

RAPPORT

SAMFUNNSVERDIEN AV Å FOREBYGGE SPISEFORSTYRRELSER





Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag for Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS). ROS er en brukerorganisasjon som tilbyr gratis støtte, råd og veiledning for de som sliter med spiseforstyrrelser eller har et problematisk forhold til kropp, mat, trening og følelser. Novo Nordisk har bidratt i finansieringen av arbeidet. Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Underveis i arbeidet har vi fått mange nyttige innspill, og vi vil rette en særlig takk til Trine Tetlie Eik-Nes (doktorgrad i samfunnsmedisin med forskningsområde innen spiseforstyrrelser og førsteamanuensis ved NTNU), Pål Iden (direktør for Undersøkelseskommissjonen for helse- og omsorgstjenester) og Øyvind Rø (psykiater ved Oslo universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo med doktorgrad innen spiseforstyrrelser) for verdifulle bidrag. Vi vil også takke ROS for godt samarbeid og et spennende oppdrag.

Januar 2022

Ole Magnus Stokke
Prosjektleder
Menon Economics

Innhold

SAMMENDRAG	3
INNLEDNING	7
Samfunnskostnadsanalyser	7
Utfordringer bør sees i sammenheng	7
Tiltak mot et alvorlig samfunnsproblem	8
1 OM SPISEFORSTYRRELSE	10
1.1 Om spiseforstyrrelser	10
1.2 Forekomst av spiseforstyrrelser	11
1.3 Behandling av spiseforstyrrelser	14
1.4 Stadig flere med alvorlige spiseforstyrrelser	17
2 SAMFUNNSKOSTNADER KNYTTET TIL SPISEFORSTYRRELSE	20
2.1 Rammeverk for samfunnskostnader	20
2.2 Samlede samfunnskostnader	20
2.3 Sykdomsbyrde	22
2.4 Helsetjeneste- og pårørende kostnader	23
2.5 Produksjonstap	26
2.6 Sammenligning med andre studier	27
3 BETYDNINGEN AV FOREBYGGENDE ARBEID	28
3.1 Betydningen av forebyggende arbeid ved spiseforstyrrelser	28
3.2 Lite lavterskeltilbud og forebygging i den offentlige helsetjenesten	30
3.3 ROS som en del av løsningen	30
3.4 Samfunnsøkonomisk verdi av forebyggende arbeid	32
REFERANSELISTE	35
METODEVEDLEGG	40
Vedlegg A: Prevalens	40
Vedlegg B: Beregning av sykdomsbyrden	42
Vedlegg C: Beregning av helsetjenestekostnader	47
Vedlegg D: Beregning av kostnad for uformell hjelp	51
Vedlegg E: Beregning av produksjonstap	53

Sammendrag

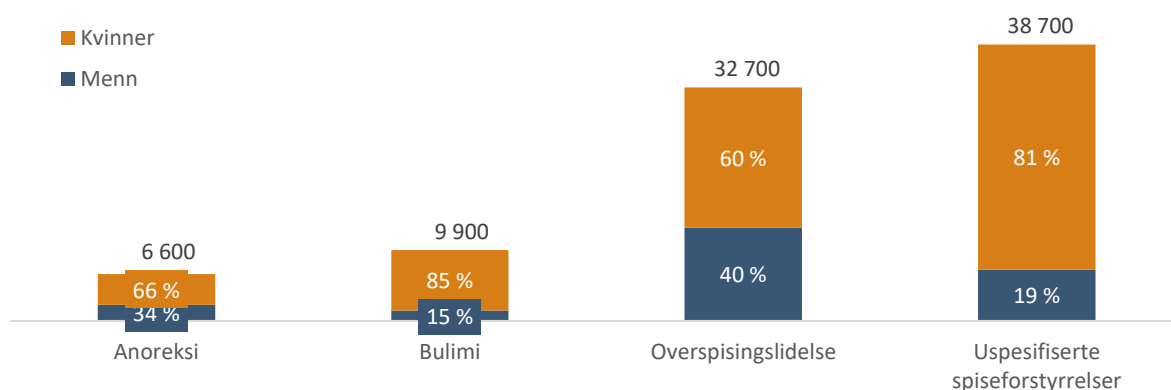
Spiseforstyrrelser er et omfattende samfunnsproblem i Norge. I denne rapporten analyseres den samfunnsøkonomiske verdien av forbyggende tiltak. Vi finner at det er et sterkt samfunnsøkonomisk grunnlag for å bygge opp om, og styrke eksisterende rådgivningstjenester, informasjonsarbeid og lavterskeltilbud til personer som rammes av spiseforstyrrelser og deres pårørende.

Konklusjonene bygger på en analyse i tre steg. I det første steget kartlegges konsekvensene som spiseforstyrrelser har for det norske samfunnet. I neste steg kartlegges dagens organisering og tilbud av helsetjenester og lavterskeltilbud for personer som lider av spiseforstyrrelser. I det tredje steget vurderes den samfunnsøkonomiske nytten av forebyggende tiltak, sett i kontekst av funnene fra de to første stegene.

88 000 personer med spiseforstyrrelser i Norge

Om lag 88 000 personer lever med spiseforstyrrelser i Norge i dag. Estimater inkluderer anoreksi, bulimi, overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser. Fordelt på alder og kjønn er spiseforstyrrelser mest utbredt i de yngre aldersgruppene og blant kvinner. Nær halvparten av alle som lider av spiseforstyrrelser er under 30 år, mens om lag tre av fire er kvinner. Overspisingslidelse og uspesifiserte spiseforstyrrelser er mest utbredt. Overspisingslidelse skiller seg fra de andre kategoriene ved at det rammer en relativt høy andel menn.

