

# National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi

## **National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi**

© Sundhedsstyrelsen, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning.

Høringsversion 26. februar 2015

Format: PDF

Høringsversion

# Indhold

## Indhold3

<b>Centrale budskaber</b>	<b>7</b>
<b>1 Indledning</b>	<b>8</b>
1.1 Formål	8
1.2 Afgrænsning af patientgruppe	8
1.3 Målgruppe/brugere	9
1.4 Emneafgrænsning	9
1.5 Patientperspektivet	10
1.6 Juridiske forhold	10
<b>2 Psykoterapi med eller uden fokus på kernesymptomer</b>	<b>12</b>
2.1 Fokuseret spørgsmål	12
2.2 Anbefaling	12
2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	12
2.4 Baggrund for valg af spørgsmål	12
2.5 Litteratur	12
2.6 Gennemgang af evidensen	13
2.7 Oversigt over evidens	13
2.8 Arbejdsgruppens overvejelser	16
2.9 Rationale for anbefaling	16
<b>3 Psykoterapi individuelt eller i gruppe</b>	<b>17</b>
3.1 Fokuseret spørgsmål	17
3.2 Anbefaling	17
3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	17
3.4 Baggrund for valg af spørgsmål	17
3.5 Litteratur	17
3.6 Gennemgang af evidensen	17
3.7 Oversigt over evidens	18
3.8 Arbejdsgruppens overvejelser	19
3.9 Rationale for anbefaling	20
<b>4 Familiebaseret behandling til børn og unge</b>	<b>21</b>
4.1 Fokuseret spørgsmål	21
4.2 Anbefaling	21
4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	21
4.4 Baggrund for valg af spørgsmål	21
4.5 Litteratur	21
4.6 Gennemgang af evidensen	21
4.7 Oversigt over evidens	22
4.8 Arbejdsgruppens overvejelser	24
4.9 Rationale for anbefaling	25
<b>5 Kognitiv adfærdsterapi til børn og unge</b>	<b>26</b>
5.1 Fokuseret spørgsmål	26
5.2 Anbefaling	26
5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser	26
5.4 Baggrund for valg af spørgsmål	26
5.5 Litteratur	26
5.6 Gennemgang af evidensen	26
5.7 Oversigt over evidens	27
5.8 Arbejdsgruppens overvejelser	28
5.9 Rationale for anbefaling	29

<b>6</b>	<b>Motivationsfremmende intervention</b>	<b>30</b>
6.1	Fokuseret spørgsmål	30
6.2	Anbefaling	30
6.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	30
6.4	Baggrund for valg af spørgsmål	30
6.5	Litteratur	30
6.6	Gennemgang af evidensen	30
6.7	Oversigt over evidens	31
6.8	Arbejdsgruppens overvejelser	33
6.9	Rationale for anbefaling	34
<b>7</b>	<b>Behandling med SSRI som supplement til psykoterapeutisk behandling</b>	<b>35</b>
7.1	Fokuseret spørgsmål	35
7.2	Anbefaling	35
7.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	35
7.4	Baggrund for valg af spørgsmål	35
7.5	Litteratur	35
7.6	Gennemgang af evidensen	35
7.7	Oversigt over evidens	36
7.8	Arbejdsgruppens overvejelser	39
7.9	Rationale for anbefaling	39
<b>8</b>	<b>Individualiseret eller standardiseret ernæringsintervention</b>	<b>40</b>
8.1	Fokuseret spørgsmål	40
8.2	Anbefaling	40
8.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	40
8.4	Baggrund for valg af spørgsmål	40
8.5	Litteratur	41
8.6	Arbejdsgruppens overvejelser	41
8.7	Rationale for anbefaling	41
<b>9</b>	<b>Systematisk monitorering af behandlingseffekt</b>	<b>42</b>
9.1	Fokuseret spørgsmål	42
9.2	Anbefaling	42
9.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	42
9.4	Baggrund for valg af spørgsmål	42
9.5	Litteratur	43
9.6	Gennemgang af evidensen	43
9.7	Arbejdsgruppens overvejelser	43
9.8	Rationale for anbefaling	44
<b>10</b>	<b>Dagbehandling eller intensiveret ambulant behandling</b>	<b>45</b>
10.1	Fokuseret spørgsmål	45
10.2	Anbefaling	45
10.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	45
10.4	Baggrund for valg af spørgsmål	45
10.5	Litteratur	46
10.6	Gennemgang af evidensen	46
10.7	Arbejdsgruppens overvejelser	46
10.8	Rationale for anbefaling	47
<b>11</b>	<b>Efterbehandling</b>	<b>48</b>
11.1	Fokuseret spørgsmål	48
11.2	Anbefaling	48
11.3	Praktiske råd og særlige patientovervejelser	48
11.4	Baggrund for valg af spørgsmål	48
11.5	Litteratur	48
11.6	Gennemgang af evidensen	48
11.7	Arbejdsgruppens overvejelser	49
11.8	Rationale for anbefaling	49

<b>12</b>	<b>Referenceliste</b>	<b>50</b>
<b>Bilag 54</b>		
<b>Bilag 1: Baggrund</b>		<b>55</b>
<b>Bilag 2: Implementering</b>		<b>57</b>
<b>Bilag 3: Monitorering</b>		<b>58</b>
<b>Bilag 4: Opdatering og videre forskning</b>		<b>59</b>
<b>Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode</b>		<b>60</b>
<b>Bilag 6: Fokuserede spørgsmål</b>		<b>61</b>
<b>Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>		<b>68</b>
<b>Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. Flow chart</b>		<b>71</b>
<b>Bilag 9: Evidensvurderinger</b>		<b>83</b>
<b>Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>		<b>84</b>
<b>Bilag 11: Forkortelser og begreber</b>		<b>87</b>

## EVIDENSENS KVALITET – DE FIRE NIVEAUER

Den anvendte graduering af evidensens kvalitet og anbefalingsstyrke baserer sig på GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Se også: <http://www.gradeworkinggroup.org> og bilag 7 og 9.

### Høj (⊕⊕⊕⊕)

Vi er meget sikre på, at den sande effekt ligger tæt på den estimerede effekt.

### Moderat (⊕⊕⊕○)

Vi er moderat sikre på den estimerede effekt. Den sande effekt ligger sandsynligvis tæt på denne, men der er en mulighed for, at den er væsentligt anderledes.

### Lav (⊕⊕○○)

Vi har begrænset tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt

### Meget lav (⊕○○○)

Vi har meget ringe tiltro til den estimerede effekt. Den sande effekt vil sandsynligvis være væsentligt anderledes end den estimerede effekt.

## ANBEFALINGENS STYRKE

### Stærk anbefaling for ↑↑

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når de samlede fordele ved interventionen vurderes at være klart større end ulemperne.

### Svag/betinget anbefaling for ↑

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

### Svag/betinget anbefaling imod ↓

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre. Anvendes også, når det vurderes, at patienters præferencer varierer.

### Stærk anbefaling imod ↓↓

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

### God praksis √

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

For en uddybende beskrivelse, se bilag 7.

## Centrale budskaber

↑↑ Anvend kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

↑ Individuel psykoterapi samt psykoterapi i gruppe kan begge overvejes i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi, idet der ikke kan dokumenteres forskel på behandlingsformernes effekt (⊕○○○).

↑ Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling til børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

↑ Overvej individuel kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

↓ Undlad rutinemæssigt at anvende en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

↓ Undlad rutinemæssigt at anvende selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) til behandling af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

√ Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret.

√ Det er god praksis at evaluere behandlingseffekten ved systematisk at monitorere bulimipatienternes spiseforstyrrelsessymptomer på fastlagte tidspunkter undervejs i behandlingsforløbet.

√ Det er god praksis at genoverveje behandlingsform og -intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt hos patienter med moderat og svær bulimi.

√ Det er god praksis, at patienter tilbydes et efterbehandlingsforløb med henblik på stabilisering og/eller tilbagefaldsforebyggelse efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt.

# 1 Indledning

## 1.1 Formål

Formålet med denne nationale kliniske retningslinje er at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet til patienter med moderat og svær bulimi. Retningslinjen skal medvirke til at fremme hensigtsmæssige patientforløb og vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Problemstillingerne ved bulimi er komplekse og mangeartede. Patienter med bulimi går ofte mange år uden behandling, og dette kan, sammen med fejlbehandling, føre til en udvikling af de bulimiske symptomer i negativ retning. Moderat og svær bulimi vil ofte virke funktionsnedsættende for patienten samt forringe patientens livskvalitet. Problemstillingerne ved bulimi adskiller sig på flere punkter fra andre spiseforstyrrelser, hvilket skaber et behov for at fokusere på netop denne patientgruppe.

## 1.2 Afgrænsning af patientgruppe

Retningslinjen omhandler behandling af børn, unge og voksne med moderat og svær bulimia nervosa (betegnes herefter bulimi). Sundhedsstyrelsens referenceprogram for spiseforstyrrelser samt internationale retningslinjer definerer moderat og svær bulimi som sygdomsgrad 2-5 (1,2), som i Danmark oftest bliver behandlet i sekundærsektoren. Dette indebærer både behandlingssteder med hovedfunktion, regionsfunktion og med højt specialiseret funktion. Mild grad af bulimi (grad 1) bør forsøges behandlet i primærsektoren og indgår ikke i denne retningslinje. Det er specificeret i retningslinjen, når en anbefaling ikke er gældende for alle aldersgrupper.

En subgruppe af de patienter, som henvises til behandling for symptomer på bulimi, lever ikke op til de diagnostiske kriterier for bulimi ifølge WHO's diagnosesystem ICD-10 (diagnosekode F50.2)(3). Disse patienter er ofte stærkt plagede af deres bulimiske symptomer, og retningslinjen omfatter ligeledes denne patientgruppe, når deres sygdomsgrad vurderes til at være moderat eller svær (grad 2-5) (atypisk bulimia nervosa: diagnosekode F50.3).

Denne nationale kliniske retningslinje inkluderer ikke patienter, som overspiser uden at vægtkompensere (binge eating disorder). Denne retningslinje beskæftiger sig heller ikke med patienter, som er undervægtige pga. vægttab, selvom de har overspisninger og/eller udrensende adfærd. I sådanne tilfælde er afgrænsningen mellem anoreksi og bulimi vanskelig ud fra ICD-10. Ifølge den amerikanske klassifikation af psykiatriske lidelser (DSM-5) vil denne gruppe patienter have anoreksi (4).

Forekomsten af samtidig sygdom (komorbiditet) er meget høj blandt patienter med moderat og svær bulimi. Graden og typen af komorbiditet varierer i stor grad, og det er centralt at tage højde for komorbiditet i behandlingsplanlægningen. Komorbiditet komplicerer behandlingen på forskellig vis og i forskellig udstrækning, hvorfor denne retningslinje ikke indeholder anbefalinger herfor. I litteratursøgningen til denne retningslinje har komorbiditet dog ikke været et eksklusionskriterium.



### 1.3 Målgruppe/brugere

Denne retningslinje henvender sig til sundhedsprofessionelle, som beskæftiger sig med behandling af patienter med bulimi. Dette indebærer en bredt sammensat gruppe af fagfolk, såsom læger, psykologer, sygeplejersker, fysioterapeuter, pædagoger, diætister m.fl. Derudover henvender denne retningslinje sig til beslutningstagere på området og kan tjene som information til andre involverede parter (en beskrivelse af implementering og monitorering af denne nationale kliniske retningslinje findes i bilag 2 og 3).

Sekundært henvender retningslinjen sig til alment praktiserende læger samt personale på sygehuse og i kommunerne, som møder patienter med moderat og svær bulimi. Viden om evidensbaseret behandling kan være med til at øge opmærksomheden på korrekt henvisning til specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling. Patienter og pårørende kan ligeledes orientere sig i retningslinjen.

Retningslinjen retter sig således ikke mod den forebyggende, pædagogiske eller rehabiliterende indsats. Mht. sidstnævnte, henvises til Socialstyrelsens kommende nationale retningslinje for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats for svær spiseforstyrrelse, som forventes at udkomme i november 2015.

### 1.4 Emneafgrænsning

Denne nationale kliniske retningslinje indeholder handlingsanvisninger for udvalgte og velafgrænsede kliniske problemstillinger i patientforløbet ('punktnedslag i patientforløbet'). Disse problemstillinger er prioriteret af den faglige arbejdsgruppe som de områder, hvor det er vigtigst at få afklaret evidensen.

Det er således vigtigt at pointere, at retningslinjen kun beskæftiger sig med enkelte dele af behandlingsindsatsen på bulimiområdet. Der er ikke tale om en udtømmende beskrivelse af evidensbaseret behandling af bulimi, og det er ikke en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløbet.

Arbejdsgruppen har valgt at fokusere på de områder, hvor evidensgrundlaget har udviklet sig mest de seneste år, samt områder, hvor evidensen har været sparsom, og den kliniske praksis derfor varierer meget på tværs af landet.

Følgende ti fokuserede spørgsmål er undersøgt:

- Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes kognitiv adfærdsterapi (CBT) frem for en anden psykologisk intervention, som ikke specifikt fokuserer på kernesymptomer ved bulimi?
- Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes individuel psykoterapi frem for psykoterapi i gruppe?
- Bør børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi tilbydes familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling?
- Bør børn og unge med moderat og svær bulimi tilbydes individuel kognitiv adfærdsterapi?
- Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en motivationsfremmende intervention i kombination med vanlig behandling?

- Bør SSRI tilbydes i kombination med et psykoterapeutisk forløb til patienter med moderat og svær bulimi?
- Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en individuelt tilpasset kostintervention som en del af den ernæringsfaglige behandling?
- Bør der foretages systematisk monitorering af effekten af psykoterapi hos patienter med moderat og svær bulimi?
- Bør patienter med moderat og svær bulimi, hvor ambulant behandling i form af psykoterapi ikke har haft effekt, tilbydes dagbehandling frem for intensiveret ambulant behandling?
- Bør patienter med moderat og svær bulimi fortsætte i regelmæssig behandling, efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt?

Til at vurdere effekten af de undersøgte behandlingsformer har arbejdsgruppen udvalgt centrale outcomes (udfald), som denne retningslinje fokuserer på. Der vil derfor være outcomes, som bliver rapporteret i forskningsartiklerne, men som ikke er medtaget i denne retningslinje. En beskrivelse af de fokuserede spørgsmål samt de valgte outcomes findes i bilag 6.

## 1.5 Patientperspektivet

Patientforeningerne Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) samt Pårørende til personer med Spiseforstyrrelse (PS) har været repræsenteret i den nedsatte referencegruppe og har haft mulighed for at afgive høringssvar til udkastet til den færdige retningslinje<sup>1</sup>. Se medlemmerne af referencegruppen i bilag 10.

## 1.6 Juridiske forhold

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer er systematisk udarbejdede udsagn med inddragelse af relevant sagkundskab.

Nationale kliniske retningslinjer kan bruges af fagpersoner, når de skal træffe beslutninger om passende og god klinisk sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer. De nationale kliniske retningslinjer er offentligt tilgængelige, og patienter og pårørende kan også orientere sig i retningslinjerne.

Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

---

<sup>1</sup> LMS og PS er pr. 1. januar 2015 lagt sammen til én forening.

Sundhedspersoner skal generelt inddrage patienten (samt pårørende til børn og unge patienter), når de vælger behandling.

Høringsversion

## 2 Psykoterapi med eller uden fokus på kernesymptomer

### 2.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes kognitiv adfærdsterapi (CBT) frem for en psykoterapeutisk intervention, som ikke direkte fokuserer på kernesymptomer ved bulimi?

### 2.2 Anbefaling

↑↑ **Anvend kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).**

### 2.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Elementer fra CBT indgår i andre behandlingsformer, som dermed også kan være effektive i behandlingen af bulimi. Forskellen i effekten mellem henholdsvis manualiseret CBT-behandling og ikke-manualiseret symptomfokuseret behandling kendes dog ikke.

### 2.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Psykoterapi er et centralt element i behandlingen af patienter med bulimi, men typen af psykoterapi, som patienter får tilbudt, varierer på tværs af behandlingssteder. Diskussionen om, hvorvidt psykoterapi bør fokusere på spiseforstyrrelsessymptomerne eller på andre og mere bagvedliggende problemstillinger verserer til stadighed. CBT er den psykoterapiform til bulimi, som er mest undersøgt, og som tyder på at være den mest effektive behandlingsform i behandlingsforløbets tidlige stadier (1,5-7).

Psykoterapiområdet har været og er stadig i udvikling med henblik på at udvikle mere effektive behandlingsformer. Dette skaber behov for et opdateret overblik over evidensen på området og for at undersøge, om CBT, både på kort og lang sigt, er mere effektiv end psykoterapiformer, som ikke fokuserer specifikt på de bulimiske kernesymptomer. Disse psykoterapiformer fokuserer i stedet på patientens sociale relationer, bagvedliggende problemstillinger eller arbejder på anden vis med andre områder end spiseforstyrrelsessymptomerne, som er relevante for patienten.

### 2.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål består af seks randomiserede kontrollerede studier. Fem studier (8-12) samt et opfølgingsstudie, er fra NICE guideline fra 2004 (7,13), n=368. NICE opdaterede sin søgning i 2013 uden at finde yderligere studier på området (14). Vores opdaterende litteratursøgning, som søgte op til 2014, fandt ét randomiseret kontrolleret studie (15), n=70. Flow charts findes i bilag 8. En beskrivelse af den anvendte metode findes i bilag 5.

## 2.6 Gennemgang af evidensen

De identificerede studier sammenlignede CBT med henholdsvis interpersonel psykoterapi (8,11), nonspecifik psykoterapi (9), fokal psykoterapi (10), støttende psykoterapi (12) eller psykoanalytisk psykoterapi til bulimi (15). Fælles for sammenligningsinterventionerne var, at de ikke direkte fokuserede på de bulimiske kernesymptomer og ikke gav vejledning herom.

Fire studier gav 19 terapisesioner i begge interventionsarme (8,10-12), mens ét studie inkluderede døgnindlagte patienter, hvor behandlingsvarigheden afhang af indlæggelsesvarighed (9). Det sjette studie tilbød 20 sessioner CBT, mens psykoanalytisk psykoterapi foregik ugentligt i op til to år (15). Forskellen i længden af terapien i de to sidstnævnte studier komplicerer en direkte sammenligning af terapiformerne.

Niveauet af spiseforstyrrelsesadfærd ved studiernes afslutning er et kritisk outcome for dette fokuserede spørgsmål (for beskrivelse af symptomer ved bulimi, se bilag 1). CBT reducerer antallet af overspisninger samt opkastninger i større grad end psykoterapi, som ikke fokuserer på kernesymptomerne ved bulimi. Antallet af patienter, som kommer i bedring (opnår remission), er højere i gruppen, der har modtaget CBT, hvilket ligeledes er et kritisk outcome. Forskellene mellem grupperne er statistisk signifikante for de ovenfor nævnte outcomes.

Antallet af somatiske komplikationer inden og undervejs i behandlingsforløbet beskrives ikke i studierne. Da dette er et kritisk outcome for dette spørgsmål, bliver den samlede kvalitet af evidensen meget lav for dette fokuserede spørgsmål. Halvdelen af de fundne studier ekskluderede patienter med svære somatiske komplikationer samt svær psykiatrisk komorbiditet (såsom psykose) (8,10,15).

Psykoterapiforskning indebærer i sagens natur, at blinding af patienter og terapeuter ikke er mulig. Dette bidrager til, men er ikke afgørende for, at kvaliteten af evidensen på dette område er meget lav.

