordringer, idet de ikke på samme måde bærer ansvar for behandlingen som forældre til børn med spiseforstyrrelser gør. Men eksperter fortæller også, at partnere kan stå med en oplevelse af at føle sig valgt fra af sin partner til fordel for spiseforstyrrelsen. Omvendt kan partnere være med til at vedligeholde en spiseforstyrrelse. Det ses fx, hvis en person med BED som del af sin behandling opfordres til at spise regelmæssigt og undgå restriktioner omkring "forbudt" mad, mens partneren samtidig antyder, at vægttab er ønskeligt.
Spiseforstyrrelser rammer bredere end de nærmeste pårørende	Ekspert peger desuden på, at fagligt personale, der behandler for spiseforstyrrelser, kan opleve det som psykisk meget belastende at arbejde med især svære spiseforstyrrelser. De peger også på, at venner til personer med spiseforstyrrelser kan blive betydeligt påvirkede.

2.6. Perspektivering og erfaringer fra andre lande

Spiseforstyrrelser er en globalt udbredt sygdomsgruppe	I løbet af de seneste 75 år er bevidstheden og forståelsen af spiseforstyrrelser støt vokset. Hvor forskningen i det 20. århundrede primært fokuserede på unge kvinder fra højindkomstlande i Nordamerika, Vesteuropa og andre lande med store vestlige, kaukasiske befolkningsgrupper, er perspektivet siden blevet markant udvidet. I det 21. århundrede har forskningen fået en bredere forståelse af spiseforstyrrelses udbredelse og belastning på tværs af befolkninger verden over. Der ses både fælles og kulturelt særegne træk ved spiseforstyrrelser – såvel når det gælder risikofaktorer som kliniske udtryk – i spiseforstyrrelser på tværs af lande og kulturer.⁷⁰ På verdensplan anslås det, at omkring 70 mio. mennesker lever med en spiseforstyrrelse.⁷¹ En række studier har opgjort prævalenser⁷² af spiseforstyrrelser. En større forskningsgennemgang fra 2019 undersøgte fx prævalenser for spiseforstyrrelser på baggrund af 94 studier med præcise diagnoser og 27 studier med bredere, mere inkluderende diagnosekategorier.⁷³ I de 94 studier med præcise diagnoser var de vægtede gennemsnit for livstidsprævalens af spiseforstyrrelser 8,4 pct. for kvinder og 2,2 pct. for mænd.
---	--

⁶⁹ Michelsen et al., 2025

⁷⁰ Kokaze et al., 2024

⁷¹ World Population Review, 2025

⁷² Livstidsprævalens angiver andelen af personer i en befolkning, der på et eller andet tidspunkt i deres liv har haft sygdommen – uanset om de stadig er syge. B) 12-måneders prævalens er andelen af personer, der har haft sygdommen inden for de seneste 12 måneder. Bruges til at vurdere den aktuelle byrde i et givent år, som i nærværende studie. Punktprævalens: Andelen af personer, der har sygdommen på et specifikt tidspunkt (fx en bestemt dag eller måned). Viser det øjeblikbillede af, hvor mange der aktuelt er syge.

⁷³ Galmiche et al., 2019

12-måneders prævalensen var 2,2 pct. for kvinder og 0,7 pct. for mænd, mens punktprævalensen var 5,7 pct. for kvinder og 2,2 pct. for mænd. På tværs af kontinenter var punktprævalenserne 4,6 pct. i Amerika, 2,2 pct. i Europa og 3,5 pct. i Asien.

I de 27 studier med bredere diagnosekriterier var den samlede punktprævalens af alle spiseforstyrrelser 19,4 pct. for kvinder og 13,8 pct. for mænd, dvs. betydeligt højere. Desuden steg de vægtede gennemsnit for punktprævalens fra 3,5 pct. i perioden 2000–2006 til 7,8 pct. i perioden 2013–2018.

Samlet viser studiet, at spiseforstyrrelser er meget udbredte på verdensplan, især blandt kvinder, og at sygdommen udgør en reel udfordring for folkesundheden og sundhedsvæsenet. Studiet bekræfter også, at den højeste prævalens ses blandt uspecificerede spiseforstyrrelser (EDNOS), efterfulgt af BED, bulimi og anoreksi (baseret på DSM-5). Forskerne fremhæver endvidere, at spiseforstyrrelser er udbredte blandt unge, primært på grund af den tidlige debut af anoreksi, mens de højeste prævalensstal faktisk rapporteres hos voksne som følge af langvarige lidelser fra ungdomsårene kombineret med nye lidelser opstået i voksenalderen. I tråd med eksperternes vurderinger i denne rapport dokumenterer studiet desuden, at anoreksi og bulimi rammer stadig flest kvinder, men forskellen mellem mænd og kvinder er blevet mindre, fordi antallet af mænd med sygdommene er steget relativt set.

Et andet studie fra 2021 analyserede på lignende vis prævalensrater på tværs af forskningen på området og fandt, at den samlede livstids- og 12-måneders prævalens for spiseforstyrrelser var henholdsvis 0,9 pct. og 0,43 pct. på tværs af køn.⁷⁴ Ligesom det andet studie pointerer dette studie også, at mange af de undersøgte opgørelser kun inkluderer de "klassiske" typer af spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi, hvor prævalensen er relativt lavere end for andre typer. Når forskerne analyserede den samlede livstids- og 12-måneders prævalens for undergruppen af spiseforstyrrelser med bredere diagnosekriterier, var andelen henholdsvis 1,69 pct. og 0,72 pct. Disse tal var dermed mere end 1,5 gange så høje som prævalensen for spiseforstyrrelser i hele datasættet. Livstidsprævalensen for anoreksi, bulimi og BED blev opgjort til henholdsvis 0,16 pct., 0,63 pct. og 1,53 pct. Studiet viste også, at livstidsprævalensen i vestlige lande var 1,89 pct., men 2,58 pct. for kvinder.

Begge studier indikerer dermed, at forekomsten af spiseforstyrrelser sandsynligvis er undervurderet, da ikke alle typer er medtaget i størstedelen af epidemiologiske undersøgelser. Samtidig viser prævalensraterne for de nyere og bredere typer af spiseforstyrrelser sig at være højere, hvilket understreger, at spiseforstyrrelser udgør en stigende global udfordring for folkesundheden.

Internationale beregninger af spiseforstyrrelsers omkostninger

Analyser fra Norge og USA dokumenterer betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser af spiseforstyrrelser. Selvom metoderne varierer, er der enighed om, at tidligt tilgængelige støtteordninger er afgørende for at reducere både de menneskelige og økonomiske omkostninger. Det skal her bemærkes, at rapporterne opgør populationen på baggrund af metastudier af prævalenser i befolkningen, mens denne rapport bygger på registerdata og dermed ikke inkluderer mørketal, men kun personer med en spiseforstyrrelsesdiagnose.

Erfaringer fra Norge

I Norge har Menon Economics i 2022 estimeret, at omkring 88.000 personer lever med en spiseforstyrrelse, svarende til ca. 1,7 pct. af befolkningen. Rapporten peger dog på et betydeligt mørketal, idet kun ca. 30 pct. af personer med anoreksi og 6 pct. af personer med bulimi behandles offentligt, mens andelen, der modtager offentlig behandling for BED og uspecificerede spiseforstyrrelser formodes endnu lavere.

De samlede årlige samfundsøkonomiske omkostninger relateret til spiseforstyrrelser anslås til 26 mia. norske kr. Heraf udgør sygdomsbyrden – defineret som tab af livskvalitet og dødelighed – 59 pct., produktionstab 26 pct. og udgifter til sundhedsvæsenet 15 pct.

⁷⁴ Qian et al., 2021

Erfaringer fra USA

Anoreksi står for ca. to tredjedele af de offentlige sundhedsudgifter, men udgør kun 14 pct. af den samlede sygdomsbyrde. Uspecificerede spiseforstyrrelser bidrager omvendt med næsten halvdelen af sygdomsbyrden, efterfulgt af BED og bulimi med henholdsvis 20 pct. og 18 pct.

En central pointe i analysen er, at hele 98 pct. af de offentlige ressourcer anvendes i specialhelsetjenesten, hvilket i en dansk kontekst er sygehusvæsenet. Det betyder, at der kun i begrænset omfang findes offentlige tilgængelige støtteordninger for personer med spiseforstyrrelser. Det skaber et behandlingsvakuum, som i praksis udfyldes af private aktører og NGO'er, der tilbyder rådgivning og støtte.

Analysen konkluderer, at det samfundsøkonomiske potentiale ved forebyggelse af spiseforstyrrelser er markant, endda selvom kun de direkte omkostninger er medregnet. For en gennemsnitspatient med et sygdomsforløb på seks år vurderes den økonomiske værdi af forebyggelse til 1,8 mio. norske kr. For en voksen med en svær spiseforstyrrelse, der modtager behandling i 2–3 år, herunder indlæggelse, er potentialet 3,9 mio. norske kr. Det tilsvarende beløb for børn og unge med alvorlige forløb er endnu højere og anslås til 5,5 mio. norske kr.⁷⁵

I USA har Deloitte Access Economics i 2020 gennemført en analyse af de samfundsøkonomiske omkostninger ved spiseforstyrrelser i 2018-19.⁷⁵ Rapporten anslår, at mere end 28,8 mio. nulevende amerikanere vil blive ramt af en spiseforstyrrelse i løbet af deres liv. Den årlige prævalens i befolkningen estimeres til 1,66 pct., svarende til 5,48 mio. personer.

De samlede omkostninger beregnes i studiet ved at gange prævalensen med de gennemsnitlige meromkostninger for personer med spiseforstyrrelser på tværs af en række komponenter. Beregningen omfattede de finansielle omkostninger i sundhedssystemet (hospitalsbehandling, behandlingsinstitutioner, praktiserende læger og øvrige sundhedsydelser) samt produktivetsomkostninger som følge af reduceret deltagelse på arbejdsmarkedet, nedsat produktivitet, tab af fremtidig indkomst ved for tidlig død og værdien af uformel omsorg fra pårørende. Hertil kom andre samfundsøkonomiske omkostninger som overførselsudgifter og tilhørende effektivitets- eller velfærdstab. Derudover blev der foretaget en værdisætning af reduceret trivsel blandt personer med spiseforstyrrelser.

Rapporten opgør de samlede økonomiske omkostninger ved spiseforstyrrelser til 64,7 mia. dollars, hvilket svarer til 11.808 dollars pr. person med en spiseforstyrrelse. Produktivitetstab udgør den største andel af omkostningerne (75 pct.), efterfulgt af uformel omsorg (10 pct.), effektivitetstab (7 pct.) og sundhedsudgifter (7 pct.). Ud over de økonomiske omkostninger medfører spiseforstyrrelser et betydeligt tab af livskvalitet, der estimeres til 326,5 mia. dollars. Dertil kommer omkring 10.200 årlige dødsfald relateret til spiseforstyrrelser.

Rapporten konkluderer, at forebyggelse kan mindske sygdomsbyrden og forbedre livskvalitet betydeligt – og dermed også reducere de samfundsøkonomiske udgifter. Den fremhæver såkaldt ”stepped care” og ”integrated care” som best practice-modeller. Stepped care reducerer symptomer for den sygdomsramte og belastningen for pårørende, mens integrated care tilbyder helhedsorienteret støtte via tværfaglige teams.

⁷⁵ Deloitte Access Economics, 2020

3. Rapportens analytiske ramme

Rapporten bygger på en samlet analytisk ramme, der kombinerer registerdata, eksisterende litteratur, ekspertinterviews og praksisnære erfaringer. Formålet er at skabe et helhedsorienteret og transparent billede af spiseforstyrrelsers udbredelse, kompleksitet og samfundsøkonomiske konsekvenser samt at tydeliggøre, hvilke data og antagelser beregningerne hviler på.

Med dette udgangspunkt beskrives først den population, der indgår i analysen, herunder afgrænsninger og datagrundlag. Dernæst redegøres for den metodiske tilgang til den samfundsøkonomiske analyse, inklusive den kvantitative dataindsamling og omkostningstyperne. Herefter beskrives de kvalitative (beskrivende) data, der primært er indsamlet gennem interviews, samt et dokumentstudie, der nuancerer og validerer resultaterne. Tilsammen udgør disse elementer fundamentet for rapportens beregninger, scenarier og anbefalede løftestænger. En detaljeret metodebeskrivelse findes i kapitel 8.

3.1. Beskrivelse af populationerne i fokus

Målgruppen og diagnosekriterier	I analysen afgrænses den primære målgruppe – også kaldet den primære population - til at være personer bosiddende i Danmark, der i 2023 har modtaget behandling i sygehusvæsenet som følge af anoreksi, bulimi, BED eller en uspecificeret spiseforstyrrelse. Målgruppen er i analysen identificeret ved hjælp af individdata fra Danmarks Statistiks grundregistre og herunder særligt Landspatientregisteret (LPR). Målgruppen omfatter derfor udelukkende diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser. I Danmark diagnosticeres spiseforstyrrelser primært med udgangspunkt i ICD-10-diagnosesystemet. Tabel 1 viser, hvordan LPR-koderne er grupperet under de fire spiseforstyrrelsesdiagnoser, som indgår i rapportens analyse. ⁷⁶		
	Tabel 1: Kategorisering af spiseforstyrrelsesdiagnoser i rapporten		
	Rapportens kategorisering	Landspatient-register	Spiseforstyrrelsestype
	Anoreksi	DF500	Nervøs spisevægring
		DF501	Atypisk nervøs spisevægring
	Bulimi	DF502	Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed
		DF503	Atypisk nervøs spiseanfaldstilbøjelighed
	BED (tvangsoverspisning)	DF508A	Tvangsoverspisning (BED)
	Spiseforstyrrelse uspecificeret	DF504	Trøstespisning
		DF505	Opkastning forbundet med anden psykisk forstyrrelse
		DF508	Anden spiseforstyrrelse
		DF509	Spiseforstyrrelse UNS

⁷⁶ Før BED blev anerkendt i ICD-11 i 2022 fandtes der ikke en dedikeret diagnosekategori for BED. Personer med BED blev derfor ofte placeret under “uspecificeret spiseforstyrrelse” eller andre kategorier i ICD-10. Det betyder, at nogle patienter, som nu vil modtage en BED-diagnose, tidligere kan være blevet fejlklassificeret, hvilket påvirker både registrering, forskning og klinisk vurdering af lidelsens forekomst og forløb. Selvom det i 2023 var muligt at registrere patienter med BED, er dog muligt, at der grundet denne tidligere praksis kan være støj i data.

Brugen af registerdata giver sikker viden om personer med en diagnose

LPR er den primære datakilde til oplysninger om målgruppens sygdom og kontakt med sundhedssystemet (jf. afsnit 3.2.1). Men derudover er en lang række andre grundregistre fra Danmarks Statistiks Forskningsservice kilde til oplysninger om målgruppens og deres pårørendes socioøkonomiske og demografiske karakteristika. Det betyder, at opgørelsen af målgruppens størrelse og beskrivelsen af dens karakteristika i denne analyse er præcis og veldokumenteret. Det gælder fx målgruppens kontakt med sundhedsvæsen samt uddannelsessystem og arbejdsmarked – eller fravær af samme, og dermed også vurderingen af de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med sygdommen.

Mange af de tal, der ofte anvendes i forskning og den offentlige debat er ikke baseret på individdata. Typisk anvendes prævalensstudier, der også inkluderer et skøn over mørketallet. Prævalensstudier giver – i modsætning til de individdatabaserede analyser, hvor kun faktisk diagnosticerede tilfælde er inkluderet – et bredere, men også mere usikkert billede af sygdommens samlede forekomst.

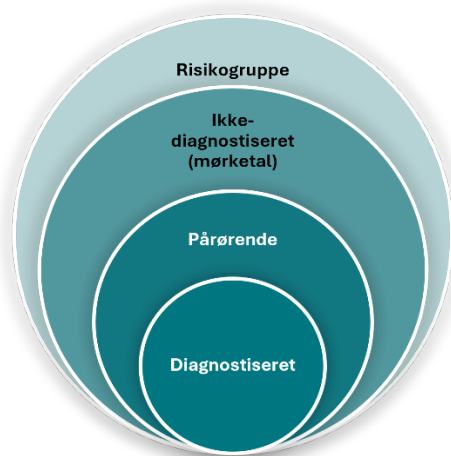
Prævalensstudier er den mest udbredte metode til vurdering af populationens størrelse i lande, hvor man ikke – i modsætning til Danmark – har adgang til registerdata på individniveau. Registerdataanalyser er forbundet med relativt sikre og valide resultater. Dette skyldes, at det er faktiske oplysninger om individuelle personers karakteristika og adfærd, der anvendes i analyserne. Dermed er rapportens analyseresultater om personer, som er diagnosticeret med en spiseforstyrrelse, også relativt sikre.

For analyseresultater om mørketallet, dvs. de ikke-diagnosticerede personer, som ikke optræder i registrene, vil der – som tilfældet er ved prævalensstudier – være en relativt større usikkerhed tilknyttet. Her anlægger rapporten en konservativ tilgang i vurderingerne af omkostninger og gevinster. Dette betyder, at Deloitte har taget metodiske valg, der generelt vil undervurdere de reelle omkostninger og gevinster. Fx er det i mange tilfælde metodisk vanskeligt at medregne hele mørketallet, da denne gruppe formodes at rumme en relativt høj andel med milde til moderate spiseforstyrrelser. Omvendt formodes det, at personer med en registreret diagnose i højere grad har moderate til svære lidelser, hvilket netop kan have ført til en diagnosticering i forbindelse med, at de har opsøgt hjælp til behandling i offentligt regi.

Figur 2 viser sammenhængen mellem de fire populationer, der indgår i rapporten, mens Tabel 2 beskriver de forskellige populationsgrupper i nærmere detalje. I afsnit 3.2. beskrives det, hvordan omkostningerne er opgjort.

Sammenhængen mellem de fire populationer i rapporten

Figur 2: Populationsgrupperne



Kilde: Deloitte, 2025.

Tabel 2: Beskrivelse af de populationsgrupper, der indgår i rapportens forskellige analyser

Population	Begrundelse	Fokus i analysen
Personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse	Rapportens fokus.	Primære fokus for rapportens beregninger og konklusioner. Udgør datagrundlaget i omkostningsanalyserne samt fokus i ekspertinterviews.
Pårørende i form af forældre til et barn eller en ung (v. 0-17 år) med en spiseforstyrrelse eller den diagnosticeredes partner (v. 18+)	Nærmeste pårørende bærer betydelige dokumenterede omkostninger.	Sekundære fokus for rapportens beregninger og konklusioner. Udgør datagrundlaget i omkostningsanalyserne ift. indirekte omkostninger samt fokus i ekspertinterviews.
Ikke-diagnosticerede personer med en spiseforstyrrelse (mørketallet)	Personer, der lever med symptomer på en spiseforstyrrelse, men som ikke har fået stillet en formel diagnose af sundhedsvæsenet.	Personer med en spiseforstyrrelse, som ikke er diagnosticeret, indgår ikke i analysens omkostnings-beregninger. Gruppen diskuteres indledningsvist og særskilt i kapitel 5.
Personer i risikogruppen	Børn, unge og voksne med risikofaktorer for at udvikle en spiseforstyrrelse.	Personer med formodet eller dokumenteret øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse, indgår ikke i analysens omkostnings-beregninger, men diskuteres indledningsvist og særligt i relation til potentialerne ved forebyggelse i kapitel 6.

3.2. Den metodiske tilgang til analysen

Datagrundlag og tilgang	Analysen tager afsæt i en kombination af kvantitative og kvalitative data. Udgangspunktet er individdata fra Danmarks Statistiks grundregistre, der er tilgået og analyseret gennem Danmarks Statistiks Forskningsservice. Registerdata er kombineret med andre sekundære datakilder fra offentligt tilgængelige databaser, fx Statistikbanken, samt et dokumentstudie (et desktopstudie) af videnskabelige artikler, konsulentrapporter, artikler, presseudgivelser og information fra relevante hjemmesider. Endeligt er der foretaget en primær dataindsamling i form af 12 semistrukturerede interviews med et bredt felt af eksperter, der qua deres faglighed eller roller har særlig indsigt i området. Analysen tager afsæt i Finansministeriets gældende retningslinjer for samfundsøkonomiske konsekvensvurderinger. Formålet med analysen er således at belyse både de direkte og indirekte omkostninger ved spiseforstyrrelser samt de potentielle gevinster ved investering i en tidlig indsats.
--------------------------------	--

3.2.1. Kvantitativ dataindsamling og omkostningstyper

Indledning	Grundlæggende kan omkostningerne forbundet med spiseforstyrrelser inddeles i tre kategorier, jf. Tabel 3. For at få et så detaljeret billede som muligt af de direkte og indirekte omkostninger ved spiseforstyrrelser, og for at forstå, hvad der driver disse omkostninger, er de vurderet ud fra to metodiske tilgange: • <i>Top-down</i>: De nationale, regionale og kommunale sundhedsudgifter bruges til at estimere omkostningerne relateret til spiseforstyrrelser. • <i>Bottom-up</i>: Registerdata om individuelle behandlingsforløb aggregeres til populationsniveau. Alle beløb i tabeller og figurer er afrundet til nærmeste tusinde eller millioner kroner, medmindre andet er angivet. Afrundinger kan medføre mindre afvigelser i totalen.
-------------------	--

Tabel 3: Oversigt over opgørelse af omkostninger

Omkostningstype	Definition	Eksempler på omkostninger	Datakilder
Sundhedsudgifter <i>De direkte omkostninger som følge af sygdommen</i>	Udgifter forbundet med forebyggelse, behandling og pleje af personer med spiseforstyrrelser.	Direkte omkostninger omfatter udgifter, som det offentlige afholder for at forebygge, diagnosticere, behandle og afhjælpe følgevirkningerne af spiseforstyrrelser. Udgifter, som det offentlige afholder i privat regi, indgår også. I analysen indgår primært omkostninger forbundet med behandling i sygehusvæsenet herunder indlæggelse og ambulante kontakter. Omkostninger til almen praksis og speciallæger under sygesikringen er analyseret, men udeladt. Dels fordi beløbet er relativt lille (18,5 mio. kr. i 2023). Dels fordi, at det på det foreliggende datagrundlag ikke kan vurderes, hvor stor en del af omkostningerne i almen praksis mv., der skyldes spiseforstyrrelser.	Danmarks Statistiks grundregistre tilgået gennem Danmarks Statistiks Forskningsservice, herunder Landpatientregisteret inkl. DRG-registeret, ⁷⁷ og en række registre om populationens socioøkonomisk og demografiske karakteristika.
Indirekte omkostninger <i>Følgevirkninger af sygdommen for den syge og de nærmeste pårørende</i>	Økonomiske tab som følge af reduceret produktivitet og arbejdsdeltagelse hos personer med spiseforstyrrelser samt nærmeste pårørende (børn, forældre, ægtefælle/partner).	Tabt arbejdsfortjeneste, langtidssygefravær, nedsat arbejdsevne, reduceret uddannelsesprogression, tidlig udtræden fra arbejdsmarkedet samt tidlig død.	
Afledte økonomiske konsekvenser <i>Konsekvenser af sygdommen for tredjepart</i>	Omkostninger ved spiseforstyrrelser for samfundet generelt, herunder tab af velfærd og nytte.	Øgede udgifter til indkomsterstattende og/eller sociale ydelser, reducerede skatteindtægter og reduceret produktivitet og værdiskabelse samt livskvalitet.	

3.2.2. Kvalitativ dataindsamling

Formål	For at supplere den kvantitative analyse og sikre en dybere forståelse af spiseforstyrrelsers kompleksitet og konsekvenser, er der gennemført en kvalitativ dataindsamling. Formålet har været at indsamle praksisnære perspektiver, faglige vurderinger og erfaringer fra aktører, der arbejder med spiseforstyrrelser i forskellige kontekster.
---------------	---

⁷⁷ DRG-takster (Diagnose Relaterede Grupper) er et system, der grupperer patienter og behandlinger med henblik på at beregne de gennemsnitlige omkostninger forbundet med forskellige sundhedsydelser. DRG-taksterne bruges til afregning mellem sundhedssystemets aktører og til den økonomiske styring af området.

Ekspertinterviews

Der er gennemført 12 semistrukturerede interviews af ca. en times varighed med fageksperter, samt et skriftligt interview. Interviewene er afviklet af Deloitte, mens spørgerammen er udviklet i samarbejde med Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, som også har bidraget med forslag til relevante eksperter.

Ekspertgruppen er sammensat med henblik på bred faglig og organisatorisk repræsentation og omfatter aktører fra det offentlige sundhedsvæsen, private behandlingssteder, forskningsmiljøer og civilsamfundsorganisationer. Der er lagt vægt på at sikre en bred og nuanceret dækning med fokus på samfundsøkonomiske konsekvenser ift. de fire spiseforstyrrelsestyper, der indgår i analysen samt de forskellige aldersgrupper, køn og påvirkning af pårørende.

Derudover er der gjort en indsats for at indsamle viden om mørketal og forventet potentiale ved forebyggelse. Alle eksperter har desuden bidraget med inspiration til rapportens anbefalede løftestænger.

Udover interviews har der været skriftlig kontakt med flere fagpersoner og organisationer for at kvalificere specifikke emner.

3.2.3. Dokumentstudie**Desktopstudie**

Der er gennemført et omfattende desktopstudie som led i udførslen af rapporten. Her er der indsamlet og analyseret eksisterende materiale, herunder forskningsrapporter, konsulentrapporter, artikler, presseudgivelser og information fra relevante hjemmesider.

Flere af de interviewede eksperter har bidraget med skriftligt materiale, herunder interne notater og rapporter. Enkelte datapunkter har ikke kunnet anvendes direkte i rapporten grundet fortrolighed, men har været med til at validere analysens antagelser og konklusioner.

3.3. Afgrænsninger og bemærkninger**Afgrænsning af rapporten og perspektiver på opfølgende analyser**

Rapportens fokus på de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med spiseforstyrrelser i 2023 giver et indblik i én dimension af spiseforstyrrelsesområdet samlede udfordringer. Den samlede belastning og de afledte effekter kan dog ikke fuldt ud indfanges inden for denne analyses afgrænsning. En mere omfattende opgørelse vil kræve et større og bredere anlagt projekt, hvor fx komorbiditet og følgesygdomme, livsløbsperspektiver og tværsektorielle konsekvenser indgår.

Inden for analysens tids- og ressourcemæssige ramme er der således foretaget en række afgrænsninger og metodiske valg. Disse fremgår nedenfor.