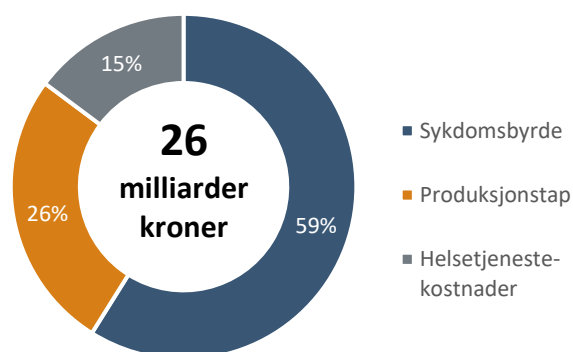
Estimert antall personer i Norge med spiseforstyrrelser, fordelt etter diagnose og kjønn



Totalt 26 milliarder i samlede samfunnskostnader knyttet til spiseforstyrrelser

De samlede samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser estimeres til 26 milliarder kroner i 2021. Av dette utgjør sykdomsbyrden, kostnaden for redusert livskvalitet og dødelighet, om lag 60 prosent, mer enn 15 milliarder kroner. Produksjonstapet som oppstår som følge av at spiseforstyrrelser holder personer ute av verdiskapende arbeid estimeres til 7 milliarder kroner årlig. Kostnader til helse- og omsorgstjenester knyttet til spiseforstyrrelser estimeres til 4 milliarder kroner, hvorav arbeidsinnsatsen til pårørende står for om lag 1 milliard kroner.

Estimerte samfunnskostnader knyttet til spiseforstyrrelser i Norge i 2021



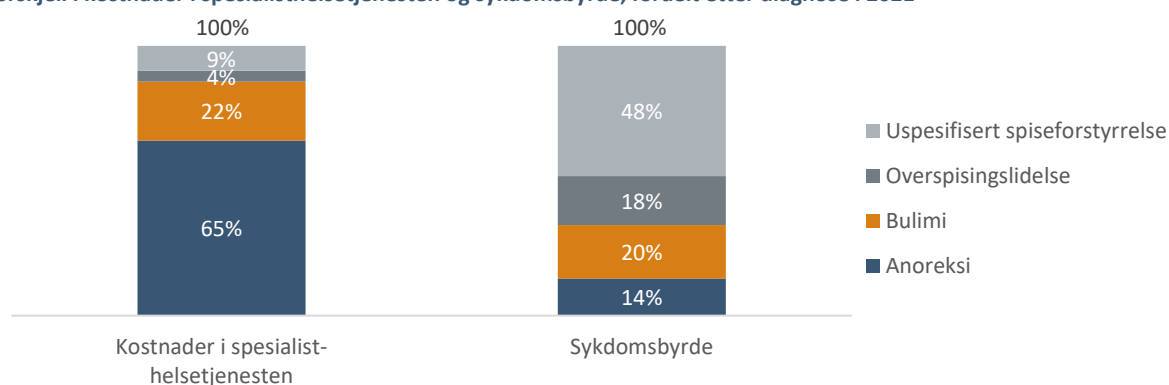
Mange pasienter med spiseforstyrrelser fyller også kriteriene for andre psykiske lidelser og somatisk sykdom. Samfunnskostnadene som estimeres her er imidlertid isolert til spiseforstyrrelser. Mange personer har også lettere problemer knyttet til kropp og spising, men som ikke tilfredsstiller diagnosekriteriene for spiseforstyrrelser. Dette og eventuelle komorbiditeter kommer derfor i tillegg til de kartlagte kostnadsestimatene. Kostnadene reflekterer heller ikke helsetilstander som kan følge av spiseforstyrrelser, eksempelvis fedme som en følge av overspising. I ulike studier er det vist at mellom 33 og 42 prosent av personer med overspisingslidelser eller bulimi også lider av fedme.

Det offentlige tilbyr behandling kun for de mest alvorlige tilfellene

Vi estimerer at 98 prosent av ressursbruken i den offentlige helsetjenesten til behandling av spiseforstyrrelser ligger i spesialisthelsetjenesten. Dette viser at det i liten grad finnes lavterskel- eller andre behandlingstilbud for personer med spiseforstyrrelser på kommunalt nivå. Samtidig er funnene i tråd med instruksene og den nasjonale veileder for behandling av spiseforstyrrelser, som viser til spesialisthelsetjenesten som første instans etter mistanke om spiseforstyrrelser. En trolig konsekvens av dette, er at det i stor grad kun er de mest alvorlige og akutte tilfellene av spiseforstyrrelser som blir fulgt opp videre i spesialisthelsetjenesten.

Ressursbruken på behandling varierer for de forskjellige diagnosene. Anoreksi utgjør nesten to tredeler av ressursene som den offentlige helsetjenesten bruker på behandling, men kun 14 prosent av sykdomsbyrden totalt. Forskjellen mellom ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og sykdomsbyrden ved de ulike typene spiseforstyrrelser illustrerer to viktige forhold. For det første illustrerer det hvor alvorlig og kostbart anoreksi og bulimi er å behandle. For det andre illustrerer det hvor lite behandling som i dag er tilgjengelig for overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser, selv om de forårsaker et stort helsetap. Manglende tidlig oppfølging av overspisingslidelser vil kunne føre til utvikling av helsetilstander som fedme og hjerte- og karsykdommer, hvor konsekvensene både er store menneskelige tap og økt belastning i andre deler av helsetjenesten.

Forskjell i kostnader i spesialisthelsetjenesten og sykdomsbyrde, fordelt etter diagnose i 2021



Basert på en utredning fra 2000 er det om lag 30 prosent av alle med anoreksi og 6 prosent av de med bulimi som kommer i kontakt med helsevesenet i Norge, selv om det er vesentlig høyere ressursbruk for behandling av disse enn andre typer av spiseforstyrrelser. Basert på dette, og internasjonal forskning, er det derfor grunn til å tro at andelen som får behandling er enda lavere for overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser.