Dette fokuserede spørgsmål omhandler udelukkende voksne patienter med bulimi, og effekten vurderes ikke at kunne overføres direkte til patienter under 18 år (jf. fokuseret spørgsmål 4).

## 2.7 Oversigt over evidens

### CBT sammenlignet med psykoterapi uden fokus på spiseforstyrrelsesadfærd for bulimia nervosa

**Patient eller population:** Patienter med bulimia nervosa

**Intervention:** CBT

**Kontrol:** Psykoterapi uden fokus på spiseforstyrrelsesadfærd

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)	Relativ effekt (95% CI)	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrol- Interventionsgruppe				
	Base- Effekten i interventi- linerisiko onsgruppen				
	<b>Ikke CBT</b>				
	<b>symp-</b>				

	tomfo- kuseret					
<b>Overspisninger ved interventionsafslutning</b> episoder pr. uge, pr. måned, reduktion i % <b>(Binge eating, end of treatment)</b> episodes per week, per month, % reduction)		Gennemsnitligt antal overspisninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>2,73 standardafvigelser lavere</b> (4,52 til 0,95 lavere)	285 (4 studier)(8,11,12,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4,5</sup>	Der er statistisk signifikant færre overspisninger ved CBT.	
<b>Opkastninger ved interventionsafslutning</b> episoder pr. uge, pr. måned, reduktion i % <b>(Vomiting, end of treatment)</b> episodes per week, per month, % reduction)		Gennemsnitligt antal opkastninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>9,85 standardafvigelser lavere</b> (13,78 til 5,91 lavere)	289 (4 studier)(8,11,12,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4,5</sup>	Der er statistisk signifikant færre opkastninger ved CBT.	
<b>Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (Remission of ED-symptoms, longest Follow-up)</b>	<b>230 pr. 1000</b>	<b>352 pr. 1000</b> (258 til 485)	<b>RR 1,53</b> (1,12 to 2,11)	378 (4 studier)(8,9,13,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>2,3,4,5,6</sup>	Der er statistisk signifikant flere, som opnår remission ved CBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE global <b>(Psychological ED symptoms, end of treatment)</b> EDE global		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,57 standardafvigelser lavere</b> (0,85 til 0,29 lavere)	197 (2 studier)(8,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>2,3,4,5</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE global er statistisk signifikant lavere ved CBT.	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE tilsigtet restriktion <b>(Psychological ED symptoms, end of treatment)</b> EDE restraint)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,89 standardafvigelser lavere</b> (1,22 til 0,55 lavere)	289 (4 studier)(8,11,12,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>moderat</b> <sup>2,3,4</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE tilsigtet restriktion er statistisk signifikant lavere ved CBT.	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE spisebekymring <b>(Psychological ED symptoms, end of treatment)</b> EDE eating concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,52 standardafvigelser lavere</b> (0,8 til 0,23 lavere)	197 (2 studier)(8,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>2,3,4,5</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE spisebekymring er statistisk signifikant lavere ved CBT.	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE figurbekymring <b>(Psychological ED symptoms, end of treatment)</b> EDE shape concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,41 standardafvigelser lavere</b> (0,71 til 0,11 lavere)	289 (4 studier)(8,11,12,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4,5</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE figurbekymring er statistisk signifikant lavere ved CBT.	

<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE vægtbetyrning (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE weight concern)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,54 standardafvigelser lavere</b> (0,83 til 0,25 lavere)	289 (4 studier) (8,11,12,15)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4,5</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE vægtbetyrning er statistisk signifikant lavere ved CBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDI drive for thinness (Psychological ED symptoms, end of treatment EDI drive for thinness)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>3,5 standardafvigelser lavere</b> (7,17 lavere til 0,17 højere)	49 (1 studie)(12)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,7</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDI bulimia (Psychological ED symptoms, end of treatment EDI bulimia)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>2,6 standardafvigelser lavere</b> (4,96 til 0,24 lavere)	49 (1 studie)(12)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,7</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDI bulimia er statistisk signifikant lavere ved CBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDI body dissatisfaction (Psychological ED symptoms, end of treatment EDI body dissatisfaction)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>2 standardafvigelser lavere</b> (6,63 lavere til 2,63 højere)	49 (1 studie)(12)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,7</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Frafald ved interventionsafslutning</b> (Dropout, end of treatment)	207 per 1000 228 pr. 1000 (160 til 324)	RR 1,1 438 (0,77 to (6 studier) (8-1,56) 12,15)	⊕⊕⊕⊕ <b>moderat</b> <sup>1,2</sup>	
<b>Somatiske komplikationer ved interventionsafslutning<sup>8</sup></b> (Somatic complications, end of treatment)		Kan ikke estimeres <sup>8</sup>		
<b>Funktionsevne ved længste follow-up<sup>8</sup></b> (Level of functioning, longest FU)		Kan ikke estimeres <sup>8</sup>		
<b>Livskvalitet ved længste follow-up<sup>8</sup></b> (Quality of Life, longest FU)		Kan ikke estimeres <sup>8</sup>		

\*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for selektionsbias grundet inadækvat randomisering.

<sup>2</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>3</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagere har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>4</sup> Varigheden af CBT er fem måneder, mens psykoanalytisk psykoterapi varer 24 måneder (15).

<sup>5</sup> Betydelig inkonsistens mellem studierne estimer.

<sup>6</sup> Risiko for rapporteringsbias grundet manglende rapportering af visse effektmål.

<sup>7</sup> Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

<sup>8</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome.

## 2.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er samlet set meget lav, da et enkelt kritisk outcome ikke bliver besvaret. Kvaliteten af evidensen for de kritiske outcomes, som bliver besvaret af evidensen, er lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>CBT resulterer i en større reduktion af bulimiske adfærdssymptomer, samt et højere antal patienter, som opnår remission, sammenlignet med terapiformer, som ikke fokuserer på kernesymptomerne ved bulimi. Antal opkastninger per måned reduceres i gennemsnit med 10 ved CBT, og mere end 50 % flere patienter opnår remission ved CBT end ved behandling, som ikke er symptomfokuseret. Begge disse effekter vurderes at være klinisk betydningsfulde.</p> <p>Der er ingen forskel i frafald i de to grupper. Frafall ligger på knapt 30 % i de fleste studier.</p> <p>Ingen af psykoterapiformerne indebærer direkte skadelige effekter, dog er der et stort antal patienter i begge grupper, som ikke er raske ved studiernes afslutning og ved opfølgning.</p>
<b>Værdier og præferencer</b>	<p>De fleste patienter formodes at foretrække symptomfokuseret behandling, hvis de informeres om behandlingens effekt.</p> <p>En mindre gruppe af patienter vil foretrække at beskæftige sig med problemstillinger, som ikke direkte omhandler kernesymptomerne ved bulimi.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	I de inkluderede studier er behandlerne trænet i manualiseret CBT, hvorfor det er uvist, om effekten er den samme, hvis behandlingen gives af terapeuter uden den formelle CBT-uddannelse.

## 2.9 Rationale for anbefaling

Kvaliteten af evidensen er meget lav, eftersom det kritiske outcome, somatiske komplikationer, ikke blev besvaret af litteraturen. Ved alle andre kritiske outcomes var der signifikant forskel i interventionernes effekt til fordel for CBT. Der blev lagt vægt på, at forskellen mellem psykoterapiformernes resultater ikke kun var statistisk signifikante, men også klinisk betydningsfulde, særligt mht. antal opkastninger samt antal patienter, der opnår remission, og derfor giver Sundhedsstyrelsen en stærk anbefaling for brugen af CBT.



## 3 Psykoterapi individuelt eller i gruppe

### 3.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes individuel psykoterapi frem for psykoterapi i gruppe?

### 3.2 Anbefaling

↑ **Individuel psykoterapi samt psykoterapi i gruppe kan begge overvejes i behandlingen af patienter med moderat og svær bulimi, idet der ikke kan dokumenteres forskel på behandlingsformernes effekt (⊕○○○).**

### 3.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Typen og graden af komorbiditet spiller en stor rolle i vurderingen af, om en patient vil kunne profitere optimalt af et gruppetilbud. Valget af behandlingsformat bør ske på grundlag af en individuel vurdering.

### 3.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Tidligere studier har vist effekt af både psykoterapi i gruppe samt individuelt, og begge former for behandling tilbydes i Danmark afhængigt af behandlingssted. Der er behov for at afklare, om den ene behandlingsform er at foretrække frem for den anden.

### 3.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for dette fokuserede spørgsmål er tre randomiserede kontrollerede studier fra et systematisk review (16-19), n=282. Den opdaterende litteratursøgning gav ikke yderligere studier. Litteratursøgningen efter randomiserede kontrollerede forsøg, som inkluderede børn og unge, fandt ingen studier. Flow charts findes i bilag 8.

### 3.6 Gennemgang af evidensen

Alle de identificerede studier sammenlignede CBT i gruppe med individuel CBT. I ét studie modtog patienterne en individuel motivationsfremmende intervention, inden de blev randomiseret til CBT i gruppe eller individuelt (17). I et andet studie modtog patienterne først CBT og derefter interpersonel psykoterapi (CBT og IPT i gruppe eller CBT og IPT individuelt) (19). Eftersom CBT indgår i alle tre studier, er det ikke muligt at undersøge effekten af individuel versus gruppeterapi ved andre psykoterapiformer.

Antallet af sessioner varierede fra otte til 23 på tværs af studierne.

Der er ikke signifikant forskel på nogen af de outcomes, som arbejdsgruppen valgte at undersøge. De bulimiske kernesymptomer, som er et kritisk outcome, reduceres i samme grad ved individuel psykoterapi som ved gruppebehandling. Antallet af patienter, som opnår remission er ligeledes det samme i begge interventionsformer. Det kritiske outcome, somatiske komplikationer, bliver ikke belyst i de fundne studier, hvilket er afgørende for den samlede kvalitet af evidensen for dette fokuse-

rede spørgsmål, som hermed bliver meget lav. Et enkelt studie ekskluderer specifikt patienter med somatiske komplikationer (18), mens de to andre studier ekskluderer svær psykiatrisk komorbiditet (17,19).

Det var ikke muligt at finde studier, der inkluderede patienter under 18 år. Det vurderes, at evidensen på voksenområdet ikke direkte kan overføres til børn og unge.

### 3.7 Oversigt over evidens

Individuel terapi sammenlignet med gruppeterapi ved bulimia nervosa						
<b>Patient eller population:</b> Patienter med bulimia nervosa						
<b>Intervention:</b> Individuel terapi						
<b>Kontrol:</b> Gruppeterapi						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrol-gruppe	Interventionsgruppe				
	Baselinersko	Effekten i interventionsgruppen				
	Gruppeterapi	Individuel terapi				
<b>Overspisninger ved interventionsafslutning</b> episoder pr. uge, pr.måned (Binge eating, end of treatment) episodes per day, per week, per month)		Gennemsnitligt antal overspisninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,2 standardafvigelser lavere</b> (0,52 lavere til 0,13 højere)		146 (2 studier)(18,19)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3</sup>	
<b>Overspisninger ved interventionsafslutning</b> (Binge eating, end of treatment)	788 pr. 1000	748 pr. 1000 (552 til 1000)	RR 0,95 (0,70 to 1,30)	53 (1 studie) (17)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>2,3,4</sup>	
<b>Opkastninger ved interventionsafslutning</b> episoder pr. måned, dage pr. uge (Vomiting, end of treatment) episodes per day, per week, days per week, per month)		Gennemsnitligt antal opkastninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,24 standardafvigelser lavere</b> (0,57 lavere til 0,09 højere)		142 (2 studier) (18,19)	⊕⊕⊕⊖ moderat <sup>1,2</sup>	
<b>Opkastninger ved interventionsafslutning</b> (Vomiting, end of treatment)	788 pr. 1000	748 pr. 1000 (552 til 1000)	RR 0,95 (0,70 to 1,30)	53 (1 studie) (17)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3,4,5,6</sup>	
<b>Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up</b> (Remission of ED, longest FU)	230 pr. 1000	292 pr. 1000 (182 til 471)	RR 1,27 (0,79 to 2,05)	179 (3 studier)(17-19)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>2,3</sup>	
<b>Frafald ved interventionsafslutning</b> (Dropout, end of treatment)	415 pr. 1000	365 pr. 1000 (282 til 477)	RR 0,88 (0,68 to 1,15)	298 (3 studier) (17-19)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>2,3</sup>	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE global (Psychological ED symptoms, end of treatment) EDE global)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,24 standardafvigelser lavere</b> (1,19 lavere til 0,71 højere)		60 (1 studie)(18)	⊕⊕⊕⊖ moderat <sup>2</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.

	jere)		
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDI subskalaer 1-3 (Psychological ED symptoms, end of treatment EDI subscales 1-3)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>1 standardafvigelse højere</b> (9,07 lavere til 7,07 højere)	86 (1 studie)(19)	⊕⊕⊕⊖ Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer. <b>moderat</b> <sup>3</sup>
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDI drive for thinness (Psychological ED symptoms, end of treatment EDI drive for thinness)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,57 standardafvigelser højere</b> (2,36 lavere til 3,50 højere)	60 (1 studie)(18)	⊕⊕⊕⊖ Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer. <b>lav</b> <sup>2,3</sup>
<b>Somatiske komplikationer ved interventionsafslutning</b> <sup>7</sup> (Somatic complications, end of treatment)		Kan ikke estimeres <sup>7</sup>	
<b>Funktionsevne ved længste follow-up</b> <sup>7</sup> (Level of functioning, longest FU)		Kan ikke estimeres <sup>7</sup>	
<b>Livskvalitet ved længste follow-up</b> <sup>7</sup> (Quality of life, longest follow-up )		Kan ikke estimeres <sup>7</sup>	

\*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

**CI:** Konfidensinterval; **RR:** Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for selektionsbias grundet inadækvat randomisering.

<sup>2</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>3</sup> Konfidensintervallet indeholder estimer, som viser klinisk relevant effekt for både interventionsgruppen og kontrolgruppen.

<sup>4</sup> Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

<sup>5</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>6</sup> Risiko for rapporteringsbias grundet manglende rapportering af visse effektmål.

<sup>7</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome.

### 3.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Begge interventioner skaber lige store forbedringer i adfærdssymptomer samt antal patienter, som opnår remission.  Der er ingen skadelige effekter ved de to behandlingsformer. En stor subgruppe af patienter fra begge interventionsgrupper profiterer dog ikke af studiernes interventioner.
<b>Værdier og præferencer</b>	Individuel psykoterapi eller psykoterapi i gruppe skønnes at være præferencefølsomt.

	Nogle patienter værdsætter muligheden for at tale med andre patienter med samme problemstillinger. Andre patienter foretrækker fleksibiliteten i individuel behandling eller kan have svært ved at indgå konstruktivt i en gruppe.
<b>Andre overvejelser</b>	Små behandlingssteder kan have vanskeligt ved at rekruttere nok patienter til at kunne tilbyde gruppebehandling.

### 3.9 Rationale for anbefaling

Begge interventionsformer skaber positive resultater i lige stor grad. Sundhedsstyrelsen giver en svag anbefaling for begge behandlingsformer, da behandlingsformatet er præferencefølsomt. Denne anbefaling omhandler ikke, om der skal tilbydes terapi eller ej, men udelukkende i hvilket format, som psykoterapien bør tilbydes.

Høringsversion

## 4 Familiebaseret behandling til børn og unge

### 4.1 Fokuseret spørgsmål

Bør børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi tilbydes familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling?

### 4.2 Anbefaling

↑ Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling til børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

### 4.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Den familiebaserede spiseforstyrrelsesbehandling bør være tilpasset bulimi hos børn og unge (FBT-BN).

Ved behandling af børn og unge er det altid vigtigt at inddrage forældrene. Dette gælder også, hvis patienten modtager en individuel behandlingsform. For børn under 15 år skal forældrene give samtykke til behandling.

### 4.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Størstedelen af forskningen inden for behandling af bulimi har fokuseret på voksne patienter. Evidensbaserede behandlingsformer til voksne kan ikke uden vanskeligheder benyttes til børn og unge, da deres udviklingstrin samt sociale forhold ændrer betingelserne for behandling. Familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling har vist effekt i behandlingen af børn og unge med anoreksi (FBT-AN) (20), og der er behov for et overblik over, om familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling også har effekt hos børn og unge med bulimi (FBT-BN).

Det fokuserede spørgsmål undersøger FBT-BN, men dette medfører ikke, at forældrene ikke er inddraget i de interventioner, som sammenlignes med FBT-BN. Forældre bør altid inddrages, når patienten er under 18 år.

### 4.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål er to randomiserede kontrollerede forsøg fra søgningen foretaget af NICE i 2013 (14,21,22), n=165. Vores egen opdaterende søgning gav ikke yderligere fund. Flow charts findes i bilag 8.

### 4.6 Gennemgang af evidensen

De to inkluderede studier omhandlede manualiseret FBT-BN, som blev tilpasset børn og unge med bulimi. FBT-BN læner sig op ad Maudsley's FBT-manual (FBT-AN), som blev udviklet til børn og unge med anoreksi (20).

Le Grange et al. (22) sammenlignede i det ene studie FBT-BN med støttende psykoterapi, hvor behandleren var støttende uden at være vejledende, og hvor behandlingen omhandlede bagvedliggende problemstillinger. Begge interventionsarme bestod af 20 sessioner fordelt på seks måneder.

Schmidt et al. (21) sammenlignede i det andet studie FBT-BN med CBT, som blev suppleret af et selvhjælpsprogram. Alle patienter modtog 15 sessioner fordelt på seks måneder (jf. behandlingsbeskrivelse i fokuseret spørgsmål 4).

FBT-BN viste positiv effekt i begge studier på de kritiske outcomes bulimiske adfærdssymptomer ved interventionernes afslutning samt antal patienter i remission ved opfølgning. Le Grange et al. konkluderede, at FBT-BN var den mest virkningsfulde behandlingsform til børn og unge med bulimi, da den bulimiske adfærd reduceredes i størst omfang både ved studiets afslutning samt ved opfølgning (22). Schmidt et al. konkluderede derimod, at CBT kunne være at foretrække til denne patientpopulation, da antallet af overspisningsepisoder ved afslutning af studiet var signifikant lavere i gruppen, som modtog CBT (21). Vi kunne desværre ikke få de præcise tal om spiseforstyrrelsesadfærden fra sidstnævnte studie efter henvendelse til førsteforfatteren.

Ingen af studierne inkluderede det kritiske outcome, somatiske komplikationer, hvorfor den samlede kvalitet af evidensen for dette fokuserede spørgsmål bliver meget lav. Studiet af Le Grange ekskluderede patienter med somatiske komplikationer, mens begge studier havde svær psykiatrisk komorbiditet som eksklusionskriterium (21,22).