3.3.1. Afgrænsninger**Populationernes afgrænsning**

Spiseforstyrrelser påvirker et bredt netværk ud over de nærmeste pårørende; fra venner og kolleger til bedsteforældre og professionelle omsorgsgivere. Af hensyn til datakvalitet og ressourcestyring inkluderer analysen kun de primære familiære relationer (forældre og partner til henholdsvis et barn og en voksen med en spiseforstyrrelse). I et fremtidigt studie vil man med fordel kunne medtage søskende, børn og eventuelt andre relationer. Eksperter har især peget på professionelle omsorgsgivere som en væsentlig gruppe.

Omkostningsmæssig afgrænsning

Der er ikke inkluderet omkostninger fra almen praksis i rapporten, da det ikke var muligt at tilskrive andelen af besøg, der skyldtes spiseforstyrrelser. Kontakter med sygehusvæsenet omfatter derfor alene ambulante kontakter eller indlæggelser. Hertil kommer, at offentlig støtte til psykolog, diætist mv. heller ikke er inkluderet, medmindre disse ydelser indgår som en del af et sygehusforløb.

Geografisk afgrænsning	Analysen fokuserer udelukkende på spiseforstyrrelserns konsekvenser i Danmark. Resultaterne kan derfor ikke direkte overføres til andre lande.
Tidsmæssige afgrænsninger	Rapporten belyser, hvad spiseforstyrrelser kostede det danske samfund i 2023. Spiseforstyrrelser kan dog føre til øget forekomst inden for andre sygdomsområder på et senere tidspunkt, hvilket vil øge offentlige udgifter. I denne analyse fokuseres der kun på omfanget af sammenhængende sygdomme registreret i kalenderåret 2023. Herved menes, at der ved kategorisering af sygehusindlæggelser kun medtages indlæggelser, som er påbegyndt i 2023. Derefter medregnes deres fulde indlæggelsestid, også selvom udskrivelsen sker efter år 2023. På samme måde er sygehusindlæggelser, der er påbegyndt inden 2023, men som fortsætter i 2023, ikke medregnet i antal indlæggelser, varighed af indlæggelser eller i omkostninger for 2023.
Mørketal	Der eksisterer et betydeligt antal personer med ikke-diagnosticerede spiseforstyrrelser. Disse personer indgår ikke i omkostningsberegningerne baseret på registerdata, hvilket medfører en undervurdering af de samlede opgjorte omkostninger.

3.3.2. Bemærkninger

Kausalitet ved diagnosticering	Ved identifikation af personer diagnosticeret med spiseforstyrrelser bruges deres tilskrevne diagnosekode angivet ved patientkontakt med sundhedsvæsenet. Grundet høj forekomst af komorbiditet (samtidig forekomst af andre lidelser) blandt personer med spiseforstyrrelser er det dog i nogle tilfælde usikkert, om en given kontakt med sygehusvæsenet skyldes en spiseforstyrrelse eller en anden diagnose. Usikkerheden reduceres ved at identificere personer med spiseforstyrrelser på baggrund af både aktions- og tillægsdiagnoser.
Kausalitet ved komorbiditet	Det kan være vanskeligt at fastslå en kausal sammenhæng mellem en spiseforstyrrelse og visse omkostninger, da komorbiditet er hyppig. Analysen tager i nogen grad højde for dette ved at inddrage viden fra tidligere studier, men en fuldstændig isolation af spiseforstyrrelsens specifikke omkostninger er vanskelig.
Bemærkning om faglighed og sprogbrug	Rapporten er udarbejdet af konsulenter med økonomisk og samfundsvidenskabelig baggrund. Deloitte har bestræbt sig på at anvende korrekte lægefaglige begreber og på at udvise størst mulig sensitivitet i behandlingen af emnet. Der kan derfor være tilfælde, hvor personer med sundheds- eller kliniskfaglig indsigt ville have valgt en anden faglig vinkling eller formulering.

4. De samfundsøkonomiske omkostninger ved spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er forbundet med væsentlige samfundsøkonomiske og personlige omkostninger. De samlede omkostninger relateret til de ca. 5.000 diagnosticerede personer og deres pårørende vurderes i 2023 at være ca. 1,4 mia. kr. Det er mere end en kvart million per diagnosticeret person – alene på ét år. Resultatet vidner om et behov for investering i en tidlig indsats og mere effektiv behandling på området, som kan reducere de langsigtede udgifter.

Kapitlet giver et helhedsorienteret billede af sygdommens økonomiske konsekvenser for det danske samfund. Først afdækkes den danske population af personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse i 2023. Med udgangspunkt i denne population belyses dernæst de samlede sundhedssydelser, herunder sygehuskontakter i form af ambulante besøg og indlæggelsesophold, og de dertilhørende direkte omkostninger i sundhedsvæsenet. Afslutningsvis beskrives og vurderes både de indirekte samt bredere samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med sygdommen.

4.1. Hovedkonklusioner

Omkostninger for personer med en spiseforstyrrelse og deres pårørende i 2023 (mio. kr.)⁷⁸

Personer med en spiseforstyrrelse	Børn: 1.434	Voksne: 3.580	Samlet: 5.014
Sundhedsudgifter	122	282	404
Anoreksi	100	171	271
Bulimi	2	34	37
BED	0	7	7
Uspecificerede spiseforstyrrelser	20	69	89
Indirekte omkostninger	30	130	160
Anoreksi	-	63	63
Bulimi	-	22	22
BED	-	7	7
Uspecificerede spiseforstyrrelser	-	37	37
Afledte økonomiske konsekvenser	160	485	645
Anoreksi	112	207	319
Bulimi	6	88	94
BED	1	30	31
Uspecificerede spiseforstyrrelser	40	161	201
Pårørende	Forældre: 1.418;1.372	Partnere: 388	Samlet: 3.178
Tabt produktivitet	136	NA	136
Alternativomkostninger ved uformel pleje	NA	18	18
Samlede samfundsøkonomiske omkostninger	448	914	1.362

⁷⁸ NA angiver, at data ikke er tilgængelige, hvilket skyldes, at populationen er for lille. Et "-" angiver, at omkostningerne ikke kan opgøres for diagnosen.

4.2. Eksperternes perspektiver

Spiseforstyrrelser er en omkostningstung sygdom – især anoreksi

Ifølge eksperter er spiseforstyrrelser blandt de mest omkostningstunge psykiatriske lidelser. Det skyldes sygdommens komplekse og langvarige karakter, som kræver omfattende og specialiserede indsatser.

Særligt anoreksi fremhæves som den mest ressourcekrævende spiseforstyrrelse og som en af de dyreste psykiatriske diagnoser overhovedet. De høje omkostninger relaterer sig blandt andet til behov for indlæggelse og lange ambulante forløb, botilbud, måltidsstøtte, hyppige lægebesøg og generelt langvarige behandlingsforløb. Derudover har mange med anoreksi svært ved at varetage uddannelse og arbejde, hvilket yderligere forstærker de samfundsøkonomiske konsekvenser. Selv når uddannelse gennemføres, kan det være vanskeligt at fastholde tilknytningen til arbejdsmarkedet, hvis sygdommen ikke aftager. For børn og unge under uddannelse med en diagnosticeret spiseforstyrrelse anbefales det ofte at tage orlov for at kunne fokusere på behandling.

Når det gælder spiseforstyrrelser med overspisningsproblematikker, ser billedet anderledes ud, idet voksne personer med bulimi eller BED ses at have en relativt bedre arbejdsmarkedstilknytning. Eksperterne fremhæver også en gruppe af meget målrettede og højt præsterende kvinder, ofte med en perfektionistisk karakter, der trods sygdommen klarer sig bedre end gennemsnittet af befolkningen. De kan i nogle tilfælde lykkes med at opretholde en høj funktionsevne, men på bekostning af deres trivsel og med personlige omkostninger. Det er derfor ikke en tilstand, som kan opretholdes over længere tid.

Der er ifølge eksperterne også økonomiske omkostninger relateret til de nærmeste pårørende fx i form af tabt arbejdsfortjeneste. Det gælder især for forældre til børn med en spiseforstyrrelse, da det er udbredt praksis, at der opfordres til, at den ene forælder tager orlov for at kunne varetage behandling af barnet i eget hjem. Dette afspejler sig også i rapportens økonomiske beregninger.

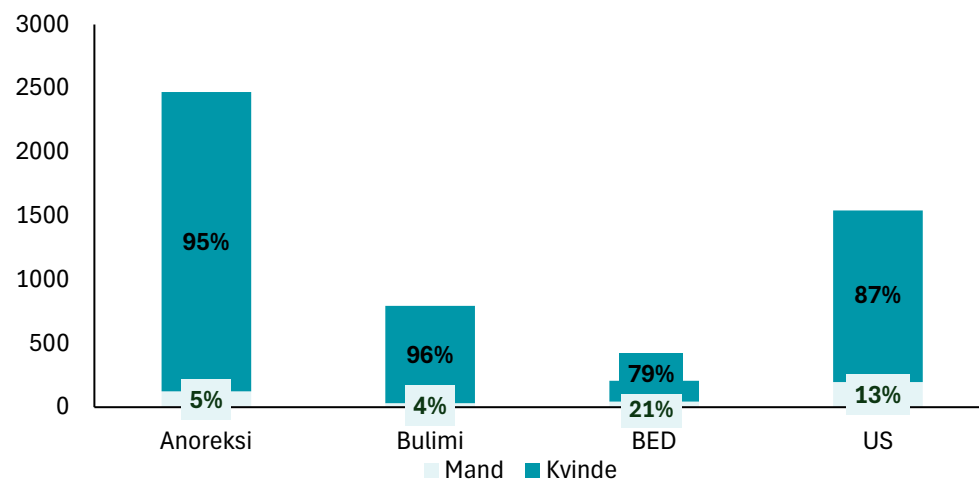
4.3. Personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse i 2023

Ca. 5.000 personer var i behandling for en spiseforstyrrelse i 2023

Populationen består af borgere bosiddende i Danmark, som i 2023 har fået diagnosticeret eller er i behandling for en spiseforstyrrelse i Danmark. Populationen består af lige over 5.000 mennesker. Størstedelen er kvinder, specielt for sygdommene anoreksi og bulimi, hvor omtrent 95 pct. af personerne er kvinder jf. Figur 3.

Det er hovedsageligt kvinder, som diagnosticeres med en spiseforstyrrelse

Figur 3: Fordeling af spiseforstyrrelse på køn, 2023



Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Spiseforstyrrelser hos børn og voksne	Fordeles spiseforstyrrelserne på voksne (18+) og børn (0-17 år) ses det, at børn primært lider af anoreksi og uspecificerede spiseforstyrrelser. Specielt er der en relativ overvægt af børn med anoreksi ift. voksne, hvis man tager højde for det samlede antal børn og voksne med spiseforstyrrelser værende henholdsvis 1.434 og 3.580. For anoreksi er der ca. 1,7 flere voksne end børn med diagnosen i 2023. Dette er i stor kontrast til de 25 gange flere voksne end børn diagnosticeret med BED.																																										
Anoreksi forekommer hyppigt blandt børn, mens BED er særligt udbredt blandt voksne	Figur 4: Fordeling af spiseforstyrrelse efter aldersgruppe, 2023 <table><tr><th>Spiseforstyrrelse</th><th>Voksen</th><th>Barn</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>1549</td><td>921</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>737</td><td>57</td></tr><tr><td>BED</td><td>200</td><td>8</td></tr><tr><td>US</td><td>1094</td><td>448</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Spiseforstyrrelse	Voksen	Barn	Anoreksi	1549	921	Bulimi	737	57	BED	200	8	US	1094	448																											
Spiseforstyrrelse	Voksen	Barn																																									
Anoreksi	1549	921																																									
Bulimi	737	57																																									
BED	200	8																																									
US	1094	448																																									
Spiseforstyrrelser fordelt på aldersgrupper	Figur 4 viser fordelingen af spiseforstyrrelser på tværs af aldersgrupper. Data tegner et tydeligt billede af en sygdom, der oftest diagnosticeres og behandles i midt-teenagealderen og derefter i mindre grad i tyverne og trediverne. Grafen viser således ikke, hvornår sygdommen opstår, men alene hvornår den registreres i sundhedsvæsenet. Det faktiske debuttidspunkt kan derfor ligge tidligere. Selvom den største andel af personer med en spiseforstyrrelse ses i de yngre år, er det værd at bemærke, at tallene også viser, at sygdommen rammer på tværs af aldre, som beskrevet i rapportens kapitel 2.																																										
Spiseforstyrrelser rammer særligt unge – men findes i alle aldre	Figur 5: Fordeling af spiseforstyrrelser i aldersgrupper, 2023 <table><tr><th>Alder</th><th>Antal</th></tr><tr><td>0-2</td><td>20</td></tr><tr><td>3-5</td><td>20</td></tr><tr><td>6-8</td><td>20</td></tr><tr><td>9-11</td><td>50</td></tr><tr><td>12-14</td><td>480</td></tr><tr><td>15-17</td><td>830</td></tr><tr><td>18-20</td><td>700</td></tr><tr><td>21-23</td><td>590</td></tr><tr><td>24-26</td><td>560</td></tr><tr><td>27-29</td><td>400</td></tr><tr><td>30-32</td><td>320</td></tr><tr><td>33-35</td><td>260</td></tr><tr><td>36-38</td><td>190</td></tr><tr><td>39-41</td><td>140</td></tr><tr><td>42-44</td><td>90</td></tr><tr><td>45-47</td><td>80</td></tr><tr><td>48-50</td><td>70</td></tr><tr><td>51-53</td><td>50</td></tr><tr><td>54-56</td><td>40</td></tr><tr><td>57-59</td><td>30</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Alder	Antal	0-2	20	3-5	20	6-8	20	9-11	50	12-14	480	15-17	830	18-20	700	21-23	590	24-26	560	27-29	400	30-32	320	33-35	260	36-38	190	39-41	140	42-44	90	45-47	80	48-50	70	51-53	50	54-56	40	57-59	30
Alder	Antal																																										
0-2	20																																										
3-5	20																																										
6-8	20																																										
9-11	50																																										
12-14	480																																										
15-17	830																																										
18-20	700																																										
21-23	590																																										
24-26	560																																										
27-29	400																																										
30-32	320																																										
33-35	260																																										
36-38	190																																										
39-41	140																																										
42-44	90																																										
45-47	80																																										
48-50	70																																										
51-53	50																																										
54-56	40																																										
57-59	30																																										

4.4. Sundhedsudgifter til personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse

Kontakter med sundhedsvæsenet	Den største direkte omkostning forbundet med spiseforstyrrelser er kontakter med sygehusvæsenet; enten ambulante kontakter eller indlæggelser. I analysen er kontakterne prissat ved at koble de respektive sundhedsydelser med deres tilhørende DRG-takster. Der er ikke inkluderet omkostninger fra almen praksis i rapporten, da det ikke var muligt at tilskrive andelen af besøg grundet spiseforstyrrelser.
--------------------------------------	--

4.4.1. Kontakter med sundhedsvæsenet

Sygehuskontakter for personer med en spiseforstyrrelse	I Tabel 5 ses populationens gennemsnitlige antal kontakter med sygehusvæsenet fordelt på spiseforstyrrelsesdiagnose og kontaktttype i 2023. Der er tale om kontakter, hvor hoved- eller bidiagnosen er en spiseforstyrrelse.⁷⁹ Desuden fremgår det gennemsnitlige antal kontakter som følge af en relateret følgesygdom til en spiseforstyrrelse. Vi har alene valgt at medtage osteoporose for anoreksipatienter og type 2-diabetes for BED-patienter. Tabellen viser, at patienter med anoreksi har den relativt hyppigste kontakt med sygehusvæsenet. Dette skal ses i lyset af denne spiseforstyrrelses relativt store somatiske konsekvenser. I gennemsnit var personer med en diagnosticeret anoreksidiagnose i ambulant kontakt med sygehusvæsenet ca. 17 gange. Gennemsnittet på ca. 13 ambulante kontakter er det vægtede gennemsnit for antal personer under hver diagnose for spiseforstyrrelser. Personer med uspecificerede spiseforstyrrelser har næstflest indlæggelser, men relativt færrest ambulante besøg. Dette indikerer, at sygdommen er relativ alvorlig, når patienten diagnosticeres og kommer i kontakt med sygehusvæsenet. Det lavere antal kontakter for BED kan skyldes, at patienter med denne sygdom ifølge eksperter sjældnere har behov for indlæggelse, selvom sygdommen er ressourcekrævende på længere sigt fx grundet overvægt, sukkersyge, hjertekarsygdomme mv. En anden årsag kan være, at der er meget få behandlingstilbud for BED generelt, mens behandlingsstrukturen for anoreksi er den mest veletablerede.
---	---

⁷⁹ Dermed kan den primær årsag til kontakten være noget andet end en spiseforstyrrelse.

Tabellens sidste kolonne viser, at patienter med en anoreksidiagnose i gennemsnit også havde 0,02 kontakter som følge af en osteoporosediagnose i 2023. De 0,02 kontakter viser, at der for hver hundrede sygekontakter for anoreksipatienter, er 2 kontakter, som skyldes osteoporose. Patienter med en BED-diagnose havde på samme måde 0,1 kontakter som følge af en type 2-diabetesdiagnose.

Tallene underbygger sammenhængen mellem henholdsvis anoreksi og osteoporose samt BED og type 2-diabetes. I populationen havde 44 ud af 1.549 voksne med anoreksi en registreret kontakt som følge af en osteoporosediagnose, mens 11 ud af de 200 voksne med BED havde en kontakt grundet en type 2-diabetesdiagnose. Det giver prævalensrater for sammenfald af sygdommene på henholdsvis 2,8 og 5,5 pct. Estimatet for type 2-diabetes falder inden for de 2-26 pct., der er beskrevet i forskningen på området.⁸⁰

Anoreksipatienter har det højeste antal kontakter pr. patient både for ambulante besøg og indlæggelser

Tabel 5: Gennemsnitlig antal sygehuskontakter fordelt på diagnoser og kontaktttype, 2023

Diagnose	Ambulante kontakter pr. patient	Indlæggelser pr. patient	Kontakter vedr. relaterede sygdomme pr. patient
Anoreksi	17	0,3	0,02
Bulimi	13	0,1	N/A
BED	11	0,03	0,1
US*	7	0,2	N/A
Gns. i alt	13	0,3	0,01

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

* US anvendes i dette kapitel som forkortelse for uspecificerede spiseforstyrrelser.

Sygdomsforløb for voksne med en spiseforstyrrelse

I forlængelse af Tabel 5 viser Tabel 6 de tilsvarende resultater; men kun for den voksne del af populationen. De gennemsnitlige tal for antal ambulante kontakter og indlæggelser er relativt ens i de to tabeller. Således er det gennemsnitlige antal ambulante kontakter på tværs af aldersgrupper og blandt voksne alene 13 kontakter i begge opgørelser, mens det gennemsnitlige antal indlæggelser er 0,3.

Anoreksipatienter har det højeste antal kontakter pr. patient blandt voksne

Tabel 6: Gennemsnitlige antal sygehuskontakter for voksne, 2023

Diagnose	Ambulante kontakter pr. patient	Indlæggelser pr. patient	Kontakter vedr. relaterede sygdomme pr. patient
Anoreksi	17	0,4	0,03
Bulimi	13	0,1	N/A
BED	11	0,03	0,1
US	7	0,3	N/A
Gns. i alt	13	0,3	0,02

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Sygdomsforløb for børn med en spiseforstyrrelse

Der er relativt større variation i det gennemsnitlige antal kontakter på tværs af diagnoser blandt børn end blandt voksne. Børn, som er diagnosticeret med BED, har fx væsentligt færre ambulante besøg end voksne (6 blandt børn og 11 blandt voksne). Generelt er børn i relativt hyppigere ambulant kontakt med sygehusvæsenet end voksne. I gennemsnit har børn en ambulant kontakt mere om året (14 blandt børn og 13 blandt voksne). Det gennemsnitlige antal indlæggelser er relativt ens for de to aldersgrupper.

⁸⁰ Bottari et al., 2024

Anoreksipatienter har også det højeste antal kontakter pr. patient blandt børn

Tabel 7: Gennemsnitlige antal sygehuskontakter for børn, 2023

Diagnose	Ambulante kontakter pr. patient	Indlæggelser pr. patient
Anoreksi	18	0,3
Bulimi	15	0,09
BED	6	N/A
US	6	0,1
Gns. i alt	14	0,2

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Indlæggelser for personer med en spiseforstyrrelse

Tabel 8 viser den gennemsnitlige længde pr. indlæggelse for personer diagnosticeret med en spiseforstyrrelse. På tværs af diagnoser er den gennemsnitlige varighed af en indlæggelse ca. 42 dage for voksne og 56 dage for børn.

Børn har den længste gennemsnitlige indlæggelsestid

Tabel 8: Gennemsnitlige længde for indlæggelser for patienter, 2023

Diagnose	Dage pr. indlæggelse, voksne	Dage pr. indlæggelse, børn	Dage pr. indlæggelse, alle aldersgrupper
Anoreksi	46	58	50
Bulimi	35	13	34
BED	58	N/A	60
US	38	52	40
Gns. i alt	42	56	29

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

4.4.2. Omkostninger i sygehusvæsenet

Omkostnings-
beregningerne i
sygehusvæsenet er
baseret på DRG-
takster

Til beregning af direkte omkostninger i sygehusvæsenet bruges DRG-takster fra 2025 for psykiatriske ambulante ophold og sengedage ved indlæggelse på henholdsvis 2.186 og 4.333 kr.

Beregning af omkostninger for ambulante ophold er baseret på det samlede antal ambulante besøg for personer med de respektive diagnoser. De samlede indlæggelsesomkostninger er baseret på det samlede antal dage, som personer med de respektive diagnoser har været indlagt.

Til beregning af omkostninger i forbindelse med sygehusbesøg vedrørende relaterede sygdomme benyttes DRG-takster for ”øvrige sygdomme i knogler og led” samt ”diabetes årsstatus” som et konservativt bud på henholdsvis 2.267 og 6.479 kr. Omkostningerne inkluderes dog kun for den forventede andel af de diagnosticerede tilfælde, hvor der er en kausal sammenhæng fra anoreksi til osteoporose og fra BED til type 2-diabetes.

Omkostninger i
sygehusvæsenet var
over 400 mio. kr. i
2023

Tabel 9: Samlede omkostninger i sygehusvæsenet, 2023 (t.kr.)

Diagnose	Voksne	Børn	Samlet
Anoreksi	171.327	100.033	271.359
Bulimi	34.398	2.110	36.508
BED	6.650	130	6.781
US	69.308	19.757	89.065
I alt	281.683	122.029	403.713

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Højere omkostninger
for voksne end børn

Tabel 9 viser de samlede omkostninger i sygehusvæsenet forbundet med spiseforstyrrelser fordelt på voksne og børn. Af tabellen fremgår det, at de direkte omkostninger i sygehusvæsenet som følge af sygdommen beløber sig til ca. 404 mio. kr.

	Heraf kan ca. 70 pct. tilskrives voksne personer med en spiseforstyrrelse, og de resterende ca. 30 pct. kan tilskrives spiseforstyrrelser blandt børn. De gennemsnitlige omkostninger pr. diagnosticeret tilfælde på tværs af diagnoser er ca. 81.000 kr. i 2023, jf. Tabel 10. Et barn koster i gennemsnit mere end en voksen med en spiseforstyrrelse, når der tages højde for den store andel børn med den relativt omkostningstunge anoreksidiagnose. Som et vægtet gennemsnit er omkostningen pr. barn med en spiseforstyrrelse således ca. 85.000 kr. i 2023, mens omkostningen pr. voksen er ca. 6.000 lavere (79.000 kr.). Beregnet som et simpelt gennemsnit er de direkte omkostninger i sygehusvæsenet for børn og voksne omtrent det samme.																														
Relativt mange børn med anoreksi forklarer højere gennemsnitlige omkostninger pr. barn end pr. voksen	Tabel 10: Omkostninger i sygehusvæsenet pr. person, 2023 (t.kr.)																														
	<table><tr><th>Diagnose</th><th>Voksne</th><th>Børn</th><th>Samlet</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>110</td><td>109</td><td>110</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>46</td><td>37</td><td>46</td></tr><tr><td>BED</td><td>33</td><td>16</td><td>33</td></tr><tr><td>US</td><td>63</td><td>44</td><td>58</td></tr><tr><td>Gns. i alt</td><td>79</td><td>85</td><td>81</td></tr></table>	Diagnose	Voksne	Børn	Samlet	Anoreksi	110	109	110	Bulimi	46	37	46	BED	33	16	33	US	63	44	58	Gns. i alt	79	85	81						
	Diagnose	Voksne	Børn	Samlet																											
	Anoreksi	110	109	110																											
	Bulimi	46	37	46																											
	BED	33	16	33																											
	US	63	44	58																											
Gns. i alt	79	85	81																												
Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.																															
Omkostninger fordelt på kontakttype	Fordeles de samlede omkostninger på kontakttype; dvs. ambulante besøg eller indlæggelser samt behandling af relaterede sygdomme, ses det, at ca. 65 pct. af de samlede omkostninger skyldes indlæggelser (Tabel 11). Det er særligt behandling af anoreksi, der driver omkostningerne til indlæggelser.																														
Indlæggelser er dyre og står for ca. 65 pct. af de samlede omkostninger	Tabel 11: Omkostninger i sygehusvæsenet efter kontakttype, 2023 (t.kr.)																														
	<table><tr><th>Diagnose</th><th>Ambulante omkostninger</th><th>Indlæggelser omkostninger</th><th>Relaterede sygdomme</th><th>Samlet</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>92.133</td><td>179.135</td><td>91</td><td>271.359</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>21.860</td><td>14.648</td><td>-</td><td>36.508</td></tr><tr><td>BED</td><td>5.049</td><td>1.549</td><td>47</td><td>6.646</td></tr><tr><td>US</td><td>23.508</td><td>65.557</td><td>-</td><td>89.065</td></tr><tr><td>I alt</td><td>142.550</td><td>260.809</td><td>272</td><td>403.578</td></tr></table>	Diagnose	Ambulante omkostninger	Indlæggelser omkostninger	Relaterede sygdomme	Samlet	Anoreksi	92.133	179.135	91	271.359	Bulimi	21.860	14.648	-	36.508	BED	5.049	1.549	47	6.646	US	23.508	65.557	-	89.065	I alt	142.550	260.809	272	403.578
	Diagnose	Ambulante omkostninger	Indlæggelser omkostninger	Relaterede sygdomme	Samlet																										
	Anoreksi	92.133	179.135	91	271.359																										
	Bulimi	21.860	14.648	-	36.508																										
	BED	5.049	1.549	47	6.646																										
	US	23.508	65.557	-	89.065																										
I alt	142.550	260.809	272	403.578																											
Omkostninger forbundet med voksne med en spiseforstyrrelse	I Tabel 12 ses de samlede omkostninger i sygehusvæsenet for voksne med spiseforstyrrelser. Behandling af anoreksi udgør størstedelen af omkostningerne grundet en kombination af et relativt stort antal patienter og relativt lange kontaktforløb i form af lange indlæggelser. For anoreksi og personer med en uspecificeret spiseforstyrrelse er det også værd at bemærke en relativ stor forskel mellem udgifter til indlæggelser og ambulante besøg. Det viser, at behandlingen af disse sygdomme i sygehusvæsenet i relativt vid udstrækning kræver indlæggelse over længere perioder.																														
Anoreksibehandling udgør ca. 60 pct. af sygehusvæsenets omkostninger relateret til voksne	Tabel 12: Omkostninger i sygehusvæsenet til voksne med en spiseforstyrrelse, 2023 (t.kr.)																														
	<table><tr><th>Diagnose</th><th>Ambulante omkostninger</th><th>Indlæggelser omkostninger</th><th>Relaterede sygdomme</th><th>Samlet</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>56.357</td><td>114.879</td><td>91</td><td>171.327</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>20.032</td><td>14.366</td><td>-</td><td>34.398</td></tr><tr><td>BED</td><td>4.954</td><td>1.515</td><td>47</td><td>6.616</td></tr><tr><td>US</td><td>17.461</td><td>51.847</td><td>-</td><td>69.308</td></tr><tr><td>I alt</td><td>98.804</td><td>182.607</td><td>272</td><td>281.549</td></tr></table>	Diagnose	Ambulante omkostninger	Indlæggelser omkostninger	Relaterede sygdomme	Samlet	Anoreksi	56.357	114.879	91	171.327	Bulimi	20.032	14.366	-	34.398	BED	4.954	1.515	47	6.616	US	17.461	51.847	-	69.308	I alt	98.804	182.607	272	281.549
	Diagnose	Ambulante omkostninger	Indlæggelser omkostninger	Relaterede sygdomme	Samlet																										
	Anoreksi	56.357	114.879	91	171.327																										
	Bulimi	20.032	14.366	-	34.398																										
	BED	4.954	1.515	47	6.616																										
	US	17.461	51.847	-	69.308																										
I alt	98.804	182.607	272	281.549																											