Selv om tidlig hjelp og støtte er viktig for å få et godt sykdomsforløp, finnes det begrenset tilgang på lavterskeltilbud i den offentlige helsetjenesten i dag. I tillegg utføres det ikke, basert på det vi har funnet

informasjon om, spesifikke forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser fra offentlig hold. Det er også begrenset tilgang for behandling av milde spiseforstyrrelser i det offentlige helsetjenestetilbudet.

ROS har en viktig rolle for å forebygge spiseforstyrrelser

Ettersom lavterskeltilbudet i det offentlige er begrenset, er denne typen av tjenester i stor grad lagt til brukerorganisasjoner som ROS. ROS er en brukerorganisasjon som tilbyr gratis støtte, råd og veiledning for de som sliter med spiseforstyrrelser eller har et problematisk forhold til kropp, mat, trening og følelser. De tilbyr ikke behandlingstjenester, men har en viktig rolle i å fylle et vakuum i behov for lavterskeltilbud utenfor spesialisthelsetjenesten.

Alvorligheten av spiseforstyrrelser har økt i løpet av pandemien

Erfaringer fra både Norge og internasjonalt viser at det har vært en økning i antall alvorlige spiseforstyrrelser under koronapandemien. Endringene har gjort hverdagen mer utfordrende for mange, ikke minst for personer som sliter med spiseforstyrrelser. Dette reflekteres i et økt antall henvendelser til fastlege, polikliniske besøk, innleggelses på sykehus og henvendelser til lavterskeltilbud. Blant annet rapporterer Oslo universitetssykehus at antallet unge med spiseforstyrrelser har økt med 29 prosent fra 2019 til 2020, og sykehuset i Vestfold har rapportert om en økning på nesten 40 prosent.

ROS er et lavterskeltilbud, men som en følge av økningen i henvendelser i løpet av pandemien har de hatt vanskelig å tilby rask hjelp til alle som tar kontakt. Total rådgivning har økt med 50 prosent mellom 2019 og 2021, mens henvendelser fra barn og unge har økt med hele 105 prosent. I tillegg har antall alvorlige henvendelser, som for eksempel henvendelser knyttet til tanker om selvmord, økt med 75 prosent fra ca. 70 henvendelser i 2019 til ca. 120 i 2021. Totalt antall henvendelser til ROS var 14 000 i 2021, opp fra om lag 10 500 i 2020.

Det økte behovet for veiledning og støtte i løpet av pandemien har ført til en lang venteliste for individuelle samtaler i ROS, noe som ikke er forenlig med hensikten med et lavterskeltilbud. ROS oppgir at de i løpet av pandemien har hatt perioder med over 200 personer på venteliste for individuelle samtaler, og at ventetiden har vært opp til 5 måneder. Antall individuelle samtaler i ROS har økt med 76 prosent fra 2019 til 2021, fra om lag 3000 til nesten 5200.

Stort samfunnsøkonomisk potensiale knyttet til å satse på forebygging

Med årlige samfunnskostnader på 26 milliarder kroner utgjør spiseforstyrrelser et stort samfunnsproblem. Et helhetlig og koordinert behandlings- og oppfølgingstilbud er viktig for å redusere problemet. Lavterskeltilbudet som ROS representerer, er et viktig ledd i et helhetlig tilbud. Å estimere nytten av ett ledd i en kjede av tiltak kan imidlertid være utfordrende. I denne analysen er det derfor konstruert tre eksempler som illustrerer hvordan ROS gir store samfunnsgevinster gjennom sitt arbeid i dag, og potensialet for å realisere ytterligere samfunnsgevinster gjennom økt satsning på forebyggende lavterskeltilbud.

I det første eksempelet illustreres verdien av å forebygge et gjennomsnittlig sykdomsforløp, altså verdien av unngått sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap. Et gjennomsnittlig sykdomsforløp tar utgangspunkt i de totale samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser, fordelt på forekomsten i Norge, over en periode på 6 år. Som en følge av både stigma rundt sykdommen, og hvordan retningslinjene og systemet er lagt opp, er det ofte de mest alvorlige tilfellene av spiseforstyrrelser som mottar behandling. De to andre eksemplene illustrerer unngåtte samfunnskostnader for en person som mottar behandling for alvorlige spiseforstyrrelser.

Eksempler på reduserte samfunnskostnader ved forebygging av spiseforstyrrelser ved ulike sykdomsforløp

Gjennomsnittlig sykdomsforløp		Verdi for samfunnet ved forebygging av et tilfelle
	En gjennomsnittspasient som er syk i 6 år	1,8 mill. kroner
Alvorlig sykdomsforløp (voksne)		
	En voksen har alvorlige spiseforstyrrelser og mottar behandling i 2-3 år inkludert innleggelse i perioden	3,9 mill. kroner
Alvorlig sykdomsforløp (barn og unge)		
	Et barn eller en ung person har alvorlige spiseforstyrrelser og mottar behandling i 2-3 år inkludert innleggelse i perioden	5,5 mill. kroner

Hvis en, ved hjelp av forebyggende tiltak, kan forebygge 100 tilfeller av spiseforstyrrelser vil man redusere samfunnskostnadene med omtrent 180, 390 og 550 millioner kroner for henholdsvis eksempel 1, 2 og 3 gjennom sykdomsforløpet¹. De ulike eksemplene fanger kun opp den direkte verdien av å forebygge spiseforstyrrelser, ettersom kostnader knyttet til mulige følgesykdommer, som for eksempel behandling av fedme og overvekt ved overspisingslidelser, ikke er inkludert.

¹ Beregnet basert på et sykdomsforløp på 6 år. Per år blir dette 30, 65 og 92 millioner kroner for henholdsvis eksempel 1, 2 og 3.

Innledning

Denne rapporten fokuserer på å beskrive betydningen forebygging av spiseforstyrrelser har for det norske samfunnet. Før vi går i gang med de konkrete beregningene, vil vi vie et innledende kapittel til å se resultatene i en større kontekst, tydeliggjøre hva denne rapporten omfatter og ikke omfatter, samt drøfte betydningen av resultatene som legges fram i denne rapporten.