## 4.7 Oversigt over evidens

### FBT-BN sammenlignet med behandling uden familiedeltagelse

**Patient eller population:** Patienter med bulimia nervosa

**Intervention:** Familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling

**Comparison:** Behandling uden familiedeltagelse

Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baselinersko	Effekten i interventionsgruppen				
	Behandling uden familie	FBT-BN				
Overspisninger ved interventionsafslutning (Binge eating, end of treatment episodes per month)		Gennemsnitligt antal overspisninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,9 standardafvigelser højere</b> (3,9 lavere til 5,7 højere)		80 (1 studie)(22)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2</sup>	
Opkastninger ved interventionsafslutning (Vomiting, end of treatment episodes per month)		Gennemsnitligt antal opkastninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>12,6 standardafvigelser lavere</b> (21,25 til 3,95 lavere)		80 (1 studie)(22)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2</sup>	Der er statistisk signifikant færre opkastninger ved FBT.
Overspisninger ved interventionsafslutning (Binge eating, end of treatment)	136 per 1000	390 per 1000 (169 to 900)	RR 2.86 (1.24 to 6.60)	85 (1 studie)(21)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3</sup>	Der er statistisk signifikant færre patienter, som har overspisning

						ger, ved individuel behandling.
<b>Opkastninger ved interventionsafslutning (Vomiting, end of treatment)</b>	<b>227 per 1000</b>	<b>318 per 1000</b> (157 to 643)	<b>RR 1.40</b> (0.69 to 2.83)	85 (1 studie) (21)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3</sup>	
<b>Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (Remission of ED, longest FU)</b>	<b>157 pr. 1000</b>	<b>287 pr. 1000</b> (150 til 548)	<b>RR 1,83</b> (0,96 til 3,5)	165 (2 studier) (21,22)	⊕⊕⊕⊖ <b>moderat</b> <sup>1,3</sup>	
<b>Frafald ved interventionsafslutning (Dropout, end of treatment)</b>	<b>205 pr. 1000</b>	<b>211 pr. 1000</b> (119 til 379)	<b>RR 1,03</b> (0,58 til 1,85)	165 (2 studier) (21,22)	⊕⊕⊕⊖ <b>moderat</b> <sup>1,3</sup>	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE tilsigtet restriktion (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE restraint)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,8 standardafvigelser lavere</b> (1,48 til 0,12 lavere)		80 (1 studie) (22)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE tilsigtet restriktion er statistisk signifikant lavere ved FBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE spisebekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE eating concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,5 standardafvigelser lavere</b> (1,14 lavere til 0,14 højere)		80 (1 studie) (22)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE figurbekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE shape concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,9 standardafvigelser lavere</b> (1,65 til 0,15 lavere)		76 (1 studie) (22)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE figurbekymring er statistisk signifikant lavere ved FBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> EDE vægtbekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE weight concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,8 standardafvigelser lavere</b> (1,52 til 0,08 lavere)		80 (1 studie) (22)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2</sup>	Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer. Scoren på EDE vægtbekymring er statistisk signifikant lavere ved

				FBT.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> Optagethed af mad ( <b>Psychological ED symptoms, end of treatment</b> food preoccupation)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0 standardafvigelser højere</b> (0,36 lavere til 0,36 højere)	85 (1 studie)(21)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3</sup>	0-værdi er udtryk for den samme sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> Vægt- og figurbekymring ( <b>Psychological ED symptoms, end of treatment</b> weight and shape concern)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,6 standardafvigelser højere</b> (0,04 lavere til 1,24 højere)	85 (1 studie) (21)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3</sup>	Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Somatiske komplikationer ved interventionsafslutning<sup>4</sup></b> ( <b>Somatic complications, end of treatment</b> )		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		
<b>Funktionsevne ved længste follow-up<sup>4</sup></b> ( <b>Level of functioning, longest follow-up</b> )		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		
<b>Livskvalitet ved længste follow-up<sup>4</sup></b> ( <b>Quality of life, longest follow-up</b> )		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		
<b>Familiens funktion ved længste follow-up<sup>4</sup></b> ( <b>Family functioning, longest follow-up</b> )		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		

\*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>2</sup> Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

<sup>3</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyseme (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>4</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome.

## 4.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>FBT-BN reducerer de bulimiske adfærdssymptomer både ved studierne afslutning og opfølgning.</p> <p>Over halvdelen af patienterne udviser stadig bulimiske symptomer i varierende grad ved afslutning af studierne og ved</p>



	<p>opfølgning.</p> <p>FBT-BN involverer i høj grad familien, hvilket nogle familier kan have vanskeligt ved at honorere.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	<p>Psykotterapi til børn og unge med bulimi skønnes at være præferencefølsomt.</p> <p>Børn og unge formodes som udgangspunkt at foretrække FBT, da familien kan være en værdifuld støtte i bedringsprocessen.</p> <p>For unge, særligt mellem 16 og 18 år, kan det være sværere at vurdere i hvor høj grad, familien bør inddrages. De unges modenhed og afhængighed af familien formodes at være afgørende for den unges præferencer. Knap 30 % af de unge, som ikke ønskede at deltage i studiet af Schmidt et al. (21), angav, at de ikke ønskede at involvere familien i behandling.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	<p>Mange behandlere i Danmark er ikke uddannet i FBT-BN til børn og unge med bulimi. Behandlingen skal tilpasses de problemstillinger, som er særlige ved bulimi.</p> <p>FBT-BN forudsætter, at hele familien kan tage fri fra skole og/eller arbejde for at deltage i behandling.</p>

## 4.9 Rationale for anbefaling

FBT-BN skaber positive resultater i begge studier. Sundhedsstyrelsen giver en svag anbefaling for FBT-BN, da området er præferencefølsomt og afhænger af patienternes udvikling samt sociale forhold. Denne anbefaling omhandler udelukkende FBT-BN og er ikke ensbetydende med en svag anbefaling for psykotterapi generelt til børn og unge.

## 5 Kognitiv adfærdsterapi til børn og unge

### 5.1 Fokuseret spørgsmål

Bør børn og unge med moderat og svær bulimi tilbydes individuel kognitiv adfærdsterapi (CBT)?

### 5.2 Anbefaling

↑ Overvej individuel kognitiv adfærdsterapi til børn og unge med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

### 5.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Forældre bør altid være del af behandlingen i større eller mindre grad, også når patienten modtager individuel behandling. Ved børn under 15 år skal forældrene ydermere give samtykke til behandlingen.

CBT-manualen til voksne med bulimi kan ikke direkte bruges til en yngre population. Der er behov for et CBT-forløb, som er tilpasset børn og unge.

### 5.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Psykoterapi er den foretrukne behandlingsform til børn og unge med bulimi. Behandlingen kan foregå individuelt, men når patienten er under 18 år, bør forældrene altid inddrages i den udstrækning, som skønnes mest fordelagtig for den enkelte patient.

CBT er den mest undersøgte psykoterapiform til voksne med bulimi og viser god effekt hurtigt i behandlingsforløbet (jf. fokuseret spørgsmål 1). Det er uvist, om effekten er den samme for børn og unge, og der er derfor behov for at undersøge, om CBT er mere effektiv end andre psykoterapiformer på børne- og ungeområdet.

### 5.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål udgøres af ét randomiseret kontrolleret forsøg fra vores egen litteratursøgning (21), n=85. Flow charts findes i bilag 8.

### 5.6 Gennemgang af evidensen

Det identificerede studie indgår ligeledes i evidensgrundlaget for besvarelsen af det fokuserede spørgsmål 3.

CBT udgjorde den ene interventionsarm og bestod af ti sessioner, tre opfølgende sessioner samt to valgfri sessioner, hvor den unge skulle medbringe en nær pårørende. Sessionerne suppleredes af en selvhjælpsmanual. Den anden interventionsarm bestod af FBT-BN som beskrevet ved det fokuserede spørgsmål 3.

Begge interventioner medførte en reduktion i antallet af overspisninger samt opkastninger både ved studiets afslutning og ved opfølgning. Ved afslutning var an-

delen af patienter, som ikke havde overspisninger, signifikant højere i gruppen, som modtog CBT (21). Dette var den eneste statistisk signifikante forskel på de to interventioner og er et kritisk outcome for dette fokuserede spørgsmål. Antallet af patienter i remission er ligeledes et kritisk outcome, og i dette studie var der ingen forskel på de to interventionsformer.

Studiets resultater er beskrevet i artiklen, men det har ikke været muligt at få tilsendt de præcise tal efter henvendelse til artiklens førsteforfatter. Det kritiske outcome, somatiske komplikationer, bliver ikke belyst, hvorfor den samlede evidens for dette fokuserede spørgsmål bliver meget lav. Svær psykiatrisk komorbiditet var et eksklusionskriterium (21).

Patienterne i studiet var gennemsnitligt 17,5 år gamle, hvilket ikke gør det muligt at konkludere, om CBT vil have samme effekt hos børn og yngre teenagere.

## 5.7 Oversigt over evidens

CBT sammenlignet med vanlig behandling ved bulimia nervosa for børn og unge under 18 år						
Patient eller population: Patienter med bulimia nervosa under 18 år						
Intervention: CBT						
Comparison: Vanlig behandling						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe Baselinersko	Interventionsgruppe Effekten i interventionsgruppen				
	Vanlig behandling	CBT				
Overspisninger ved interventionsafslutning (Binge eating, end of treatment)	390 per 1000	137 per 1000 (59 to 316)	RR 0.35 (0.15 to 0.81)	85 (1 studie)(21)	⊕⊕⊕⊖ low <sup>1,2,3</sup>	Der er statistisk signifikant færre patienter, som har overspisninger, ved CBT.
Opkastninger ved interventionsafslutning (Vomiting, end of treatment)	317 per 1000	228 per 1000 (111 to 460)	RR 0.72 (0.35 to 1.45)	85 (1 studie)(21)	⊕⊕⊕⊖ low <sup>1,2,3</sup>	
Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (Remission of ED symptoms, longest FU)	293 pr. 1000	205 pr. 1000 (97 til 433)	RR 0,7 (0,33 til 1,48)	85 (1 studie)(21)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3</sup>	
Frafald ved interventionsafslutning (Dropout, end of treatment)	317 pr. 1000	273 pr. 1000 (140 til 526)	RR 0,86 (0,44 til 1,66)	85 (1 studie) (21)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3</sup>	
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning Vægt- og figurbekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment Weight and shape concerns)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,6 standardafvigelser højere</b> (0,05 lavere til 1,25 højere)		85 (1 studie) (21)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3</sup>	Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer.

<b>Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning</b> (Optagethed af mad (Psychological ED symptoms, end of treatment Food preoccupation)	Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0 standardafvigelser højere</b> (0,36 lavere til 0,36 højere)	85 (1 studie) (21)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3</sup>	0-værdi er udtryk for den samme sværhedsgrad af symptomer.
<b>Somatiske komplikationer ved interventionsafslutning<sup>4</sup></b> (Somatic complications, end of treatment)		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		
<b>Funktionsevne ved længste follow-up<sup>4</sup></b> (Level of functioning, longest FU)		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		
<b>Livskvalitet ved længste follow-up<sup>4</sup></b> (Quality of life, longest FU)		Kan ikke - estimeres <sup>4</sup>		

\*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>2</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>3</sup> Konfidensintervallet indeholder estimer, som viser klinisk relevant effekt for både interventionsgruppen og kontrolgruppen.

<sup>4</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome.

## 5.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	CBT til børn og unge reducerer kerne-symptomerne ved bulimi, og ændringerne fastholdes ved opfølgning.  En stor subgruppe af patienter profiterer dog ikke optimalt af behandlingen.
<b>Patientpræferencer</b>	Interventionen vurderes at være præferencefølsom, da nogle unge foretrækker en individuel intervention, mens andre finder god støtte i deres familie eller andre nære pårørende. Den unges moden-hed samt afhængighed af forældre spiller i stor grad ind.  Det fundne studie påpegede, at knap 30 % af de patienter, som afslog deltagelse i studiet, angav som primær årsag, at de ikke ønskede at inkludere deres familie i

behandling (21).

#### Andre overvejelser

Patienterne i studiet var gennemsnitligt 17,5 år gamle, og det kan derfor ikke antages, at behandlingsformen vil have samme effekt hos yngre teenagere eller børn.

CBT til børn og unge bør være alderssvarende, og manualen til voksne kan dermed ikke direkte benyttes.

## 5.9 Rationale for anbefaling

Der er lagt vægt på, at der ses en tendens til, at CBT kan være virksom for denne patientpopulation til trods for, at forskningen på børne- og ungeområdet er ekstremt sparsom (se bilag 4 for en beskrivelse af områder, hvor der er behov for mere forskning).

Sundhedsstyrelsen giver en svag anbefaling for CBT til børn og unge med bulimi, da psykoterapi til børn og unge er præferencefølsomt. Psykoterapi er den anbefalede behandlingsform til børn og unge med bulimi, og den svage anbefaling går dermed udelukkende på CBT til denne patientgruppe.

## 6 Motivationsfremmende intervention

### 6.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en motivationsfremmende intervention i kombination med vanlig behandling?

### 6.2 Anbefaling

↓ **Undlad rutinemæssigt at anvende en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).**

### 6.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Motivationsarbejde udgør en del af vanlig behandling. Hvis patienten udviser meget lav motivation for behandling, kan en separat motivationsintervention overvejes.

### 6.4 Baggrund for valg af spørgsmål

En stor subgruppe af patienter med bulimi påbegynder først behandling meget sent i deres sygdomsforløb eller afslutter behandling for tid. Patienter med bulimi kan have svært ved at motivere sig for behandling, og de kan opleve stor grad af ambivalens inden og undervejs i et behandlingsforløb. Dette kan have afgørende betydning for, om patienter gennemfører et behandlingsforløb, og dermed om de får succes med at bekæmpe deres bulimi. Tidligere studier tyder på, at patienter med høj grad af motivation i højere grad profiterer af behandling (23).

Motivationsarbejde er en inkorporeret del af vanlig behandling og foregår løbende i behandlingsforløbet. Hvis patienten skønnes at kunne profitere af en motivationsintervention som supplement til vanlig behandling, består praksis i Danmark ofte af minimum fem sessioner, men indhold og længde af interventionen varierer på tværs af behandlingssteder. Det er ønsket at afklare, om anvendelse af et motivationsfremmende forløb bedrer behandlingsresultaterne såvel som frafald sammenlignet med vanlig behandling, hvor motivationsfremmende elementer indgår i varierende grad.

### 6.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål udgøres af to randomiserede kontrollerede forsøg (17,24) fra to systematiske reviews (25,26) suppleret med to randomiserede kontrollerede forsøg fra vores opdaterende litteratursøgning (27,28), n=363. Litteratursøgningen fandt ingen reviews eller studier, som inkluderede patienter under 18 år. Flow charts findes i bilag 8.

### 6.6 Gennemgang af evidensen

De identificerede studier tilbød en individuel motivationsintervention på en til fire sessioner, hvorefter patienterne modtog vanlig behandling. Sammenligningsgruppen modtog udelukkende vanlig behandling. Ud over en motivationsfremmende intervention bestod behandlingen af enten individuel CBT (28), CBT i gruppe (17),

intensiv dag- eller døgnbehandling (27) eller et selvhjælpsprogram (24). Patienterne i studiet med et selvhjælpsprogram tilhørte primærsektoren og indgår derfor ikke direkte i målgruppen af patienter for denne retningslinje. Studierne inkluderede ikke patienter på baggrund af deres motivationsniveau ved behandlingsstart. Det er hermed ikke muligt at konkludere, om subgruppen af patienter med lavt niveau af motivation vil kunne profitere af en motivationsintervention. Det er ligeledes uklart, om længerevarende motivationsfremmende interventioner vil give andre resultater.

I tre af de fire studier udgjorde patienter med bulimi omkring en tredjedel af populationen (24,27,28). Selvom patientpopulationerne ikke udelukkende bestod af patienter med bulimi, var tendenserne på tværs af studierne de samme.

Frafald undervejs i behandlingsforløbet er et kritisk outcome for dette fokuserede spørgsmål, og der var ingen forskel i antallet af patienter, som gennemførte behandling, i de to interventionsgrupper. Bulimiske adfærdssymptomer efter behandlingsforløbet er ligeledes et kritisk outcome, og begge interventioner opnåede lige gode resultater.

Det kritiske outcome, somatiske komplikationer, bliver ikke belyst af de fundne studier, hvorfor den samlede kvalitet af evidensen for dette fokuserede spørgsmål bliver meget lav. To af studierne ekskluderede patienter med svær psykiatrisk komorbiditet (17,28).

Studierne inkluderede udelukkende patienter over 18 år, og det vurderes, at resultaterne ikke direkte kan overføres til børn og unge.

## 6.7 Oversigt over evidens

Motivationsfremmende intervention						
Patient eller population: Patienter med bulimia nervosa						
Intervention: MET/MI+vanlig behandling						
Comparison: Vanlig behandling						
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal delta-gere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)	Kommentarer
	Kontrolgruppe	Interventionsgruppe				
	Baselinersiko	Effekten i interventionsgruppen				
	Vanlig behandling	Motivationsfremmende intervention + vanlig behandling				
Overspisninger ved interventionsafslutning (kontinuerte data) (Binge eating, end of treatment (continuous data) episodes per week)		Gennemsnitligt antal overspisninger ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,07 standardafvigelse lavere</b> (0,74 lavere til 0,60 højere)		185 (2 studier)(24,28)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3,4</sup>	
Overspisninger ved interventionsafslutning (dikotome data) (Binge eating, end of treatment (dichotomous data))	600 pr. 1000	756 pr. 1000 (504 til 1000)	RR 1,26 (0,84 til 1,9)	53 (1 studie)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>2,3,5</sup>	
Opkastninger ved interventionsafslutning		Gennemsnitligt antal opkastninger ved in-		185 (2 studier)	⊕⊕⊕⊖ lav <sup>1,2,3,4</sup>	Der er statistisk sig-

(kontinuerte data) episoder pr. uge (Vomiting, end of treatment episodes per week (continuous data))		terventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>1,03 standardafvigelser lavere</b> (1,57 til 0,49 lavere)	(24,28)	nifikant færre op- kastninger ved MFT/MI.
Opkastninger ved interventionsafslutning (dikotome data) (vomiting, end of treatment (dichotomous data))	600 pr. 1000	756 pr. 1000 (504 til 1000)	RR 53 1,26 (1 studie) (0,84 til (17) 1,9)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>2,3,5</sup>
Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (dikotome data) (Remission of ED, longest follow-up (dichotomous data))	571 pr. 1000	383 pr. 1000 (177 til 840)	RR 34 1,19 (1 studie) (0,31 til (17) 1,47)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>2,3,5</sup>
Frafald ved interventionsafslutning (Dropout, end of treatment)	425 pr. 1000	506 pr. 1000 (396 til 642)	RR 280 1,19 (3 studier) (0,93 til (17,27,28) 1,51)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,4,6</sup>
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning EDE Global/EDE-Q Global (Psychological ED-symptoms, end of treatment EDE Global/EDE-Q Global Score)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,09 standardafvigelser lavere</b> (0,38 lavere til 0,2 højere)	185 (2 studier) (24,28)	⊕⊕⊕⊖ moderat <sup>1,2,3,4</sup>
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning EDE vægtbekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE weight concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,17 standardafvigelser lavere</b> (0,58 lavere til 0,25 højere)	90 (1 studie)(24)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,7</sup>
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning EDE spisebekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE eating concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,24 standardafvigelser lavere</b> (0,66 lavere til 0,17 højere)	90 (1 studie)(24)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,7</sup>
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning EDE figurbekymring (Psychological ED symptoms, end of treatment EDE shape concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,18 standardafvigelser lavere</b> (0,59 lavere til 0,23 højere)	90 (1 studie)(24)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,7</sup>
Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning EDE tilsigtet restriktion (Psychological ED		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var	90 (1 studie)(24)	⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,7</sup>



symptoms, end of treatment EDE restraint)	0,01 standardafvigelse højere (0,41 lavere til 0,42 højere)	mer.
Somatiske komplikationer <sup>7</sup> (Somatic complications, end of treatment)		Kan ikke estimeres
Funktionsevne <sup>7</sup> (Level of functioning, longest FU)		Kan ikke estimeres
Livskvalitet <sup>7</sup> (Quality of Life, longest FU)		Kan ikke estimeres

\*Basalinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

CI: Konfidensinterval; RR: Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for selektionsbias grundet inadækvat randomisering.