Omkostninger forbundet med børn med en spiseforstyrrelse	I Tabel 13 ses på samme måde som ovenfor de samlede omkostninger i sygehusvæsenet som følge af spiseforstyrrelser blandt børn. Også blandt børn er det særligt anoreksi, der kræver ressourcer i sygehusvæsenet. Ca. 80 pct. af omkostningerne kan tilskrives behandling af anoreksi. Blandt både børn og voksne gælder det, at omkostningerne til ambulante kontakter er omtrent halvt så store som omkostningerne til indlæggelser.			
Omkring 80 pct. af sygehusvæsenets omkostninger relateret til børn med spiseforstyrrelser kan tilskrives behandling af anoreksi	Tabel 13: Omkostninger for sygehusvæsenet til børn med en spiseforstyrrelse, 2023 (t.kr)			
	Diagnose	Ambulante	Indlæggelser	Samlet
	Anoreksi	35.776	64.256	100.033
	Bulimi	1.828	282	2.110
	BED	95	N/A	95
	US	6.047	13.710	19.757
	I alt	43.745	78.249	121.995

4.5. Indirekte omkostninger

Konsekvenser af emotionelle lidelser	Resultaterne af det indledende litteraturstudie dokumenterer samlet set, hvordan personer med svære emotionelle lidelser som angst, depression og spiseforstyrrelser har relativt dårlige odds i livet. Denne gruppe har et højere forbrug af sundhedsydelser, et lavere uddannelsesniveau og en svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Dertil kommer en forhøjet risiko for at udvikle følgesygdomme, fx hjertekarsygdomme, og forstærke konsekvenserne af kroniske lidelser. Alvorlig mistrivsel er desuden forbundet med en relativ høj risiko for selvmord og en reduktion i den forventede levetid på flere måneder for både mænd og kvinder.⁸¹ For børn kan mistrivsel og emotionelle lidelser give udslag i skolefravær, der uden en hurtig udredning og tidlig indsats risikerer at blive langvarigt og dermed begrænse børnenes muligheder i uddannelsessystemet og på arbejdsmarkedet på sigt.⁸² Skolefraværet vil dog også stige i forbindelse med behandling, da spisning skal prioriteres over skolegang for en periode.⁸³ Disse konsekvenser har ikke kun store personlige og privatøkonomiske omkostninger. De udgør også et betydeligt tab for samfundsøkonomien. Når borgerne er syge, er det ikke kun sundhedsudgifterne, der stiger. Det samme gør de indkomsterstättende og sociale ydelser, herunder fx sygedagpenge. Derudover falder produktiviteten i samfundet. Når borgerne er syge, kan de ikke skabe produkter og tjenesteydelser, der bidrager til værdiskabelsen i samfundet og finansieringen af velfærdssamfundet gennem skatter og afgifter. Det samme kan også gælde de pårørende, som i kortere eller længere tid må træde ud af arbejdsmarkedet for at passe deres syge slægtninge. I dette afsnit belyses de indirekte omkostninger ved spiseforstyrrelser. Dvs. de omkostninger, der kan tilskrives følgevirkningerne af en spiseforstyrrelse for de syge og deres pårørende, og som primært udspringer af en reduceret arbejdsmarkedstilknytning. Udgangspunktet er - som i beskrivelsen af de direkte sundhedsudgifter, populationen af personer, der var diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i 2023. Hvor det er vurderet relevant, er der i denne omkostningskategori også medtaget de indirekte omkostninger, der skyldes følgevirkninger af spiseforstyrrelsen hos de pårørende.³³
---	---

⁸¹ Se fx Arcelus et al., 2011, Chesney, 2014, Yao et al., 2016 og Zerwas et al., 2015

⁸² Trivselskommissionen, 2025

⁸³ Region Hovedstadens Psykiatri, 2025

4.5.1. Produktivitetstab (voksne)

Produktivitetstab ved en lavere arbejdsmarkedsdeltagelse

Produktivitetstab udtrykker den produktion, som samfundet går glip af, når personer med spiseforstyrrelser og deres pårørende i den arbejdsdygtige alder som følge af sygdommen må træde ud af arbejdsmarkedet i kortere eller længere tid.

Vi vurderer produktivitetstab forbundet med sygdommen ved at sammenholde beskæftigelsen blandt de diagnosticerede personer med beskæftigelsen i befolkningen generelt. For personer med en spiseforstyrrelse var beskæftigelsesandelen ca. 38 pct. i 2023. Dette er markant lavere end det nationale gennemsnit på 80 pct. for borgere i alderen 25–34 år samme år.⁸⁴ De 80 pct. repræsenterer den beskæftigelsesgrad, som det antages, at de diagnosticerede også ville have haft, hvis de ikke var syge.

Produktivitetstab kan dermed opgøres som forskellen mellem de diagnosticerede personers gennemsnitlige beskæftigelsesgrad og beskæftigelsesgraden i befolkningen generelt i samme aldersgruppe. Forskellen værdisættes ved hjælp af de gennemsnitlige årslønninger for personer i de relevante aldersgrupper, korrigeret for lønforskellen mellem personer med og uden en spiseforstyrrelse. Et studie dokumenterer, at en ud af fire personer oplever ledighed på grund af deres spiseforstyrrelse eller andre psykiske lidelser.⁸⁵ Et andet studie viser, at personer med en spiseforstyrrelse i gennemsnit har 27 færre arbejdsdage årligt, svarende til ca. 11 pct.⁸⁶

På den baggrund vurderes det, at produktivitetstab forbundet med spiseforstyrrelser i Danmark var ca. 89 mio. kr. i 2023. Det svarer til knap 25.000 kr. pr. person med en diagnosticeret spiseforstyrrelse. Produktivitetstab er særligt stort blandt voksne med anoreksi, hvor næsten to tredjedele ikke har et fuldtidsarbejde.

To tredjedele af de voksne med anoreksi er ikke i beskæftigelse

Tabel 14: Produktivitetstab ved lavere arbejdsmarkedsdeltagelse, 2023 (t.kr)

Sygdom	Ikke i beskæftigelse	Ikke i beskæftigelse (%)	Samlede omkostninger	Omk. pr. voksen
Anoreksi	1.018	66%	41.129	27
Bulimi	362	49%	14.626	20
BED	119	60%	4.808	24
US	705	64%	28.483	26
I alt	2.204	62%	89.046	25

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Tabt produktivitet grundet sygefravær

For de diagnosticerede personer, der er i beskæftigelse, betyder sygdommen et relativt højt sygefravær. Dette indebærer også et produktivitetstab. Voksne med anoreksi og bulimi har i gennemsnit ca. 27 dages fravær fra arbejdet. For BED er fraværet ca. 31 dage, altså omtrent en måneds fravær, hvilket her anses som et kvalificeret estimat for fraværet for personer med en uspecificeret spiseforstyrrelse.⁸⁶ I 2023 var 1.376 voksne med en diagnosticeret spiseforstyrrelse i beskæftigelse. Samlet set vurderes det, at disse personer var fraværende fra arbejdet i ca. 18.000 dage i 2023. Værdien af disse tabte arbejdsdage kan estimeres ved at bruge de gennemsnitlige årslønninger. Hermed fås et samlet produktivitetstab som følge af fravær fra arbejdspladsen på knap 18 mio. kr. Dette svarer til ca. 13.000 kr. pr. beskæftiget person med en spiseforstyrrelse, og ca. 5.000 kr., hvis omkostningerne fordeles på hele populationen af diagnosticerede voksne.

⁸⁴ Danmarks Statistik, 2025a

⁸⁵ Ubhi et al., 2025

⁸⁶ Alegria et al., 2016

Højeste antal tabte arbejdsdage og omkostninger blandt patienter med anoreksi

Sygdom	I beskæftigelse	Fraværsdage	Gns.løn	Samlede omk.
Anoreksi	531	14.496	251	13.996
Bulimi	375	1.575	267	1.618
BED	81	340	360	470
US	389	1.634	289	1.815
I alt	1.376	18.045	272	17.899

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Tabt produktivitet grundet nedsat præstationsevne på arbejdet (presenteeism)

Presenteeism er et begreb, der bruges om en situation, hvor en beskæftiget person, fx grundet mistrivsel, ikke kan præstere som forventet på arbejdspladsen. Her vurderes produktivitetstab som følge af presenteeism ved at beregne værdien af den tid, hvor personer med en spiseforstyrrelse – selvom de er til stede på arbejdspladsen – ikke kan yde en fuld indsats. Denne tid består både af den tabte produktivitet som følge af a) presenteeism for en gennemsnitlig arbejdstager og b) selve spiseforstyrrelsen.

Studier baseret på spørgeskemaer peger på, at den gennemsnitlige arbejdstager er uproduktiv i ca. 8 timer over en periode på fire normale arbejdsuger.⁸⁷ Desuden viser et studie, at personer med BED i gennemsnit er ca. 10 pct. mindre produktive end forventet.⁸⁸ Denne andel bruges som proxy for den mindre produktivitet på tværs af alle diagnoser. Til værdisætning af den tabte produktivitet bruges de gennemsnitlige årslønninger. Dette giver et samlet produktivitetstab grundet presenteeism for personer med en spiseforstyrrelse på knap 23 mio. kr. eller ca. 6.300 kr. pr. person i 2023.

Omkostninger grundet presenteeism udgør knap 23 mio. kr. i 2023

Sygdom	I beskæftigelse	Gns.løn	GP* ekskl. presenteeism	GP inkl. presenteeism	Samlede omk.
Anoreksi	531	251	225	210	8.039
Bulimi	375	267	263	247	6.040
BED	81	360	354	332	1.757
US	389	289	284	267	6.775
I alt	1.376	272	272	242	22.611

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.
* GP anvendes i dette kapitel som forkortelse for gennemsnitlig produktivitet.

4.5.2. Produktivitetstab (børn)

Tabt produktivitet blandt forældre til børn med spiseforstyrrelser	Når børn er syge, må forældre ofte reducere deres arbejdstid eller tage orlov for at passe dem. Dette indebærer et produktivitetstab, idet arbejdsudbuddet midlertidigt reduceres. Den tid, forældrene anvender på omsorg, indgår ikke som en værdisat aktivitet i nationalregnskabet, selvom den har samfundsmæssig betydning. Produktivitetstabt er således værdien af tiden, som forældrene er fraværende fra deres arbejde grundet børnenes spiseforstyrrelser. Til værdisætningen bruges de gennemsnitlige årlige lønindkomster. Produktivitetstabt blandt forældre til børn med spiseforstyrrelser følger dermed samme metode som blandt personer med spiseforstyrrelser. Tabel 17 viser den gennemsnitlige alder på børn med spiseforstyrrelser og deres forældre i 2023. Det gennemsnitlige barn med en spiseforstyrrelse er i 14-års alderen og forældrene er i slutningen af 40'erne.
--	---

⁸⁷ Brouwer et al., 2023

⁸⁸ Pawaskar et al., 2017

Forældre til børn med spiseforstyrrelser er typisk i slutningen af 40'erne	Tabel 17: Alder på forældre til børn med spiseforstyrrelser, 2023					
	Sygdom	Børns alder	Mors alder	Fars alder	Antal mødre	Antal fædre
	Anoreksi	15	47	49	910	882
	Bulimi	16	47	50	57	50
	BED	15	47	51	8	8
	US	13	44	47	443	432
	I alt	14	46	48	1.418	1.372
Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.						
Produktivitetstab hos forældre	For at få et estimat på, hvor meget forældrene i gennemsnit er fraværende fra deres arbejde, bruges resultaterne af et norsk studie, der dog omhandler børn med handicap. Studiet beskriver forskelle i sandsynlighederne for arbejdsmarkedsdeltagelse samt lønindkomsten blandt forældre til børn med forskellige grader af handicap. ⁸⁹ Både det norske studie og den registerdataanalyse, der ligger til grund for denne rapport, viser, at det særligt er mødrene, der er fraværende fra arbejdet, når børnene er syge. Faktisk dokumenteres der ikke et produktivitetstab for fædre, når børnene bliver syge. Dette bakkes op af det norske studie, men også et amerikansk studie af forældre til børn med autisme. ⁹⁰ Det amerikanske studie konkluderer blandt andet, at gennemsnitslønningerne blandt mødre til børn med autisme er ca. 56 pct. lavere end gennemsnitslønningerne blandt mødre til børn uden helbredsproblemer. De fandt ingen signifikante effekter hos fædrene. På denne baggrund vurderes det, at 40 pct. af lønforskellene mellem mødre til børn med spiseforstyrrelser og mødre generelt kan tilskrives børnenes spiseforstyrrelse. For fædrene anlægges en konservativ tilgang, hvorfor der ikke medregnes et produktivitetstab.					
	Tabel 18 viser mødrenes produktivitetstab som følge af deres børns spiseforstyrrelse. Det vurderes, at det samlede produktivitetstab blandt mødre til børn med en spiseforstyrrelse udgjorde ca. 106 mio. kr. i 2023.					
Når børn rammes af en spiseforstyrrelse, reduceres mødrenes produktivitet med over 100 mio. kr.	Tabel 18: Produktivitetstab blandt mødre som følge af barn med spiseforstyrrelse, 2023 (t.kr.)					
	Sygdom	Antal mødre	Gns.løn før skat, mødre	Gns.løn generelt	Forskel grundet barns sygdom	Samlet produktivitetstab*
	Anoreksi	910	422	585	65	59.414
	Bulimi	57	339	585	98	5.611
	BED	8	388	585	79	630
	US	443	355	573	87	38.574
	I alt	1.418	398	585	75	106.441
Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.						
* Prod.tab anvendes i dette kapitel som forkortelse for produktivitetstab.						

⁸⁹ Wondemu et al., 2022

⁹⁰ Cidav et al., 2012

Spiseforstyrrelser kan forbindes med et lavere uddannelsesniveau

For børn og unge med spiseforstyrrelser betyder sygdommen, at de har svært ved at passe undervisningen og avancere i uddannelsessystemet. Flere studier har dokumenteret den positive sammenhæng mellem uddannelsesniveau og lønindkomst. Da en persons produktivitet værdisættes ved den løn, som personen modtager for sit arbejde, vil et lavere uddannelsesniveau betyde en lavere produktivitet – alt andet lige. Flere studier har påvist, hvordan spiseforstyrrelser og mentale helbreds sygdomme påvirker børn og unges uddannelse.

Et amerikansk studie konkluderer, at andelen af kvinder med anoreksi eller bulimi, som ikke har gennemført en gymnasial uddannelse, er fire gange større end i en sammenlignelig kontrolgruppe.⁹¹ Et norsk kohortestudie, der følger 16-årige skoleelever, finder, at mentale helbreds sygdomme skaber store belastninger i unges evne til at håndtere uddannelsesforløb.⁹² Drengene havde en "Educational burden of disease" (EBoD) på 24,6 pct. og piger på 20 pct. EBoD er et mål for en sygdoms negative effekt på et uddannelsesforløb.

For at vurdere produktivitetstab ved et generelt lavere uddannelsesniveau for personer med en spiseforstyrrelse anvendes forskellen i de gennemsnitlige livsindkomster for personer med grundskolen som den højest gennemførte uddannelse og befolkningen generelt. Ud af de ca. 584 børn med en spiseforstyrrelse, som bør gennemføre en grunduddannelse i 2023, dvs. de 15-årige, forventes det, at ca. 14 pct. ikke vil gennemføre grundskolen og fortsætte i uddannelsessystemet. Denne andel er ca. 2 procentpoint højere end i befolkningen generelt. På den baggrund vurderes det, at det samlede produktivitetstab som følge af et relativt lavere uddannelsesniveau blandt populationen med en spiseforstyrrelse i 2023 er ca. 30 mio. kr. Dette svarer til ca. 21.000 kr. pr. barn med en spiseforstyrrelse i 2023.

Nutidsværdien af tabt produktivitet som følge af et forventet lavere uddannelsesniveau blandt personer med en spiseforstyrrelse i 2023 vurderes at være ca. 30 mio. kr.

Tabel 19: Produktivitetstab grundet et lavere uddannelsesniveau, 2023 (t.kr., nutidsværdi)

Køn	15-årige	Andel m. grundskole (gns.)*	Andel med grundskole (m. SF)**	Omk. ved lavere udd.niveau	Værdi af reduceret livsindkomst	Prod.tab	Prod.tab pr. barn med SF
Mand	67	17%	22%	7	96	6.404	38
Kvinde	517	11%	13%	3	46	23.947	19
I alt	584	12%	14%	4	52	30.351	21

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

* Andel med grundskole (gns.) angiver den gennemsnitlige andel af personer i alderen 25-29 år, som har grundskole som deres højest fuldførte uddannelsesniveau. ** Andel med grundskole (m. SF) angiver andelen af personer i samme aldersgruppe med grundskole som højest fuldførte uddannelse, som samtidig har en spiseforstyrrelse.

4.6. Afledte økonomiske konsekvenser

Spiseforstyrrelser har økonomiske konsekvenser for hele samfundet

De direkte og indirekte omkostninger ved spiseforstyrrelser har også afledte økonomiske konsekvenser for samfundet og for de personer, som – ift. de diagnosticerede og deres pårørende – betragtes som tredjeparter. Når de syge og deres pårørende ikke kan arbejde og forsørge sig selv, modtager de indkomsterstøttende ydelser fra det offentlige. Dette betyder omvendt, at der er færre midler til andre formål i velfærdssamfundet. I forlængelse heraf indebærer tidlig død ligeledes et tab af velfærd, idet samfundet går glip af den værdi, som den bortgåede ellers ville have bidraget med gennem sin deltagelse på arbejdsmarkedet. I det følgende beskrives de væsentligste afledte økonomiske konsekvenser forbundet med spiseforstyrrelser.

⁹¹ Maxwell et al., 2011

⁹² Nordmo et al., 2022

Medarbejdere i psykiatrien oplever også omkostninger	Flere eksperter har fremhævet, at der formodes at være afledte omkostninger for det sundhedsfaglige personale, som behandling til personer med spiseforstyrrelser. Det kan være udfordrende at støtte personer, der ikke føler sig parate til hjælp, eller at løse opgaver på måder, som ikke altid harmonerer med egne faglige vurderinger. Sådanne forhold nævnes som mulige forklaringer på den relativt høje medarbejderomsætning i psykiatrien og som faktorer, der kan bidrage til stresssymptomer blandt sundhedsfagligt personale.
---	--

4.6.1. Afledte samfundsomkostninger hos voksne

Indkomsterstättende ydelser	En væsentlig afledt økonomiske konsekvens af både de syges og de pårørendes fravær fra arbejdsmarkedet er stigningen i udgifterne til offentlig forsørgelse som følge heraf. Tabel 20 viser de gennemsnitlige og samlede omkostninger til indkomsterstättende ydelser for personer med en spiseforstyrrelse i 2023. Som tidligere nævnt har personer med en spiseforstyrrelse en gennemsnitlig arbejdsmarkedsdeltagelse, der er ca. 11 pct. lavere end befolkningen generelt. På den baggrund vurderes det, at de afledte omkostninger i form af øgede overførselsindkomster var ca. 37 mio. kr. i 2023.																																			
Personer med en spiseforstyrrelse modtog indkomsterstättende ydelser på ca. 37 mio. kr. som følge af sygdommen i 2023.	Tabel 20: Offentlige overførsler til personer med spiseforstyrrelser, 2023 (t.kr.) <table><tr><th>Sygdom</th><th>Antal</th><th>Gns. årlig overførselsindkomst</th><th>Gns. overførselsindkomst pga. SF</th><th>Samlede overførselsindkomster</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>1.549</td><td>88</td><td>9</td><td>14.700</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>737</td><td>98</td><td>11</td><td>7.811</td></tr><tr><td>BED</td><td>200</td><td>121</td><td>13</td><td>2.620</td></tr><tr><td>US</td><td>1.094</td><td>100</td><td>11</td><td>11.794</td></tr><tr><td>I alt</td><td>3.580</td><td>96</td><td>10</td><td>36.925</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Sygdom	Antal	Gns. årlig overførselsindkomst	Gns. overførselsindkomst pga. SF	Samlede overførselsindkomster	Anoreksi	1.549	88	9	14.700	Bulimi	737	98	11	7.811	BED	200	121	13	2.620	US	1.094	100	11	11.794	I alt	3.580	96	10	36.925					
Sygdom	Antal	Gns. årlig overførselsindkomst	Gns. overførselsindkomst pga. SF	Samlede overførselsindkomster																																
Anoreksi	1.549	88	9	14.700																																
Bulimi	737	98	11	7.811																																
BED	200	121	13	2.620																																
US	1.094	100	11	11.794																																
I alt	3.580	96	10	36.925																																
Personer med en spiseforstyrrelse i 2023 kan tilsammen forvente at miste knap 17.000 leveår i et livstidsperspektiv	I Tabel 21 og Tabel 22 ses forskellen i den forventede restlevetid mellem befolkningen generelt og personer med en spiseforstyrrelse i 2023 for henholdsvis kvinder og mænd. Dette kan bruges til at beregne det samlede antal tabte leveår for personer med en spiseforstyrrelse i 2023. Beregningen af de forventede restlevetider samt de tabte leveår som følge af spiseforstyrrelser tager afsæt i forholdet mellem ”Hazard rate” (HR) og forskel i overlevelsessandsynligheder for to de grupper samt Danmarks Statistiks livstabel.^{93,94} Af tabellerne fremgår det blandt andet, at anoreksi er forbundet med knap 16.000 tabte leveår for kvinder og knap 600 leveår for mænd med en spiseforstyrrelse i 2023. De færre tabte leveår for mænd skyldes, at antallet af mænd med en spiseforstyrrelse er relativt mindre. De tabte leveår er opgjort i et livstidsperspektiv. I værdisætningen af de tabte leveår (Tabel 23 og Tabel 24) inkluderes alene værdien af de tabte leveår i 2023.																																			
Anoreksi medfører det største tab af leveår blandt kvinder	Tabel 21: Levetidsestimater for voksne kvinder med spiseforstyrrelser, 2023⁹⁵ <table><tr><th>Sygdom</th><th>Antal</th><th>Gns.alder</th><th>Forventet restlevetid</th><th>Forventet restleve-tid m. sygdom</th><th>Forskel i levetid</th><th>Tabte leveår (tusinde)</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>1.494</td><td>27</td><td>57</td><td>46</td><td>11</td><td>16</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>708</td><td>30</td><td>55</td><td>48</td><td>7</td><td>5</td></tr><tr><td>BED</td><td>157</td><td>36</td><td>49</td><td>42</td><td>7</td><td>1</td></tr><tr><td>US</td><td>992</td><td>30</td><td>55</td><td>40</td><td>15</td><td>14</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Sygdom	Antal	Gns.alder	Forventet restlevetid	Forventet restleve-tid m. sygdom	Forskel i levetid	Tabte leveår (tusinde)	Anoreksi	1.494	27	57	46	11	16	Bulimi	708	30	55	48	7	5	BED	157	36	49	42	7	1	US	992	30	55	40	15	14
Sygdom	Antal	Gns.alder	Forventet restlevetid	Forventet restleve-tid m. sygdom	Forskel i levetid	Tabte leveår (tusinde)																														
Anoreksi	1.494	27	57	46	11	16																														
Bulimi	708	30	55	48	7	5																														
BED	157	36	49	42	7	1																														
US	992	30	55	40	15	14																														

⁹³ Cox, 1972

⁹⁴ Larsen et al. (2024)

⁹⁵ Da hver spiseforstyrrelse har en specifik hazard rate (dødelighedsrisiko) knyttet til den enkelte diagnose, men der ikke findes en samlet hazard rate for spiseforstyrrelser generelt, kan man kun opgøre dødelighed for de enkelte typer. Derfor angives ikke en samlet dødelighedsværdi, da en vilkårlig spiseforstyrrelse ikke i sig selv repræsenterer en særskilt risiko ud over de diagnoser, der allerede er specificeret.

... og det samme blandt mænd

Tabel 22: Levetidsestimater for voksne mænd med spiseforstyrrelser, 2023

Sygdom	Antal	Gns.alder	Forventet restlevetid	Forventet restlevetid m. sygdom	Forskel i levetid	Tabte leveår (tusinde)
Anoreksi	55	25	56	44	12	0,6
Bulimi	29	32	49	42	7	0,2
BED	43	35	45	38	7	0,3
US	102	30	50	35	15	1,5

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Det reducerede antal leveår er forbundet med et tab af værdi på over 130 mio. kr.