Samfunnskostnadsanalyser

Før en kan avgjøre verdien av å løse et problem, må en først kunne si noe om hva konsekvensene av ikke å løse problemet er. I dette tilfellet er spiseforstyrrelser problemet som ønskes løst, eller mer presist reduseres, gjennom forebyggende tiltak. Konsekvensene av ikke å forebygge er at samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser er høyere enn de ellers ville ha vært.

Med samfunnskostnader menes alle de negative konsekvensene som, i dette tilfellet, spiseforstyrrelser har for samfunnet. I henhold til utredningsinstruksen for offentlige tiltaks terminologi, utgjør disse kostnadene en «*beskrivelse av et samfunnsproblem*».² Samfunnskostnadene kategoriseres gjerne i tre grupper; sykdomsbyrde, produksjonstap og helsetjenestekostnader. Sykdomsbyrden beskriver tapet av helsemessig livskvalitet som en gitt sykdom påfører de individene som rammes. Produksjonstapet beskriver konsekvensene som sykdommen har for samfunnets verdiskaping, fordelt på tapt arbeidsinntekt til individet, redusert overskudd for arbeidsgiver og tapte skatteinntekter for staten. Helsetjenester er et tiltak fra samfunnet for å motvirke sykdomsbyrde og produksjonstap.

For å sette omfanget av samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser i kontekst, kan det være nyttig å se dette i forhold til konsekvensene av annen sykdom. Helsedirektoratet har estimert de samlede samfunnskostnadene knyttet til sykdom og ulykker i 2015 til om lag 2000 milliarder kroner.³ Til sammenligning estimerer vi her samfunnskostnadene isolert til spiseforstyrrelser i 2021 til 26 milliarder kroner. Med andre ord representerer spiseforstyrrelser, isolert sett, i overkant av 1 prosent av de samlede negative konsekvensene som sykdom har for det norske samfunnet.

Utfordringer bør sees i sammenheng

Beregningene i denne rapporten er isolert til samfunnskostnader knyttet spiseforstyrrelser som sykdomsområde innenfor kalenderåret 2021. Men spiseforstyrrelser vil også kunne føre til økt forekomst og økte samfunnskostnader innenfor andre sykdomsområder på senere tidspunkt.

For å illustrere dette poenget viser vi til en rapport fra Helsetilsynet som beskriver hvordan de helsemessige konsekvensene av koronapandemien slår i flere bølger og gir alvorlige ringvirkninger for andre sykdomsområder.⁴ Den første bølgen innebærer de helsemessige konsekvensene av pandemien har i form av sykdom og død fra covid 19. Den andre bølgen beskrives som konsekvenser for utsatte behandlinger av ikke-akutt sykdom, mens den tredje bølgen skapes av manglende oppfølging av personer mer kronisk sykdom. Den

² Direktoratet for økonomistyring (2018): *Veileder til utredningsinstruksen*

³ Helsedirektoratet (2019): *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*

⁴ Helsetilsynet (2020): *Følg med og følg opp pandemien*

fjerde bølgen som beskrives omfatter situasjonens langvarige konsekvenser for psykisk sykdom, utbrenthet og lignende.

Både i Norge og internasjonalt rapporteres det om flere og mer alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser.⁵ Mye tyder derfor på at økte problemer knyttet til spiseforstyrrelser er én av pandemiens ringvirkninger.

I likhet med pandemien, vil også forekomsten av spiseforstyrrelser kunne påvirke det fremtidige sykdomspanoramaet gjennom ringvirkninger for andre sykdomsområder. Samfunnskostnadene på 26 milliarder kroner svarer slik sett kun til den første bølgen av samfunnskonsekvenser som skyldes spiseforstyrrelser. I «livet etter spiseforstyrrelser» vil mange være mer utsatt for eksempelvis fedme og overvekt, som igjen øker risikoen for hjerte- og karsykdommer. Basert på forskning lider mellom 33 til 42 prosent av personer med overspisingslidelser eller bulimi av fedme, sammenlignet med 16 prosent av befolkningen uten spiseforstyrrelser.⁶ I tidligere analyser har Menon beregnet samfunnskostnadene av fedme til mer enn 70 milliarder kroner, og hjertesvikt til om lag 50 milliarder kroner årlig.⁷

Samtidig som spiseforstyrrelser er en alvorlig tilstand i seg selv, og rammer mange unge, kan det også være en «inngangsport» til videre alvorlig og langvarig sykdom innenfor andre diagnoseområder. Dette øker betydningen av å forebygge spiseforstyrrelser. Særlig personer med anoreksi har flere ganger så høy dødelighet som personer uten spiseforstyrrelser, og basert på internasjonal litteratur er en av fem dødsfall for personer med anoreksi forårsaket av selvmord.⁸ Dersom vi ser på tall fra årsrapportene til NorSpis⁹ registeret fra 2015 til 2020, finner vi at omtrent hver fjerde person med spiseforstyrrelser har hatt et selvmordsforsøk i løpet av sykdomsperioden og over 47 prosent av de som har vært registrert i registeret gjennom denne perioden, har drevet med selvskading.¹⁰ Det er viktig å påpeke at registeret, og derav de rapporterte tallene av negative hendelser, i stor grad representerer tilfeller av alvorlige spiseforstyrrelser, og ikke hele gjennomsnittspopulasjonen.

Tiltak mot et alvorlig samfunnsproblem

I den første delen av denne rapporten kartlegges de samfunnsmessige konsekvensene av spiseforstyrrelser i Norge. Med årlige samfunnskostnadene på 26 milliarder kroner kan spiseforstyrrelser kategoriseres som et omfattende og alvorlig samfunnsproblem. Selv om det dessverre ikke er sannsynlig at problemet kan løses fullstendig, gir de store samfunnskostnadene et mulighetsrom for sykdomsreducerende tiltak innenfor rammene av samfunnsøkonomisk lønnsomhet. I den andre delen av rapporten vurderes samfunnsnyttene av forebyggende innsats mot spiseforstyrrelser i Norge.

Samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser reduseres best gjennom et helhetlig og koordinert behandlings- og oppfølgingstilbud. Det inkluderer en verdikjede fra mottiltak for å forhindre at sykdommen inntreffer, til behandling og oppfølging gjennom sykdomsforløpet. I denne analysen er fokuset rettet mot verdien av lavterskeltilbud, som både kan forebygge tilfeller av spiseforstyrrelser, dempe alvorligheten i oppståtte sykdomstilfeller, samt bidra positivt gjennom oppfølging og støtte i en tilfriskningsprosess. Spesifikt beregner

⁵ Se f.eks. <https://www.modum-bad.no/betrakteliq-okning-i-spiseforstyrrelser/> og <https://www.hsph.harvard.edu/news/hsph-in-the-news/eating-disorders-in-teens-skyrocketing-during-pandemic/>

⁶ (Kessler, et al., 2013)

⁷ Menon Economics (9/2019) [Samfunnskostnader knyttet til fedme](#) og Menon Economics (41/2019): [Samfunnskostnader knyttet til hjertesvikt](#)

⁸ (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011)

⁹ Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser

¹⁰ (Rohde & Bjørnelv, 2020)

denne rapporten den samfunnsøkonomiske verdien av informasjonsarbeidet og lavterskeltilbudet som ROS har til personer som rammes av spiseforstyrrelser og deres pårørende.¹¹

Å estimere nytten av ett ledd i en kjede av tiltak er utfordrende av flere årsaker. Ikke minst er det vanskelig å se for seg det kontrafaktiske, altså konsekvensene av at ett av tiltakene ekskluderes. I denne analysen løser vi dette gjennom å konstruere ulike scenarier for bidraget av lavterskeltilbudet fra ROS, med hensyn på å forebygge sykdomstilfeller, forebygge alvorlighet og forebygge unødvendig lange sykdomsforløp.

Sett i lys av de kartlagte samfunnskostnadene og øvrige helsetjenestetilbudet viser scenariene at ROS gjennom sitt lavterskeltilbud spiller en viktig rolle med en potensielt betydelig samfunnsgevinst. Både litteratur, intervjuer og den generelle underkapasiteten på dette området bygger opp om at dette også er et potensiale som realiseres.

¹¹ Se ROS nettside for mer informasjon om deres arbeid: <https://nettros.no/>

1 Om spiseforstyrrelser

I dette kapittelet beskriver vi spiseforstyrrelser og beskriver symptomer og forekomsten av forskjellige typer spiseforstyrrelser. I tillegg går vi gjennom behandlingstilbudet av spiseforstyrrelser i Norge i dag, og beskriver hvordan utviklingen i antall personer med alvorlige spiseforstyrrelser har ført til et økt behandlingsbehov.

1.1 Om spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse på lidelser der tanker, følelser og handlinger knyttet til mat, kropp og vekt går utover livskvalitet. Det å bry seg om og være opptatt av kosthold, trening og kropp, er ikke i seg selv et tegn på at man har en spiseforstyrrelse. Det er først når tanker, følelser og atferd knyttet til mat kropp og utseende overskygger alt annet og ødelegger livskvaliteten, at tilstanden blir karakterisert som en lidelse.¹²

Vanlige tegn på at en person lider av spiseforstyrrelser inkluderer:

- Vekttap eller vektoppgang
- Overopptatthet av vekt og kropp
- Stress og skyldfølelse etter å ha spist
- Utvikling av unormale spisevaner, som å unngå måltider eller visse mattyper, eller innta store mengder mat
- Trening preget av stress og tvang
- Forakt for egen kropp, fasong og utseende
- Humørsvingninger og konsentrasjonsvansker

Det er vanlig å skille mellom fire diagnoser innenfor spiseforstyrrelser¹³:

- **Anoreksi** kjennetegnes av at man er alvorlig undervektig, og at man begrenser hva man spiser. Personer med anoreksi opplever ofte en intens frykt for å legge på seg.
- **Bulimi** kjennetegnes av gjentatte episoder av overspising. Overspisingen etterfølges av handlinger for å kompensere for det store matinntaket, som brekninger, misbruk av avføringsmidler, fasteperioder eller overdreven trening.
- **Overspisingstilstand** kjennetegnes av episoder med overspising uten den tilhørende kompenserende handlingen som er til stede ved bulimi.
- **Uspesifiserte spiseforstyrrelser** er en diagnose som brukes når en person er betydelig plaget av en spiseforstyrrelse, men mangler ett eller flere symptomer for å oppfylle diagnosekriteriene for anoreksi, bulimi eller overspisingstilstand.

Hver av diagnosene kan deles inn i ulike grader av alvorlighet. I henhold til DSM-systemet, et diagnoseverktøy for psykiske sykdommer, skilles det mellom fire alvorlighetsgrader, se Tabell 1.1.¹⁴ I løpet av et sykdomsforløp er det vanlig at en person beveger seg både mellom ulike alvorlighetsgrader og mellom ulike typer spiseforstyrrelser.¹⁵ Sykdomsforløpet varierer og kan vare fra noen måneder til flere år. Det er derfor vanskelig

¹² <https://sml.snl.no/spiseforstyrrelser>

¹³ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

¹⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/alvorlighetsgrad>

¹⁵ Se f.eks. (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011) (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011) og <https://sml.snl.no/spiseforstyrrelser>

å beregne et gjennomsnittlig sykdomsforløp, men i litteraturen presenteres et estimat på 6-7 år.¹⁶ Internasjonal forskning viser at inntil en femtedel blir kronisk syke.¹⁷