<sup>2</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>3</sup> Risiko for detektionsbias pga. manglende blinding af personale, som står for effektmåling.

<sup>4</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>5</sup> Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

<sup>6</sup> Blandet patientgruppe, hvor andre spiseforstyrrelser end bulimi er inkluderet.

<sup>7</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome

## 6.8 Arbejdsgruppens overvejelser

Kvaliteten af evidensen	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter	<p>Evidensen tyder hverken på gavnlige eller skadelige effekter af interventionen.</p> <p>Kliniske erfaringer tyder på, at der kan være forskelle mellem subpopulationer. For patienter, som ikke er motiverede for adfærdsændringer, formodes en motivationsfremmende intervention at kunne bidrage til en forståelse af, hvad der hindrer patienterne i at påbegynde ændringer. Dette kan muligvis have en positiv effekt på disse patienters efterfølgende behandlingsresultat.</p> <p>For patienter, som er motiverede for adfærdsændringer, kan et indledende motivationsforløb formentlig forhale bedringsprocessen.</p>
Patientpræferencer	Interventionen skønnes at være præferencefølsom.

## 6.9 Rationale for anbefaling

Der blev lagt vægt på, at en motivationsfremmende intervention i kombination med vanlig behandling ikke skaber større adfærdsændringer end den vanlige behandling alene. Den ekstra behandling kan udsætte adfærdsændringerne for den gruppe af patienter, som er klar til dette.

Sundhedsstyrelsen giver en svag anbefaling imod, da interventionen skønnes at være præferencefølsom. Det vides dog ikke, om en motivationsfremmende intervention kan være gavnlig for en subgruppe af patienter, som ikke ellers ville kunne gennemføre et behandlingsforløb.

Høringsversion

## 7 Behandling med SSRI som supplement til psykoterapeutisk behandling

### 7.1 Fokuseret spørgsmål

Bør et SSRI/SNRI-præparat tilbydes som supplement til psykoterapeutisk behandling til voksne patienter med moderat og svær bulimi?

### 7.2 Anbefaling

↓ Undlad rutinemæssigt at anvende selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) til behandling af patienter med moderat og svær bulimi (⊕○○○).

### 7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Hvis psykoterapi ikke har effekt, kan SSRI overvejes som et supplement til behandling med psykoterapi.

Patienter, som sættes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tæt, da denne type behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd.

SSRI kan anvendes til behandling af komorbid angst eller depression hos patienter. Behandling foregår i givet fald i henhold til gældende retningslinjer.

I Danmark er Fluoxetin det eneste SSRI-præparat, som er godkendt til indikationen bulimi.

### 7.4 Baggrund for valg af spørgsmål

SSRI-præparater benyttes i behandlingen af bulimi hos voksne. I praksis gives SSRI-præparater oftest i minimum 5-6 måneder og seponeres langsomt, når patienten skønnes at have bedret tilstrækkeligt og vurderes at kunne håndtere sine symptomer uden medicinsk behandling.

Tidligere forskning peger på, at psykoterapi har samme eller bedre effekt på bulimiske symptomer end SSRI alene (29), hvorfor dette spørgsmål undersøger behandling med SSRI i tillæg til psykoterapi. Der er behov for et overblik over forskningen på området, således at brugen af SSRI-præparater afspejler evidensen.

### 7.5 Litteratur

Evidensgrundlaget for det fokuserede spørgsmål består af seks randomiserede kontrollerede forsøg fra WFSBP's guideline fra 2011 (30-36). Den opdaterende søgning fandt ingen yderligere studier. Viden om medicinske bivirkninger er fundet i produktresuméet for Fluoxetin (37). Flow charts findes i bilag 8.

### 7.6 Gennemgang af evidensen

Alle de identificerede studier sammenlignede psykoterapi i kombination med Fluoxetin 60 mg/dag med psykoterapi alene. Fire studier inkluderede et placebo-præparat til gruppen, som kun modtog psykoterapeutisk behandling (31-34). Studi-

erne brugte alle SSRI i kortere varighed (35 dage til fire måneder). Ud fra de fundne studier er det ikke muligt at undersøge effekten af andre doser, andre SSRI-præparater eller SNRI. Det vides ikke, om længerevarende medicinsk behandling vil resultere i andre effektstørrelser.

Den psykoterapeutiske del af behandlingen bestod i to studier af selvhjælpsprogrammer (31,34), ét studie brugte ernæringsfokuseret rådgivning (32), ét studie inkluderede døgnindlagte patienter, som primært modtog adfærdsoverret psykoterapi (33), mens de to studier uden placebo brugte CBT (35,36).

Populationen i et enkelt studie bestod af patienter i primærsektoren, hvilket ikke direkte udgør populationen for denne retningslinje (34).

Ved studiernes afslutning oplevede patienterne i begge grupper en reduktion i antallet af overspisninger og opkastninger, hvilket udgør et kritisk outcome for dette fokuserede spørgsmål. Denne reduktion var signifikant større i gruppen af patienter, som fik SSRI, men denne patientgruppe oplevede samtidig større grad af tilbagefald i opfølgingsperioden. Reduktionen af den bulimiske adfærd blev fastholdt i gruppen, som modtog psykoterapi med/uden placebo, og flere fra denne patientgruppe var i remission ved opfølgning. Antallet af patienter, som kommer i remission, er ligeledes et kritisk outcome, og behandlingseffekten på lang sigt vægtes højt af arbejdsgruppen.

Kun et enkelt studie rapporterede antal og type af bivirkninger (32), og ingen studier rapporterede om somatiske komplikationer ved opstart eller undervejs i behandlingen. Somatiske komplikationer udgør et kritisk outcome, hvilket medfører, at den samlede kvalitet af evidensen for dette fokuserede spørgsmål bliver meget lav. To studier ekskluderede specifikt patienter med somatiske komplikationer ved behandlingsstart (32,33), mens alle studier ekskluderede de patienter, hvis fysiske tilstand kontraindicerede medicinsk behandling. Fem ud af de seks studier ekskluderede patienter med svær psykiatrisk komorbiditet (32-36). Tilstedeværelsen af komorbiditet vil i nogle tilfælde tale for brugen af et SSRI-præparat. Dette gælder særligt ved komorbid depression.

## 7.7 Oversigt over evidens

Psykoterapi + SSRI sammenlignet med psykoterapi +/- placebo					
<b>Patient eller population:</b> Voksne patienter med bulimia nervosa					
<b>Intervention:</b> Psykoterapi + SSRI					
<b>Kontrol:</b> Psykoterapi +/- placebo					
Outcomes	Absolut effekt* (95% CI)		Relativ effekt (95% CI)	Antal deltagere (studier)	Kvaliteten af evidensen (GRADE)
<b>Kontrolgruppe</b>  <b>Interventionsgruppe</b>  <b>Baseline-risiko</b>	Interventionsgruppe				
	Effekten i interventionsgruppen				
	Psykoterapi + antidepressiva				
<b>Overspisninger ved interventionsafslutning</b>		Gennemsnitligt antal overspisninger ved interventionsafslutning i interventionsgrupperne var		289 (6 studier) (31-36)	⊕⊕⊕⊖⊖ lav <sup>1,2,3,4,5</sup>
episoder pr. uge,					Der er statistisk signifikant færre overspis-

pr. måned, reduktion i % <b>(Binge eating, end of treatment)</b> episodes per week, per month, % reduction)		<b>0,37 standardafvigelser lavere</b> (0,60 til 0,13 lavere)				ninger ved SSRI+psykoterapi.
<b>Opkastninger ved interventionsafslutning</b> episoder pr. uge, pr. måned, reduktion i % <b>(Vomiting, end of treatment)</b> episodes per week, per month, % reduction)		Gennemsnitligt antal opkastninger ved interventionsafslutning i interventionsgrupperne var <b>0,41 standardafvigelser lavere</b> (0,66 til 0,15 lavere)	249 (5 studier) (31,32,34-36)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4</sup>		Der er statistisk signifikant færre opkastninger ved SSRI+psykoterapi.
<b>Remission af spiseforstyrrelses-symptomer ved længste follow-up</b> (Remission of ED-symptoms, longest follow-up)	<b>447 per 1000</b>	<b>251 per 1000</b> (161 to 389)	<b>RR 0.56</b> (0.36 to 0.87)	157 (3 studier) (32,35,36)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,4</sup>	Der er statistisk signifikant flere, som opnår remission ved psykoterapi +/- placebo.
<b>Alvorlige medicinske bivirkninger ved interventionsafslutning</b> (Serious side effects of medication, end of trial)	<b>121 per 1000</b>	<b>147 per 1000</b> (44 to 501)	<b>RR 1.21</b> (0.36 to 4.13)	67 (1 studie)(32)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>4,6</sup>	
<b>Frafald ved interventionsafslutning</b> (Dropout, end of trial)	<b>240 per 1000</b>	<b>316 per 1000</b> (206 to 491)	<b>RR 1.32</b> (0.86 to 2.05)	197 (4 studier) (32,33,35,36)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,4</sup>	
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning</b> EDE vægtbekymring <b>(Psychological symptoms ED-symptoms, end of treatment)</b> EDE weight concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,48 standardafvigelser lavere</b> (1,4 lavere til 0,45 højere)	120 (2 studier)(32,36)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,4,7</sup>		Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning</b> EDE figurbekymring <b>(Psychological symptoms ED-symptoms, end of treatment)</b> EDE shape concern)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,33 standardafvigelser lavere</b> (0,95 lavere til 0,29 højere)	120 (2 studier) (32,36)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,2,4,7</sup>		Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning</b>		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,25</b>	67 (1 studie)(32)	⊕⊕⊕⊖ <b>lav</b> <sup>1,4,5</sup>		Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af

EDE spisebekymring (Psychological ED-symptoms, end of treatment EDE eating concern)		<b>standardafvigelse lavere</b> (0,73 lavere til 0,23 højere)				symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning.</b> EDI drive for thinness (Psychological ED-symptoms, end of treatment EDI drive for thinness)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,16 standardafvigelse højere</b> (0,49 lavere til 0,8 højere)	37 (1 studie)(35)	⊕⊕⊕⊕ <b>meget lav</b> <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>		Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning.</b> EDI bulimia (Psychological ED-symptoms, end of treatment EDI bulimia)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,11 standardafvigelse lavere</b> (0,56 lavere til 0,34 højere)	77 (2 studier)(33,35)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>		Lav værdi er udtryk for lavere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning</b> EDI body dissatisfaction (Psychological ED-symptoms, end of treatment EDI body dissatisfaction)		Gennemsnitlige psykologiske spiseforstyrrelses-symptomer ved interventionsafslutning i interventionsgruppen var <b>0,04 standardafvigelse højere</b> (0,61 lavere til 0,68 højere)	37 (1 studie)(35)	⊕⊕⊕⊕ <b>meget lav</b> <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>		Høj værdi er udtryk for højere sværhedsgrad af symptomer.
<b>Andre medicinske bivirkninger (kvalme)</b> Other side effects of medication (nausea), end of treatment	152 per 1000	471 per 1000 (194 to 1000)	RR 3.11 (1.28 to 7.51)	67 (1 studie)(32)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>4,6</sup>	Der er statistisk signifikant flere, som oplever kvalme ved SSRI+psykoterapi
<b>Andre medicinske bivirkninger (søvnproblemer)</b> Other side effects of medication (insomnia), end of treatment	333 per 1000	530 per 1000 (297 to 943)	RR 1.59 (0.89 to 2.83)	67 (1 studie)(32)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>4,6</sup>	
<b>Andre medicinske bivirkninger (træthed)</b> Other side effects of medication (tiredness), end of treatment	182 per 1000	176 per 1000 (64 to 493)	RR 0.97 (0.35 to 2.71)	67 (1 studie)(32)	⊕⊕⊕⊕ <b>lav</b> <sup>4,6</sup>	
<b>Somatiske komplikationer<sup>7</sup></b> (Somatic complications)			Kan ikke estimeres <sup>7</sup>			
<b>Funktionsevne<sup>7</sup></b> (Level of functioning)			Kan ikke estimeres <sup>7</sup>			

<b>Livskvalitet<sup>7</sup></b> <b>(Quality of life)</b>	Kan ikke - estime- res <sup>7</sup>
---	---

\*Baselinerisikoen er baseret på den mediane risiko i kontrolgrupperne i de inkluderede studier. Effekten i interventionsgruppen er baseret på baselinerisikoen og den relative effekt af intervention.

**CI:** Konfidensinterval; **RR:** Relativ risiko;

<sup>1</sup> Risiko for selektionsbias grundet inadækvat randomisering.

<sup>2</sup> Risiko for bias pga. manglende eller utilstrækkelig blinding af deltagere eller personale.

<sup>3</sup> Risiko for detektionsbias pga. manglende blinding af personale, som står for effektmåling.

<sup>4</sup> Interventionen i kontrolgruppen varierer (+/- placebo)

<sup>5</sup> Et studie inkluderede udelukkende patienter fra primærsektoren. Dette vurderes ikke at have stor indflydelse på resultaterne.

<sup>6</sup> Risiko for stor usikkerhed pga. lille studiepopulation.

<sup>6</sup> Risiko for systematisk forskel mellem grupperne i forhold til, hvor mange som indgår i analyserne (enten fordi deltagerne har trukket sig ud af studiet, eller fordi de er blevet ekskluderet).

<sup>7</sup> Vi fandt ikke evidens for dette outcome.

## 7.8 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Kvaliteten af evidensen er meget lav.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>På kort sigt er der større effekt af behandling med SSRI på antallet af overspisninger samt opkastninger sammenlignet med psykoterapi alene. På lang sigt aftager effekten dog ved SSRI, og der ses en øget tendens til tilbagefald. Ved behandling med psykoterapi alene vedbliver forbedringen af symptomer, og der er større sandsynlighed for remission.</p> <p>Bivirkninger som træthed, kvalme, diarré og hovedpine beskrives som meget almindelige ved SSRI. Alvorlige bivirkninger er sjældne. Dog kan brugen af SSRI øge risikoen for selvmordstanker eller selvmordsrelateret adfærd.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Idet patienter har forskellige præferencer mht. medicinering, vurderes behandlingen at være præferencefølsom.

## 7.9 Rationale for anbefaling

I udformningen af anbefalingen blev der lagt vægt på udviklingen af de bulimiske adfærdssymptomer fra interventionsafslutning til opfølgning. Selvom antallet af overspisninger samt kompenserende adfærd ved afslutning af medicinering blev reduceret mest i gruppen af patienter, som fik SSRI, valgte arbejdsgruppen at lægge vægt på antallet af patienter, som opnåede remission ved opfølgning. Tilbagefaldsraten for patienter med bulimi er høj, og evidensen tyder på, at raten er højere ved brug af SSRI.

Sundhedsstyrelsen giver en svag anbefaling imod rutinemæssig anvendelse af SSRI, da medicinering er et præferencefølsomt område.

## 8 Individualiseret eller standardiseret ernæringsintervention

### 8.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en individuelt tilpasset ernæringsintervention som led i behandling?

### 8.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret.**

### 8.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

En ernæringsintervention sigter mod at stabilisere den somatiske tilstand, normalisere patientens spisemønster samt mindske frykten for at spise.

Ernæringsinterventionen kan foregå i gruppe og/eller individuelt.

Den enkelte patients symptombillede og præferencer bør indgå i overvejelsen, om en individuel eller standardiseret ernæringsintervention bør tilbydes. Det er ligeledes individuelt, hvilke delelementer af en ernæringsintervention, som patienten har behov for.

En individualiseret ernæringsintervention bør altid overvejes til patienter, som er somatisk påvirkede, og kan overvejes til de patienter, som i særlig høj grad udviser usikkerhed og utryghed omkring mad og spisning.

### 8.4 Baggrund for valg af spørgsmål

En ernæringsintervention bør være en integreret del af den samlede behandling af patienter med bulimi. Elementer, som kan inkluderes i en ernæringsintervention, indebærer psykoedukation om regelmæssig spisning, sult og mæthed samt kroppens behov for næringsstoffer. Derudover er arbejdet med patientens forhold til og frygt for mad samt kostplaner en del af den ernæringsfaglige behandling. En ernæringsintervention kan dermed både være motivationsfremmende og adfærdssænkende og kan tilbydes i individualiseret eller standardiseret form.

Særligt i symptomfokuserede behandlingstilgange er ernæringsinterventioner en integreret del af vanlig behandling. Psykoedukation om kost og ernæring, patientens forhold til mad samt etableringen af regelmæssig spisning foregår kontinuerligt og som en standardiseret del af behandlingsforløbet. En standardiseret kostplan kan være del af vanlig behandling.

En individualiseret ernæringsintervention vil derimod bestå af dybdegående vejledning med udgangspunkt i en detaljeret undersøgelse af patientens spisning og ernæringstilstand, og en evt. kostplan vil være individuelt tilpasset.

Praksis mht. ernæringsinterventioner varierer i stor grad på tværs af behandlingssteder. Dette afstedkommer et behov for et overblik over, om en ernæringsinterven-



tion altid bør være individualiseret, eller om en standardiseret ernæringsintervention er at foretrække.

## 8.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Flow charts findes i bilag 8.

## 8.6 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Hos patienter, som er somatisk truet, formodes en individualiseret og intensiv indsats at medvirke til en hurtigere normalisering af somatiske forhold, og hos den meget usikre patient til øget tryk.</p> <p>Den individualiserede behandling skønnes at være mere tidskrævende end vanlig behandling og kan være overbehandling af patienter, som ikke har et klart behov.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	Området skønnes at være præferencefølsomt.
<b>Andre overvejelser</b>	<p>En standardiseret ernæringsintervention gives som del af vanlig behandling.</p> <p>På specialiserede afsnit er der behov for tværfaglig, herunder ernæringsfaglig, ekspertise.</p>

## 8.7 Rationale for anbefaling

Der er lagt vægt på, at den ernæringsfaglige behandling ofte kan gives i standardiseret form og som del af vanlig behandling, mens der i nogle tilfælde vil være behov for en individualiseret ernæringsintervention. Denne anbefaling omhandler ikke, om der bør gives en ernæringsintervention, men omhandler derimod formatet for interventionen.

## 9 Systematisk monitorering af behandlingseffekt

### 9.1 Fokuseret spørgsmål

Bør der foretages systematisk monitorering af effekten af psykoterapi hos patienter med moderat og svær bulimi?

### 9.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at evaluere behandlingseffekten ved systematisk at monitorere bulimipatienternes spiseforstyrrelsessymptomer på fastlagte tidspunkter undervejs i behandlingsforløbet.**

### 9.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Systematisk monitorering af behandlingseffekten indebærer et dybdegående 'punktnedslag' i forløbet, hvor, som minimum, de diagnostiske kriterier afdækkes på systematisk vis.

Senest tolv uger efter behandlingsstart bør behandlingseffekten evalueres systematisk.

Ved længerevarende behandlingsforløb bør behandlingseffekten efterfølgende undersøges systematisk hver 3.-6. måned.

Eksempler på instrumenter, som kan benyttes i den systematiske monitorering af spiseforstyrrelsessymptomer, er interviewet Eating Disorder Examination (EDE) (38), hvor de diagnostiske spørgsmål kan bruges som et minimum. Derudover findes spørgeskemaerne Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (39) og Eating Disorder Inventory (EDI) (40). Ovennævnte instrumenter er alle oversat og validerede på dansk. EDI undersøger dog ikke omfanget af de bulimiske adfærdssymptomer, hvilket bør indgå i den systematiske monitorering.