Værdien af de tabte leveår er estimeret med afsæt i ”value of statistical life” (VSL) samt ”value of statistical life year” (VOLY) efter OECD’s retningslinjer, hvor værdien af et statistisk liv er ca. 6,5 mio. USD, svarende til ca. 42 mio. kr.⁹⁶ Af Tabel 23 fremgår det, at værdien af de tabte leveår for kvinder med en spiseforstyrrelse i 2023 var ca. 106 mio. kr. i alt og ca. 32.000 kr. pr. diagnosticeret kvinde. På samme måde viser Tabel 24, at værdien af de tabte leveår for mænd var ca. 27 mio. kr. og ca. 118.000 kr. pr. diagnosticeret mand. Forskellen i gennemsnittet af mænds og kvinders tabte leveår skyldes, at mænd i højere grad har uspecificerede spiseforstyrrelser, som er forbundet med en markant øget risiko for tidlig død sammenlignet med andre typer. Næsten halvdelen af mænd med spiseforstyrrelser har uspecificerede spiseforstyrrelser, hvilket trækker gennemsnittet kraftigt op. Kvinder rammes derimod oftere af anoreksi, som har en lavere dødelighedsrisiko, og derfor bliver gennemsnittet lavere for kvinder.

De uspecificerede spiseforstyrrelser tilskrives det relativt største værditab i form af mistede leveår blandt kvinder

Tabel 23: Værdien af tabte leveår, kvinder, 2023 (t.kr.)

Sygdom	Antal	Forventet tilbageværende levetid	Tabte leveår i 2023	Værdi af mistede leveår, samlet	Værdi af mistede leveår, pr. kvinde
Anoreksi	1.494	57	26	39.667	27
Bulimi	708	55	7	10.588	15
BED	157	49	5	8.007	51
US	992	55	30	47.737	48
I alt	3.351	55	67	105.999	32

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

... og det samme blandt mænd

Tabel 24: Værdien af tabte leveår, mænd, 2023 (t.kr.)

Sygdom	Antal	Forventet tilbageværende levetid	Tabte leveår i 2023	Værdi af mistede leveår, samlet	Værdi af mistede leveår, pr. mand
Anoreksi	55	56	2	3.122	57
Bulimi	29	49	1	1.515	52
BED	43	45	1	2.479	58
US	102	50	12	19.999	196
I alt	229	50	17	27.116	118

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Omkostninger ved forringet livskvalitet

Udover at spiseforstyrrelser medfører en øget risiko for tidligere død, kan de også begrænse personers velvære i deres leveår. Den reducerede livskvalitet som følge af en spiseforstyrrelse estimeres med afsæt i ”Quality-Adjusted Life Year” (QALY). Spiseforstyrrelsernes reduktion af et gennemsnitligt kvalitetsjusteret leveår, QALY, og værdien heraf, udtrykker de afledte økonomiske konsekvenser af en reduceret livskvalitet for personer med en spiseforstyrrelse i 2023.

⁹⁶ OECD, 2025

Reduktion i et kvalitetsjusteret leveår opgøres som forskel i nytteværdien mellem befolkningen generelt og personer med en spiseforstyrrelse. En rask person har i gennemsnit en nytteværdi pr. leveår på mellem 0,86 og 0,91. For personer med anoreksi ligger nytteværdien mellem 0,53 og 0,75, og for personer med bulimi ligger værdien mellem 0,64 og 0,78.^{97,98,99} I Danmark ligger den gennemsnitlige nytteværdi på 0,90 uden væsentlige forskelle på tværs af aldersgrupper.¹⁰⁰ Der er dog små forskelle på tværs af køn, hvor mænd har en marginal højere gennemsnitlig nytteværdi på 0,91 ift. kvinders gennemsnitlige nytteværdi på 0,89.

For at beregne reduktionen i nytteværdi for personer med en spiseforstyrrelse i 2023 trækkes de gennemsnitlige nytteværdier for personer med en spiseforstyrrelse fra de 0,91 eller 0,89, afhængigt af, om den diagnosticerede person er en mand eller en kvinde. For personer med anoreksi sættes nytteværdien til 0,68, og for personer med bulimi sættes nytteværdien til 0,69. Dette betyder, at der er et marginalt mindre tab af nytte ved bulimi end ved anoreksi. For de BED og uspecificerede spiseforstyrrelser bruges værdierne 0,71 og 0,73.¹⁰¹

En QALY har en værdi på mellem 458.134 og 969.518 kr. i Danmark.¹⁰² I beregningerne anvendes den nedre grænse. Tabel 25 og Tabel 26 viser omkostningerne forbundet med forringet livskvalitet for henholdsvis kvinder og mænd med en spiseforstyrrelse i 2023. Heraf fremgår at den forringede livskvalitet har en værdi på ca. 294 mio. kr. for kvinder og 21 mio. kr. for mænd. Værdien for den gennemsnitlige kvinde og mand er dog næsten det samme; ca. 88.000 kr. for en kvinde og ca. 92.000 kr. for en mand.

Værdien af den forringede livskvalitet som følge af en spiseforstyrrelse udgør over 294 mio. kr. for kvinder med en spiseforstyrrelse i 2023

Tabel 25: Omkostninger ved forringet livskvalitet hos kvinder med spiseforstyrrelser, 2023 (t.kr.)

Sygdom	Antal	Forskel i nytte (faktor)	Samlet QALY	Værdi af tabt nytte	Værdi af nyttetab pr. kvinde
Anoreksi	1.494	0,21	314	143.734	96
Bulimi	708	0,2	142	64.871	92
BED	157	0,18	28	12.947	82
US	992	0,16	159	72.715	73
I alt	3.351	0,19	642	294.269	88

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

Værdien af mænd og kvinders reducerede livskvalitet som følge af en spiseforstyrrelse er relativt ens, men marginalt større for mænd

Tabel 26: Omkostninger ved forringet livskvalitet hos mænd med spiseforstyrrelser, 2023 (t.kr.)

Sygdom	Antal	Forskel i nytte (faktor)	Samlet QALY	Værdi af tabt nytte	Værdi af nyttetab pr. mand
Anoreksi	55	0,23	13	5.795	105
Bulimi	29	0,22	6	2.923	101
BED	43	0,2	9	3.940	92
US	102	0,18	18	8.411	82
I alt	229	0,20	46	21.070	92

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

⁹⁷ Doll et al., 2005
⁹⁸ Padierna et al., 2000
⁹⁹ Turner et al., 2009
¹⁰⁰ Jensen et al., 2023
¹⁰¹ Le et al., 2019
¹⁰² Svensson et al., 2023

Værdien af ægtefællers og partners omsorgsarbejde

Partnere og ægtefæller til personer med en spiseforstyrrelse udfører ofte omsorgsarbejde i hjemmet ud over det sædvanlige som følge af deres partners sygdom. Selvom dette arbejde ikke aflønnes, har det en værdi, der kan opgøres monetært som en alternativ- eller offeromkostning. Omkostningen består i, at partnerne kunne have anvendt den tid, de bruger på omsorgsarbejde, på arbejde eller fritidsaktiviteter. Et studie konkluderer, at partners og ægtefællers gennemsnitlige ugentlige medicinske omsorgspleje ligger på omkring 3,8 timer, hvis deres partner har været i intens hospitalsbehandling grundet anoreksi.¹⁰³ Studiet viser, hvordan partnere, ægtefæller (og forældre) bruger ekstra timer om ugen på pleje, når madlavning, emotionel støtte mm. medregnes. Det er dog vanskeligt at udlede, hvilke timer der direkte skyldes sygdommen. Derfor anvendes kun estimater for medicinsk pleje i beregningen af alternativomkostningen. Studiet viser desuden ingen signifikant forskel i omsorgstimer mellem partnere eller ægtefæller (og forældre).

På den baggrund opgøres partnerens eller ægtefællens gennemsnitlige ugentlige medicinske omsorgspleje til 3,5 timer.¹⁰⁴ Disse timer værdisættes ved de gennemsnitlige årslønninger. Dette giver en samlet alternativomkostning for partnere og ægtefæller til personer, som var diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i 2023, på ca. 18 mio. kr., eller ca. 5.000 kr. pr. partner eller ægtefælle, jf. Tabel 27.

Alternativomkostningen ved omsorgsarbejde er knap 18 mio. kr. for partnere og ægtefæller til personer med en spiseforstyrrelse i 2023

Tabel 27: Alternativomkostning ved omsorgsarbejde udført af partnere og ægtefæller, 2023

Sygdom	Personer m. SF og partnere	Gns.alder, personer m. SF	Gns.alder, partnere	Timeløn pr. partner	Samlede omk. (t.kr.)	Omk. pr. voksen (t.kr.)
Anoreksi	131	38	42	256	6.102	4
Bulimi	81	38	40	282	4.160	6
BED	44	41	42	195	1.564	8
US	132	39	41	247	5.944	5
I alt	388	39	41	252	17.770	5

Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.

4.6.2. Afledte samfundsomkostninger hos børn

<

¹⁰³ Raenker et al., 2012

¹⁰⁴ Rhind et al., 2016

Omkostninger ved for tidlig død blandt børn	Omkostninger ved for tidlig død som følge af sygdom hos børn beregnes på samme måde som for voksne. Tabel 29 viser de estimerede tabte leveår for børn med en spiseforstyrrelse i 2023 under antagelsen af, at de aldrig helbredes. I forlængelse heraf viser Tabel 30 værdien af de tabte leveår, der kan tilskrives en øget dødelighed blandt børn med en spiseforstyrrelse i 2023. Denne værdi er ca. 26 mio. kr., eller ca. 18.000 kr. pr. barn.																																										
Anoreksi blandt børn i 2023 koster ca. 14.000 tabte leveår set over børnenes levetid	Tabel 29: Levetidsestimater for børn med spiseforstyrrelser, 2023 <table><tr><th>Sygdom</th><th>Antal</th><th>Gns.alder</th><th>Forventet restlevetid</th><th>Forventet restlevetid ved sygdom</th><th>Forskel på levetid</th><th>Tabte leveår</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>921</td><td>15</td><td>70</td><td>54</td><td>16</td><td>13.849</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>57</td><td>16</td><td>69</td><td>63</td><td>6</td><td>329</td></tr><tr><td>BED</td><td>8</td><td>15</td><td>69</td><td>63</td><td>6</td><td>46</td></tr><tr><td>US</td><td>448</td><td>13</td><td>72</td><td>66</td><td>6</td><td>2.570</td></tr><tr><td>I alt</td><td>1434</td><td>59</td><td>280</td><td>246</td><td>34</td><td>14.224</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Sygdom	Antal	Gns.alder	Forventet restlevetid	Forventet restlevetid ved sygdom	Forskel på levetid	Tabte leveår	Anoreksi	921	15	70	54	16	13.849	Bulimi	57	16	69	63	6	329	BED	8	15	69	63	6	46	US	448	13	72	66	6	2.570	I alt	1434	59	280	246	34	14.224
Sygdom	Antal	Gns.alder	Forventet restlevetid	Forventet restlevetid ved sygdom	Forskel på levetid	Tabte leveår																																					
Anoreksi	921	15	70	54	16	13.849																																					
Bulimi	57	16	69	63	6	329																																					
BED	8	15	69	63	6	46																																					
US	448	13	72	66	6	2.570																																					
I alt	1434	59	280	246	34	14.224																																					
Værdi af tabte leveår for børn med spiseforstyrrelser udgør knap 26 mio. kr. i 2023	Tabel 30: Værdien af tabte leveår for børn med spiseforstyrrelser, 2023 (t.kr.) <table><tr><th>Sygdom</th><th>Antal</th><th>Forventet tilbageværende levetid pr. person</th><th>Tabte leveår i 2023</th><th>Værdi af mistede leveår</th><th>Værdi af mistede leveår pr. barn</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>921</td><td>69</td><td>13</td><td>19.367</td><td>21</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>57</td><td>68</td><td>1</td><td>846</td><td>15</td></tr><tr><td>BED</td><td>8</td><td>68</td><td>0,1</td><td>119</td><td>15</td></tr><tr><td>US</td><td>448</td><td>71</td><td>4</td><td>5.509</td><td>12</td></tr><tr><td>I alt</td><td>1.434</td><td>70</td><td>18</td><td>25.841</td><td>18</td></tr></table> Kilde: Danmarks Statistik, LPR og egne beregninger.	Sygdom	Antal	Forventet tilbageværende levetid pr. person	Tabte leveår i 2023	Værdi af mistede leveår	Værdi af mistede leveår pr. barn	Anoreksi	921	69	13	19.367	21	Bulimi	57	68	1	846	15	BED	8	68	0,1	119	15	US	448	71	4	5.509	12	I alt	1.434	70	18	25.841	18						
Sygdom	Antal	Forventet tilbageværende levetid pr. person	Tabte leveår i 2023	Værdi af mistede leveår	Værdi af mistede leveår pr. barn																																						
Anoreksi	921	69	13	19.367	21																																						
Bulimi	57	68	1	846	15																																						
BED	8	68	0,1	119	15																																						
US	448	71	4	5.509	12																																						
I alt	1.434	70	18	25.841	18																																						
Omkostninger ved forringet livskvalitet for børn	Værdien af den forringede livskvalitet hos børn med en spiseforstyrrelse følger ligeledes metoden, der er anvendt hos voksne. I Tabel 31 ses værdien af den forringede livskvalitet for børn, som i 2023 havde en spiseforstyrrelse.																																										
Værdien af den forringede livskvalitet er størst hos børn med anoreksi	Tabel 31: Omkostninger ved forringet livskvalitet for børn med spiseforstyrrelser, 2023 (t.kr.) <table><tr><th>Sygdom</th><th>Antal</th><th>Forskel i nytte (faktor)</th><th>Samlet QALY</th><th>Værdi af tabt nytte</th><th>Værdi af nyttetab pr. barn</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>921</td><td>0,22</td><td>203</td><td>92.827</td><td>101</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>57</td><td>0,21</td><td>12</td><td>5.484</td><td>96</td></tr><tr><td>BED</td><td>8</td><td>0,19</td><td>2</td><td>696</td><td>87</td></tr><tr><td>US</td><td>448</td><td>0,17</td><td>76</td><td>34.891</td><td>78</td></tr><tr><td>I alt</td><td>1.434</td><td>0,20</td><td>292</td><td>133.899</td><td>93</td></tr></table>	Sygdom	Antal	Forskel i nytte (faktor)	Samlet QALY	Værdi af tabt nytte	Værdi af nyttetab pr. barn	Anoreksi	921	0,22	203	92.827	101	Bulimi	57	0,21	12	5.484	96	BED	8	0,19	2	696	87	US	448	0,17	76	34.891	78	I alt	1.434	0,20	292	133.899	93						
Sygdom	Antal	Forskel i nytte (faktor)	Samlet QALY	Værdi af tabt nytte	Værdi af nyttetab pr. barn																																						
Anoreksi	921	0,22	203	92.827	101																																						
Bulimi	57	0,21	12	5.484	96																																						
BED	8	0,19	2	696	87																																						
US	448	0,17	76	34.891	78																																						
I alt	1.434	0,20	292	133.899	93																																						

5. Mørketallet: En skjult udfordring i indsatsen mod spiseforstyrrelser

Et markant mørketal præger området for spiseforstyrrelser og anslås at omfatte op mod 93.000 personer. Det indikerer, at sygdommens reelle udbredelse i befolkningen undervurderes, og det forstærker de strukturelle udfordringer i både opsporing, forebyggelse og behandling.

Med afsæt i litteraturen, og særligt de kvalitative indsigter, belyser dette kapitlet de bagvedliggende og ofte sammenhængende årsager til mørketallet. Det relativt store mørketal betyder, at udgifterne til behandling af spiseforstyrrelse i det danske sundhedssystem er lavere, end de burde, idet mange borgere med en spiseforstyrrelse ikke modtager hjælp.

5.1. Fra 5.000 diagnosetilfælde til et mørketal på 98.000 personer

Et dobbelt mørketal – for sygdom og for samfundsøkonomi	Mørketallet har ikke kun betydning for, hvor mange der diagnosticeres og dermed får adgang til offentlig behandling – det har også væsentlige samfundsøkonomiske implikationer. I denne rapport kan mørketallet derfor læses på to måder: Dels som et udtryk for det store antal personer, der lever med en behandlingskrævende sygdom uden at være en del af det formelle sundhedssystem, og dels som en faktor, der medvirker til, at de samfundsøkonomiske omkostninger undervurderes. De samlede udgifter er undervurderede, fordi en divers gruppe af personer med en spiseforstyrrelse ikke er i offentlig behandling. Samtidig fravælger nogle personer med en diagnosticeret spiseforstyrrelse ikke at modtage offentlig behandling enten som følge af utilstrækkelige tilbud, dårlige erfaringer, manglende tilpasning til individuelle behov eller mangel på ressourcer. Dette betyder, at både de menneskelige og økonomiske konsekvenser af sygdommen i realiteten er væsentligt større end de, der afspejles i de officielle opgørelser.
Et højt mørketal understreger behovet for mere systematisk viden om sygdommens omfang og karakter	Som beskrevet gennem rapporten er en gennemgående udfordring på spiseforstyrrelsesområdet, at der mangler væsentlig viden – både forskningsmæssigt og behandlingsmæssigt. Alle aktører på området peger enstemmigt på, at der eksisterer et meget stort mørketal, dvs. et betydeligt antal personer med spiseforstyrrelser, som aldrig bliver diagnosticeret i det offentlige. En del af disse personer fravælger dog bevidst offentlig behandling til fordel for private tilbud, selvom de ville kunne modtage behandling i det offentlige. Der findes ingen valide estimater af omfanget af denne delgruppe. Sammenholdes populationsopgørelsen i nærværende analyse, der er baseret på registerdata fra 2023, med de nye prævalensrater, som Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade har beregnet på baggrund af prævalensstudier i USA og Norge, anslås mørketallet til at være op mod 93.000 personer. Det vidner om både en alvorlig sundhedsudfordring og en undervurderet samfundsøkonomisk belastning. Som bemærket i afsnittet om nuværende behandlingsmetoder er der generelt mindre forskning i psykiske lidelser sammenlignet med somatiske, og inden for psykiatrien får spiseforstyrrelser generelt mindre opmærksomhed end andre psykiske lidelser.²⁵ Det kan blandt andet skyldes, at spiseforstyrrelser traditionelt er blevet betragtet som en “kvindesygdom”. De fleste studier har desuden historisk fokuseret på anoreksi og på en snæver risikogruppe af unge kvinder.

Mørketal varierer på tværs af diagnoser

Denne kombination har skabt en markant mangel på viden og flere blinde vinkler, som i dag hæmmer både opsporing, behandlingstilbud, kapacitet og politisk prioritering. Der er derfor et grundlæggende behov for større og mere repræsentative datasæt, der kan identificere de faktorer, som påvirker sygdomsudviklingen på tværs af køn, alder og diagnose.

Ifølge en ekspert kan den faldende debutalder for spiseforstyrrelser blandt børn paradoksalt nok medvirke til at reducere mørketallet, idet tidligere debut øger sandsynligheden for, at flere bliver identificeret og får hjælp. Det hænger sammen med, at det generelt er lettere at opdage og intervenere tidligt i barndommen end i ungdoms- og voksenalderen, og at der samtidig er en voksende samfundsmæssig opmærksomhed på spiseforstyrrelser.

Der er væsentlige forskelle i mørketallets størrelse og karakter på tværs af de forskellige spiseforstyrrelser.

Anoreksi er den mest synlige og bedst registrerede spiseforstyrrelse. Det skyldes formentlig en kombination af, at der foreligger mest viden om sygdommen ift. de øvrige spiseforstyrrelsesdiagnoser, at den har været anerkendt i længst tid, og at anoreksi i de fleste tilfælde medfører tydelige somatiske og psykiatriske konsekvenser samt markante ændringer i udseendet som følge af hurtigt vægttab eller meget lav vægt. Samtidig er det primært denne patientgruppe, som kommer i behandling, da der – i modsætning til ved andre spiseforstyrrelser – findes en relativt etableret offentlig behandlingsstruktur for både børn og voksne. Den faldende debutalder har desuden ført til tidligere indgriben og øget opmærksomhed på kommunalt plan, som det eksempelvis ses med oprettelsen af spiseforstyrrelsessporet i STIME-tilbuddet til børn og unge (se case i kapitel 6). Eksperty vurderer derfor, at mørketallet for anoreksi er relativt lavt sammenlignet med andre spiseforstyrrelser.

Bulimi vurderes derimod som langt mere underdiagnosticeret. Mange personer lever med sygdommen i årevis uden at søge hjælp, fordi de ikke ser sig selv som "syge nok", fordi deres vægt ligger inden for normalområdet, eller fordi de føler stor skam forbundet med opkastninger. Eksperty peger desuden på, at der i denne gruppe findes et mørketal blandt voksne kvinder fra højere socialklasser. Behandlere fremhæver også, at personer med bulimi i mange tilfælde formentlig søger privat behandling og dermed aldrig registreres i de offentlige systemer.

BED udgør et særligt stort mørketal. At diagnosen først blev anerkendt i ICD-11 i 2022 og endnu ikke er lige så bredt accepteret i samfundet som anoreksi og bulimi, betyder, at mange personer med BED ikke selv kender til sygdommen, ikke får stillet den korrekte diagnose hos egen læge, og at lidelsen fortsat er markant underbelyst i forskningen – på trods af, at BED anses for at ramme langt flere end både anoreksi og bulimi tilsammen, når mørketallet medregnes. Dette vidensgab kan – som tidligere beskrevet – føre til, at personer med BED og overvægt fejldiagnosticeres i stedet for at få en spiseforstyrrelsesdiagnose. Det kan resultere i uhensigtsmæssige behandlingsforløb, der modvirker bedring og skaber et endnu større fokus på krop, vægt og mad – eller på brug af medicinske slankemidler.

Der findes heller ikke en etableret offentlig behandlingsstruktur for BED, og der er kun få offentlige behandlingstilbud. Samtidig er antallet af specialiserede private behandlere begrænset. Eksperty vurderer på den baggrund, at der kan være tilfælde, hvor læger i almen praksis undlader at stille en diagnose, fordi de ikke har mulighed for at henvise patienten til relevant behandling. Det bemærkes også, at der i almen praksis eksisterer en udbredt mangel på viden om BED, og at der derfor ikke screenes tilstrækkeligt og systematisk.

Uspecificerede spiseforstyrrelser og nyere tilstande som megareksi og ARFID forbliver i stor udstrækning uerkendte og underrepræsenterede i både forskning og behandling. Eksperter fremhæver behovet for øget viden og opmærksomhed omkring disse former, da de kan være lige så belastende for livskvalitet og funktionsevne. Mørketallet for disse lidelser vurderes derfor at være tæt på totalt.

5.2. Mange årsager bidrager samlet til et omfattende mørketal

Ikke én årsag – men mange	På baggrund af rapportens omfattende dataindsamling er det muligt at kaste lys over mørketallet af personer med en spiseforstyrrelse, som ikke har fået stillet en diagnose. Eksperterne har i særlig grad bidraget til at belyse dette mørketal. Figur 6 illustrerer de årsager, der er blevet fremhævet i analysen, og hvert tema uddybes i det følgende afsnit.
Årsager til mørketallet fremhævet i den analytiske proces	Figur 6: Mulige årsager til mørketallet for spiseforstyrrelser  Kilde: Deloitte, 2025.
Fravalg af offentlig behandling	Det formodes, at mørketallet i høj grad består af personer med en mild til moderat spiseforstyrrelse, da personer med svære spiseforstyrrelser på et tidspunkt i de fleste tilfælde vil blive behandlingskrævende på et specialiseret niveau.

Eksperter bemærker dog, at personer – både børn og voksne – med svære spiseforstyrrelser (og muligvis andre psykiske lidelser), som tidligere har været i kontakt med psykiatrien “for alt i verden vil undgå behandling i det offentlige igen”, som en ekspert udtrykte det. Det kan skyldes tidligere negative erfaringer, hvor patienter har oplevet et vægtfokuseret og rigtigt behandlingssystem, der ikke tager tilstrækkeligt højde for individuelle behov. Dårlige erfaringer kan også bunde i oplevelsen af manglende behandlingskapacitet som fx mangel på eller høj udskiftning blandt kompetente behandlere eller utilstrækkelige ressourcer, hvilket samlet set kan føre til en stresset og uhensigtsmæssig behandlingsoplevelse og for tidlig afslutning. En anden forklaring er muligvis, at gruppebehandling er en udbredt metode i behandlingen af spiseforstyrrelser. Nogle patienter kan dog frygte at blive “trigget” af andres fortællinger eller have det vanskeligt i sociale sammenhænge, selvom gruppebehandling for mange er en succesfuld behandlingsform.

Det skal desuden bemærkes, at patienter ved indlæggelse – både under tvang og frivilligt – mister deres bevægelsesfrihed og i vid udstrækning også deres selvbestemmelsesret, da de skal indgå under meget faste behandlingsrammer, hvilket kan virke afskrækkende.

Generelt beretter flere eksperter, at personer med behandlingskrævende spiseforstyrrelser fravælger at opsøge behandling i det offentlige, fordi den opleves som utilstrækkelig – ofte med for korte indlæggelsesforløb og for stort fokus på kropsvægt frem for funktionsniveau og helhedsvurdering. Denne årsag til det høje mørketal afspejler, at behandlingssteder anslår, at op imod halvdelen af voksne med en spiseforstyrrelse fravælger behandling i psykiatrien.¹⁰⁵

Årsagerne identificeret i denne analyse afspejler også resultaterne af et forskningsstudie gennemført i 2018–2021 blandt 18 voksne kvinder med en spiseforstyrrelse, der undersøgte, hvorfor de afslog specialiseret behandling, og hvordan de oplevede de eksisterende behandlingstilbud. Studiet konkluderede, at deres afslag på behandling i den offentlige psykiatri skyldes uenighed om behandlingsbehov, rigide behandlingsrammer, manglende lydhørhed, tab af identitet og umyndiggørelse samt mistillid og frygt.¹⁰⁶

Strukturelle barrierer i sundhedssystemet

Et andet perspektiv på årsagerne til mørketallet vedrører strukturelle faktorer i sundhedssystemet. En udfordring er, at diagnoserne traditionelt er snævre og vægtcentrerede, hvilket betyder, at nogle patienter ikke genkender sig selv i kriterierne og derfor måske ikke søger hjælp. En anden udfordring er også, at læger kan få sværere ved at stille en præcis diagnose. Det kan forklare, at gruppen af uspecificerede spiseforstyrrelser er så omfattende.