Tabell 1.1: Alvorlighetsgrader av spiseforstyrrelser etter DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)

	Mild	Moderat	Alvorlig	Ekstrem
Anoreksi	BMI >17	BMI 16 - 17	BMI 15 - 16	BMI <15
Bulimi	1-3 episoder/uke	4-7 episoder/uke	8-13 episoder/uke	>14 episoder/uke
Overspisingslidelse	1-3 episoder/uke	4-7 episoder/uke	8-13 episoder/uke	>14 episoder/uke

I tillegg til personer med symptomer som er seriøse nok for å oppfylle dagens diagnosekriterier, finnes det personer som opplever mindre alvorlige problemer knyttet til spising og kropp. Ettersom de ikke har alvorlige nok symptomer for å komme over diagnoseterskelen, omtales denne typen av tilstand som subterskel spiseforstyrrelser.¹⁸ Dette er et problem som også finnes for andre psykiske lidelser ettersom det for disse er særlig vanskelig å definere hvor grensen mellom syk og frisk er.¹⁹ Allikevel finner studier at personer som har subterskel spiseforstyrrelser har mange likhetstrekk og de samme symptomene som de som er diagnostisert med en spiseforstyrrelse.²⁰ På tvers av flere vurderingskriterier, viser resultatene fra Grange mfl. (2013) at personer med anoreksi og subterskel anoreksi opplevde lignende symptom. Den største forskjellen var vekt-kriteriet, der de med anoreksi hadde noe lavere BMI. Selvrappoteringsmål for humør, angst, perfeksjonisme og andre personlighetsmål var det ingen forskjell på.

1.2 Forekomst av spiseforstyrrelser

Både i Norge og globalt er det knyttet usikkerhet til den faktiske forekomsten av spiseforstyrrelser. Det er flere årsaker til at det er utfordrende å gjennomføre detaljerte målinger av forekomsten. Én årsak er at personer beveger seg mellom ulike type spiseforstyrrelser og alvorlighetsgrader, noe som gjør det krevende å trekke klare skillelinjer. En annen årsak er, at personer med spiseforstyrrelser ofte nekter for, eller forsøker å skjule, tilstanden og unngå profesjonell hjelp.²¹

Vi har gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang av relevante norske og internasjonale studier for å gi et estimat på forekomsten av spiseforstyrrelser i Norge.²² Ettersom spiseforstyrrelser ikke treffer alle aldersgrupper og kjønn likt, har vi også hatt fokus på å finne relevante studier som skiller prevalensen på alder og kjønn.

Vi estimerer at om lag 88 000 personer i Norge lider av spiseforstyrrelser i 2021 – det vil si ca. 1,7 prosent av Norges befolkning. Estimatet er basert på prevalensrater fra en omfattende samfunnsøkonomisk analyse av

¹⁶ (Rhind, et al., 2016)

¹⁷ (Eddy, et al., 2017)

¹⁸ Dette omtales også som «subterskel spiseforstyrrelse» er et forklarende begrep for de personene som har en rekke symptomer som oppfyller kriteriene for en spiseforstyrrelse, men de har ikke nok symptomer for å få diagnosen «spiseforstyrrelse».

¹⁹ (Helmchen & Linden, 2000)

²⁰ (Grange, et al., 2013)

²¹ (Smink, van Hoeken, & Hoek, 2012)

²² Se Vedlegg A for en oversikt over prevalenslitteratur

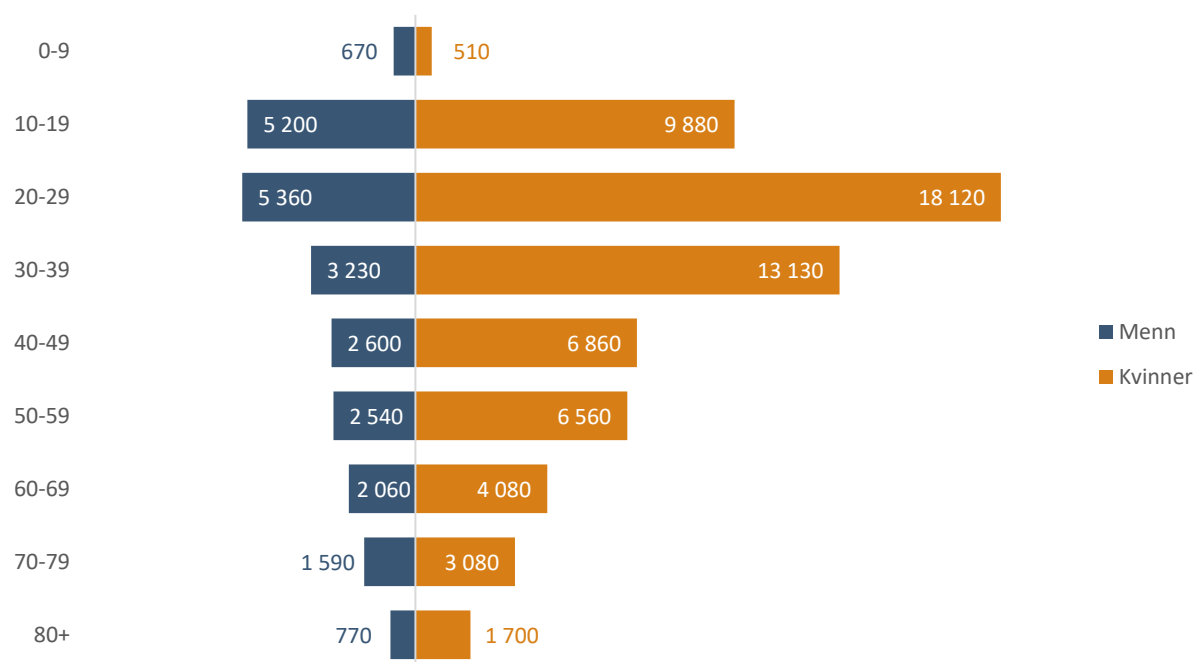
spiseforstyrrelser gjennomført av Streatfeild mfl. (2021) samt justeringer i tråd med norske eksperter på området og andre relevante studier.²³ Til sammenligning estimerer Folkehelseinstituttet (FHI) at om lag 55 000 kvinner mellom 15 og 44 år lider av anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse.²⁴ Til bruk for beregning av samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser i Norge mener vi det er for snevert da det ikke viser forekomsten for de over 44 år eller under 15 år, og heller ikke forekomsten av menn som lider av spiseforstyrrelser.