### 9.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Viden om prognosen for patienter med bulimi er meget begrænset. Forskning tyder på, at flere patienter bliver helbredt, hvis de responderer på behandling inden for de første fire til ti uger (7). Ydermere har opfølgningsstudier vist, at et lavt niveau af overspisninger og udrensende adfærd undervejs i behandling og ved behandlingsafslutning giver bedre prognose (7).

Vanlig behandling inkluderer statusmøder med fokus på behandlingens effekt fortløbende igennem hele behandlingsforløbet. I symptomfokuseret behandling er det ligeledes en del af vanlig behandling at monitorere antallet af overspisninger og vægtkompenserende adfærd ved hver session. Dette spørgsmål sammenligner vanlig behandling med behandlingsforløb, hvor behandleren systematisk undersøger behandlingens effekt på mere dybdegående vis. Denne evaluering af behandlingen bør foregå på fastlagte tidspunkter i forløbet og formodes at kunne bidrage til, at behandlingen målrettes patientens behov og dermed bliver mere effektiv.

## 9.5 Litteratur

Litteratursøgningen fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Søgningen fandt et studie, som indirekte bidrager med viden på området, som dette fokuserede spørgsmål undersøger (41). Flow charts findes i bilag 8.

## 9.6 Gennemgang af evidensen

Studiet undersøgte 57 døgnindlagte patienter med bulimi. Halvdelen udfyldte et spørgeskema om psykiatriske symptomer ugentligt, mens den anden halvdel modtog vanlig behandling. Resultaterne fra spørgeskemaet blev elektronisk sendt til behandlerne og viste, om forandringen i symptomer så ud til at forløbe som forventet. Studiet konkluderede, at gruppen, som udfyldte spørgeskemaet, oplevede klinisk signifikant bedring i signifikant flere tilfælde, end gruppen som modtog vanlig behandling (41).

Studiet rapporterede ingen outcomes, som vi kunne ekstrahere data fra, og monitoreringen foregik ikke på en dybdegående måde, hvorfor studiet ikke inddrages som direkte evidens.

## 9.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Systematiske 'punktnedslag' i vurderingen af behandlingseffekt formodes at kunne mindske risikoen for, at patienterne modtager en behandlingsform, som ikke har effekt, og øge muligheden for, at tilbagefald vil kunne opdages så tidligt som muligt.
<b>Patientpræferencer</b>	<p>Det kan være et irritationsmoment for nogle patienter at skulle besvare de samme spørgsmål gentagne gange, ligesom nogle patienter ikke foretrækker direkte fokus på spiseforstyrrelsessymptomerne.</p> <p>Det formodes dog, at patienterne vil acceptere systematisk monitorering, hvis de præsenteres for det bagvedliggende ræsonnement.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	<p>Nogle behandlingssteder er ikke fortrolige med brugen af instrumenter til monitorering af symptomer.</p> <p>Mange instrumenter kræver oplæring, tid til scoring og i nogle tilfælde sco-</p>

## 9.8 Rationale for anbefaling

Der er lagt vægt på, at systematisk monitorering kan være med til at sikre, at behandlingseffekten vurderes grundigt, og at behandlingen dermed kan genovervejes, hvis den ikke viser sig virkningsfuld. Systematisk monitorering kan ligeledes bidrage til, at tegn på tilbagefald bliver opdaget så tidligt som muligt.

Høringsversion

## 10 Dagbehandling eller intensiveret ambulant behandling

### 10.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi, som ikke har opnået effekt af ambulant behandling i form af psykoterapi, tilbydes dagbehandling frem for intensivering af ambulant behandling?

### 10.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis at genoverveje behandlingsform og –intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt hos patienter med moderat og svær bulimi.**

### 10.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Komorbiditet er ofte forekommende hos patienter med bulimi og kan spille en afgørende rolle for, om patienten profiterer af behandling. Komorbiditet bør derfor revurderes ved manglende effekt af behandlingen. Yderligere fastholdende faktorer samt patientens motivation for behandling bør ligeledes genovervejes.

Dagbehandling bør overvejes i de tilfælde, hvor det vurderes, at patienten kan have gavn af et sådant forløb. Typen og graden af komorbiditet kan betyde, at en intensivering af ambulant behandling kan være mere hensigtsmæssig end dagbehandling.

Sociale indsatser og/eller behandling i hjemmet kan være del af den intensiverede behandling og kan hjælpe patienten med andre problemstillinger i hverdagen end ambulant behandling alene.

### 10.4 Baggrund for valg af spørgsmål

En stor subgruppe af patienter med bulimi profiterer ikke optimalt af førstevalget i ambulant behandling. Størrelsen på denne gruppe afhænger i stor grad af definitionen af helbredelse og antages at ligge på mellem 10 og 50 % (1,6,7). For denne gruppe patienter kan man overveje døgnindlæggelse, dagbehandling eller en intensivering af den ambulante behandling. Patienter med bulimi døgnindlægges primært på baggrund af somatiske komplikationer, svær komorbiditet eller suicidalitet. Tidligere studier tyder ikke på, at døgnindlæggelse er mere effektiv end dagbehandling til patienter med moderat og svær bulimi uden ovenstående komplikationer (1).

Dagbehandling inkluderer flere former for behandling, som strækker sig over minimum fire timer dagligt, minimum tre dage ugentligt og er specialiseret indenfor spiseforstyrrelser. Psykoterapi udgør ét spor af den tværfaglige behandling. Derudover gennemføres regelmæssige måltider, hvor patienterne støttes under og efter spisning.

Intensiveret ambulant behandling indebærer ligeledes behandling af forskellig karakter minimum tre gange ugentligt, men støtten omkring måltider er ikke til stede i samme grad, og timetallet per dag er lavere.

Der er et stort behov for at få et overblik over, om patienter, som ikke opnår effekt af førstevalg i den ambulante behandling, bør tilbydes enten intensiveret ambulant behandling eller dagbehandling.

## 10.5 Litteratur

Det var ikke muligt at finde litteratur, som direkte undersøgte dette fokuserede spørgsmål. Litteratursøgningen fandt et randomiseret kontrolleret studie, som kan bruges som baggrundsviden (42). Flow charts findes i bilag 8.

## 10.6 Gennemgang af evidensen

Det identificerede studie inkluderede 50 patienter med en spiseforstyrrelse, hvoraf godt 40 % havde bulimi. Patienterne var nyhenviste og havde dermed ikke nødvendigvis modtaget behandling tidligere uden tilstrækkelig effekt. De blev randomiseret til dagbehandling eller til ambulant behandling af vanlig intensitet. Gruppen af patienter, der modtog dagbehandlingstilbuddet, opnåede signifikant større reduktion i spiseforstyrrelsessymptomer ved interventionens afslutning end gruppen, som modtog ambulant behandling.

Dette studie inkluderede ikke den rette patientgruppe og tilbød ikke intensiveret ambulant behandling, hvorfor studiet ikke indgår som direkte evidens for dette fokuserede spørgsmål.

## 10.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	<p>Strukturen ved dagbehandling kan udgøre en stor støtte for patienter, som har udtalte vanskeligheder ved at opbygge et normaliseret forhold til krop og spising.</p> <p>Dog kan dagbehandling gøre det vanskeligere for patienter at bibeholde kontakten til arbejde/skole samt patientens sociale netværk.</p>
<b>Patientpræferencer</b>	<p>Behandlingsformen skønnes at være præferencefølsom.</p> <p>Nogle patienter med bulimi ønsker den struktur, som dagbehandling kan tilbyde, mens en stor del af patienterne formodes at foretrække ambulant behandling, da de på denne måde kan bevare en stor del af deres hverdag.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	Både behandlingstype og -intensitet bør revurderes ved manglende behandlings-

effekt. Samtidig bør der være opmærksomhed på, at bedring foregår i forskellige tempi for forskellige patienter og på forskellige tidspunkter i processen.

### 10.8 Rationale for anbefaling

Der er lagt vægt på, at diversiteten er stor i den gruppe af patienter, som ikke opnår effekt af førstevalget i behandling. Der er derfor behov for at genoverveje behandlingsformen på baggrund af den enkelte patients symptombillede og præferencer.

Høringsversion

# 11 Efterbehandling

## 11.1 Fokuseret spørgsmål

Bør patienter med moderat og svær bulimi fortsætte i regelmæssig behandling, efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt?

## 11.2 Anbefaling

✓ **Det er god praksis, at patienter tilbydes et efterbehandlingsforløb med henblik på stabilisering og/eller tilbagefaldsforebyggelse efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt.**

## 11.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser

De psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer vil ofte vedblive i op til et år efter, at adfærdssymptomerne ikke længere er til stede. Efterbehandlingsforløbet kan overvejes, når de bulimiske adfærdssymptomer er ophørt.

Opfølgende samtaler antages i nogle tilfælde at have bedre effekt, når patienterne har prøvet at stå på egne ben.

## 11.4 Baggrund for valg af spørgsmål

Omkring en tredjedel af de patienter med bulimi, som initialt profiterer af behandling og opnår remission, vil opleve tilbagefald (1,7). Remission defineres i denne sammenhæng som fuldt ophør af de bulimiske adfærdssymptomer. Studier tyder på bedre prognose, hvis spiseforstyrrelsesadfærden slet ikke er til stede ved behandlingsafslutning (7), men først når de psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ligeledes er ophørt, er der tale om helbredelse. Det må formodes, at risikoen for tilbagefald er særlig stor, så længe de psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer er til stede. Et efterbehandlingsforløb defineres i denne sammenhæng som et forløb bestående af regelmæssige samtaler, efter de bulimiske adfærdssymptomer er ophørt, og vil ofte vare minimum seks måneder afhængigt af de psykologiske symptomer.

Stabiliseringen af patienter varetages på forskellig vis i Danmark, og der er behov for et overblik over, om et efterbehandlingsforløb kan mindske risikoen for tilbagefald, eller om patienterne kan afsluttes, når adfærdssymptomerne ikke længere er til stede.

## 11.5 Litteratur

Vi fandt ingen randomiserede kontrollerede forsøg, som besvarede dette fokuserede spørgsmål. Vi fandt et enkelt studie, som bidrager med relevant baggrundsviden (43). Flow charts findes i bilag 8.

## 11.6 Gennemgang af evidensen

Det fundne studie inkluderede patienter med bulimi, som profiterede af CBT. Den ene halvdel af patienterne fik mulighed for at henvende sig med henblik på opfølgende samtaler, hvis de oplevede tegn på tilbagefald. Den anden gruppe fik ikke denne mulighed. Ingen af patienterne henvendte sig med henblik på yderligere



samtaler til trods for, at 37 % af patienterne genoptog den bulimiske adfærd i varierende grad (43).

### 11.7 Arbejdsgruppens overvejelser

<b>Kvaliteten af evidensen</b>	Der er ikke fundet evidens for dette fokuserede spørgsmål.
<b>Balancen mellem gavnlige og skadelige effekter</b>	Behandlernes kontakt til patienterne efter adfærdssymptomernes ophør kan muligvis bidrage til forebyggelse af eller tidlig opdagelse af tilbagefald.
<b>Værdier og præferencer</b>	<p>Efterbehandlingsforløbet vurderes at være et præferencefølsomt område.</p> <p>Nogle patienter formodes at foretrække en fortsættelse af behandlingen efter bedring, mens andre patienter kan føle, at en fortsættelse af behandlingsforløbet kan virke fastholdende, og de ønsker dermed at afprøve at stå på egne ben.</p>
<b>Andre overvejelser</b>	Et efterbehandlingsforløb kræver ressourcer, men en forventet reduktion i antallet af tilbagefald vil skulle modregnes heri.

### 11.8 Rationale for anbefaling

Der er lagt vægt på det store antal patienter, som oplever tilbagefald, eller som kun opnår delvis helbredelse. Stabilisering af patienterne, efter de har normaliseret spisningen og er ophørt med vægtkompenserende adfærd, antages at være væsentlig for en stor del af patienterne i arbejdet for at reducere antallet af tilbagefald. Det må formodes, at risikoen for tilbagefald er særligt forhøjet, så længe de psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer er til stede.

## 12 Referenceliste

- (1) National GC. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3.ed. American Psychiatric Association. 2006.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. Udarbejdet af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (3) WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, WHO; 1992.
- (4) American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. 5. ed. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
- (5) American Psychiatric Association (APA): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. 3rd edition. American Psychiatric Association (APA), 2006.
- (6) Grupo de trabajo de la Guia de Practica Clinica sobre Trastornos de la Conducta, Alimentaria. Clinical practice guideline on eating disorders. 2009 01 Dec.
- (7) National Institute for Clinical Excellence. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NICE, 2004. (CG 9).
- (8) Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000 May;57(5):459-466.
- (9) Bossert S, Schnabel E, Krieg JC. Effects and limitations of cognitive behavior therapy in bulimia inpatients. Psychother Psychosom 1989;51(2):77-82.
- (10) Fairburn CG, Kirk J, O'Connor M, Cooper PJ. A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. Behav Res Ther 1986;24(6):629-643.
- (11) Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, et al. Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. Arch Gen Psychiatry 1991 May;48(5):463-469.
- (12) Garner DM, Rockert W, Davis R, Garner MV, Olmsted MP, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry 1993 Jan;150(1):37-46.
- (13) Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry 1995 Apr;52(4):304-312.

- (14) National Institute for Health and Care Excellence. Clinical guideline. CG9: Eating disorders: Surveillance report for GE. 2013.
- (15) Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, et al. A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 2014 Jan 1;171(1):109-116.
- (16) Polnay A, James VAW, Hodges L, Murray GD, Munro C, Lawrie SM. Group therapy for people with bulimia nervosa: Systematic review and meta analysis. *Psychol Med* Aug 2014;44(11):2241-2254.
- (17) Katzman MA, Bara-Carril N, Rabe-Hesketh S, Schmidt U, Troop N, Treasure J. A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in phase 1 followed by group versus individual CBT in phase 2. *Psychosom Med* 2010;72(7):656-663.
- (18) Chen E, Touyz SW, Beumont PJV, Fairburn CG, Griffiths R, Butow P, et al. Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2003;33(3):241-254.
- (19) Nevenon L, Broberg AG. A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39(2):117-127.
- (20) Lock J. Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach. 2.ed. New York: Guilford Press; 2012.
- (21) Schmidt U, Lee S, Beecham J, Perkins S, Treasure J, Yi I, et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007 Apr;164(4):591-598.
- (22) le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007 Sep;64(9):1049-1056.
- (23) Clausen L, Lubeck M, Jones A. Motivation to change in the eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord* Dec 2013;46(8):755-763.
- (24) Dunn EC, Neighbors C, Larimer ME. Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors* 2006;20(1):44-52.
- (25) Knowles L, Anokhina A, Serpell L. Motivational interventions in the eating disorders: what is the evidence? *Int J Eat Disord* 2013 Mar;46(2):97-107.
- (26) Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Res Nov* 2012;200(1):1-11.

- (27) Weiss CV, Mills JS, Westra HA, Carter JC. A preliminary study of motivational interviewing as a prelude to intensive treatment for an eating disorder. *Journal of Eating Disorders* 2013;1:34.
- (28) Allen KL, Fursland A, Raykos B, Steele A, Watson H, Byrne SM. Motivation-focused treatment for eating disorders: a sequential trial of enhanced cognitive behaviour therapy with and without preceding motivation-focused therapy. *European Eating Disorders Review* 2012 May;20(3):232-239.
- (29) Hay Phillipa PJ, Claudino Angélica M, Kaio Marcel H. Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2001(4): CD003385.
- (30) Aigner M, Treasure J, Kaye W, Kasper S. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of eating disorders. *World Journal of Biological Psychiatry* 2011;12(6):400-443.
- (31) Mitchell JE, Fletcher L, Hanson K, Mussell MP, Seim H, Crosby R, et al. The relative efficacy of fluoxetine and manual-based self-help in the treatment of out-patients with bulimia nervosa. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(3):298-304.
- (32) Beumont PJV, Russell JD, Touyz SW, Buckley C, Lowinger K, Talbot P, et al. Intensive nutritional counselling in bulimia nervosa: A role for supplementation with fluoxetine? *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31(4):514-524.
- (33) Fichter MM, Leibl K, Rief W, Brunner E, Schmidt-Auberger S, Engel RR. Fluoxetin versus placebo: A double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry* 1991;24(1):1-7.
- (34) Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D, Sysko R, Parides MK. Treatment of Bulimia Nervosa in a Primary Care Setting. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):556-561.
- (35) Jacobi C, Dahme B, Dittmann R. Cognitive-behavioural, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: Short- and long-term results. *European Eating Disorders Review* 2002;10(3):179-198.
- (36) Goldbloom DS, Olmsted M, Davis R, Clewes J, Heinmaa M, Rockert W, et al. A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: Short-term outcome. *Behav Res Ther* 1997;35(9):803-811.
- (37) Produktresumé for Fluoxetin "Actavis" hårde kapsler. Denmark patent. Opdateret 22.april 2013.  
Link: <http://www.produktresume.dk/docushare/dsweb/GetRendition/Document-25563/html>  
Senest hentet: 25-02-2015
- (38) Cooper Z, Fairburn C. The eating disorder examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord* 1987;6(1):1-8.

- (39) Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord* 1994;16(4):363-370.
- (40) Garner DM, Olmstead MP, Polivy J. Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord* 1982;2(2):15-34.
- (41) Simon W, Lambert MJ, Busath G, Vazquez A, Berkeljon A, Hyer K, et al. Effects of providing patient progress feedback and clinical support tools to psychotherapists in an inpatient eating disorders treatment program: A randomized controlled study. *Psychotherapy Research* May 2013;23(3):287-300.
- (42) Kong S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2005 Jul;51(1):5-14.
- (43) Mitchell JE, Agras WS, Wilson GT, Halmi K, Kraemer H, Crow S. A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *Int J Eat Disord* May 2004;35(4):549-555.
- (44) Stice E, Nathan Marti C, Rohde P. Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *J Abnorm Psychol* 2013;122(2):445-457.
- (45) Hart LM, Granillo MT, Jorm AF, Paxton SJ. Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clin Psychol Rev* 2011;31(5):727-735.
- (46) Steinhausen H-, Weber S. The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. *Am J Psychiatry* 2009;166(12):1331-1341.

# Bilag

<b>Bilag 1:</b>	<b>Baggrund</b>
<b>Bilag 2:</b>	<b>Implementering</b>
<b>Bilag 3:</b>	<b>Monitorering</b>
<b>Bilag 4:</b>	<b>Opdatering og videre forskning</b>
<b>Bilag 5:</b>	<b>Beskrivelse af anvendt metode</b>
<b>Bilag 6:</b>	<b>Fokuserede spørgsmål på PICO-form</b>
<b>Bilag 7:</b>	<b>Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer</b>
<b>Bilag 8:</b>	<b>Søgestrategi, inkl. flow chart</b>
<b>Bilag 9:</b>	<b>Evidensvurderinger</b>
<b>Bilag 10:</b>	<b>Arbejdsgruppen og referencegruppen</b>
<b>Bilag 11:</b>	<b>Forkortelser og begreber</b>

## Bilag 1: Baggrund

Bulimi er karakteriseret ved en overoptagethed af krop og vægt samt vedblivende tanker om spisning og en uimodståelig trang til mad. Trangen til mad resulterer i hyppige overspisninger, hvor store mængder mad konsumeres inden for en kort tidsperiode. Ofte stræber patienter med bulimi efter en kropsvægt langt under deres præmorbide vægt, og deres frygt for fedme medfører vægtkompenserende adfærd, oftest i form af opkastninger, tvangsmotion, faste eller vægtregulerende/udrensende medicin. Denne adfærd forekommer ofte flere gange ugentligt. Der er ingen kriterier for hyppigheden af overspisninger og vægtkompenserende adfærd ifølge ICD-10, for at diagnosen bulimia nervosa kan stilles. I DSM-5 fra år 2013 er kravet nedsat fra to gange ugentligt til én gang ugentligt.