En gennemgående udfordring, som eksperter og litteraturen fremhæver, er også en udbredt mangel på viden i almen praksis og blandt sundhedspersonale bredt set, fx tandlæger, som har førstehåndskontakt med personer med en spiseforstyrrelse. Der berettes om, at læger i almen praksis ikke screener tilstrækkeligt for spiseforstyrrelser, dels fordi symptomerne kan være diffuse, og dels fordi de mangler viden, så de rette spørgsmål kan stilles. Forskning viser, at fysiske symptomer på anoreksi kan være til stede i op til ti år før diagnosen stilles – særligt i de sidste 12 måneder forud.¹⁰⁷ Hvis lægen ikke genkender symptomerne, eller der ikke spørges ind til spiseadfærd, og vægten ikke fremstår lav, kan diagnosen imidlertid overses, og patienten dermed ikke få tilbudt behandling. Men også mangel på behandlingstilbud – især til bulimi, BED og andre spiseforstyrrelser – som læger kan henvise til, kan være en barriere for diagnosticering og behandlingsadgang. Som en ekspert udtalte: “Man screener ikke for noget, man ikke kan behandle.” I relation hertil kan det også have betydning, at der ikke eksisterer opdaterede nationale kliniske anbefalinger for behandling af spiseforstyrrelser.

¹⁰⁵ Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2020

¹⁰⁶ Andersen et al., 2021

¹⁰⁷ Søeby et al., 2024

Sygdommens natur og fravær af sygdomserkendelse

Som allerede beskrevet er en årsag til mørketallet også det faktum, at sygdommen kræver erkendelse hos den ramte og ønske om behandling. Mange patienter oplever spiseforstyrrelsen som en del af deres identitet eller som et middel til kontrol og tryghed. Det kan skabe benægtelse og gøre det vanskeligt at tage imod hjælp – selv når lidelsen opleves som invaliderende. Som behandlere beskriver det, kan personer med spiseforstyrrelse både frygte og længes efter behandling. Mange udtrykker ambivalens og ønske om at få det bedre, men samtidig er der en frygt for at miste det, der opleves som en sikker mestringsstrategi.

Kulturelle og samfundsmæssige årsager – ”psykologi i samfundet – psykolog i hjernen”

Kultur og samfundsnormer spiller en central rolle i, hvorfor mange spiseforstyrrelser forbliver i skyggen. I dag ses en udbredt normalisering af forstyrret spiseadfærd og et stort kropsfokus især på sociale medier, i sport og i populærkulturen. Idealer om kontrol, sundhed og slankhed fremhæves som tegn på disciplin og succes, hvilket skaber et miljø, hvor reelle behandlingskrævende spiseforstyrrelser ikke nødvendigvis opfattes som problematiske.

Ifølge eksperterne starter denne udvikling tidligt. Børn helt ned til 8–12-årsalderen udviser i dag stigende grad tegn på forstyrret spisning, og hvor en mild spiseforstyrrelse tidligere blev betragtet som en undtagelse, er den nogle steder blevet en del af hverdagskulturen. Når restriktiv kost og overdreven motion opleves som sundhedstegn, bliver grænsen mellem adfærd og sygdom flydende, og mange genkender derfor ikke sig selv som syge, mens pårørende heller ikke nødvendigvis reagerer.

Samtidig drives denne kultur af en forældregeneration, som generelt selv er optaget af krop, kost og sundhed. Denne optagethed påvirker børn indirekte og ubevidst, og kan bidrage til vægtstigmatisering i hjemmet – et tema, der uddybes i næste kapitel.

Individualiseringen af sundhedsideal betyder, at det enkelte menneskes krop og livsstil bliver et personligt projekt, der skal optimeres. Psykologien i samfundet bliver til psykologien i hjernen og medvirker til et pres for selvkontrol og perfektion – og deraf mulig mistrivsel. Sociale medier spiller her en afgørende rolle, ikke kun som spejl for idealer, men som aktiv medskaber af skadelige trends og myter om sundhed. Mange af disse trends, som fx ekstreme diæter, detox-kure og slankemidler, kan være skadelige og bidrage til udviklingen af en spiseforstyrrelse.

Denne samfundsmæssige kontekst gør det vanskeligere at skelne mellem kulturelt accepteret adfærd og klinisk sygdom og bidrager dermed til et betydeligt mørketal af personer, der lider af en spiseforstyrrelse uden at blive opdaget eller få hjælp.

Køn, alder og social baggrund

Der er bred enighed i fagmiljøet om, at mørketallet blandt drenge og mænd er betydeligt. Det samme gælder for minoritetsgrupper, herunder homoseksuelle mænd og transpersoner. Det skyldes blandt andet, at forskningen historisk har fokuseret på kvinder, og at spiseforstyrrelser af nogle anses for en ”kvindesygdom”. Det skaber både tabuer og lavere erkendelse blandt mænd.

Ifølge nogle eksperter er det sandsynligt, at mænd – hvis mørketallet var fuldt kendt – kunne udgøre op mod 25 pct. af de personer, der lever med en spiseforstyrrelse. En del af forklaringen er, at mænd oftere rammes af ikke-anerkendte spiseforstyrrelser som megareksi, hvor fokus ligger på muskelmasse og lav fedtprocent. Forskning har tidligere vist, at mænds kropsutilfredshed netop ikke nødvendigvis bunder i et ønske om at blive tyndere, men i højere grad om at være både muskuløs og have en lav fedtprocent.¹⁰⁸ Eksperter beretter desuden om en kønsbias i sundhedssystemet, hvor mænd og kvinder stilles forskellige spørgsmål, og hvor mænds symptomer i højere grad tilskrives livsstil eller træning. Mænd skal typisk være relativt hårdt ramt, før de bliver identificeret eller diagnosticeret. Hos mænd ses desuden oftere en lavere somatisk påvirkning sammenlignet med kvinder, og symptomerne på sygdom kan derfor være mindre synlige.

¹⁰⁸ Griffiths et al., 2013

Dette bakkes op af et forskningsprojekt fra 2013, der viser, at nuværende definitioner og evalueringsrammer for spiseforstyrrelser næsten udelukkende fokuserer på tyndhedsorienteret adfærd (fx vægttab, kaloriebegrænsning og faste) og derfor overser muskulaturorienteret spiseforstyrret adfærd. Denne kan blandt andet indebære ekstremt højt proteinindtag, tvangspræget måltidsstruktur, overdrevet fokus på kosttilskud og brug af præstationsfremmende midler. Konsekvensen er, at forskningen ikke finder en sammenhæng mellem ønsket om muskelmasse og spiseforstyrrelser. Ikke fordi den ikke findes, men fordi metoderne ikke fanger den.¹⁰⁸

Selvom det er et ældre studie og definitionerne har udviklet sig, så tyder det på – når der også tages højde for eksperternes udtalelser – et behov for en ny forståelsesramme for spiseforstyrret adfærd, som fokuserer på de underliggende tvangsprægede regler frem for et lavt BMI.

Alder udgør en anden dimension af mørketallet. Det vurderes at være særligt stort blandt voksne, hvor en gruppe personer lever med ikke-erkendte eller kroniske spiseforstyrrelser. Eksperter fremhæver især kvinder over 40 år, som “klar sig” uden behandling, men lever med sygdommen. Også blandt børn og unge vurderes mørketallet at være højt især blandt dem med BED, der ikke genkendes som syge på grund af normal eller høj vægt.

Der er desuden en socialklasse-dimension i mørketallet. Ressourcestærke familier og voksne har bedre mulighed for at opsøge privat behandling, mens andre står uden hjælp, når behandling i det offentlige ikke er ønsket eller tilgængelig. Behandling af børn og unge kræver omfattende forældreinddragelse og måltidsstøtte mange gange dagligt – en opgave, som ressourcestærke familier kan løfte. Det betyder, at nogle børn ikke får den rette behandling, fordi forældrene ikke har de nødvendige ressourcer til at støtte deres syge barn gennem forløbet.

Udsatte erhverv

Elitesporten udgør et område, hvor der også ses et særligt mørketal. Forekomsten af spiseforstyrrelser er forhøjet blandt eliteatleter, hvor lav vægt eller kropslig slankhed er en central del af præstationen.¹⁰⁹ Årsagerne knytter sig typisk til sportslige kropsidealer, forventninger om præstationsforbedring og sociokulturelt pres.¹¹⁰ Spiseforstyrrelser ses især i vægtsensitive, æstetiske og udholdenhedsbaserede sportsgrene som fx gymnastik, kampsport, løb og fodbold.¹¹¹

I elitesport ses mange atypiske forløb, hvor atleter bevarer høj muskelmasse og derfor ikke opfylder de klassiske kriterier for anoreksi, selvom symptomerne er identiske og forpintheden udtalt. Topatleter med adgang til specialiseret støtte bliver ofte identificeret tidligt, mens udøvere på subeliteniveau risikerer at forværres uden hjælp eller diagnosticering, da de ikke på samme måde er tæt omgivet af en sådan støtte fx trænere, fysioterapeuter, ernæringseksperter mv.

Også i erhverv, hvor krop og udseende spiller en central rolle som fx i mode- og modelbranchen, er spiseforstyrrelser ifølge eksperter relativt mere forekommende. Fordi udseendet ofte er en del af levebrødet, kan ønsket om behandling være fraværende, ligesom der kan eksistere en vis accept af tilstanden. De peger også på sundheds- og omsorgspersonale, som arbejder professionelt med krop, ernæring og sundhed. I relation til BED ser eksperterne en del tilfælde netop inden for omsorgsfagene, hvor personer med ansvar for andres trivsel kan have vanskeligt ved at erkende egne behov og grænser. Rapporten belyser i næste kapitel, hvordan personer i disse erhverv ifølge forskningen også befinder sig i risikogruppen for at udvikle en spiseforstyrrelse.

¹⁰⁹ Sundgot-Borgen og Torstveit, 2014

¹¹⁰ Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010

¹¹¹ Danmarks Idrætsforbund og Team Danmark, 2023

Et samlet ansvar for at bryde mørketallet

De mange årsager til det omfattende mørketal viser, at spiseforstyrrelser ikke alene er et individuelt problem, men også et systemisk og kulturelt fænomen. Samlet set betyder det, at alt for mange lever med sygdommen uden at blive set, diagnosticeret eller få relevant hjælp.

Denne indsigt peger på nødvendigheden af at styrke den tidlige opsporing, forbedre behandlingsadgangen og ændre de kulturelle rammer, der bidrager til, at sygdommen i mange tilfælde forbliver skjult. Det kræver et stærkere samlet samfundsmæssigt fokus på tværs af sundhed, uddannelse, arbejdspladser og civilsamfund for at kunne forebygge, at nye tilfælde opstår, og at eksisterende sygdomstilfælde forværres. Kapitel 6 belyser de samfundsøkonomiske potentialer, der kan realiseres gennem en sådan styrket forebyggelse.

6. Forebyggelse, tidlig opsporing og det økonomiske potentiale

Investeringer i forebyggelse og tidlig opsporing af spiseforstyrrelser er ikke blot forbundet med menneskelig og privatøkonomisk værdi for den enkelte og de pårørende. Det kan også betale sig fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Jo tidligere sygdommen opdages og behandles, desto større er chancen for bedring og et liv uden langvarige følgevirkninger. Tidlig opsporing kan forhindre, at spiseforstyrrelser udvikler sig til alvorlige og kroniske tilstande, reducere behovet for indlæggelser og mindske tab af uddannelse, arbejde og livskvalitet. Samlet set beløber potentialet ved en forebyggende indsats og styrket behandling sig til et trecifret millionbeløb om året.

Dette kapitel sætter fokus på vigtigheden af forebyggelse af spiseforstyrrelser fra et samfundsøkonomisk perspektiv. Det belyser betydningen af tidlig opsporing og forebyggelse af tilbagefald, herunder de nøgleaktører, som spiller en central rolle i denne sammenhæng. Afslutningsvis præsenteres beregninger af det samfundsøkonomiske potentiale, der kan realiseres gennem en effektiv forebyggelsesstrategi. I kapitlet indgår også tre forskellige illustrative caseberetninger om støttende og forebyggende tiltag målrettet både børn og voksne.

6.1. Fra omkostning til investering – potentialet i forebyggelse og tidlig opsporing

Hvorfor forebyggelse er afgørende	Rapportens analyse dokumenterer, at spiseforstyrrelser er en alvorlig og kompleks sygdom. I modsætning til mange andre lidelser er spiseforstyrrelser både psykiske og somatiske, og de ses ofte sammen med andre diagnoser. Sygdommen kan ligge latent, være langvarig og udvikle sig til en kronisk tilstand. Den er vanskelig at behandle og har en særlig karakter, hvor den kan overbevise den sygdomsramte om, at den er en kilde til tryghed og “sandheden”. Sygdommen kan splitte familier og føre til betydelig psykisk og fysisk belastning i de nære relationer. Den kan endda “smitte” i den forstand, at destruktive mønstre og adfærd kan påvirke andre i omgivelserne. Data viser, at kun omkring halvdelen af personer med anoreksi opnår bedring. Tallene er bedre for bulimi og BED, men er behæftet med betydelig usikkerhed, da der mangler viden. Her skal det bemærkes, at rask i klinisk forstand ikke nødvendigvis betyder, at den indre forpinthed, som følger med en spiseforstyrrelse, er forsvundet. Virkeligheden er også, at dødeligheden er relativt forhøjet for alle typer af spiseforstyrrelser, og at behandlingen ofte kun kan dæmpe – og ikke fjerne – sygdommen. Ud over de ca. 5.000 personer i Danmark, der har fået stillet en diagnose, lever et estimeret antal på omkring 93.000 personer med en ubehandlet spiseforstyrrelse, som beskrevet i rapportens forrige kapitler. Men hertil kommer en gruppe bestående af personer, som udviser uhensigtsmæssig adfærd – fx med forstyrret spisning – og som har symptomer, der kan udvikle sig til en spiseforstyrrelse. Ingen ved, hvor stor denne gruppe er, men eksperter vurderer, at den er betydelig – og voksende. Et studie fra Statens Institut for Folkesundhed underbygger denne vurdering: Andelen af kvinder over 16 år med risikoadfærd er steget fra 10 pct. i år 2000 til 21 pct. i 2023. Stigningen ses i alle aldersgrupper, men er særlig markant blandt kvinder i alderen 25–34 år, hvor andelen er steget fra 12 til 27 pct.³
--	---

	I den relation er det vigtigt at forstå de mange risikofaktorer, der kan udløse en spiseforstyrrelse. Som uddybet i kapitel 2 spænder risikofaktorerne bredt og omfatter genetik, tarmflora og autoimmune reaktioner, barndoms- og ungdomserfaringer, personlighedstræk og psykiske lidelser, køn, socioøkonomisk status, etnisk minoritetsbaggrund, kropsopfattelse, sociale påvirkninger samt elitesport. ^{8,112}
Forebyggelse kræver handling – tidlig opsporing og god genetablering	Det bør på denne baggrund fremstå klart, at forebyggelse ikke blot er ønskværdig – den er nødvendig. Da langt fra alle modtager en behandling, der virker for dem, er forebyggelse det bedste middel mod spiseforstyrrelser på nuværende tidspunkt. Det kræver en tostrengt strategi: Dels at gribe ind tidligt, mens spisningen og adfærden endnu kun er forstyrret, dels at forhindre forværring og genindlæggelser hos dem, der allerede er ramt. Hvis der ikke handles, vil den samfundsmæssige belastning kun vokse. Den første indsats handler om tidlig opsporing, mens den anden indsats handler om forebyggelse, især i eget hjem blandt andet med kommunal støtte.
Behovet for mod i den tidlige indsats	Samtidig med, at eksperter understreger behovet for forebyggelse og tidlig opsporing, fortæller de også, at behandling i visse tilfælde kan risikere at forstærke den begyndende sygdom gennem kontakt med behandlere og på grund af øget forælderefokus eller gennem gruppeterapi, hvor man kan spejle sig i andres adfærd. Alligevel understreger de, at gevinsten ved tidlig indsats langt overstiger risikoen. Prisen for ikke at gribe ind vurderes som for høj, da den største udfordring opstår, når sygdommen får lov at udvikle sig. Jo længere tid, der går, desto vanskeligere bliver det at opnå bedring. Efter kun tolv måneder med sygdom er processen mod helbredelse svær.
Ingen skal være ”syge nok” for at få hjælp	Når sygdommen allerede har udviklet sig, understreger eksperter også vigtigheden af at sikre hurtigere og lettere adgang til behandling på et tidligere stadie. I dag er oplevelsen blandt mange – børn og voksne – at de skal være ”syge nok”, før de kan få hjælp – fx i form af betydeligt vægttab, meget lav vægt eller alvorlige fysiske følgevirkninger. Eksperter vurderer, at dette udgør en væsentlig barriere for bedring. Igen gælder det, at jo længere tid en spiseforstyrrelse får lov at udvikle sig, desto mere forankret bliver sygdommen i adfærd og identitet, og desto vanskeligere bliver det at vende tilbage til et sundt forhold til mad og krop. En tidligere behandlingsindsats – også ved mildere symptomer – kan derfor være afgørende for at bryde sygdomsudviklingen og forhindre langvarige forløb samt de økonomiske omkostninger, der følger.
	I forlængelse heraf ses et behov for, at behandlingssystemet i højere grad differentierer mellem grader af sygdom og tilbyder mere fleksible forløb, der kan tilpasses den enkeltes behov og sygdomsstadie. En sådan tilgang kan både forebygge, at patienter forværres, bedre sikre, at flere får rettidig hjælp, inden sygdommen bliver alvorlig og bidrage til, at patienter, der får brug for behandling igen, vælger den til. ¹⁰⁵
Sundhedsideal, sociale medier og tavshed er barrierer for forebyggelse og tidlig opsporing	På et mere generelt plan advarer eksperter om, at fremkomsten af medicinske vægtsmidler kan risikere at fremme et ensidigt ideal om den slanke krop og individualisere ansvaret for sundhed. Spiseforstyrrelser risikerer dermed at blive reduceret til et spørgsmål om vægt og viljestyrke. Derfor er det afgørende, at samfundets opfattelse af sundhed og krop bliver mere nuanceret i en tid, hvor mange tendenser ellers peger den anden vej. Der er behov for en balanceret offentlig samtale om kost, krop og sundhed med fokus på kroppens funktioner – ikke dens udseende – og som bygger på princippet om en vægtneutral sundhedstilgang. For at en forebyggelsesstrategi kan opnå den nødvendige brede effekt, er der behov for mere oplysning om vigtigheden af en sådan vægtneutral sundhedstilgang for den samfundsmæssige trivsel. Der eksisterer også en række myter i den offentlige samtale – fx forestillingen om, at drenge og mænd ikke rammes af spiseforstyrrelser, eller at udebleven menstruation er normalt for kvindelige atleter – som kan lede til fejlagtige konklusioner om, hvad der er sundt og normalt og dermed normalisere en risikoadfærd.

¹¹² Se også kapitel 8.

	Samtidig peger alle eksperter på, at influencere og sociale medievirksomheder har et etisk ansvar for det indhold, de formidler om kost, krop og sundhed. Sociale medier udgør en betydelig risikofaktor, som ifølge eksperterne kræver øget regulering og ansvarlighed. Det blev fx fremhævet i et interview, at en forælder aldrig ville acceptere, at deres barn fysisk gik ned i en "anoreksigruppe" på et gadehjørne, men det sker i dag digitalt, hvor børn og unge kan have flere sociale medieprofiler, hvor de uden forældrenes viden eksponeres for skadeligt indhold. Generelt fremhæves det også, at tabu og berøringsangst fortsat udgør en væsentlig barriere for både opsporing og behandling. Sygdommen er typisk forbundet med stærke følelser af skyld og skam for den enkelte, og tavshed fra omgivelserne kan dermed risikere at forstærke sygdommens greb. Der er derfor et bredt behov for øget viden om og forståelse for spiseforstyrrelser – og for et syn på sygdommen som en reel, alvorlig lidelse på linje med andre sygdomme, og ikke som noget selvforskyldt eller et resultat af personlige valg.
Udbredt vægtstigmatisering i Danmark	Forebyggelsesarbejdet på spiseforstyrrelsesområdet udfordres også grundlæggende af udbredte vægtfordomme. Danmark er ifølge en international sammenligning det land ud af 34, hvor flest mennesker har ubevidste negative holdninger til vægt. Disse fordomme og former for vægtstigmatisering går på tværs af køn, alder og uddannelsesniveau og kommer til udtryk i mange dele af samfundet – herunder i sundhedsvæsenet, på arbejdsmarkedet, i uddannelsessystemet, i sociale relationer og i medierne.¹¹³ Forskning tyder på, at stigmatisering – ud over at være ubehagelig – kan påvirke helbredet mere alvorligt.¹¹³ Det har særlig betydning for personer med spiseforstyrrelser eller med forhøjet risiko for at udvikle en. Vægtstigmatisering kan fx fungere som en vedligeholdende faktor, da oplevelsen af skam og diskrimination påvirker adfærd og den mentale tilstand. Selvom vægtstigmatisering typisk forbindes med overvægt, oplever personer med meget lav vægt også en betydelig og invaliderende grad af stigmatisering. Forældres fordomme om vægt – både bevidste og ubevidste – påvirker børn helt ned til 2-3 år ift. kropsopfattelse og holdninger til vægt.¹⁸ Flere studier dokumenterer, at børn og unge, der udsættes for vægtrelaterede kommentarer eller stigmatisering fra familiemedlemmer, har øget risiko for forstyrret spisning og lavere trivsel – en effekt, der kan strække sig ind i voksenlivet.¹¹³ Derfor er uddannelse af frontpersonale som lærere, sundhedsplejersker, tandplejere og pædagoger samt oplysning til forældre afgørende.
Kropsfokuserede erhverv som risikofaktor	Ifølge forskning og eksperter er personer i erhverv, hvor kroppen udgør en central del af arbejdet – som fx eliteatleter, sundhedsprofessionelle, modeller og dansere – i forhøjet risiko for at udvikle et forstyrret eller usundt forhold til mad, vægt og krop. I sådanne miljøer er fokus på kropslige præstationer, æstetik og vægtkontrol ofte intensivt, og det kan medføre adfærdsmønstre præget af restriktiv spisning, overtræning eller kropsutilfredshed. Inden for elitesporten er der veldokumenteret sammenhæng mellem spiseforstyrrelser og æstetisk- eller vægtfokuserede discipliner, hvor kropsvægten betragtes som afgørende for præstation. En dansk undersøgelse fra 2022 viser, at 17 pct. af eliteatleter og 31 pct. af subeliteatleter har symptomer på en spiseforstyrrelse.¹¹⁴ Undersøgelsen viser også, at forekomsten generelt er højere blandt kvindelige atleter end mandlige. Konsekvenserne for atleter med de mest udtalte symptomer – dvs. dem med størst risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse – omfatter fx træningsafhængighed, depression, overbelastningsskader, maveproblemer, søvnproblemer og dårligere restitution.¹¹¹ Screening af spiseforstyrrelser indenfor elitesporten er aktuelt under udvikling og vurderes som et vigtigt skridt i den forebyggende indsats.

¹¹³ Vidensråd for Forebyggelse, 2024

¹¹⁴ Lichtenstein og Melin, 2022

Andre studier viser også, at atleter i elitesport har øget risiko for at udvikle spiseforstyrrelser. Et forskningsprojekt af forekomsten af anoreksi og uspecificerede spiseforstyrrelser blandt kvindelige elite-langdistanceløbere fandt, at den var højere end forventet sammenlignet med jævnaldrende ikke-atletiske kvinder. På den baggrund konkluderede forskerne, at kravet om lav kropsvægt snarere end træningsintensitet udgør den største risiko for udvikling af spiseforstyrrelser i denne gruppe.¹¹⁵

Tilsvarende viste et forskningsprojekt i 14 lande verden over, at spiseforstyrrelser udgør en bekymring på ernæringsfaglige uddannelser, idet forekomsten af spiseforstyrrelser var højere på universitetets ernæringsfaglige uddannelser end på andre fakulteter.¹¹⁶ Et andet studie blandt sygeplejersker i USA viste i 2009, at forstyrret spiseadfærd hænger tæt sammen med et højt arbejdspress og lav kropslig tilfredshed. Sygeplejersker med høje stressniveauer havde markant øget risiko for forstyrret spisning.¹¹⁷

En systematisk litteraturgennemgang af spiseforstyrrelser blandt modeller fra 2017 fandt – imod den gængse opfattelse – at modeller ikke nødvendigvis har en højere forekomst af kliniske spiseforstyrrelser end personer uden for branchen. Dog har modeller i gennemsnit et markant lavere BMI end kontrolpersoner og tillægger udseende og slankhed større betydning. Det skaber en relativt højere forekomst af spiseforstyrrelsessymptomer blandt modeller. Studiet konkluderer derfor, at eksisterende forskning ikke giver et entydigt billede af problemets omfang, og at der er behov for yderligere forskning.¹¹⁸

På tværs af disse faggrupper ses dermed et mønster, hvor professionelle omgivelser med stærkt kropsfokus kan fungere som en risikofaktor for udvikling af spiseforstyrrelser.

6.2. Tidlig opsporing og tiltag mod tilbagefald er investeringer i liv og samfund

Tidlig opsporing og tiltag mod tilbagefald bør være centralt i en forebyggelsesstrategi

Mens en forebyggelsesstrategi bør hvile på en bred og generel indsats for at styrke den offentlige samtale om krop, mad og sundhed, bør et centralt spor i strategien være investering i en styrket tidlig opsporing blandt børn og unge. Ekspertter understreger samstemmende, at en tidlig indsats er afgørende for at reducere sygdommens omfang og konsekvenser. En tidlig indsats, hvor sygdom helt undgås eller mindskes, har potentiale til at reducere antallet af sygdomsforløb og de tilhørende samfundsøkonomiske omkostninger. Jo tidligere der gribes ind, desto bedre er prognosen både ift. helbredelse og til at undgå langvarige og komplekse behandlingsforløb. Den tidlige opsporing skal især rettes mod børn og unge, der befinder sig i risikozonen for at udvikle en spiseforstyrrelse, fx når der ses en forstyrret spisning. Erfaringer viser, at unge, der får hjælp tidligt, kan undgå yderlig sygdom. Tidlig opsporing er derfor ikke kun det rigtige valg ud fra et menneskeligt perspektiv – det er også en samfundsøkonomisk nødvendighed.

En effektiv forebyggelsesstrategi bør også fokusere på at forebygge tilbagefald blandt personer, der tidligere har været ramt eller stadig har sygdommen, men er i bedring. Genindlæggelser er dyre, både menneskeligt og økonomisk, hvorfor forebyggelse af tilbagefald er vigtig. Endnu mere fordi nogle patienter fravælger behandling ved tilbagefald grundet dårlige erfaringer med det offentlige behandlingssystem (se også kapitel 5 om mørketallet). Det betyder, at de risikerer at leve med sygdommen uden behandling, der kunne forbedre deres helbred og livskvalitet, hvilket i et langsigtet perspektiv er en dyr omkostning for samfundet, som også øger risikoen for tidlig død. Det kræver investering i genetablering og vedvarende støtte i eget hjem, herunder tilbud, der kan hjælpe den enkelte med at fastholde fremskridt efter endt behandling og genvinde et stabilt hverdagsliv.