Forekomsten av lettere spiseproblemer, eller subterskel spiseforstyrrelser, er enda høyere enn de som oppfyller diagnostiseringskravene for en spiseforstyrrelse.²⁵ FHI skriver at 10 prosent av befolkningen har lettere spiseproblemer.²⁶ Vårt estimat på at ca. 88 000 nordmenn sliter med spiseforstyrrelser kan dermed ses på som et konservativt estimat.

1.2.1 Alder og kjønn

Fordelt på alder og kjønn er spiseforstyrrelser mest utbredt i de yngre aldersgruppene og blant kvinner. Nær halvparten av alle som lider av spiseforstyrrelser er under 30 år i alder. Dette er en fordeling som er gjeldene for begge kjønn. Med et estimert antall på om lag 64 000 utgjør kvinner nær tre firedeler av forekomsten. Også blant menn finner vi et betydelig antall som lider av en spiseforstyrrelse, totalt om lag 24 000.

Figur 1-1: Forekomst av spiseforstyrrelser i Norge basert på 2021-befolkningstall. Kilde: Streatfeild mfl. (2021), SSB og Menon



²³ Det er stor variasjon i prevalenstillene fra studier som har forsøkt å estimere prevalensen. Dette kan skyldes at metodene som er brukt i studiene ikke er helt sammenlignbare. For eksempel vil valg av diagnosesystem, populasjonen som er analysert og demografiske ulikheter påvirke hvor mange som blir diagnostisert med en spiseforstyrrelse. For en mer detaljert gjennomgang av de prevalensstudier vi har vurdert, se vedlegg A.

²⁴ Baser på befolkningstall i 2021

²⁵ (Harrer, et al., 2020)

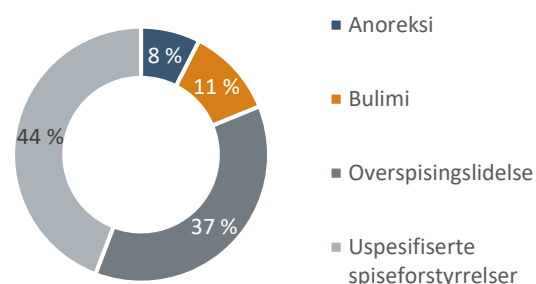
²⁶ (Torgersen, 2016)

1.2.2 Type spiseforstyrrelse

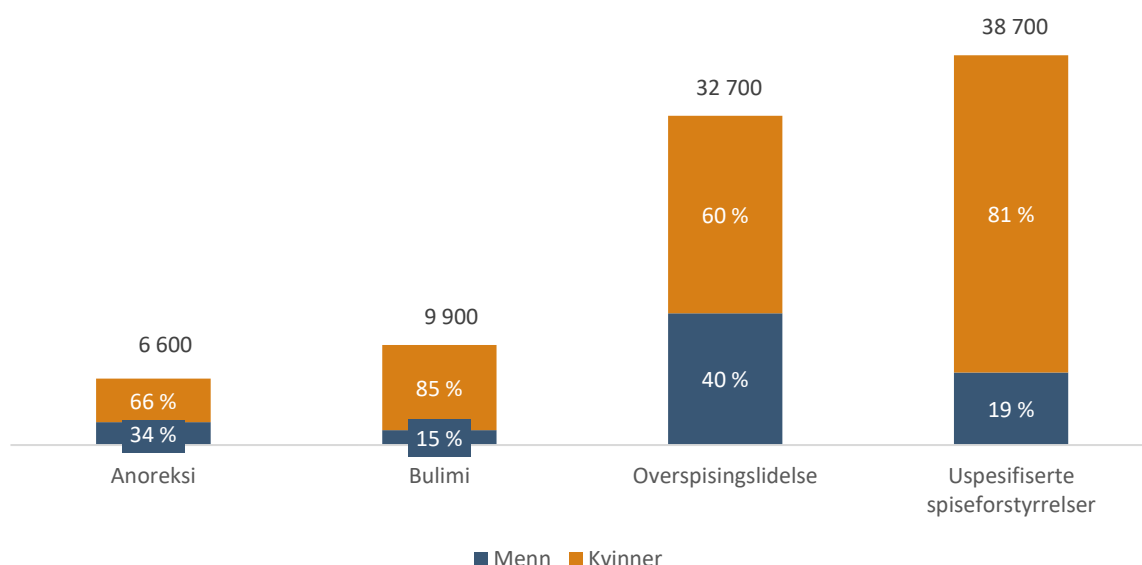
Uspesifikke spiseforstyrrelser utgjør den største gruppen, og utgjør 44 prosent av alle med spiseforstyrrelser som illustrert i Figur 1-2. Bak uspesifisert spiseforstyrrelser følger overspisingslidelse med en forekomst som estimeres utgjøre 37 prosent av alle med spiseforstyrrelser. Anoreksi er den mest synlige spiseforstyrrelsen, og kan derfor også være den som flest kjenner til, men har allikevel lavest forekomst.

Overspisingslidelse skiller seg fra de andre typene av spiseforstyrrelser ved en særlig høy andel menn, 40 prosent. Også en tredel av alle med anoreksi er menn.