Forekomsten af bulimi er vanskelig at estimere, da størstedelen af personer med bulimisymptommer ikke opsøger hjælp. Livstidsprævalensen estimeres at være mellem 1 og 2 %, mens prævalensen for atypisk bulimi er mellem 3 og 5 % (44). Dette betyder, at ca. 22.000 danskere lider af sygdommen<sup>2</sup>.

Udtræk fra Landspatientregistret viser, at antallet af patienter med bulimi i psykiatrisk behandling i Danmark i år 2013 var knap 700, hvoraf lidt under 100 patienter var under 18 år. Knap 200 patienter med atypisk bulimi var i psykiatrisk behandling. Disse tal har været stigende, når vi ser på udviklingen i antal accepterede henvisninger i psykiatrien fra år 2008 til 2013. Langt størstedelen af patienterne er kvinder, og omkring halvdelen er mellem 18 og 25 år. Bulimi begynder oftest i de sene teenageår, og den gruppe, som søger behandling, har ofte gået med sygdommen i mange år. Bulimipatienter går ofte i længere tid uden et behandlingstilbud end patienter med anoreksi, hvilket kan være påvirket af, at patienter med bulimi i de fleste tilfælde har en normal kropsvægt (45).

Opfølgningsstudier tyder på, at mellem 20 – 40 % af patienter med bulimi i behandling udvikler et kronisk forløb med spiseforstyrrelser, omkring 30 – 60 % af patienterne i behandling oplever bedring, mens 40 – 60 % bliver helbredt (46). Studier definerer helbredelse på meget forskellig vis, hvilket er del af forklaringen på de store forskelle i helbredelsesraterne. Den store subgruppe af patienter, som ikke helbredes samt det store antal tilbagefald blandt patienter, som initialt profiterer af behandling, tydeliggør behovet for at højne og ensarte behandlingen af bulimi i Danmark samt sikre, at så stor en andel af behandlingskrævende patienter som muligt bliver henvist til specialiseret spiseforstyrrelsesbehandling.

Graden af komorbiditet er høj blandt patienter med bulimi. Affektive lidelser, angst og personlighedsforstyrrelser er oftest forekommende og kan komplicere et behandlingsforløb. Det er vigtigt, at disse lidelser behandles, da de kan bidrage til dårligere prognose for patienterne. Afhængigt af typen af komorbiditet er der behov for at tilpasse behandlingen i større eller mindre grad, hvilket ikke kan dækkes af denne kliniske retningslinje.

---

<sup>2</sup> Baseret på en antagelse om, at 2 % af kvinder mellem 15 og 45 år har bulimi (2014 befolkningstal anvendt).

Patienter med bulimi er ofte præget af skam over deres adfærd, hvilket ikke kun medfører, at de ikke opsøger behandling, men at de ofte også isolerer sig selv socialt. Ydermere kan koncentrationen i høj grad påvirkes af tanker omkring mad og krop. Dette medfører, at personer med bulimi kan have svært ved at gennemføre en uddannelse eller præstere tilfredsstillende på en arbejdsplads. Udrensende adfærd kan medføre somatiske komplikationer hos patienten, hvor syreskader på tænderne og smerter i mave-tarmkanalen er hyppigt forekommende, mens alvorlige elektrolytforstyrrelser og voldsom dehydrering forekommer sjældnere, men kræver tæt monitorering.

Høringsversion



## Bilag 2: Implementering

Regionerne og regionernes psykiatriske hospitaler spiller en vigtig rolle i at understøtte implementeringen af den nationale kliniske retningslinje gennem formidling af retningslinjens indhold og ved at understøtte retningslinjens anvendelse i praksis. For at understøtte retningslinjens anvendelse lokalt er det hensigtsmæssigt, at den nationale kliniske retningslinje samstemmes med eller integreres i de forløbsbeskrivelser, instrukser og vejledninger, som allerede anvendes her. Regionerne bør således sikre, at de anbefalinger, som må være relevante for specialiserede afdelinger på sygehusniveau, indarbejdes i instrukser og vejledninger i den pågældende region.

Herudover kan der med fordel indsættes et link til den nationale kliniske retningslinje i lægehåndbogen. Regionernes praksiskonsulenter kan desuden have en rolle i at tage stilling til den konkrete implementering.

De faglige selskaber er en vigtig aktør i at udbrede kendskabet til retningslinjen. Sundhedsstyrelsen foreslår således, at den nationale kliniske retningslinje præsenteres for de relevante faglige selskaber, som varetager udredning og behandling af patienter med moderat og svær bulimi, eksempelvis på årsmøder. Her tænkes særligt på Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser, Dansk Psykiatrisk Selskab, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, Dansk Psykolog Forening, Dansk Sygepleje Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring og Dansk Fysioterapi Selskab. Sundhedsstyrelsen foreslår, at den nationale kliniske retningslinje omtales på de relevante faglige selskabers hjemmeside, evt. med orientering om, hvad den indebærer for det pågældende speciale og med et link til den fulde version af retningslinjen. Information kan også formidles via medlemsblade og elektroniske nyhedsbreve.

Selvom retningslinjen ikke beskæftiger sig med opsporing og udredning af patienter med moderat og svær bulimi, bør der rettes en særlig indsats overfor almen praksis, som vil kunne informere patienter med moderat og svær bulimi om mulige behandlingsinterventioner samt viderehenvise i rette omfang.

Patienter og pårørende skal ligeledes inddrages i bestræbelserne på at fremme implementeringen af retningslinjens anbefalinger. Landsforeningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS) opfordres således til at udarbejde en patientversion af retningslinjen, som kan anvendes af patienter såvel som pårørende.

Implementering af national klinisk retningslinje for moderat og svær bulimi er som udgangspunkt et regionalt ansvar. Dog ønsker Sundhedsstyrelsen at understøtte implementeringen. I foråret 2014 publicerede Sundhedsstyrelsen således en værktøjskasse med konkrete redskaber til implementering. Den er tilgængelig som et elektronisk opslagsværk på [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](#). Værktøjsskassen bygger på evidensen for effekten af interventioner, og den er tænkt som en hjælp til lederen eller projektlederen, der lokalt skal arbejde med implementering af forandringer af et vist omfang.

På tidspunktet for retningslinjens udgivelse er det besluttet, at der foruden publicering af den fulde retningslinje udgives en quick guide. Quick guiden er en kort version på 1-2 A4-ark. Den gengiver alene retningslinjens anbefalinger og evt. centrale budskaber, med angivelse af evidensgradering og anbefalingens styrke. Herudover er en applikation til smartphones og tablets, hvorfra man kan tilgå de nationale kliniske retningslinjer, under udvikling.

## Bilag 3: Monitorering

### Proces- og effektindikatorer

Der findes hverken en klinisk kvalitetsdatabase eller et selvstændigt register for behandlingen af spiseforstyrrelser. Det er således vanskeligt at tilgå data, der kan anvendes til at opgøre relevante proces- og effektindikatorer i relation til den nationale kliniske retningslinje for moderat og svær bulimi.

Det skønnes heller ikke, at data fra henholdsvis Landspatientregisteret, Lægemiddelregisteret eller Sygesikringsregisteret vil kunne anvendes i belysningen af, hvorvidt retningslinjens anbefalinger følges.

Det anbefales derfor, at man ved opdateringen af retningslinjen vurderer, om der eksisterer egnede data, som kan anvendes som grundlag til proces- og effektindikatorer.

Høringsversion

## Bilag 4: Opdatering og videre forskning

### Opdatering

Som udgangspunkt bør retningslinjen opdateres 3 år efter udgivelsesdato, med mindre ny evidens eller den teknologiske udvikling på området tilsiger andet.

### Videre forskning

Evidensen inden for behandling af bulimi er overordnet set meget sparsom, og arbejdsgruppen har haft vanskeligt ved at finde et tilstrækkeligt antal randomiserede kontrollerede studier af høj kvalitet til størstedelen af de fokuserede spørgsmål.

Nedenfor oplistes Sundhedsstyrelsens forslag til forskningsområder inden for behandling af moderat og svær bulimi, som direkte udspringer af litteratursøgningen efter evidens til denne nationale kliniske retningslinje:

- Børne- og ungeområdet er underbelyst i særlig stor grad. Der mangler head-to-head studier af psykoterapi samt viden om, hvordan familien inddrages bedst muligt.
- Formen på den psykoterapeutiske behandling bør undersøges nærmere. Gruppebehandling versus individuel behandling er primært undersøgt med CBT. Evidensen på børne- og ungeområdet er endnu mere sparsom.
- Længden af interventionen i studierne afspejler ikke i alle tilfælde klinisk praksis. Særligt inden for motivationsfremmende interventioner samt medicinering med SSRI-præparater vil det være interessant at undersøge længerevarende interventioner. Derudover er der behov for forskning med nyere præparater, såsom SNRI.
- Evidensen er meget begrænset mht. hvilken form for og hvilke elementer, som bør inkluderes i en ernæringsintervention.
- Der er behov for forskning i monitoreringen af psykoterapiens effekt, samt hvornår behandlingens form eller intensitet bør skifte karakter.
- Evidensen er yderst sparsom mht. hvilken intensitet samt hvilken type behandling, som bør tilbydes den patientgruppe, som ikke har akut behov for døgnindlæggelse, men som ikke responderer optimalt på behandling.
- Patienter, som er i remission, oplever i stor grad tilbagefald, og der er behov for forskning indenfor, hvordan vi bedst muligt forebygger tilbagefald, evt. ved et efterbehandlingsforløb.

Ud over de ovennævnte punkter er viden begrænset mht. komorbiditet. Komplexiteten ved komorbiditet er stor og påvirker dermed behandling på meget forskellig vis. Der er behov for at undersøge behandlingen af subgrupper af patienter med samme form for komorbiditet.

Det er ligeledes yderst relevant at undersøge, hvordan overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrisk regi til voksenpsykiatrien kan foregå på den mest optimale måde.

## Bilag 5: Beskrivelse af anvendt metode

For en uddybet beskrivelse af metoden henvises til Sundhedsstyrelsens [NKR-metodeguide](#).

### Fortolkning af effektestimater

Effektestimater er vurderet statistisk signifikante, hvis  $p < 0,05$ . Signifikansniveauet kan også aflæses ud fra, hvorvidt 95 % konfidensintervallet indeholder værdien for ingen effekt. For effektmålene relativ risiko og odds ratio vil dette være 1, mens det for gennemsnitlige forskelle og standardiserede gennemsnitlige forskelle vil være 0. Effektestimater er også vurderet med hensyn til, om de er klinisk relevante. Outcomemål, der indebar et antal overspisninger og opkastninger, er vurderet klinisk relevante, når forskellen i reduktionen i bulimisk adfærd var så stor, at der vurderedes at være en klar helbredsmæssig fordel for patienten ved den ene interventionsform frem for den anden.

## Bilag 6: Fokuserede spørgsmål

**Fokuseret spørgsmål 1: Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes kognitiv adfærdsterapi (CBT) frem for en anden psykologisk intervention, som ikke specifikt fokuserer på kernesymptomer ved bulimi?**

Population:	Voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Individuel kognitiv adfærdsterapi. Dette inkluderer et forløb på minimum 16 sessioner og indebærer psykoedukation, arbejde med adfærdssymptomer, psykologiske symptomer på bulimi og stabil vægt.
Comparison (sammenligning):	Individuel psykoterapi. Dette inkluderer et forløb på minimum 16 sessioner og adresserer ikke symptomer på bulimi direkte.
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 2: Bør patienter med moderat og svær bulimi, hvor ambulant behandling i form af psykoterapi ikke har haft effekt, tilbydes dagbehandling frem for intensiveret ambulant behandling?**

Population:	Unge og voksne med moderat og svær bulimi, hvor ambulant behandling i form af psykoterapi ikke har haft effekt
Intervention:	Dagbehandling. Dette inkluderer tværfaglig behandling, bl.a. psykoterapi, og derudover struktureret måltidsstøtte og støtte efter måltider minimum tre gange ugentligt.
Comparison (sammenligning):	Intensiveret ambulant behandling. Dette inkluderer tværfaglig behandling, bl.a. psykoterapi, og finder sted minimum tre gange ugentligt.
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsaf-

	slutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 3: Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes individuel psykoterapi frem for psykoterapi i gruppe?**

Population:	Børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Individuel psykoterapi. Dette inkluderer et forløb på minimum otte sessioner.
Comparison (sammenligning):	Psykoterapi i gruppe. Dette inkluderer et forløb på minimum otte sessioner.
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 4: Børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi tilbydes familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling?**

Population:	Børn og hjemmeboende unge med moderat og svær bulimi.
Intervention:	Familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling af minimum 16 sessioner. Minimum én forælder eller værge deltager i regelmæssige behandlingssessioner, dvs. minimum ved hver anden session eller minimum én gang om måneden.
Comparison (sammenligning):	Vanlig behandling uden familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling. Dette indebærer minimum 16 sessioner. Forældre eller værge deltager maksimalt ved behandlingsstart, ved evt. statussamtaler undervejs og ved afslutning.
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)
	Familiens funktion ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 5: Børn og unge med moderat og svær bulimi tilbydes individuel kognitiv adfærdsterapi?**

Population:	Børn og unge med moderat og svær bulimi
Intervention:	Individuel kognitiv adfærdsterapi. Dette inkluderer et forløb på minimum 16 sessioner og indebærer psykoedukation, arbejde med adfærdssymptomer, psykologiske symptomer på bulimi og stabil vægt
Comparison (sammenligning):	Vanlig behandling
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)

	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 6: Bør SSRI/SNRI tilbydes i kombination med et psykoterapeutisk forløb til patienter med moderat og svær bulimi?**

Population:	Voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Psykoterapeutisk forløb i kombination med SSRI/SNRI. Varighed af behandling med SSRI/SNRI-præparat er minimum 12 uger, og det psykoterapeutiske forløb er af minimum 16 sessioner
Comparison (sammenligning):	Psykoterapeutisk forløb og placebo. Det psykoterapeutiske forløb er af minimum 16 sessioner.
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Kritiske medicinske bivirkninger (selvmordstanker eller anden relateret adfærd) (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Øvrige medicinske bivirkninger (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)



**Fokuseret spørgsmål 7: Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en motivationsfremmende intervention i kombination med vanlig behandling?**

Population:	Unge og voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Vanlig behandling i kombination med motivationsfremmende intervention. Interventionen inkluderer Motivational Interviewing (MI), Motivational Enhancement Therapy (MET) eller lignende
Comparison (sammenligning):	Vanlig behandling
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 8: Bør der foretages systematisk monitorering af effekten af psykoterapi hos patienter med moderat og svær bulimi?**

Population:	Børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Vanlig behandling i kombination med systematisk monitorering af effekten af psykoterapi ved brug af validerede rating scales og/eller spiseforstyrrelsesinterview
Comparison (sammenligning):	Vanlig behandling uden systematisk monitorering af effekten af psykoterapi
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)

	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 9: Bør patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en individuelt tilpasset kostintervention som en del af den ernæringsfaglige behandling?**

Population:	Børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi
Intervention:	Vanlig behandling i kombination med en individuelt tilpasset kostintervention
Comparison (sammenligning):	Vanlig behandling i kombination med en standardiseret kostintervention
Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

**Fokuseret spørgsmål 10: Bør patienter med moderat og svær bulimi fortsætte i regelmæssig behandling, efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt?**

Population:	Børn, unge og voksne med moderat og svær bulimi, som er ophørt med al spiseforstyrrelsesadfærd
Intervention:	Regelmæssig psykoterapi i minimum seks måneder efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt
Comparison (sammenligning):	Afslutning af behandlingsforløbet efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt med en opfølgende behandlerkontakt efter 6-12 måneder

Outcomes:	Spiseforstyrrelsesadfærd ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Remission af spiseforstyrrelsessymptomer ved længste follow-up (kritisk)
	Somatiske komplikationer ved behandlingsafslutning (kritisk)
	Dropout ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer ved behandlingsafslutning (vigtig)
	Funktionsevne ved længste follow-up (vigtig)
	Livskvalitet ved længste follow-up (vigtig)

Høringsversion

## Bilag 7: Beskrivelse af anbefalingernes styrke og implikationer

Først præsenteres de fire typer af anbefalinger, der kan anvendes, hvis der er evidens og afslutningsvis de anbefalinger, man kan give på spørgsmål, hvor den systematiske søgning viste, at der ikke var evidens.

### De fire typer af anbefalinger til evidensbaserede anbefalinger

En anbefaling kan enten være for eller imod en given intervention. En anbefaling kan enten være stærk eller svag/betinget. Der er således følgende fire typer af anbefalinger:

#### Stærk anbefaling for ↑↑

Giv/brug/anvend...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling for, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede fordele ved interventionen er klart større end ulemperne.

Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling for:

- Evidens af høj kvalitet
- Stor tilsigtet effekt og ingen eller få utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede til fordel for interventionen

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen.
- Langt de fleste klinikere vil ordinere interventionen.

#### Svag/betinget anbefaling for ↑

Overvej at...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling for interventionen, når vi vurderer, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, eller den tilgængelige evidens ikke kan udelukke en væsentlig fordel ved interventionen, samtidig med at det vurderes, at skadevirkningerne er få eller fraværende.

Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling for:

- Evidens af lav kvalitet
- Den tilsigtede effekt ved interventionen vurderes at være marginalt større end de utilsigtede skadevirkninger
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

Implikationer:

- De fleste patienter vil ønske interventionen, men en væsentlig del vil også afstå fra den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer

#### **Svag/betinget anbefaling imod ↓**

Anvend kun ... efter nøje overvejelse, da den gavnlige effekt er usikker og/eller lille, og der er dokumenterede skadevirkninger såsom ...

Sundhedsstyrelsen anvender en svag/betinget anbefaling imod interventionen, når vi vurderer, at ulemperne ved interventionen er større end fordelene, men hvor dette ikke er underbygget af stærk evidens. Vi anvender også denne anbefaling, hvor der er stærk evidens for både gavnlige og skadelige virkninger, men hvor balancen mellem dem er vanskelig at afgøre.

#### Følgende vil trække i retning af en svag anbefaling imod:

- Evidens af lav kvalitet
- Usikker effekt ved interventionen
- Usikre skadevirkninger ved interventionen
- De utilsigtede skadevirkninger ved interventionen vurderes at være marginalt større end den tilsigtede effekt
- Patienternes præferencer og værdier varierer væsentligt eller er ukendte

#### Implikationer:

- De fleste patienter vil afstå fra interventionen, men en del vil ønske den
- Klinikerne vil skulle hjælpe patienten med at træffe en beslutning, der passer til patientens værdier og præferencer.

#### **Stærk anbefaling imod ↓↓**

Giv ikke/brug ikke/anvend ikke/undlad at...