¹¹⁵ Hulley og Hay, 2001

¹¹⁶ Drummond og Hare, 2012

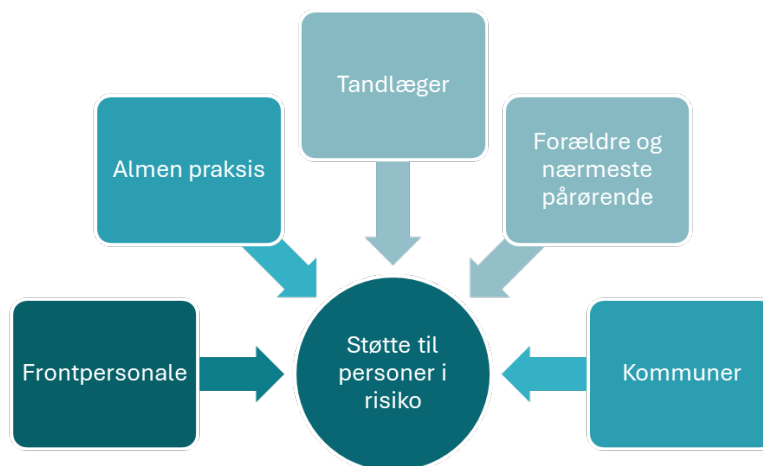
¹¹⁷ King og Vidourek, 2009

¹¹⁸ Zancu et al., 2017

Nøgleaktører i forebyggelse og den tidlige opsporing

For at styrke den tidlige opsporing og bredere forebyggelse af spiseforstyrrelser er det nødvendigt at iværksætte en række indsatser målrettet centrale nøgleaktører. Figur 7 viser de aktører, som eksperterne har peget på gennem interviews. Hver aktør er begrundet i de følgende afsnit.

Figur 7: Nøgleaktører, der kan bidrage til forebyggelse og tidlig opsporing for personer i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse



Deloitte, 2025.

Frontpersonale

Tidlig opsporing er kun mulig, hvis frontpersonale, der arbejder med børn og unge – særligt lærere, pædagoger, skolepsykologer/PPR, sundhedsplejersker, skolesocialrådgivere og tandplejere – har de nødvendige kompetencer, kapacitet og tryghed til at identificere risikosignaler og reagere hensigtsmæssigt.

Almen praksis

Det samme gælder for almen praksis, hvor der er behov for større fokus på risikofaktorer, forebyggelse og behandlingsmuligheder, samt på at kunne føre den svære dialog om sygdommen med patienten. Et studie har undersøgt mønstre og tidspunkter for medicinske diagnoser op til ti år før en formel diagnose med anoreksi. Formålet var at skabe ny viden, der kan styrke den tidlige opsporing. Studiet viser, at sandsynligheden for at modtage en hospitalsdiagnose for en somatisk lidelse er forhøjet helt op til ti år før en anoreksidiagnose sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Risikoen stiger markant i de 12 måneder op til diagnosen, men kan også ses i årene forinden. Det gælder særligt diagnoser relateret til fordøjelsessystemet – fx irritabel tyktarm – samt endokrine og ernæringsrelaterede lidelser som underernæring og elektrolytforstyrrelser, men også ved blodmangel (anæmi) og udeblivelse af menstruation (amenoré).¹⁰⁷

Tandlæger

Tandlæger har en særlig rolle i opsporingen. En undersøgelse fra 2016 viste, at næsten halvdelen af personer med en spiseforstyrrelse havde tandskader forårsaget af sygdommen.^{42, 119} Da orale symptomer i nogle tilfælde kan være det eneste objektive tegn på en spiseforstyrrelse, har tandlæger en unik mulighed for at medvirke til tidlig igangsættelse af nødvendig behandling og odontologisk intervention. En tredjedel af personerne med sygdom i studiet oplyste også, at de gik sjældnere til tandlæge, end havde de været sygdomsfrie.

Hvis sygdommen har medført varige tandskader, spiller tandlæger også en vigtig rolle. Da tænder er en tydelig del af et menneskes udseende, fortæller tandlæger, hvordan et ødelagt tandsæt kan gøre det vanskeligt at vende tilbage til arbejdsmarkedet, fordi personer risikerer at blive mødt med fordomme. Ved at hjælpe med at genskabe tandsættet kan tandlæger understøtte både den fysiske og sociale rehabilitering.

¹¹⁹ Gehrt et al., 2016

Forældre og tætte pårørende	Forældre spiller en nøglerolle i den tidlige opsporing. Ekspertter peger på behovet for, at forældre bliver bedre til at genkende tidlige tegn og tør indtage en tydelig, autoritativ rolle. Der er fortsat behov for mere information og oplysning til forældre om, hvornår deres barn er sygt, og hvornår ændringer i adfærd er normale. Mange forældre reagerer for sent fx først, når de ser barnet i badetøj under ferier eller lignende situationer.
Kommuner	Kommunerne spiller en central rolle både i den tidlige opsporing af børn og unge og i forebyggelsen af tilbagefald og genindlæggelser. Den tidlige opsporing varetages i mange kommuner i dag gennem spiseforstyrrelsessporet i initiativet STIME – Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed. STIME henvender sig til børn og unge i mistrivsel med det formål at sikre, at de får relevant hjælp i deres nærmiljø, inden udfordringerne udvikler sig til psykiatrisk behandlingskrævende tilstande. STIME indeholder et specifikt spor målrettet spiseforstyrrelser, som nu er ved at blive udbredt i hele landet (jf. casen om STIME i afsnit 6.2.1). Det udbydes lige nu i 59 kommuner i Region Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Nord (per november 2025). Det forventes, at en række kommuner i Region Midt også vil udbyde sporet i løbet af foråret 2026. I Københavns Kommune varetages den forebyggende indsats mod spiseforstyrrelser af enheden ROBUS. Evalueringen af spiseforløbene i ROBUS viser overvejende positive resultater. Blandt de gennemførte forløb oplevede 89 pct. en forbedring i spiseforstyrrelsessymptomer, og 79 pct. rapporterede øget trivsel. Dog afbrydes næsten hver tredje forløb. Størstedelen af disse henvises til psykiatrien og indgår derfor ikke i effektmålingen. De observerede adfærdsændringer er ifølge ROBUS' evaluering gode: Efter forløbet angav ingen deltagere at spise på følelser eller ofte at spise i skjul mod henholdsvis 5 og 9 pct. før forløbet. Samtidig oplevede samtlige forældre en bedring i barnets problemer, hvoraf 76 pct. vurderede forbedringen som markant. Den kommunale indsats er ikke kun vigtig ift. tidlig opsporing blandt børn og unge, men også for at sikre en god genetablering efter indlæggelse blandt voksne og for at forbedre trivslen – især i overgangen fra børne- til voksenbehandling. Et eksempel er tilbud om hjemmevejledning og professionel spisestøtte, som uddybes i casen om specialiseret hjemmevejledning til voksne borgere med spiseforstyrrelser i afsnit 6.2.2.

6.2.1. STIME: Et casestudie om et tværsektorielt samarbejde for børn og unge

STIME - Styrket Tværsektoriel Indsats for børn og unges Mentale sundhed - henvender sig til børn og unge i alderen 3-17 år i mistrivsel med det formål, at de får relevant hjælp i deres nærmiljø, inden udfordringerne udvikler sig til at blive psykiatrisk behandlingskrævende. Familier får tilbudt en tidlig og struktureret indsats med fokus på tidlig opsporing, et manualiseret behandlingsforløb og støtte i læringsmiljøet. STIME består af fem spor, hvoraf det ene er målrettet familier med børn og unge, der udviser tidlige tegn på spiseforstyrrelser. Programmet er udviklet i et samarbejde mellem kommuner og børne- og ungdomspsykiatrien i Region Hovedstaden.

Spiseforstyrrelsessporet - "Når tanker om krop og mad fylder for meget"

STIME tilbyder et dedikeret forløb til børn og unge med tidlige tegn på spiseforstyrrelser. Er barnet mellem 10-12 år tilbydes forældre som udgangspunkt forældresamtaler, mens 12-17-årige deltager i hele behandlingsforløbet med deres forældre og med hjemmeopgaver mellem sessionerne. Spiseforstyrrelsessporet udbydes altid i kommunen, men det kan variere, hvor i kommunen tilbuddet forankres. I Københavns Kommune er det fx udbudt af ROBUS, som tilbyder familiesamtaler, individuelle samtaler, gruppebehandling og pårørendegrupper for unge op til 23 år samt pårørendegrupper for forældre, hvis børn går i behandling. Målet er at styrke den enkelte og familiens handlekompetencer samt forebygge udviklingen af en egentlig spiseforstyrrelse. Forløbet forudsætter, at barnets somatiske tilstand er stabil, og at barnet kan spise med støtte fra omgivelserne. Er barnet eller den unge i en tilstand, der vurderes mere behandlingskrævende, henvises til den regionale psykiatri.

Tidlig opsporing i hverdagen

Et forløb starter med en indledende vurdering af, hvorvidt STIME er et relevant støttetilbud for den enkelte. Hvis det er tilfældet, gennemfører kommunen derefter en systematisk screening og vurderer, hvilken indsats der er relevant. Der er blandt andet fokus på at sikre bred opbakning fra de voksne omkring barnet, hvorfor et forløb altid vil involvere forældrene og eventuelt lærere og pædagoger. Denne tidlige identifikation af støttebehov er afgørende for at forhindre, at mistrivsel udvikler sig til behandlingskrævende tilstande, hvilket flugter med anbefalinger fra både WHO og Sundhedsstyrelsen.

Tværsektorielt samarbejde som fundament

Grundprincippet i STIME er et ligeværdigt samarbejde mellem kommune og psykiatri. Kommunen visiterer og varetager indsatsen som led i sin forpligtelse til at tilbyde lettilgængelig støtte til børn og unge i psykisk mistrivsel. Psykiatrien bidrager med specialiseret kompetenceudvikling, supervision og rådgivning, hvilket skal sikre et fælles sprog, høj faglig kvalitet og ensartet praksis. STIME fungerer samtidig som platform for kapacitetsopbygning og kompetenceudvikling i kommunerne.

Alle regioner og størstedelen af landets kommuner deltager i STIME, og per november 2025 udbyder 59 kommuner sporet for spiseforstyrrelser. I 2026 forventes en række kommuner i Region Midt også at ville udbyde det. I 2024 vedtog Folketinget en lov, der forpligter kommunerne og psykiatrien til inden udgangen af 2025 at etablere et lettilgængeligt behandlingstilbud til børn og unge med psykisk mistrivsel og symptomer på psykiske lidelser.

Effekt og udbredelse

Evalueringer af STIME viser, at der er høj tilfredshed blandt familierne og blandt de mere end 3.400 børn og unge, der indtil videre har modtaget støtte. Ifølge en evalueringsrapport fra VIVE (2021) er omkostningen for en kommune 14.869 kr. pr. behandlingsforløb i sporet for spiseforstyrrelser. Der er i 2025 igangsat et forskningsprojekt, der undersøger effekten af STIMES indsatser.

STIME rummer således en række kvaliteter, der flugter med anbefalingerne i denne rapport – blandt andet et fokus på at forebygge generel mistrivsel, som samtidig reducerer risikoen for spiseforstyrrelser. Programmet har desuden fokus på at styrke forældres handlekompetencer, ligesom den tværgående samarbejdsmodel med klare ansvarsroller mellem kommune og psykiatri bidrager til en mere sammenhængende indsats og højere faglig kvalitet.

Kilder: VIVE, 2021; Psykiatri Region Hovedstaden, 2025a; Psykiatri Region Hovedstaden, 2025b; Region Hovedstaden, 2025; ROBUS, 2025

6.2.2. Den specialiserede hjemmevejledning: Et casestudie om støtte til voksne borgere

Den specialiserede hjemmevejledning er en kommunal indsats i Københavns Kommune, der tilbyder specialiseret støtte til voksne borgere med moderat til svær spiseforstyrrelse, som bor i eget hjem. Teamet yder fleksibel og individuelt tilpasset støtte, herunder måltidsstøtte og netværksopbygning, med et timetal, der kan variere fra fire til op til femten timer om ugen afhængigt af borgerens behov. Der er især fokus på at sikre en god overgang fra regional behandling til egen bolig, hvor hjemmevejlederen aktivt støtter i borgeren i overgangen. Indsatsen yder også videndeling og sparring til medarbejdere på botilbud, hvor der bor borgere med lettere spiseforstyrrelser.

Baggrund for tiltaget

Indsatsen blev etableret for at imødekomme en gruppe voksne borgere, som ikke var i målgruppen for et eksisterende specialiseret botilbud til borgere med svær spiseforstyrrelse, men som havde et stort behov for – og ønske om – støtte i eget hjem. Københavns Kommune ønsker at kunne tilbyde en målrettet indsats til denne gruppe, som ofte har komplekse problemstillinger, herunder komorbiditet som autisme og ADHD, så de kan bo længst muligt et eget hjem.

Effekten af indsatsen

Den specialiserede hjemmevejledning arbejder aktivt med at forebygge tilbagefald ved at tilbyde struktureret støtte inden for områder som hverdagens struktur, sundhed og netværk. Flexibiliteten i timetildelingen gør det muligt at øge støtten i perioder fx efter udskrivelse eller ved forværret sygdomsaktivitet, hvilket understøtter borgerens mulighed for at være i egen bolig. Erfaringer viser, at tidlig indsats, særligt i forlængelse af regional behandling, øger chancerne for at bygge videre på behandlingen og forebygge genindlæggelser.

Selvom kommunen ikke har konkrete data på effekten i form af genindlæggelser eller trivsel, vurderes det, at specialiseret viden og fleksibel støtte forbedrer borgernes håndtering af spiseforstyrrelsen. Efterhånden som kommunen har set en god effekt, er indsatsen udvidet fra et årsværk til ca. ni årsværk – også for at kunne håndtere et stigende antal borgere med sværere spiseforstyrrelser og mere komplekse behov, som ønsker at blive boende i eget hjem.

Perspektiver for udbredelse

Den specialiserede hjemmevejledning i Københavns Kommune har været med til at understøtte overordnede mål om selvstændigt liv i egen bolig for borgere med moderat til svær spiseforstyrrelse, og erfaringen er, at det er nødvendigt med en særlig specialiseret indsats til den målgruppe. Andre relevante erfaringer fra implementeringen inkluderer nødvendigheden af tæt samarbejde med regionale behandlingsenheder, løbende faglig sparring og kompetenceudvikling samt organisatorisk samling af specialviden. Der er erfaringen, at disse elementer medvirker til at sikre kvaliteten og effektiviteten af indsatsen og vil kunne danne grundlag for lignende tilbud i andre kommuner. Københavns Kommune ser et klart potentiale i at videreudvikle og skalere den specialiserede hjemmevejledning nationalt, hvilket vil kunne styrke forebyggelsen af spiseforstyrrelser og støtte borgere i at bevare eller genvinde livskvalitet i eget hjem.

Kilde: Københavns Kommune, 2025 (skriftligt interview)

6.2.3. FREED: Et casestudie om forebyggende tiltag i England

Baggrund

FREED (First Episode Rapid Early Intervention for Eating Disorders) er en britisk behandlingsmodel, der tilbyder hurtig og målrettet hjælp til unge mellem 16 og 25 år, som oplever deres første episode af en spiseforstyrrelse. Modellen er udviklet med udgangspunkt i forskning, der viser, at jo tidligere behandlingen påbegyndes, desto større er chancen for fuld bedring. FREED blev udviklet i 2014 af South London and Maudsley NHS Foundation Trust og King's College London, som en respons på de lange ventetider og fragmenterede behandlingsforløb, som mange unge oplevede. FREED blev skabt for at tilbyde en mere effektiv, alders- og udviklingstilpasset indsats, der tager højde for unges livssituation og behov – og samtidig reducerer sygdommens varighed og belastning.

OM FREED

FREED adskiller sig fra traditionelle behandlingsforløb ved at tilbyde hurtig adgang til specialiseret behandling – ofte inden for få uger efter henvendelse. Behandlingen er skræddersyet til den unges behov og livssituation, og der lægges vægt på at reducere ventetid, mindske sygdomsvarighed og styrke motivationen for forandring.

Et centralt element i FREED er, at indsatsen er alders- og udviklingstilpasset. Det betyder, at behandlingen tager højde for de særlige udfordringer, unge voksne står overfor fx ift. identitet, uafhængighed og sociale relationer. Derudover inddrages familien og netværket aktivt, når det er relevant, for at skabe et støttende miljø omkring den unge.

Udbredelse

FREED er i dag implementeret i flere regioner i Storbritannien og har vist lovende resultater. På tværs af flere studier har FREED vist sig at reducere den tid, unge lever med en ubehandlet spiseforstyrrelse markant, og patienter i FREED-forløb opnår væsentligt bedre behandlingsresultater end jævnaldrende, der modtager traditionel behandling. Brug af FREED-tilbuddet har desuden vist sig at være en positiv og styrkende oplevelse for både patienter, pårørende og fagpersonale. FREED fungerer også som et fællesskab for fagfolk, hvor erfaringer og best practices deles på tværs af regioner og landegrænser.

Modellen illustrerer, hvordan en systematisk og evidensbaseret tilgang til tidlig indsats kan skabe bedre behandlingsforløb og resultater for unge med spiseforstyrrelser, og den tjener som inspiration for lignende initiativer internationalt.

Kilder: FREED, 2025; King's College London, 2024

6.3. Mulige gevinster ved mere forebyggelse og en styrket behandling

Tilgang til vurdering af potentialet	Dette afsnit belyser de potentielle samfundsøkonomiske gevinster, hvis flere personer med spiseforstyrrelser modtager tidligere og vedvarende effektiv behandling i sygdomsforløbet. Desuden vurderes det, hvad den samlede samfundsøkonomiske gevinst er, hvis det lykkedes at forebygge spiseforstyrrelser. Formålet med potentialevurderingerne er at belyse størrelsesordenen af de økonomiske og menneskelige gevinster ved en styrket indsats på området; en indsats, der både kan reducere de offentlige udgifter og øge livskvaliteten for de op mod 98.000 personer, der i dag formodes at leve med en spiseforstyrrelse. Konkret vurderes potentialet på to måder, der afspejler • de årlige, samfundsøkonomiske gevinster, hvis de diagnosticerede personer i 2023 blev helt eller delvist helbredt i klinisk forstand og • de samfundsøkonomiske gevinster ved at forebygge spiseforstyrrelser gennem en tidlig indsats. Sidstnævnte måde adresserer dermed potentialet blandt de ikke-diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelser (mørketallet). Det er alene gevinsterne, der vurderes, dvs. ikke de udgifter, der eventuelt skal afholdes for at realisere potentialerne. Der er relativ høj sikkerhed omkring omfanget af de økonomiske omkostninger for de ca. 5.000 personer, som i 2023 var diagnosticeret med en spiseforstyrrelse. En opgørelse af de samfundsøkonomiske gevinster er derimod forbundet med relativt stor usikkerhed. Det skyldes især de metodiske forbehold, som tidligere er beskrevet i afsnit 2.4 om helbredelsesprognoser, herunder blandt andet variationer i definitioner, målemetoder, forskningsgrundlag, oprindelseslande samt behandlingsadgang, -intensitet og -kvalitet. På baggrund af denne naturlige usikkerhed er der opstillet diagnosespecifikke antagelser for fuld bedring i klinisk forstand (remission), delvis bedring og kroniske forløb. Disse antagelser - kombineret med omkostningsestimerne i rapportens kapitel 4 - danner grundlag for potentialevurderingen. Vurderingen bygger på evidensbaserede antagelser om sygdomsforløb og helbredelsesrater, som præsenteret i rapportens afsnit 2.4. Tabel 32 belyser potentialet, hvis populationen af diagnosticerede tilfælde i 2023 blev helt eller delvist helbredt i klinisk forstand. For hver diagnose og på tværs af diagnoser angiver tabellen, hvor stor en andel af populationen, der forventes at kunne blive fuldt eller delvist rask ved en styrket behandling. I tabellen indgår også andelen for kroniske forløb til orientering. Den nedre grænse i vurderingen angiver potentialet, hvis populationen kun bliver delvis raske, mens den øvre grænse angiver potentialet ved fuld helbredelse. Ved en delvis raskmelding antages det, at halvdelen af omkostningerne bortfalder. Tabellen viser, at det forventede årlige potentiale ved hel eller delvis helbredelse af spiseforstyrrelser ligger mellem 210 mio. kr. og 614 mio. kr., svarende til mellem 42.000 kr. og 122.000 kr. pr. person – baseret på populationen af diagnosticerede tilfælde i 2023 og disse personers karakteristika og behandling.																																
	Tabel 32: Forventet årligt potentiale ved hel eller delvis helbredelse af personer med en spiseforstyrrelse i 2023																																
	<table><tr><th>Diagnose</th><th>Fuld remission</th><th>Delvis remission</th><th>Kronisk forløb</th><th>Årligt potentiale (mio. kr.)</th></tr><tr><td>Anoreksi</td><td>40%</td><td>30%</td><td>20%</td><td>112-297</td></tr><tr><td>Bulimi</td><td>50%</td><td>35%</td><td>15%</td><td>32-91</td></tr><tr><td>BED</td><td>50%</td><td>30%</td><td>20%</td><td>8-26</td></tr><tr><td>US</td><td>50%</td><td>30%</td><td>15%</td><td>58-192</td></tr><tr><td>Samlet (vægtet gns.)</td><td>45%</td><td>31%</td><td>18%</td><td>210-614</td></tr></table>				Diagnose	Fuld remission	Delvis remission	Kronisk forløb	Årligt potentiale (mio. kr.)	Anoreksi	40%	30%	20%	112-297	Bulimi	50%	35%	15%	32-91	BED	50%	30%	20%	8-26	US	50%	30%	15%	58-192	Samlet (vægtet gns.)	45%	31%	18%
Diagnose	Fuld remission	Delvis remission	Kronisk forløb	Årligt potentiale (mio. kr.)																													
Anoreksi	40%	30%	20%	112-297																													
Bulimi	50%	35%	15%	32-91																													
BED	50%	30%	20%	8-26																													
US	50%	30%	15%	58-192																													
Samlet (vægtet gns.)	45%	31%	18%	210-614																													
Styrket behandling af spiseforstyrrelser kan udløse et trecifret milliardpotentiale																																	

Succesfuld forebyggelse kan afværge udgifter på over 100.000 kr. pr. tilfælde

Resultaterne kan også anvendes til at belyse potentialerne ved en tidlig og forebyggende indsats. Som tidligere beskrevet vurderer rapporten, at omkring 93.000 personer lever med en spiseforstyrrelse i Danmark. Derudover findes en endnu større risikogruppe, hvis størrelse er ukendt, men som rapporten dokumenterer er relativt stor. Det er ikke muligt at beregne, hvad mørketallet koster i dag, da det metodisk er uholdbart. Denne gruppe har sandsynligvis et anderledes sygdomsbillede med flere mildere og moderate forløb. For de ikke-diagnosticerede tilfælde defineres potentialet derfor som de reducerede, årlige omkostninger pr. undgået tilfælde, der ellers ville have krævet behandling i sygehussystemet.

Med de samme forudsætninger som beskrevet ovenfor vurderes det, at potentialet ved at undgå ét tilfælde hos et barn er ca. 141.000 kr. og ca. 115.000 kr. hos en voksen, korregeret for den forventede succesrate ved en forebyggende indsats.



141.000 kr.



115.000 kr.

Tidlige og forebyggende indsatser betaler sig

Selv om potentialevurderingerne er behæftet med usikkerhed og generelle antagelser, afdækker de et relativt stort samfundsøkonomisk potentiale ved en tidligere, mere systematisk og effektiv indsats, hvor forebyggelse, opsporing og behandling ses som investeringer i både sundhed, trivsel og samfundsøkonomi.

7. Rapportens samlede anbefaling

De nuværende ressourcer og strukturer på spiseforstyrrelsesområdet står ikke mål med sygdommens omfang og kompleksitet. Begrænset viden, forebyggelse og behandling forstærker både de menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger. Skal færre blive syge, flere få behandling og blive fri af sygdommen, kræver det et samlet og systemisk løft af hele området – og en mere nuanceret offentlig samtale om krop og trivsel.

Kapitlet beskriver, hvordan utilstrækkelige ressourcer og strukturelle barrierer i samfundet hæmmer indsatsen mod spiseforstyrrelser, men også hvordan den tiårige psykiatriplan og nye sundhedsreform kan udgøre et fundament for rapportens anbefaling om en ny national forebyggelsesstrategi for spiseforstyrrelser. Endeligt præsenteres 28 løftestænger fordelt på seks fokusområder, som forebyggelsesstrategien – udfoldet i kapitel 6 – med fordel kan stå på.

7.1. Utilstrækkelige ressourcer og strukturelle barrierer og hæmmer indsatsen mod spiseforstyrrelser

Der er et misforhold mellem sygdomsbyrden og de tildelte ressourcer på området	På trods af de meget store personlige omkostninger ved en spiseforstyrrelse og de betydelige samfundsmæssige udgifter til området – der i 2023 kostede det danske samfund ca. 1,4 mia. kr. – er der alligevel en udbredt mangel på investeringer i forskning og forebyggende tiltag. Der mangler også en etableret behandlingsstruktur på tværs af de forskellige typer af spiseforstyrrelser. Misforholdet mellem sygdommens personlige og samfundsøkonomiske omkostninger og de ressourcer, der prioriteres til at forebygge og behandle den, betyder blandt andet, at psykiatrien har svært ved at fastholde sundhedspersonale, og at forskningsprojekter har vanskeligt ved at tiltrække midler. Det er et paradoks, der skaber en negativ spiral: Uden forskning ingen forbedring – og uden forbedring vokser både afmagten blandt behandlere, og patienternes mulighed for helbredelse svækkes. Samtidig kan tiltroen til behandlingssystemet falde, hvilket er en faktor, der allerede medvirker til mørketallet.
Strukturelle udfordringer i den nuværende behandlingsstruktur	Der er også en række strukturelle udfordringer i den nuværende behandlingsstruktur. Fx at sygdommen typisk behandles adskilt i somatikken og psykiatrien. Tilsvarende ses det, at patienter med komorbiditet inden for psykiatriske lidelser havner i et siloopdelt behandlingssystem, hvor der fokuseres på en lidelse ad gangen. Ekspertter beretter om, hvordan systemet i nogle situationer ser, at behandling for en lidelse forværrer en anden, og dermed fastholder patienten i sygdom. <i>De strukturelle udfordringer udspiller sig på særligt fem niveauer:</i>
1. Barrierer i overgangen mellem almen praksis og specialiseret behandling	Egen læge spiller en central rolle i den tidlige opsporing og henvisning, men mange alment praktiserende læger mangler viden om spiseforstyrrelser – særligt BED og uspecificerede spiseforstyrrelser, jf. afsnit 6.2. Samtidig har de begrænsede muligheder for at henvise til specialiseret hjælp. Det skyldes blandt andet, at der ikke findes en fuldt etableret behandlingsstruktur både for børn, unge og voksne, og at der mangler tilstrækkelig viden om, hvilke behandlingsmetoder, der virker – hvilket igen afspejler den begrænsede forskning på området. Konsekvensen kan være en forsinket diagnose og øget risiko for forværring, inden patienten får adgang til den rette behandling.

2. Sundhedsvæsenets opdeling i somatik og psykiatri vanskeliggør det tværfaglige samspil	Behandlingen af spiseforstyrrelser kræver tæt samspil mellem somatik og psykiatri, men opdelingen mellem specialer og afdelinger gør, at patienter risikerer at blive sendt frem og tilbage mellem forskellige enheder uden en samlet behandlingsansvarlig. Konsekvensen er, at vigtige sammenhænge mellem ernæringstilstand, krop og psyke overses, og indsatsen bliver ukoordineret. Ekspertter peger på, at der ofte er et betydeligt overlap mellem somatiske og psykiatriske problemstillinger, og at mange patienter først diagnosticeres sent, fordi symptomerne kan være uspecifikke og ikke altid genkendes som en spiseforstyrrelse, især hvis patienten ikke er undervægtig. De peger også på et behov for større accept og forståelse mellem forskellige faggrupper for at fremme en mere effektiv behandling.
3. Manglende koordinering mellem regioner og kommuner	Regionerne har ansvaret for den specialiserede behandling i psykiatrien, mens kommunerne varetager den sociale og rehabiliterende indsats. I praksis betyder det, at der ofte mangler koordination mellem behandlingsforløb i psykiatrien og den støtte, patienten får i kommunen, fx måltidsstøtte, botilbud eller opfølgende støtte efter udskrivning. Konsekvensen er, at behandlingen brydes, og patienter risikerer at stå uden støtte i kritiske overgangsperioder – særligt efter en langvarig indlæggelse, hvor patienten skal påbegynde genetableringen af et liv, hvor spiseforstyrrelsen ikke længere er styrende.
4. Overgangen fra barn til voksen kan sende behandling tilbage til start	Overgangen fra børne- til voksenpsykiatrien er et særligt kritisk punkt. Mange unge oplever, at deres behandlingsforløb afbrydes, fordi de skal starte forfra i voksenpsykiatrien ofte med nye behandlere, kriterier og ventetider. Konsekvensen er mistrivsel og risiko for tilbagefald i en periode, hvor stabilitet er afgørende for bedring.
5. Uddannelses- og beskæftigelses-systemet kan utilsigtet forværre sygdommen	Et overset brud ses også mellem behandlingssystemet og de institutioner, der skal sikre patienternes økonomiske og sociale tryghed. Når unge med spiseforstyrrelser må afbryde deres uddannelse, kan de miste retten til SU. Nogle påvirkes også negativt i perioden frem til en eventuel godkendelse af fleksjob eller lignende ordninger. Samtidig kan patienter møde krav om aktivitet eller mødedeltagelse i jobcentre – også under indlæggelse. Den økonomiske usikkerhed og oplevelsen af at skulle "stå til rådighed" midt i et sygdomsforløb kan skabe et pres, som i sig selv kan reducere udbyttet af behandlingen og dermed risikerer at forværre sygdommen.

7.2. Et systemisk skifte på spiseforstyrrelsesområdet kræver handling – psykiatriplanen og sundhedsreformen kan være afsættet

Behov for et systemisk skifte i tilgangen til spiseforstyrrelser	De relativt begrænsede investeringer sammen med de strukturelle udfordringer på området medfører, at personer i risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse ikke i høj nok grad gribes før sygdommen udvikler sig samt, at patienter i behandling oplever ikke at få et sammenhængende forløb. I stedet oplever for mange et system, hvor ansvar, kompetencer og ressourcer er spredt på tværs af sektorer. For at kunne skabe mere lighed i sundhed og sidestille spiseforstyrrelser med somatiske sygdomme i behandlingssystemet, kræves et samlet og vedvarende løft af området. Et flertal af eksperterne peger netop på behovet for et systemisk skifte i tilgangen til spiseforstyrrelsesområdet frem for enkelte konkrete ændringer i behandlingen heraf.
Det økonomiske løft af psykiatrien kommer også spiseforstyrrelsesområdet til gavn, men er ikke nok	Som en del af regeringens tiårsplan for psykiatrien og mental sundhed fra 2022 er der igangsat et gradvist økonomisk løft af det samlede psykiatriområde, som frem mod 2030 skal styrke kapacitet, kvalitet og sammenhæng i indsatsen. ¹²⁰ Dette løft er et skridt mod at forbedre behandlingen for mennesker med psykiske lidelser generelt – også for personer med spiseforstyrrelser.

¹²⁰ Sundhedsministeriet, 2022

	Det generelle fokus på mental sundhed kan bidrage til en grundlæggende forebyggelse af mistrivsel, som kan medvirke til at udløse en spiseforstyrrelse. Samtidig er det med udgangspunkt i rapportens analyse Deloitte's vurdering, at de fem prioriterede indsatsområder¹²¹ i tiårsplanen alle vurderes som relevante for spiseforstyrrelsesområdet. Det skyldes, at målsætningerne, der følger prioriteringerne, adresserer en række af de udfordringer, der også fremhæves i rapporten – fx behovet for tidlig indsats, mindre stigmatisering, bedre fastholdelse af sundhedspersonale, forebyggelse af for tidlig udskrivning, øget støtte til pårørende samt mere sammenhængende overgange mellem behandlings- og socialpsykiatrien. Spiseforstyrrelsesområdet har dog en række særlige karakteristika, som kræver særskilt fokus. Patientgruppen er både omfattende – med op mod et estimeret antal på 98.000 personer – og er meget forskelligartet med hensyn til type af lidelse, køn, alder og social baggrund. Forløbene er ofte langvarige, præget af komorbiditet og kendetegnet ved behov for tværfaglige og højt specialiserede indsatser med tæt pårørendeinddragelse. Derudover er der en grundlæggende mangel på offentlige behandlingstilbud, fx for diagnoser som BED og uspecificerede spiseforstyrrelser. Derfor anses det generelle løft af psykiatrien ikke i sig selv som tilstrækkeligt til at imødekomme behovet på spiseforstyrrelsesområdet. Der er brug for et målrettet økonomisk og kapacitetsmæssigt løft, som specifikt adresserer spiseforstyrrelsesområdet, hvis vi som samfund skal lykkes med at skabe en mærkbar forbedring i både forebyggelse og behandling – og derigennem mindske de menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser af sygdommen.
Den nye sundhedsreform er en sjælden mulighed	Den nye sundhedsreform, der samler psykiatri og somatik i én samlet struktur, udgør en mulighed for netop et sådant skifte, der kan styrke behandlingen af spiseforstyrrelser. Især fordi spiseforstyrrelser kræver en tæt integration mellem somatisk og psykiatrisk behandling både i udredning, behandling og opfølgning. Reformen muliggør derved skabelsen af et mere sammenhængende patientforløb, hvor krop og psyke behandles i helhed. Derfor er en anbefaling også, at den somatiske og psykiatriske vurdering (BMI versus forpintthed) af patienter i højere grad sidestilles.
Behov for nye nationale kliniske anbefalinger og en national forebyggelsesstrategi	I 2018 og 2019 udkom de seneste nationale kliniske retningslinjer (NKR) for henholdsvis bulimi og anoreksi.^{122, 123} For BED foreligger der ikke en NKR, men en erfaringsrapport, som beskriver behandlingsmuligheder og resultater.¹²⁴ Formålet med NKR'erne er generelt "at sikre ensartede behandlingstilbud af høj faglig kvalitet på tværs af landet".¹²⁵ Nye nationale kliniske anbefalinger (NKA)¹²⁶ for spiseforstyrrelser har længe været under udarbejdelse, og det møder kritik fra centrale aktører på området, at de endnu ikke foreligger, herunder fra Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade samt Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser.¹²⁷ Analysen i denne rapport peger på et behov for en ambitiøs og målrettet forebyggelsesstrategi, der bygger på investeringer i forskning, uddannelse og kapacitetsopbygning, og som vil kunne omsætte NKA'erne til konkret handling og dermed skabe det systemiske skift, som eksperter efterlyser. Rapportens løftestænger skal således læses som et katalog af initiativer, der med fordel kan indgå som centrale elementer i en national forebyggelsesstrategi.

¹²¹ 1) Lettilgængelige kommunale tilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel og med symptomer på psykisk lidelse, 2) styrkede indsatser til mennesker med svær psykisk lidelse, 3) oplysnings- og afstigmatiseringsinitiativer, 4) tværfaglige og evidensbaserede behandlingsmiljøer, 5) bedre rammer for forskning i forebyggelse og behandling af psykiske lidelser.

¹²² Sundhedsstyrelsen, 2019

¹²³ Sundhedsstyrelsen, 2018

¹²⁴ Sundhedsstyrelsen, 2016

¹²⁵ Sundhedsstyrelsen, 2025b

¹²⁶ Fra 2021 er Sundhedsstyrelsen i højere grad begyndt at udarbejde nationale kliniske anbefalinger (NKA) i stedet for nationale kliniske retningslinjer (NKR).

¹²⁷ Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, 2025

7.3. En forebyggelsesstrategi med 28 løftestænger fordelt på seks fokusområder

Et fælles ansvar – og en fælles mulighed

Denne rapport viser, at potentialet for forbedringer på spiseforstyrrelsesområdet er betydeligt. Rapportens 28 løftestænger skal medvirke til at udløse dette potentiale og samtidig mindske omkostningen af sygdommen for den enkelte – og afledt deraf – for samfundet.

Den samlede anbefaling består af seks fokusområder og 28 løftestænger, og de afspejler den helhedsorienterede tilgang til forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser, som rapporten har understreget behovet for. Løftestængerne er illustreret i Figur 8. De skal ikke læses som et slutpunkt, men et startskud, der skal sikre at færre udvikler en spiseforstyrrelse og flere får et godt liv drevet af lyst og ikke sygdom.

Fokusområderne, som løftestængerne fordeler sig på, er:

1. Mere forskning og uddannelse
2. Bedre sammenhæng på tværs af sektorer og faggrupper
3. Styrket forebyggelse og tidlig opsporing
4. Højere kvalitet i behandlingen
5. Mere støtte til familier og pårørende
6. Forbedret offentlig samtale om kost, krop og sundhed

Alle løftestænger tager afsæt i de samfundsøkonomiske konsekvensberegninger og er udarbejdet på baggrund af analysens dokumentstudie og kvalitative indsigter fra eksperter, behandlere og organisationer på området, herunder Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade. Den forskelligartede tilgang til spiseforstyrrelser på tværs af landet betyder, at nogle løftestænger ikke vil være relevante i alle tilfælde fx i kommuner, der allerede er langt i deres støttende indsats for borgere med spiseforstyrrelser.

De 28 løftestænger er:

A) Mere forskning og uddannelse

1. Prioriter **investeringer til forskning i forebyggelse, behandling og senfølger af spiseforstyrrelser**, så andelen af forskningsmidler afspejler den samfundsmæssige sygdomsbyrde – særligt i BED og uspecificerede spiseforstyrrelser for at forebygge fejlagnostik og uhensigtsmæssig behandling.
2. Styrk **uddannelsen af frontpersonale**, der arbejder med børn og unge, særligt lærere, pædagoger, skolepsykologer/PPR, sundhedsplejersker, skolesocialrådgivere og tandplejere, så de a) bedre kan identificere og håndtere tidlige tegn på spiseforstyrrelser, b) får opbygget øget kapacitet til forebyggelse, og c) bedre kan møde børn og unge med en vægtneutral sundhedstilgang, et fokus på generel trivsel og et bevidst fravalg af vægtstigmatiserende sprogbrug.
3. Styrk **vidensniveauet i almen praksis** om spiseforstyrrelser, særligt omkring risikofaktorer, forebyggelse og behandlingsmuligheder. Styrk ligeledes lægernes dialogevner om sygdommen med patienten.
4. Indfør **retningslinjer for, hvordan tandlæger** skal håndtere en mistanke om en spiseforstyrrelse, og styrk tandlægers dialogevner om sygdommen med patienten. Indfør også offentligt tilskud til tandbehandling for personer med spiseforstyrrelser, der har pådraget sig varige tandskader som følge af sygdommen.
5. Styrk **undervisningen i spiseforstyrrelser i sundhedsuddannelserne**, især medicin, sygeplejerske, tandlæge, ernæring og sundhed samt psykologi, for at øge de studerendes kompetencer og opbygge højere faglighed og tryghed blandt kommende sundhedspersonale.

B) Bedre sammenhæng på tværs af sektorer og faggrupper

1. Øg **vidensdeling på tværs af kommuner og regioner** omkring behandlingstilbud (effekt og organisering mv.) fx via oprettelse af strukturerede erfa-grupper.
2. Styrk **overgangen mellem børne- og voksenpsykiatrien** med fokus på 17-årige for at sikre et stabilt behandlingsforløb i voksenlivet.
3. Skab en formaliseret samarbejdsstruktur **mellem sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsessystemet** for at undgå, at unge og voksne med spiseforstyrrelser mister økonomisk og social sikkerhed under behandlingsforløb.
4. Indfør en **fast behandlingsansvarlig** på tværs af sektorer, som koordinerer indsatsen mellem somatik, psykiatri, kommune og almen praksis og sikrer kontinuitet i forløbet, så patienter ikke tabes mellem sektorer.
5. Indfør krav om, at patienter med spiseforstyrrelser ved udskrivelse skal have en **plan for efterbehandling og genetablering** med en klar ansvarsfordeling mellem region, kommune og almen praksis.

C) Styrket forebyggelse og tidlig opsporing

1. Indfør **systematisk screening af børn og unge for spiseforstyrrelser og tidlige tegn** herpå i sundhedsvæsenet, skolesundhedsplejen og tandplejen.
2. Inkluder et **kvalificeret og målrettet tilbud i alle kommuners lettilgængelige tilbud til børn og unge med tegn på spiseforstyrrelser**. Tilbuddet bør evalueres for at sikre, at der er tale om målrettede og effektive tilbud, og ansatte bør være fagligt udlærte i at spotte og behandle spiseforstyrrelser.
3. Udarbejd **bedre informationsmateriale til forældre og andre voksne tæt på børn og unge**, der hjælper dem til at støtte effektivt og med at identificere faresignaler – især ved spiseforstyrrelser, hvor vægten er inden for normalen.
4. Sæt **fokus på forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser i højrisikomiljøer** fx inden for elitesport eller erhverv, hvor kroppens udseende er i centrum.
5. Øg **støtten til relevante civilsamfundsaktører**, som bidrager til samfundsforebyggelse og -oplysning og tilbyder bredt tilgængelig rådgivning og støtte til personer med spiseforstyrrelser og deres pårørende, som supplerer den offentlige behandlingsstruktur.

D) Højere kvalitet i behandlingen

1. **Mindsk ulighed i behandlingstilbud** på tværs af regioner og kommuner, så geografi ikke afgør adgang (ventetid), kvalitet og omfang.
2. Udvikl og implementer **evidensbaserede kliniske retningslinjer** (fx via DMPG¹²⁸) baseret på international bedste praksis og med fokus på en **vurderingspraksis, der ligestiller somatiske og psykiske kriterier** (BMI og forpinthedsgrad) og håndtering af komorbiditeter.
3. Øg udbuddet af **specialiserede kompetencer i den private sektor** (fx diætister og psykologer) for at øge den bredere adgang til kvalificeret behandling.
4. Styrk **højtspecialiserede behandlingstilbud til personer med svær og langvarig anoreksi**, hvor behovene er komplekse og langvarige og **opbyg en etableret behandlingsstruktur for bulimi, BED og uspecificerede spiseforstyrrelser** målrettet både børn, unge og voksne.
5. Indfør tiltag, der sikrer **tilstrækkelig behandlingskapacitet** både i kommuner og regioner, så indsatsen i højere grad følger borgernes behov – og ikke afsluttes for tidligt.

¹²⁸ Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper.

E) Mere støtte til familier og pårørende

1. Gør **familieterapi obligatorisk**, så børn og unge behandles i tæt samarbejde med forældre og søskende under ledelse af specialiseret psykologstøtte.
2. Etabler et fast tilbud om **professionel spisestøtte til familier med børn og unge**, der er i behandling for en spiseforstyrrelse.
3. Etabler et fast tilbud om **psykoedukation til forældre og partnere** til personer med en spiseforstyrrelse.
4. Etabler et fast tilbud om **specialiseret støtte til børn og unge af forældre med en nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse**, som er i risiko for selv at udvikle sygdommen blandt andet grundet genetik og social påvirkning.
5. Etabler et fast **tilbud om psykoedukation og gruppestøtte til søskende** af et barn eller ung med en spiseforstyrrelse.

F) Forbedret offentlig samtale om kost, krop og sundhed

1. Gennemfør en **national oplysningskampagne**, der fremmer kropsdiversitet og et sundt kropsideal, for at starte debatten.
2. **Nedbryd myter** i den offentlige samtale – fx at drenge og mænd ikke rammes af spiseforstyrrelser eller, at udebleven menstruation er normalt for kvindelige atleter.
3. Styrk det **etiske ansvar for influencere og sociale medievirksomheder**, der formidler kost-, krop- og sundhedsindhold gennem en skærpelse af retningslinjer, særligt ift. børn og unge.¹²⁹

¹²⁹ Den nye politiske aftale om digital beskyttelse af børn og unge er et positivt og vigtigt skridt i forhold til anbefaling.

Figur 8: Rapportens anbefaling illustreret

En forebyggelsesstrategi for spiseforstyrrelser Investeringer i forskning, uddannelse og kapacitetsopbygning				
Forskning og uddannelse 	Sammenhæng på tværs 	Forebyggelse og tidlig opsporing 	Kvalitet i behandlingen 	Støtte til familier og pårørende 
1. Prioriter investeringer til forskning i forebyggelse, behandling og senfølger af spiseforstyrrelser, så andelen af forskningsmidler afspejler den samfundsmæssige sygdomsbyrde 2. Styrk uddannelsen af frontpersonale mhp. bedre identificering og håndtering af tidlige tegn på spiseforstyrrelser; øget kapacitet til forebyggelse; at møde børn og unge med en vægtneutral sundhedstilgang, et fokus på generel trivsel og et bevidst fravalg af vægtstigmatiserende sprogbrug 3. Styrk vidensniveauet i almen praksis og styrk lægernes dialogevner 4. Indfør retningslinjer for, hvordan tandlæger skal håndtere mistanke om spiseforstyrrelser, styrk tandlægers dialogevner, og indfør offentligt tilsbud til tandbehandling for personer med spiseforstyrrelser med varige tandskader 5. Styrk undervisningen i spiseforstyrrelser i sundhedsuddannelserne	1. Øg vidensdeling på tværs af kommuner og regioner omkring behandlingstilbud fx via oprettelse af strukturerede erfa-grupper 2. Styrk overgangen mellem børne- og voksenpsykiatrien 3. Skab en formaliseret samarbejdsstruktur mellem sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsessystemet 4. Indfør en fast behandlingsansvarlig på tværs af sektorer 5. Indfør krav om, at patienter med spiseforstyrrelser ved udskrivelse skal have en plan for efterbehandling og genetablering med en klar ansvarsfordeling mellem region, kommune og almen praksis	1. Indfør systematisk screening af børn og unge for spiseforstyrrelser og tidlige tegn herpå i sundhedsvæsenet, skolesundhedsplejen og tandplejen 2. Inkluder et kvalificeret og målrettet tilbud til alle kommuners lettilgængelige tilbud til børn og unge med tegn på spiseforstyrrelser 3. Udarbejd bedre informationsmateriale til forældre og andre voksne tæt på børn og unge, der hjælper dem til at støtte effektivt og med at identificere faresignaler 4. Sæt fokus på forebyggelse og behandling af spiseforstyrrelser i højrisikomiljøer fx inden for elitesport eller kropsfokuserede erhverv 5. Øg støtten til relevante civilsamfundsaktører, som bidrager til samfundsforebyggelse og -oplysning og tilbyder bredt tilgængelig rådgivning og støtte	1. Mindsk ulighed i behandlingstilbud på tværs af regioner og kommuner 2. Udvik og implementer evidensbaserede kliniske retningslinjer (fx via DMPG) baseret på int. bedste praksis og med fokus på en vurderingspraksis, der ligestiller somatiske og psykiske kriterier og på komorbiditet 3. Øg udbuddet af specialiserede kompetencer i den private sektor for at øge den bredere adgang til kvalificeret behandling. 4. Styrk højt specialiserede behandlingstilbud til personer med svær og langvarig anoreksi og opbygnen etableret behandlingsstruktur for bulimi, BED og uspecifiserede spiseforstyrrelser på tværs af alder 5. Indfør tiltag, der sikrer tilstrækkelig behandlingskapacitet både i kommuner og regioner	1. Gør familierapi obligatorisk, så børn og unge behandles i tæt samarbejde med forældre og søskende under ledelse af specialiseret psykologstøtte 2. Etabler et fast tilbud om professionel spisestøtte til familier med børn og unge, der er i behandling for en spiseforstyrrelse. 3. Etabler et fast tilbud om psykoedukation til forældre og partnere til personer med en spiseforstyrrelse. 4. Etabler et fast tilbud om specialiseret støtte til børn og unge af forældre med en nuværende eller tidligere spiseforstyrrelse, som er i risiko for selv at udvikle sygdommen blandt andet grundet genetik og social påvirkning. 5. Etabler et fast tilbud om psykoedukation og gruppestøtte til søskende af et barn eller ung med en spiseforstyrrelse.
Den offentlige samtale En mere nuanceret og sund offentlig samtale om krop og trivsel				
1. Gennemfør nationale oplysningskampagner, der fremmer kropsdiversitet og et sundt kropsideal	2. Nedbryd myter i den offentlige samtale – fx at drenge og mænd ikke rammes af spiseforstyrrelser eller, at udebleven menstruation er normalt for kvindelige atleter	3. Styrk det etiske ansvar for influencere og sociale medievirksomheder, der formidler kost-, krop- og sundhedsindhold gennem en skærpelse af retningslinjer, særligt ift. børn og unge		

Kilde: Deloitte, 2025.

8. Metode og data

Resultaterne i denne rapport tager afsæt i en bred vifte af kvantitative og kvalitative datakilder og metoder, der er kombineret i et mixed-method design med det formål, at belyse de samfundsøkonomiske konsekvenser af spiseforstyrrelser i Danmark i et helhedsorienteret perspektiv.

Dette kapitel indeholder en række supplerende metodiske bemærkninger til beskrivelsen af rapportens grundlæggende analytiske ramme i kapitel 3. Fokus er især på operationaliseringen og estimeringen af de forskellige samfundsøkonomiske konsekvenser ved spiseforstyrrelser i Danmark samt potentialerne ved en tidlig og forebyggende indsats.

Balancen mellem graden af sikker viden og analysens tids- og ressourcemæssige ramme

De direkte, indirekte og afledte konsekvenser, som er inkluderet i analysen, er identificeret på baggrund af et indledende dokumentstudie af eksisterende empiri og forskning på området. Valget af metoder og datakilder til måling og værdisætning af konsekvenserne er baseret på en ambition om at opnå så høj grad af validitet og reliabilitet inden for analysens ressourcemæssige ramme. For den primære population bestående af personer, som er diagnosticeret med en spiseforstyrrelse i 2023, er resultaterne forbundet med en høj grad af sikker viden, idet opgørelsen af de direkte konsekvenser er baseret på registerdataoplysninger på individniveau. Det samme gælder i vid udstrækning også resultaterne om de indirekte konsekvenser for de pårørende. For de afledte samfundsøkonomiske konsekvenser og potentialeberegningen er resultaterne i højere grad baseret på kvalificerede antagelser, der tager afsæt i tidligere studier af de samfundsøkonomiske konsekvenser af spiseforstyrrelser og andre psykiske diagnoser, frem for faktiske observationer af adfærd og præferencer. Dette betyder alt andet lige en større usikkerhed forbundet med opgørelsen af de afledte, økonomiske konsekvenser.

Retningslinjer og enhedspriser fra danske myndigheder og internationale, økonomiske organisationer

I opgørelsen og værdisætningen af de samfundsøkonomiske konsekvenser ved spiseforstyrrelser har vi taget afsæt i retningslinjerne for samfunds- og sundhedsøkonomiske analyser og evalueringer, herunder opgørelse og værdi af kvalitetsjusterede leveår, prævalens og overlevelsessandsynligheder, fra OECD, Sundhedsstyrelsen og Finansministeriet. I opgørelsen af flere af de samfundsøkonomiske konsekvenser skal der inkluderes en faktor for spiseforstyrrelsens betydning for det pågældende mål. Fx hvor stor betydning en spiseforstyrrelse har på en persons risiko for at blive ledig. I disse tilfælde har vi – med enkelte undtagelser – kunnet basere vores forudsætninger på resultater fra tidligere studier om spiseforstyrrelser og andre psykiske lidelser. I disse tilfælde har vi anlagt en konservativ tilgang og generelt anvendt de nedre grænser for spiseforstyrrelsernes konsekvenser. Tabel 33 indeholder en række uddybende metodiske bemærkninger til den generelle beskrivelse af de samfundsøkonomiske konsekvenser, der er beskrevet i kapitel 4.