Sundhedsstyrelsen anvender en stærk anbefaling imod, når der er evidens af høj kvalitet, der viser, at de samlede ulemper ved interventionen er klart større end fordelene. Vi vil også anvende en stærk anbefaling imod, når gennemgangen af evidensen viser, at en intervention med stor sikkerhed er nyttesløs.

#### Følgende vil trække i retning af en stærk anbefaling imod:

- Evidens af høj kvalitet
- Den tilsigtede effekt af interventionen er lav
- Visse eller betydelige utilsigtede skadevirkninger ved interventionen
- Patienternes værdier og præferencer er velkendte og ensartede imod interventionen

#### Implikationer:

- De fleste patienter vil ikke ønske interventionen.
- Klinikere vil typisk ikke ordinere interventionen

### **De to typer af anbefalinger til god praksis anbefalinger**

#### **God praksis ✓**

For:

Det er god praksis at...

Imod:

Det er ikke god praksis at...

Det er ikke god praksis rutinemæssigt at...

Det er god praksis at undlade at...

Det er god praksis at undlade rutinemæssigt at...

God praksis, som bygger på faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Anbefalingen kan være enten for eller imod interventionen. En anbefaling om god praksis anvendes, når der ikke foreligger relevant evidens. Derfor er denne type anbefaling svagere end de evidensbaserede anbefalinger, uanset om de er stærke eller svage.

## Bilag 8: Søgebeskrivelse, inkl. Flow chart

### Søgebeskrivelse

Søgningerne til denne kliniske retningslinje er foretaget i overensstemmelse med anbefalingerne i Metodehåndbogen. Søgningerne er foretaget af informationsspecialist Hanne Caspersen i samarbejde med fagkonsulent Tine Pedersen og metodekonsulent Louise Klokke Madsen.

Søgeprotokoller med søgestrategier for de enkelte databaser vil være tilgængelige via [www.SST.dk](http://www.SST.dk)

Indledende søgning efter kliniske retningslinjer er foretaget i følgende informationskilder:

G-I-N (Guidelines international Network), NICE(UK), National guideline Clearinghouse (USA), SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), HTA databasen, SBU (Sverige), Socialstyrelsen (Sverige), Helsedirektoratet (Norge), Kunnskapssenteret (Norge), The Cochrane Library, Medline, Embase og PsychInfo.

Søgningerne er foretaget i perioden 3. juli - 28. november 2014, fordelt på to omgange. Den første del er søgning på internationale guidelines, mens der i anden omgang er søgt specifikt med udgangspunkt i de fokuserede spørgsmål (PICO-spørgsmål) efter sekundærlitteratur, systematiske reviews, metaanalyser, MTV samt primær litteratur.

### Generelle søgetermer:

Engelske: bulimi\*, "eating disorder"

Danske: spiseforstyrrelse\*

Norske: spiseforstyrrelse\*

Svensk: ätstörning\*

### Generelle Inklusionskriterier:

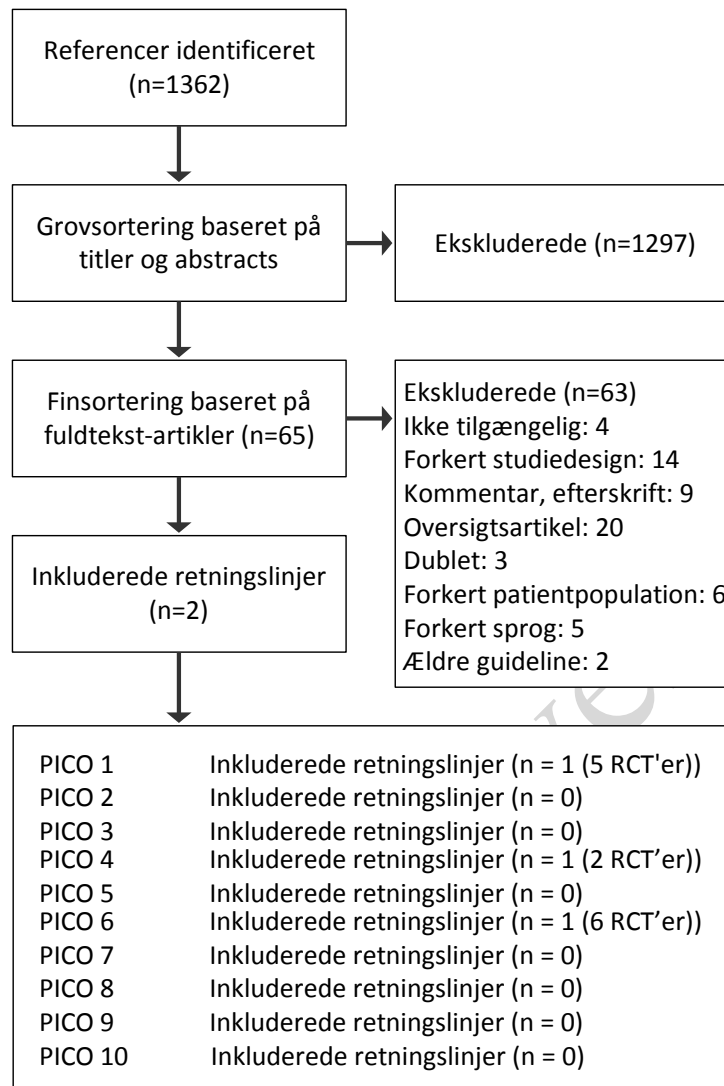
Publikationsår: 2004 – november 2014

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk.

Alder: Ingen

Dokumenttyper: guidelines, clinical guidelines, HTA, meta-analyser, systematic reviews og randomiserede kontrollerede forsøg (RCT).

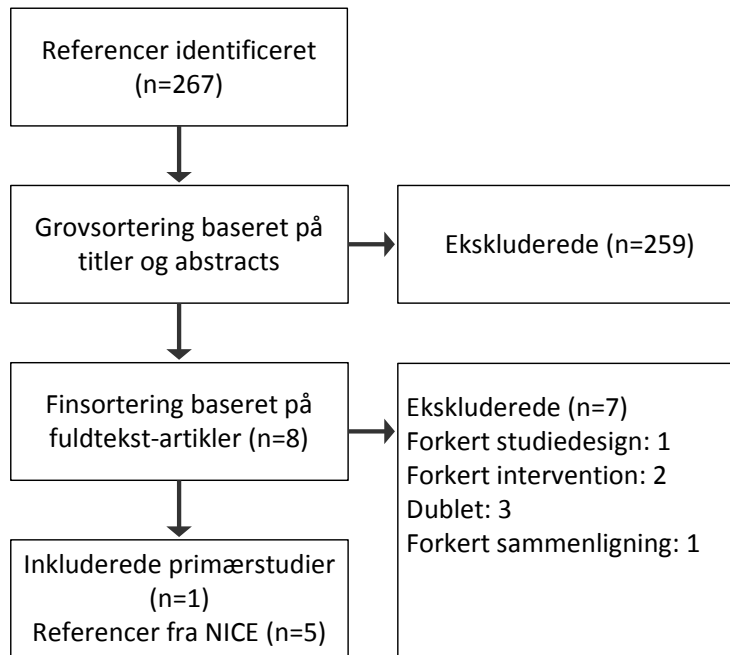
Figur 1. Flow chart. Søgning efter retningslinjer.





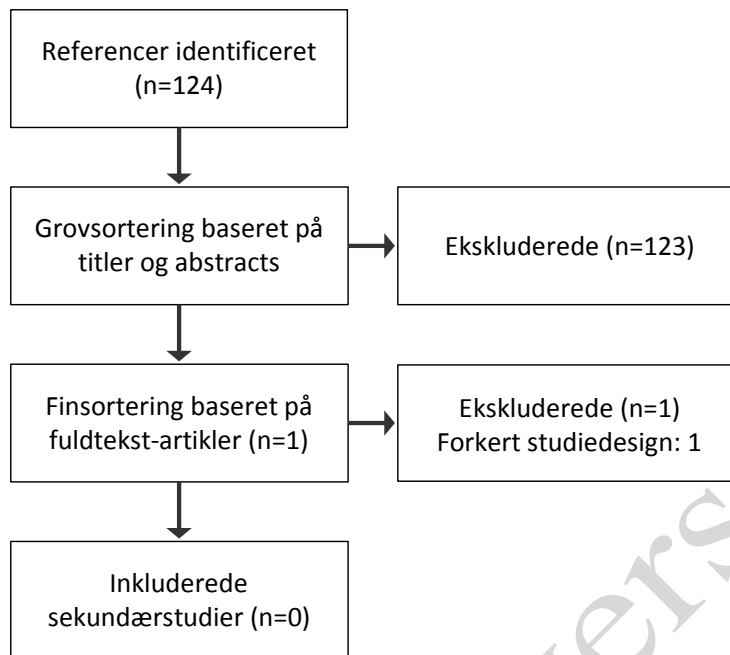
## Fokuseret spørgsmål 1

Figur 2. Flow chart. PICO 1 søgning efter primærlitteratur.

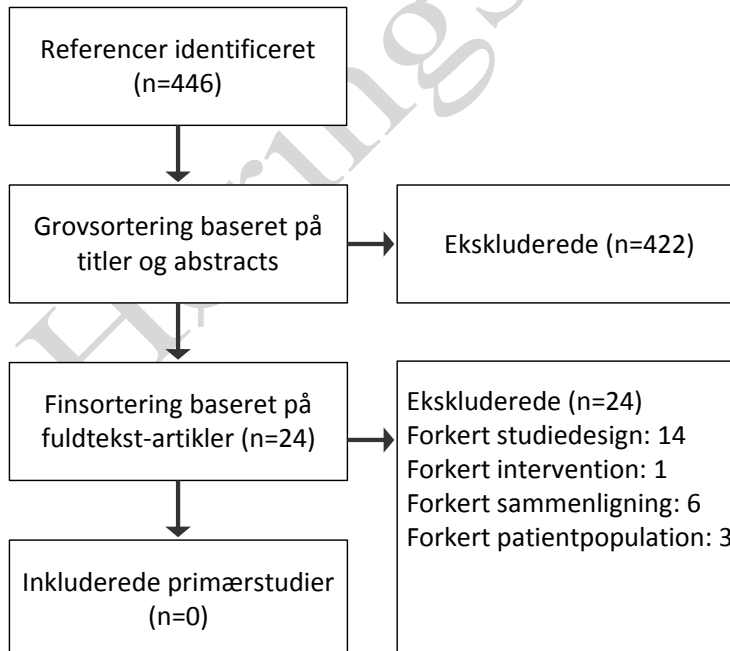


## Fokuseret spørgsmål 2

Figur 3. Flow chart. PICO 2 søgning efter sekundærlitteratur.

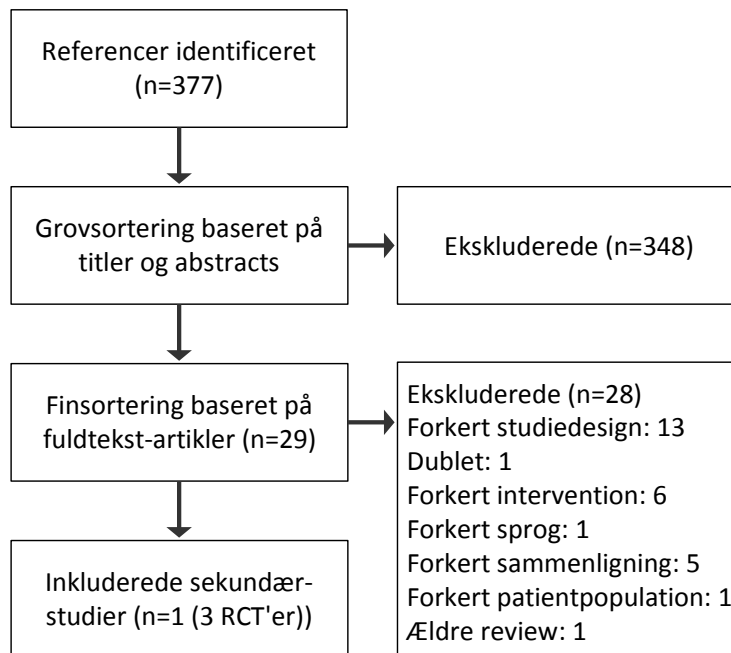


Figur 4. Flow chart. PICO 2 søgning efter primærlitteratur.

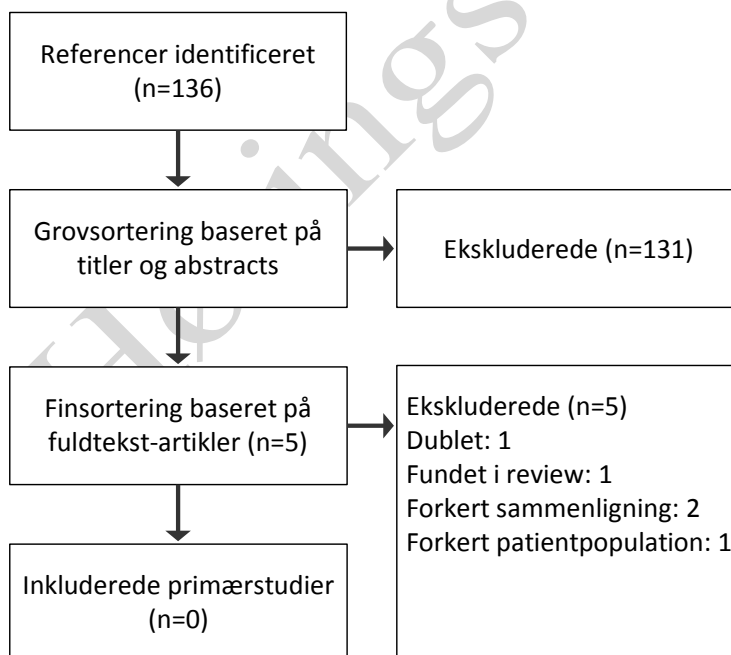


### Fokuseret spørgsmål 3

Figur 5. Flow chart. PICO 3 søgning efter sekundærlitteratur.

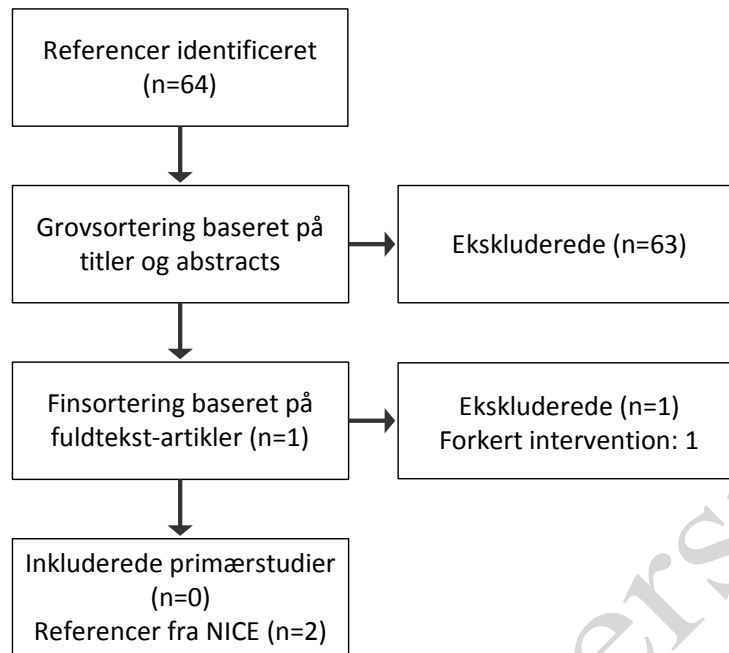


Figur 6. Flow chart. PICO 3 søgning efter primærlitteratur.



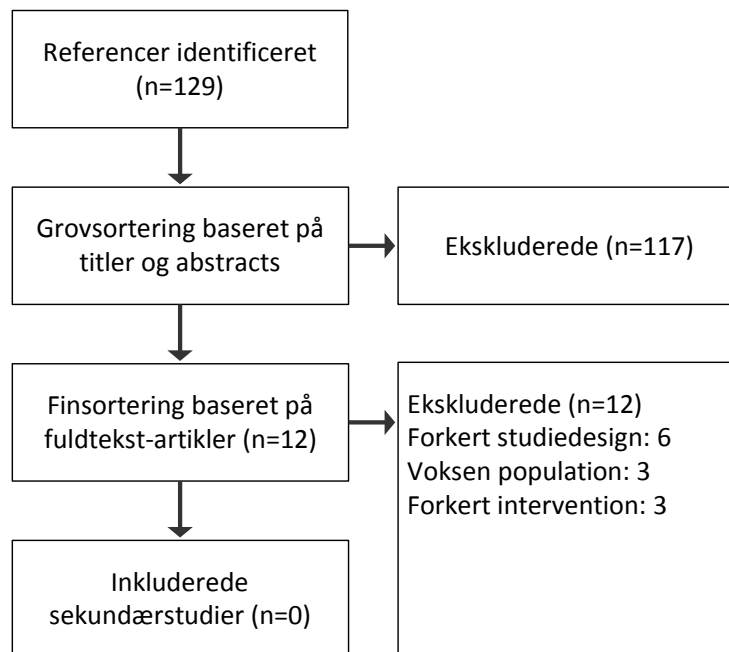
#### Fokuseret spørgsmål 4

Figur 7. Flow chart. PICO 4 søgning efter primærlitteratur.

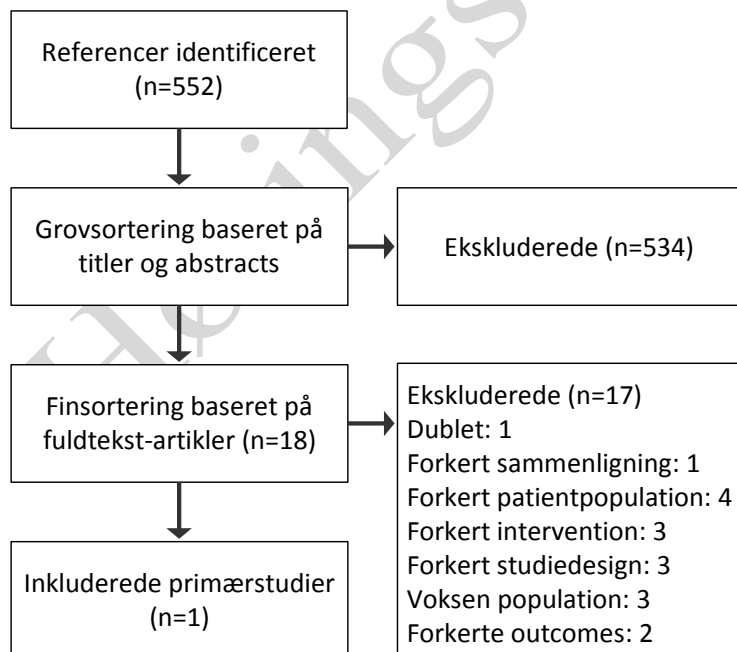


## Fokuseret spørgsmål 5

Figur 8. Flow chart. PICO 5 søgning efter sekundærlitteratur.