Tabel 33: Metodiske bemærkninger til opgørelse af samfundsøkonomiske konsekvenser

Mål	Metodiske bemærkninger
Prævalens	Selvom der er studier, som beskriver sammenhæng og prævalenser mellem BED og type 2-diabetes, er der større usikkerheder i estimeringen af personer med BED's øgede risiko for type 2-diabetes. I et metastudie sås en signifikant forøgelse af risikoen for at udvikle type 2-diabetes, hvis personen havde BED, på en faktor 3,69. Blev der kun kigget på kohortestudier, var faktoren 3,34 og ikke signifikant. ¹³⁰ I et andet studie, hvor spiseforstyrrelsespatienter blev fulgt i en periode på 16 år, havde patienter med BED en øget risikofaktor for type 2-diabetes på 12,9, hvor hver tredje person, der blev behandlet for BED, efterfølgende blev diagnosticeret med type 2-diabetes. I Danmark lever 280.225 danskere med type 2-diabetes, hvilket svarer til en prævalensrate på 4,7 pct. ¹³¹

¹³⁰ Nieto-Martínez et al., 2017

¹³¹ Sundhedsstyrelsen, 2025c

Mål	Metodiske bemærkninger
	Dog er type 2-diabetes en relativ aldersbestemt sygdom. Givet at den voksne population med BED i denne analyse har en gennemsnitsalder på 35,6, bør dette sammenlignes med prævalensraterne for 19-35-årige og 36-45-årige på henholdsvis 3 og 5 pct.¹³² Siden prævalensraten for voksne med BED og type 2-diabetes i analysen er 5,5 pct., hvilket er højere end de 3-5 pct. set i befolkningen, bruges ”attributable fraction for the population” (AFp) til at bestemme andelen af prævalensforskellen, der kan tilskrives BED. Her bruges de øgede risikofaktorer beskrevet fra studierne, hvor en konservativt øget risikofaktor på 3,3 giver en AFp på 11,2 pct. Anvendes en høj risikofaktor på 12,9, fås en AFp på 40 pct. For sammenhængen mellem anoreksi og osteoporose har det ikke været muligt at finde studier, der direkte beskriver en øget risikofaktor numerisk. Dog er der litteratur, som beskriver signifikante sammenhænge mellem anoreksi og væsentligt lavere gennemsnitlig knoglemineraltæthed, der er en forløber for osteoporose.¹³³ Yderligere er osteoporose en sjælden sygdom blandt unge, hvor disse tilfælde hovedsageligt skyldes særlig genetik eller påvirkning fra andre sygdomme. Givet gennemsnitsalderen for den voksne population med anoreksi er 27 år, antages det dermed, at alle de 44 tilfælde observeret i data skyldes anoreksidiagnosen.
Tabt produktivitet	Beskæftigelsesandelen er ca. 38 pct. på tværs af alle spiseforstyrrelser. Dette er markant lavere end det nationale gennemsnit på 80 pct. for personer i alderen 25-34 år i 2023 ifølge Danmarks Statistik. Produktivitetstabt opgøres som forskellen mellem populationens beskæftigelsesandel og den gennemsnitlige beskæftigelsesandel. I den forbindelse antages, at populationen ville have produceret som den gennemsnitlige, beskæftigede på det danske arbejdsmarked, hvis de ikke havde haft en spiseforstyrrelse. Værdien af produktionen sættes lig den løn, som arbejdstagerne skal have for at producere den. Den gennemsnitlige årsløn (brutto) for personer i alderen 25-29, 30-34 og 35-39 år var henholdsvis 467.616 kr., 539.508 kr. og 584.232 kr. før skat i 2023. For alle sygdomme på nær BED bruges gennemsnittet for 25-29 år. For BED bruges gennemsnittet på tværs af de to andre aldersgrupper. Et studie finder, at personer med spiseforstyrrelser har en sandsynlighed for at være i beskæftigelse, der er ca. 11 pct. mindre end befolkningens generelt.¹³⁴ De 11 pct. bruges som proxy for andelen af lønforskellen mellem personer med en spiseforstyrrelse og befolkningen generelt, der skyldes spiseforstyrrelsen. I beregningerne anvendes et forventet antal arbejdsdage om året på 260 (1.924 timer ækvivalent).
Restlevetid	Til beregning af værditabet ved for tidlig død grundet spiseforstyrrelser skal den forventede mængde af år hos population først beregnes. Her bruges forholdet mellem ”Hazard rate” (HR) og forskel i overlevelsessandsynlighed for to grupper.¹³⁵ HR for anoreksi sættes til 3,32, bulimi til 2,24, uspecificerede spiseforstyrrelser til 4,99, og 2,24 for BED patienter. De ændrede forventede tilbageværende levetider for de forskellige spiseforstyrrelser er baseret på Danmarks Statistiks livstabel.

¹³² Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

¹³³ Lopes et al., 2022

¹³⁴ Alegria et al., 2016

¹³⁵ Cox, 1972, Larsen et al. (2024)

Kvalitetsjusterede leveår (QALY)	Reduktion i et kvalitetsjusteret leveår (QALY) opgøres som forskel i nytteværdien. En rask person har i gennemsnit en nytteværdi pr. leveår på mellem 0,856 og 0,915. For personer med anoreksi ligger nytteværdien mellem 0,531 og 0,753, og for personer med bulimi ligger værdien mellem 0,643 og 0,779.^{136, 137, 138} Estimaterne hos raske personer er ofte baseret på forskelle i alder, køn, bopælsland mv., hvor Danmark ligger på en gennemsnitlig værdi på 0,90 uden væsentlige forskelle på tværs af aldersgrupper.¹³⁹ Der er dog små forskelle på tværs af køn, hvor mænd har en marginalt højere nytteværdi på 0,91 sammenlignet med kvinders på 0,89. Disse værdier er netop værdierne, som vi har brugt for henholdsvis sammenligningen med raske mænd og kvinder. For personer med anoreksi sættes værdien til 0,68 som et konservativt estimat, og for folk med bulimi sættes værdien til 0,69. Dermed er der en marginal mindre tabt nytteværdi ved at have bulimi end ved at have anoreksi i forhold til at være rask. For BED og uspecificerede spiseforstyrrelser bruges værdierne 0,71 og 0,73.¹⁴⁰
Partneres og ægtefællers alternativomkostning	En partner i denne sammenhæng er defineret som en ægtefælle eller registreret partner. Dette indebærer, at der formentlig er partnere til personer med en spiseforstyrrelse, som ikke er inkluderet i blandt andet alternativomkostningen under de afledte økonomiske konsekvenser. Derfor er alternativomkostningen forventeligt undervurderet, da det er rimeligt at antage, at fx kærester også vil opleve et produktivitetstab ved at leve med en person med en spiseforstyrrelse. Dette forstærkes yderligere af, at den voksne population med spiseforstyrrelser har en gennemsnitsalder på omkring 29 år, hvilket er betydeligt lavere end den gennemsnitlige befolkning på 35,9 år samt 33,7 år for førstegangsviede mænd og kvinder ifølge Danmarks Statistik.

Afgrænsning af personer med spiseforstyrrelser i Danmarks Statistiks grundregistre

Populationen afgrænses til personer, som i 2023 igennem en lægekontakt (DW_EK_KONTAKT) fået diagnosticeret en spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelse er diagnosekoderne DF500-DF509 via variablen (DIAG_KODE) i Landpatientregistret (LPR3). Disse koder er opdelt i: Anoreksi (DF500-DF501), Bulimi (DF502-DF503), BED (DF508A) og uspecificeret spiseforstyrrelse (resterende).

For at undgå dobbeltregistrering inddrages kun én person per kategori i året 2023. Dette medfører nogle definitions-mæssige afgrænsninger, da en person både kan være diagnosticeret med forskellige diagnosekoder (DIAG_KODE) ved flere lægekontakter (DW_EK_KONTAKT) og med flere spiseforstyrrelsesdiagnoser ved samme kontakt. Hvis en person konstateres med mere end én spiseforstyrrelsesdiagnose per DW_EK_KONTAKT, anvendes hoveddiagnosen (forudsat at det er en spiseforstyrrelse) ud fra variablen DIAG_KODE_TYPE. Har en person kun en spiseforstyrrelse som bidiagnose, medtages denne i beregningerne. Har en person to eller flere spiseforstyrrelser som bidiagnoser, vælges den diagnose, der falder inden for en af de tre specificerede grupper, hvis de øvrige falder udenfor. Hvis en person får to eller flere bidiagnoser ved samme kontakt inden for kategorierne Anoreksi, Bulimi eller BED (sker 9 gange), anvendes den laveste diagnosekode, hvilket betyder, at alle 9 tilfælde placeres i gruppen Anoreksi. Da en person kan have mere end én lægekontakt per år, skal det yderligere specificeres, hvordan personer diagnosticeret med forskellige spiseforstyrrelser ved to unikke DW_EK_KONTAKT-tilfælde inddrages. Efter klassificeringen af hoveddiagnoser per DW_EK_KONTAKT anvendes den hyppigste diagnose på tværs af året for den enkelte person. Denne diagnose bliver dermed deres ”hoveddiagnose”, som de monetære beregninger baseres på.

¹³⁶ Doll et al., 2005
¹³⁷ Padierna et al., 2000
¹³⁸ Turner et al., 2009
¹³⁹ Jensen et al., 2023
¹⁴⁰ Le et al., 2019

Metode til livstabel

$$S_d(t) = (S_{pop}(t))^{HR}$$

hvor $S_d(t)$ er sandsynligheden for, at en person med sygdom eller anden risiko overlever til alder t , og $S_{pop}(t)$ er sandsynligheden for, at en person fra den "normale" population overlever.

Hertil er den forventede levetid, e_{pop} fra den indekserede alder, arealet under overlevelseskurven for en rask person;^{141, 142}

$$e_{pop} = \int_0^{\infty} S_{pop}(t) dt$$

og en syg person;

$$e_d = \int_0^{\infty} (S_{pop}(t))^{HR} dt.$$

Dermed fås antallet af år mistet for en person med sygdommen

$$\Delta e = e_{pop} - e_d.$$

Givet analysen bruger en diskret livstabel approksimeres integralerne e_{pop} og e_d på samme vis;

$$e_{pop} = \sum_{i=0}^w S_{pop}(t_i).$$

Hertil skal VSL splittes udover de fremtidige forventede år uden sygdom, hvor der først skal beregnes diskonterede leveår

$$D = \sum_{t=1}^b \frac{1}{(1+r)^t} = \frac{1 - (1+r)^{-b}}{r},$$

hvor D er de diskonterede leveår. VOLY er givet ved

$$VOLY = \frac{VSL}{D}$$

og det samlede monetære tab bliver således

$$MT = VOLY \cdot DT.$$

Risikofaktorer

Et studie har identificeret i alt 284 studier om risikofaktorer for personer med spiseforstyrrelser med det formål at give et bredt overblik over eksisterende viden (herunder prospektive, eksperimentelle og korrelationsbaserede studier).¹⁴³ Disse risikofaktorer er gengivet nedenfor. Ved "risikofaktorer" er der derfor ikke nødvendigvis tale om årsagsbestemte faktorer. Flere af de inkluderede risikofaktorer er korreleret med eller forbundet med øget risiko for spiseforstyrrelser uden, at der foreligger evidens for en direkte årsagssammenhæng.

¹⁴¹ Chiang, 1984

¹⁴² Preston et al., 2001

¹⁴³ Barakat et al., 2023

Tabel 34: Risikofaktorer

Risikofaktor	Kendetegn ved risikofaktoren	Relateret spiseforstyrrelse*
Genetik	Se den fulde rapport (Barakat et al., 2023)	AN, BN, BED
Tarmmikrobiel dysbiose	Escherichia Coli (ClpB)	AN
Autoimmune sygdomme	Diabetes, inflammatorisk tarmsygdom	AN, BN, EDNOS
Vægt i barndommen	Lav BMI	AN
	Høj BMI	BN, BED
Forhold til forældre	Forældres opfattelse af, at barnet er overvægtigt	AN-BP, BN, BED, PF
	Forældres kommentarer om vægt	AN-BP, BN, BED
	Oplevet pres fra forældre til at spise	ARFID
Omsorgssvigt/misbrug/traumer		AN, BN, BED, PF
	Posttraumatisk stresslidelse	BED
Personlighedstræk	Perfektionisme	AN-R, A-AN
	Besættelse	AN-R, A-AN
	Impulsivitet	AN-BP, BN, BED, PF
Komorbiditet	Tvangslidelse	AN
	Social angstlidelse	BN, AN
	Borderline personlighedsforstyrrelse	BN, BED, PF
	Bipolar lidelse	BN, BED
	Depression	Alle SF
Sociale og miljømæssige faktorer	Eksposering for 'tyndt ideal'	Alle SF
	Utilfredshed med kroppen	BN, BED, PF
	Tidlig pubertetsudvikling	BN, AN
	Fødevareusikkerhed	Tvangsspisningsadfærd
	Højt uddannelsesniveau	Restriktive typer af SF
	Deltagelse i elitesport	Alle SF

* SF spiseforstyrrelse; AN anorexia nervosa; BN bulimia nervosa; BED binge eating disorder; EDNOS eating disorder not otherwise specified; BMI body mass index; AN-BP anorexia nervosa (binge-purge subtype); PF personlighedsforstyrrelse; ARFID avoidant restrictive food intake disorder; AN-R anorexia nervosa (restriktiv subtype); A-AN atypisk AN

9. Litteraturliste

- Alegria et al., 2016, Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys (CPES)
- Anastasiadou et al., 2014, A systematic review of family caregiving in eating disorders
- Andersen et al., 2021, Why Do Women with Eating Disorders Decline Treatment? A Qualitative Study of Barriers to Specialized Eating Disorder Treatment
- Arcelus et al., 2011, Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies
- Bahji et al., 2019, Prevalence of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis
- Barakat et al., 2023, Risk factors for eating disorders: findings from a rapid review
- Bottari et al., 2024, Bidirectional Relationships between Eating Disorders and Type 1 and 2 Diabetes: A Scoping Review
- Bould et al., 2015, Do eating disorders in parents predict eating disorders in children? Evidence from a Swedish cohort
- Brewerton, 2024, The integrated treatment of eating disorders, posttraumatic stress disorder, and psychiatric comorbidity: a commentary on the evolution of principles and guidelines
- Brouwer et al., 2023, Production Losses due to Absenteeism and Presenteeism: The Influence of Compensation Mechanisms and Multiplier Effects
- Chesney, 2014, Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: A meta-review
- Chevinsky et al., 2020, Binge Eating Disorder in Patients with Type 2 Diabetes: Diagnostic and Management Challenges
- Chiang, 1984, The life table and its applications
- Cidav et al., 2012, Implications of childhood autism for parental employment and earnings
- Cox, 1972, Regression Models and Life-Tables
- Danmarks Idrætsforbund og Team Danmark, 2023, Spiseforstyrrelser i sport
- Danmarks Statistik, 2025a, Arbejdskraftundersøgelsen (AKU)
- Danmarks Statistik, 2025b, HFUDD11: Befolkningens højest fuldførte uddannelse (15-69 år) efter bopælsområde, herkomst, højest fuldførte uddannelse, alder og køn
- Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), 2025, Spiseforstyrrelser
- Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, 2025, Høringssvar til SST
- De Økonomiske Råd, 2025, Dansk Økonomi
- Deloitte, 2019, Prevalence of eating disorders by Primary Health Network
- Deloitte, 2020, Social and economic cost of eating disorders in the United States of America
- Deloitte, 2023, The impact of COVID-19 on eating disorders among Canadian youths
- Doll et al., 2005, Eating disorders and emotional and physical well-being: associations between student self-reports of eating disorders and quality of life as measured by the SF-36
- Drummond og Hare, 2012, Dietitians and eating disorders: an international issue
- Finansministeriet, 2023, Vejledning i samfundsøkonomiske konsekvensvurderinger

- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2020, Hvorfor fravælger halvdelen behandling for en spiseforstyrrelse?
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025a, 98.000 danskere har en spiseforstyrrelse
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025b, Bulimi
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025c, Spiseforstyrrelser
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025d, Anoreksi
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025e, Tvangsoverspisning (BED)
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025f, Megareksi
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025g, Ortoreksi
- Foreningen Spiseforstyrrelser og Selvskade, 2025h, Selvskade
- Fox et al., 2017, The Experience of Caring For or Living with an Individual with an Eating Disorder: A Meta-Synthesis of Qualitative Studies
- FREED, 2025, FREED, Eating Disorder Service
- Galmiche et al., 2019, Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review
- Gehrt et al., 2016, Tandlæger og personer med en spiseforstyrrelse
- Gigtforeningen, 2024, Tal om gigt
- Griffiths et al., 2013, Disordered eating and the muscular ideal
- Hemmingsen, 2023, Cognitive performance and weight gain in patients with severe anorexia nervosa
- Hulley og Hay, 2001, Eating disorders and health in elite women distance runners
- Hutchison et al., 2022, Silent witnesses: the experience of having a sibling with anorexia nervosa
- Hübel et al., 2025, Comorbid posttraumatic stress disorder complicates eating disorder treatment: A nationwide study
- Javaras et al., 2024, The natural course of binge-eating disorder: findings from a prospective, community-based study of adults
- Jensen et al., 2023, Danish population health measured by the EQ-5D-5L
- Jensen et al., 2025, Prevalence and determinants of eating disorder risk behaviours among adult women in Denmark: findings from nationwide cross-sectional health surveys between 2000 and 2023.
- Kaa et al., 2022, A benchmark study of a combined individual and group anorexia nervosa therapy program
- King og Vidourek, 2009, Disordered eating and job stress among nurses
- Koch et al., 2022, Associations between parental socioeconomic-, family-, and sibling status and risk of eating disorders in offspring in a Danish national female cohort
- Kokaze et al., 2024, A Global Overview of Eating Disorders
- Krug et al., 2025, A meta-analysis of mortality rates in eating disorders: An update of the literature from 2010 to 2024
- Kræftens Bekæmpelse, 2025, Statistik for brystkræft
- Larsen et al., 2024, Diagnosed eating disorders in Danish registers – incidence, prevalence, mortality, and polygenic risk
- Laura M. Hart, M. Teresa Granillo, Anthony F. Jorm, Susan J. Paxton, 2011, Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases
- Le et al., 2019, Burden and health state utility values of eating disorders: results from a population-based survey

- Lichtenstein og Melin, 2022, Spiseforstyrrelser og lav energitilgængelighed i dansk elite- og subelite idræt: Symptomer, udløsende faktorer og forslag til indsatser
- Lilenfeld et al., 2005, Eating disorders and personality: a methodological and empirical review
- Lindgreen et al., 2025, Type 2-diabetes og binge eating disorder
- Lopes et al., 2022, Associations between bone mineral density, body composition and amenorrhoea in females with eating disorders: a systematic review and meta-analysis
- Maon et al., 2020, Siblings of Individuals With Eating Disorders: A Review of the Literature
- Maxwell et al., 2011, Life Beyond the Eating Disorder: Education, Relationships, and Reproduction
- McGrath et al., 2020, Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries
- Menon Economics, 2022, SAMFUNNSVERDIEN AV Å FOREBYGGE SPISEFORSTYRRELSER
- Michelsen et al., 2025, Trivsel og hverdagsliv blandt børn og unge med syge søskende
- Miskovic-Wheatley et al., 2023, Eating disorder outcomes: findings from a rapid review of over a decade of research
- Momen et al., 2022, Comorbidity between eating disorders and psychiatric disorders
- Momentum, 2023, Antallet af unge med spiseforstyrrelse er fordoblet på 15 år
- NEDA, 2025, Statistics
- NHS inform, 2025, Avoidant restrictive food intake disorder (ARFID)
- Nieto-Martínez et al., 2017, Are Eating Disorders Risk Factors for Type 2 Diabetes? A Systematic Review and Meta-analysis
- Nordmo et al., 2022, The educational burden of disease: a cohort study
- OECD, 2025, Mortality Risk Valuation Policy Assessment
- Olsen et al., 2025, OCD og spiseforstyrrelser
- Padierna et al., 2000, The health-related quality of life in eating disorders
- Panchenko et al., 2015, Anorexia nervosa ses ofte sammen med andre psykiatriske lidelser
- Parkinson Foreningen, 2023, Parkinsonpatienters oplevelse af at gå til konsultation hos neurolog
- Pawaskar et al., 2017, Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States
- Plana-Ripoll et al., 2019, Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish National Population
- Preston et al., 2001, Demography: Measuring and Modeling Population Processes.
- Psykiatri Region Hovedstaden, 2025a, Hjælp til børn og unge i psykisk mistrivsel – i nærmiljøet og inden problemerne vokser sig store
- Psykiatri Region Hovedstaden, 2025b, Når tanker om krop og mad fylder for meget
- Psykiatrifonden, 2021, Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark
- Psykiatrifonden, 2024, Tarmbakterier kan påvirke udvikling og fastholdelse af anoreksi
- Psykiatrifonden, 2025a, Bulimi
- Psykiatrifonden, 2025b, Spiseforstyrrelser
- Psykiatrifonden, 2025c, Anoreksi
- Qian et al., 2022, An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis

- Raenker et al., 2012, Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care
- Region Hovedstaden, 2025, Indsats til børn og unge i Region Hovedstaden bliver landsdækkende
- Region Hovedstadens Psykiatri, 2025, Elever med en spiseforstyrrelse
- Rhind et al., 2016, The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescents with Anorexia Nervosa
- ROBUS, 2024, Årsrapport, ROBUS – 2024
- ROBUS, 2025, Hvem kan få hjælp i ROBUS
- Sansone et al., 2005, Borderline personality and eating disorders
- Scleroseforeningen, 2024, Kedelig verdensrekord: Danmark indtager førsteplads over sclerose-tilfælde
- Scutt et al., 2022, Experiences of eating difficulties in siblings of people with anorexia nervosa: a reflexive thematic analysis
- Social- og Boligstyrelsen, 2025a, Evaluering af indsats til unge med selvskade og spiseforstyrrelse
- Social- og Boligstyrelsen, 2025b, Spiseforstyrrelse og autisme
- Solmi et al., 2024, Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis
- Spitzer et al., 1993, Binge eating disorder: its further validation in a multisite study
- Steinhausen et al., 2015, A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations
- Streatfeild et al., 2021, Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action
- Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010, Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports
- Sundgot-Borgen og Torstveit, 2014, Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population
- Sundhed.dk, 2024a, Spiseforstyrrelser – Lægehåndbogen
- Sundhed.dk, 2024b, Anoreksi, prognose – Patienthåndbogen
- Sundhed.dk, 2024c, Bulimi, prognose – Patienthåndbogen
- Sundhedsdatastyrelsen, 2020, Personer med spiseforstyrrelse
- Sundhedsministeriet, 2022, Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed
- Sundhedsstyrelsen, 2016, Behandling af Binge Eating Disorder (BED) – sammenfatning af resultater fra to satspuljeprojekter
- Sundhedsstyrelsen, 2018, National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi
- Sundhedsstyrelsen, 2019, National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa
- Sundhedsstyrelsen, 2023a, Sundhedsstyrelsens specialevejledning for Psykiatri
- Sundhedsstyrelsen, 2023b, Danskernes sundhed Den Nationale Sundhedsprofil Midtvejsundersøgelsen 2023 – centrale udfordringer
- Sundhedsstyrelsen, 2025a, Den styrkede indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og selvskade fortsættes
- Sundhedsstyrelsen, 2025b, Om nationale kliniske anbefalinger og retningslinjer
- Sundhedsstyrelsen, 2025c, Tal og fakta om diabetes

- Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025, Dansk Diabetes Database
- Svensson et al., 2023, Cost-Effectiveness Threshold in Denmark's New Health Technology Assessment Process: What Do We Know so Far?
- Søeby et al., 2024, Patterns of Medical Diagnoses Before and After a Diagnosis of Anorexia Nervosa: A Danish Nationwide Cohort Study
- Søeby, 2024a, Health consequences of Anorexia Nervosa: Epidemiological studies of fracture risk, mortality, and comorbidities
- Søeby, 2024b, Overall and cause-specific mortality in anorexia nervosa; impact of psychiatric comorbidity and sex in a 40-year follow-up study
- Sønderborg Kommune, 2021, Økonomisk analyse af Team for Spiseforstyrrelser
- Tandlægeforeningen, 2016, Spiseforstyrrelser opdages ofte i tandlægestolen
- The American Journal of Clinical Nutrition, 2019, The American Journal of Clinical Nutrition
- Thornton et al., 2010, The Heritability of Eating Disorders: Methods and Current Findings
- Tolstrup et al., 2024, Vægtstigmatisering - forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer
- Trivselskommissionen, 2025, Status på trivslen blandt børn og unge
- Turner et al., 2009, The clinical features of EDNOS: relationship to mood, health status and general functioning
- Ubhi et al., 2025, Impact of eating disorders on paid or unpaid work participation and performance: a systematic review
- Vamado et al., 1997, Prevalence of binge eating disorder in obese adults seeking weight loss treatment
- Vidensråd for Forebyggelse, 2024, Vægtstigmatisering - forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer
- VIVE, 2020, Forebyggelse af spiseforstyrrelser hos unge
- VIVE, 2021, Omkostningsvurdering af projektet Styrket Tværsektoriel Indsats for Børn og Unges Mentale Sundhed (STIME)
- VIVE, 2022, Børn og unge i Danmark: Velfærd og trivsel 2022
- VIVE, 2025, Pårørende i Danmark
- Wondemu et al., 2022, Impact of child disability on parental employment and labour income: a quasi-experimental study of parents of children with disabilities in Norway
- World Health Organization, 2025a, International Classification of Diseases 11th Revision
- World Health Organization, 2025b, ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
- World Population Review, 2025, Eating Disorders by Country 2025
- Yao et al., 2016, Familial Liability for Eating Disorders and Suicide Attempts: Evidence From a Population Registry in Sweden
- Zancu et al., 2017, Eating disorders among fashion models: a systematic review of the literature
- Zerwas et al., 2015, The incidence of eating disorders in a Danish register study: Associations with suicide risk and mortality



Deloitte Statsautoriseret Revisionspartnerselskab er den danske medlemsvirksomhed i Deloitte NSE LLP, som er en del af Deloitte Touche Tohmatsu Limited, et britisk selskab med begrænset hæftelse ("DTTL"). DTTL og hver af dets medlemsfirmaer er juridisk selvstændige og uafhængige enheder. DTTL og Deloitte NSE LLP leverer ikke ydelser til kunder. Du kan læse mere om Deloitte-netværket af medlemsfirmaer på www.deloitte.com/about.

Deloitte leverer førende professionelle ydelser til næsten 90 % af virksomhederne på Fortune Global 500®-listen samt til tusindvis af private virksomheder. Vores medarbejdere skaber målbare og varige resultater, som styrker tilliden til kapitalmarkederne og hjælper vores kunder med at transformere og udvikle sig. Med en historie, der strækker sig over 180 år, er Deloitte til stede i mere end 150 lande og territorier. Læs mere om, hvordan Deloitte's cirka 460.000 medarbejdere verden over skaber impact, der gør en forskel, på www.deloitte.com.

Denne meddelelse indeholder udelukkende generelle oplysninger og udgør ikke professionel rådgivning eller service. Ingen af Deloitte Touche Tohmatsu Limited (DTTL), dets globale netværk af medlemsfirmaer eller disses tilknyttede virksomheder (samlet betegnet "Deloitte-organisationen") yder rådgivning gennem denne meddelelse. Før du træffer beslutninger, som kan påvirke din økonomi eller virksomhed, bør du søge rådgivning hos en kvalificeret professionel rådgiver.

Der gives ingen erklæringer, garantier eller tilsagn – hverken udtrykkelige eller stiltiende – om nøjagtigheden eller fuldstændigheden af oplysningerne i denne meddelelse, og hverken DTTL, dets medlemsfirmaer, tilknyttede virksomheder, medarbejdere eller repræsentanter kan holdes ansvarlige for tab eller skade, der direkte eller indirekte måtte opstå som følge af tillid til denne meddelelse. DTTL og hvert af dets medlemsfirmaer samt deres tilknyttede virksomheder er juridisk selvstændige og uafhængige enheder.