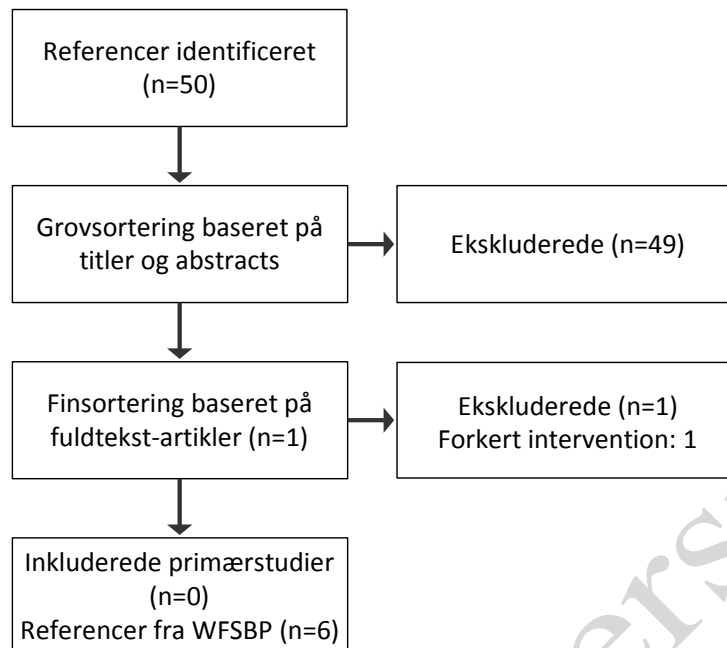


Figur 9. Flow chart. PICO 5 søgning efter primærlitteratur.



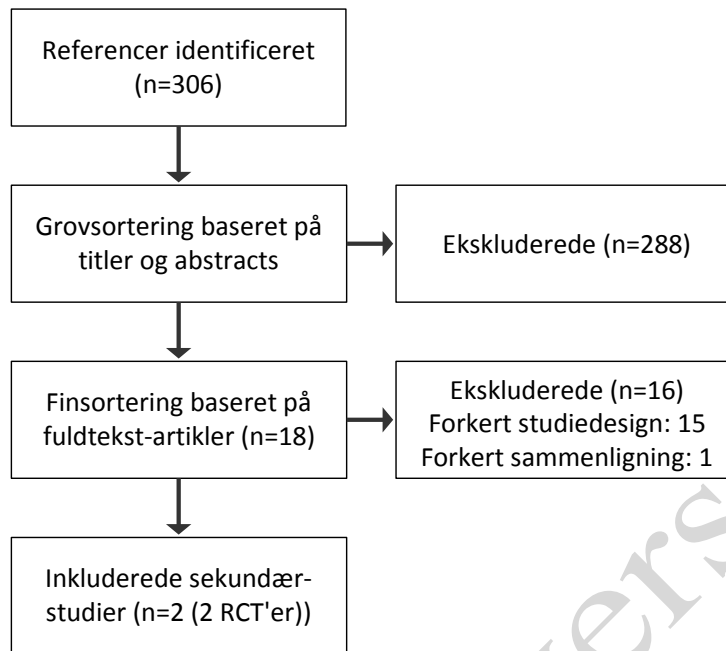
## Fokuseret spørgsmål 6

Figur 10. Flow chart. PICO 6 søgning efter primærlitteratur.

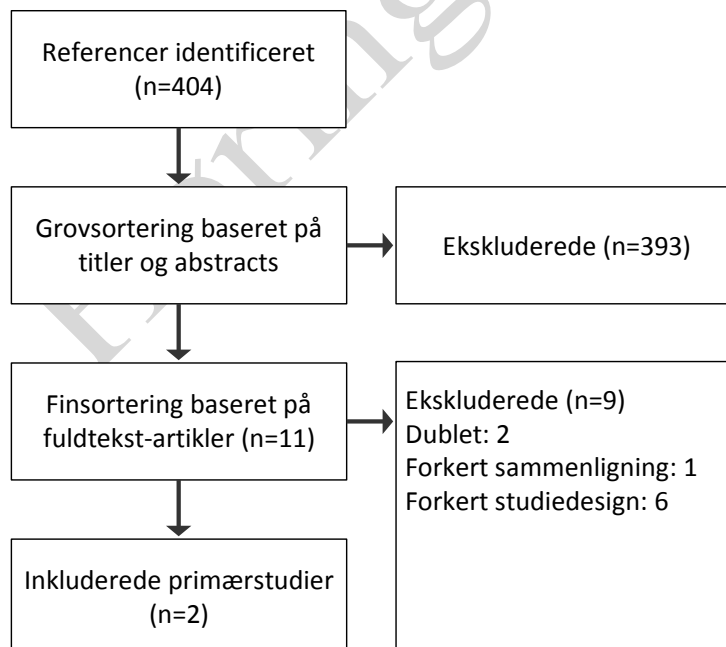


## Fokuseret spørgsmål 7

Figur 11. Flow chart. PICO 7 søgning efter sekundærlitteratur.

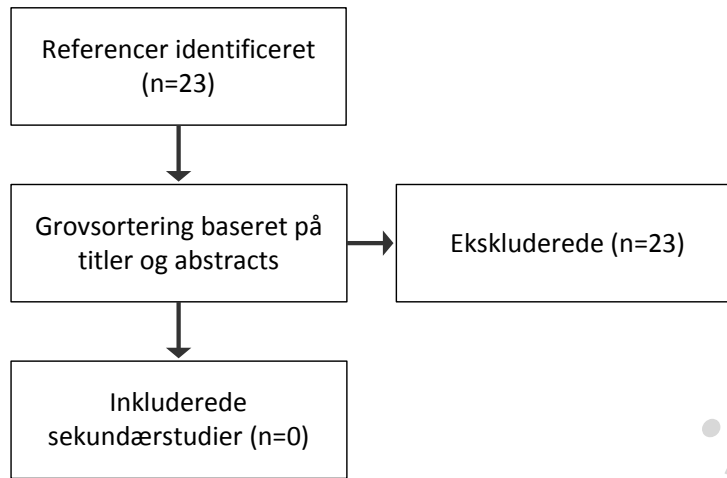


Figur 12. Flow chart. PICO 7 søgning efter primærlitteratur.

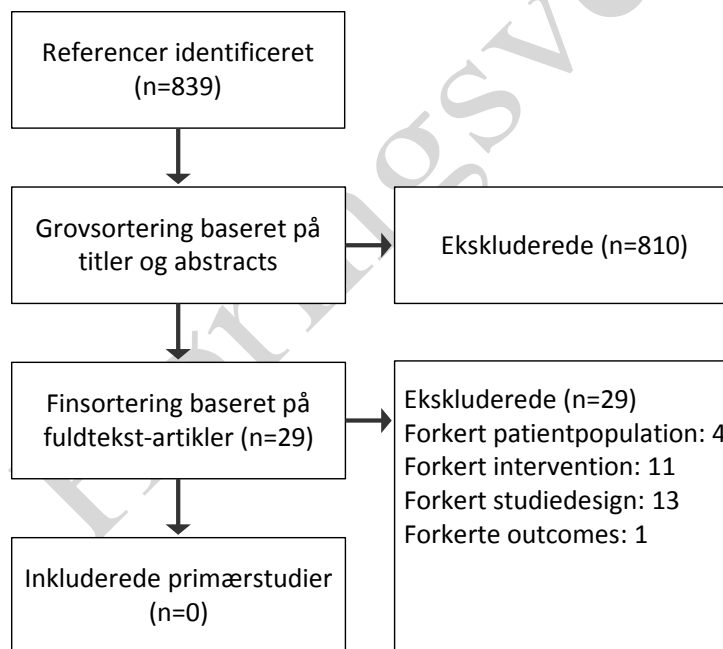


## Fokuseret spørgsmål 8

Figur 13. Flow chart. PICO 8 søgning efter sekundærlitteratur.



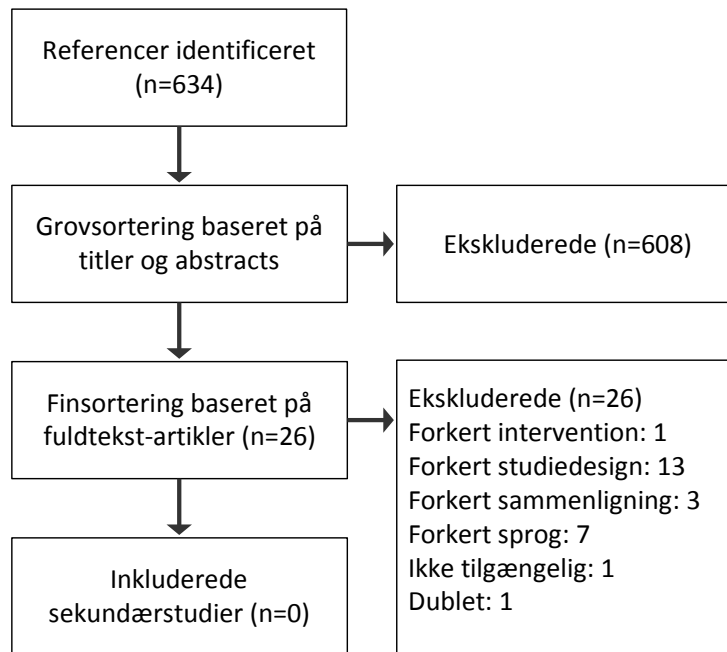
Figur 14. Flow chart. PICO 8 søgning efter primærlitteratur.



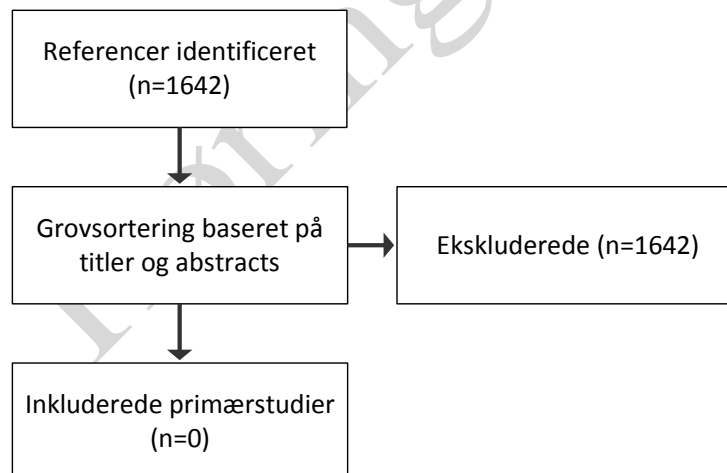


### Fokuseret spørgsmål 9

Figur 15. Flow chart. PICO 9 søgning efter sekundærlitteratur.

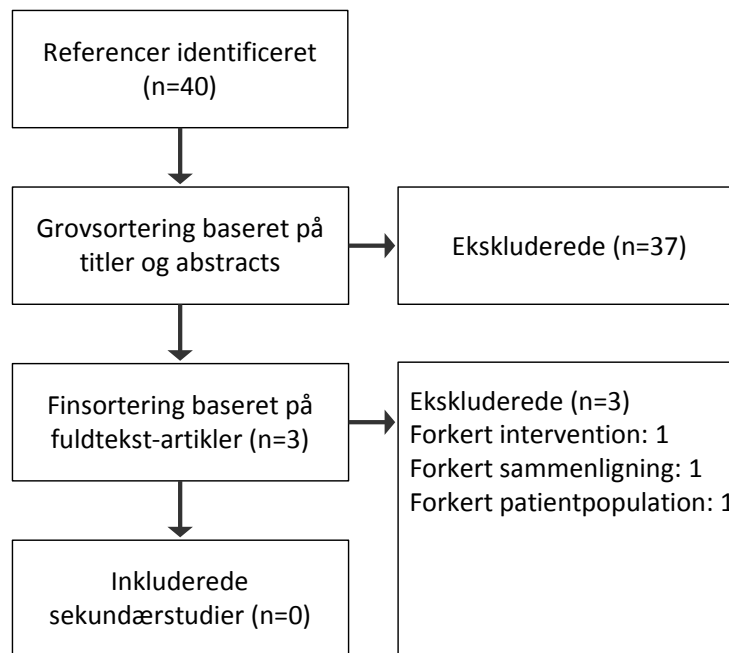


Figur 16. Flow chart. PICO 9 søgning efter primærlitteratur.

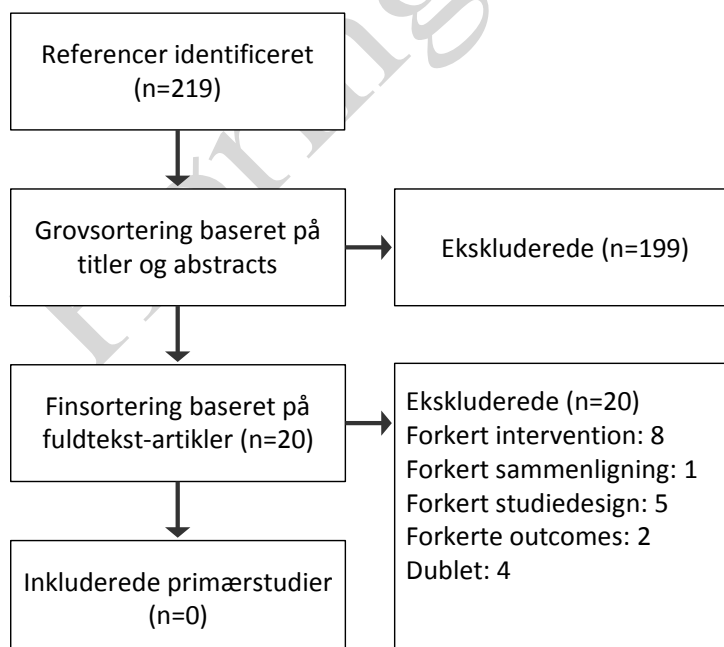


## Fokuseret spørgsmål 10

Figur 17. Flow chart. PICO 10 søgning efter sekundærlitteratur.



Figur 18. Flow chart. PICO 10 søgning efter primærlitteratur.



## Bilag 9: Evidensvurderinger

Der linkes til:

- Udvidede evidensprofiler
- AGREE-vurderinger
- AMSTAR-vurderinger
- Hvis relevant: Samlet RevMan-fil med risk of bias-vurderinger, characteristics of studies og meta-analyser.

*Arbejdsgruppens AGREE-vurderinger af guidelines kan tilgås [her](#) [indsæt link]*

*Arbejdsgruppens AMSTAR-vurderinger kan tilgås [her](#) [indsæt link]*

*Evidensprofiler kan tilgås [her](#) [indsæt link]*

*Oversigt over primærstudier med tilhørende risk of bias-vurderinger kan tilgås [her](#) [indsæt link]*

## Bilag 10: Arbejdsgruppen og referencegruppen

### Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen vedr. NKR for behandling af moderat og svær bulimi består af følgende personer:

- Anna Katarina Melin, ph.d., videnskabelig assistent, Institut for Idræt og Ernæring, Københavns Universitet, udpeget af Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Birgitte Munch Jensen, overlæge, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab
- Eva Wittenborn, ambulantsygeplejerske, Region Syddanmark, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Gry Kjærdsdam Telléus, psykolog, ph.d., Aalborg Universitetshospital, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Inger Becker, ambulatoriesygeplejerske, Aalborg Universitetshospital, udpeget af Dansk Sygepleje Selskab
- Lene Kiib Hecht, diætist, Psykoterapeutisk Center Stolpegård, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Loa Clausen, psykolog, ph.d., Institut for Klinisk Medicin - Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Kristine Godt, psykolog, ph.d., Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, udpeget af Dansk Psykolog Forening, udpeget af Dansk Psykolog Forening
- Riitta Helena Thrane, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Regionscenter, Risskov, udpeget af Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab
- Ulla Moslet, overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens Psykiatri udpeget af Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab

### Habilitetsforhold

En person, der virker inden for det offentlige, og som har en personlig interesse i udfaldet af en konkret sag, må ikke deltage i behandlingen af denne sag. Hvis en person er inhabil, er der risiko for, at han eller hun ikke er uvildig ved vurderingen af en sag. Der foreligger habilitetserklæringer for alle arbejdsgruppemedlemmer. Habilitetserklæringerne kan tilgås [her](#) [indsæt link].

### Referencegruppen

Referencegruppen er udpeget af regioner, kommuner, patientforeninger og andre relevante interessenter på området, og dens opgave har bestået i at kommentere på afgrænsningen af og det faglige indhold i retningslinjen.

Referencegruppen vedr. NKR for behandling af moderat og svær bulimi består af følgende personer:

- Alice Mosekjær Madsen, udpeget af Region Midtjylland
- Anne-Dorthe Kaae, udpeget af Socialstyrelsen
- Dorte Nielsen, udpeget af Landsforeningen Pårørende til personer med Spiseforstyrrelse
- Jesper Caspersen, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Morten Kjølbye, udpeget af Region Nordjylland
- Peter Treufeldt, udpeget af Region Hovedstaden
- René Støvring, udpeget af Region Syddanmark
- Sarah Bang Refberg, udpeget af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Steen Andersen, udpeget af Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
- Søren Bredkjær, udpeget af Region Sjælland

## Sekretariat

Sekretariatet for begge grupper:

- Ane Bonnerup Vind, afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen
- Betina Højgaard, projektleder, Sundhedsstyrelsen
- Hanne Caspersen, søgespecialist, Sundhedsstyrelsen
- Kristoffer Lande Andersen, formand, Sundhedsstyrelsen
- Louise Klokke Madsen, metodekonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Tine Pedersen, fagkonsulent, Sundhedsstyrelsen

## Peer review og offentlig høring

Den nationale kliniske retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi har forud for udgivelsen været i høring blandt følgende høringsparter:

- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Dansk Psykiatrisk Selskab
- Dansk Psykolog Forening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Distriktpsychiatri
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Dansk Socialrådgiverforening
- Dansk Sygepleje Selskab
- Danske Regioner
- Ergoterapeutforeningen
- KL
- Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskade
- Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale forhold
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
- Socialstyrelsen

Retningslinjen er desuden i samme periode peer reviewet af:

- Susanne Lunn, lektor, Institut for psykologi på Københavns Universitet
- Øyvind Rø, professor på Oslo Universitet

## Bilag 11: Forkortelser og begreber

AGREE	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation. Værktøj til vurdering af guidelines.
AMSTAR	A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews. Værktøj til vurdering af systematiske reviews.
CBT	Kognitiv adfærdsterapi
CI	Konfidensinterval
Dropout	Antal patienter, som ikke gennemfører den planlagte behandling og/eller undersøgelse
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. udgave. Udgives af American Psychiatric Association (APA)
EDE	Eating Disorder Examination, interview
EDE-Q	Eating Disorder Examination Questionnaire, spørgeskema
EDI	Eating Disorder Inventory, spørgeskema
FBT-AN	Familiebaseret behandling til anoreksi
FBT-BN	Familiebaseret behandling til bulimi
GRADE	The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation. Værktøj til vurdering af evidensens kvalitet samt styrken af anbefalinger.
Head-to-head studie	Et studie, som sammenligner to aktive behandlingsformer.
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. udgave. Udgives af World Health Organization (WHO).
IPT	Interpersonel Psykoterapi
Komorbiditet	Forekomsten af samtidige sygdomme med forskellig ætiologi
LMS	Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser
MET	Motivational Enhancement Therapy
MI	Motivational Interviewing
NICE	National Institute of Clinical Excellence
Prævalens	Andelen af en population med en bestemt tilstand
PS	Pårørende til personer med Spiseforstyrrelse
Psykoedukation	Undervisning i psykiatrisk lidelse, medfølgende problemstillinger og behandling
RCT	Randomiseret kontrolleret studie
Remission	En patient, som er i bedring, og som stadig har få symptomer på lidelsen

RR	Relativ Risiko
SNRI	Selektive serotonin- og noradrenalingenoptagshæmmere
SSRI	Selektive serotoningenoptagshæmmere
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry
WHO	World Health Organization

Høringsversion