Figur 1-2 Personer med spiseforstyrrelser fordelt etter diagnose. Kilde: Streatfeild mfl. (2021), SSB og Menon



Figur 1-3: Estimert antall personer i Norge med spiseforstyrrelser, fordelt etter diagnose og kjønn. Kilde: Streatfeild mfl. (2021), SSB og Menon



1.2.3 Sammenligning med Sverige og Danmark

Vårt estimat på at 88 000 nordmenn lider av en spiseforstyrrelse er sammenlignbart med prevalenstall funnet i Sverige og Danmark, dersom man justerer for befolkningstall. I Sverige angis det at omtrent 190 000 personer lider av en spiseforstyrrelse.²⁷ Av disse er i underkant en tredjedel gutter og menn. Danmark estimerer at 75 000 dansker lider av anoreksi, bulimi eller overspisingslidelse.²⁸ Estimateret hadde trolig vært høyere dersom uspesifiserte spiseforstyrrelser også hadde vært inkludert i beregningen.

²⁷ <https://www.sbu.se/302?pub=40667>

²⁸ <https://www.lmsos.dk/spiseforstyrrelser>

1.2.4 Endringer i forekomst over tid

Det er usikkert hvorvidt det har vært en økning i forekomsten av spiseforstyrrelser de siste tiårene, ettersom det er få studier som ser på forekomsten over tid.²⁹ I tillegg har diagnosekriteriene også blitt endret over tid, noe som gjør det vanskelig å sammenligne eldre og nyere studier.³⁰

Den forskning som er tilgjengelig tyder likevel på at det har vært en økning i prevalensen de siste tiårene. I Galmiche mfl. (2019) finner de en markant økning i prevalens globalt over tid, med en dobling av prevalensen de siste tiårene. Det er likevel viktig å påpeke at økningen også kan være knyttet til en økt interesse for spiseforstyrrelser, og at man derfor har blitt bedre på å diagnostisere ellers uoppdagede tilfeller, noe som særlig kan gjelde for bulimi og overspisingslidelser.³¹

1.3 Behandling av spiseforstyrrelser

Behandling av spiseforstyrrelser varierer betydelig fra pasient til pasient, både som en følge av behovet for individuelle tilpasninger og fordi behandlingstilbudet og prioriteringene er varierende ut ifra hvilken type spiseforstyrrelse man har. Spiseforstyrrelser er generelt veldig ressurskrevende å behandle. Dette skyldes at sykdommen kan ha alvorlige konsekvenser både fysisk og psykisk, men også at så vel familie, skole, arbeid og flere instanser i helsevesenet involveres.

1.3.1 Behandlingstilbudet i Norge

Grovt sett kan man dele behandlingstilbudet inn i tre ledd, etter hvor i helsetjenesten man befinner seg:

- 1) Hjelp utenfor den offentlige helsetjenesten,
- 2) Behandling gjennom primærhelsetjenesten og
- 3) Behandling i spesialisthelsetjenesten.

Hjelp utenfor den offentlige helsetjenesten kan blant annet være ulike brukerorganisasjoner som tilbyr hjelp og støtte til personer med spiseforstyrrelser på et lavterskelnivå, ofte på frivillig basis. Primærhelsetjenesten er den første instansen i den offentlige helsetjenesten, som eksempelvis fastlegen, helsesykepleier eller annen type faglig helsepersonell i kommunen, som kan henvise videre eller utrede og behandle pasienter. Det tredje leddet, spesialisthelsetjenesten, gjennomfører både utredninger og behandlinger, ofte for pasienter med mer moderate og alvorlige spiseforstyrrelser. For barn og unge er behandling i spesialisthelsetjenesten som regel basert på tilpassede pakkeforløp som inneholder ulike former for behandling.

Både utredning og behandling av personer med spiseforstyrrelser kan foregå i primærhelsetjenesten. Fastlegene har blant annet det koordinerende ansvaret gjennom hele pasientforløpet. Slik det er beskrevet i Nasjonal faglig retningslinje,³² vil behandling i primærhelsetjenesten primært fokusere på symptomreduksjon av mildere former for spiseforstyrrelser. For mer moderate og alvorlige former for spiseforstyrrelser bør personen henvises til spesialisthelsetjenesten.

Barn og unge med mistanke om spiseforstyrrelser henvises til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), mens voksne med mistanke om spiseforstyrrelser henvises til spesialisthelsetjenesten. I Nasjonal faglig

²⁹ <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub02xxx/pub02931/adul-psyc-morb-res-hou-sur-eng-2007-rep.pdf> p.136

³⁰ (Deloitte, 2020)

³¹ [Forekomster - Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser](#)

³² (Helsedirektoratet, 2017)

retningslinje for spiseforstyrrelser understrekes viktigheten av samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt samarbeid med andre instanser som skole og arbeid for å tilrettelegge skolegang og/eller arbeid.

I spesialisthelsetjenesten skiller man ofte mellom poliklinisk, dag- og døgnbehandling. Tabell 1.2 beskriver kjennetegn ved pasienter som mottar de ulike behandlingsformene, hvordan tilbudet organiseres, gjennomsnittlig varighet og kort om innholdet.

Tabell 1.2: Beskrivelse av hvordan poliklinisk behandling, dag- og døgnbehandling typisk ser ut, for personer som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten for spiseforstyrrelser i Norge. Kilde: Menon

Type behandling	For hvem	Organisering	Varighet	Innhold
Poliklinisk behandling	Pasienter med stabil somatisk ³³ tilstand, med mindre alvorlige spiseforstyrrelser	Individuell Gruppebasert Familielatert	Avhengig av alvorlighet blir man ofte fulgt opp 1-2 ganger i uken	Familiebasert behandling Måltidsstøtte Psykoterapi
Dag-behandling	Pasienter med moderate spiseforstyrrelser	Individuell Gruppebasert Familielatert	Intensivt poliklinisk behandling hvor hyppigheten av behandling kan øke opp til 5 ganger i uken	Familiebasert behandling Måltidsstøtte Psykoterapi
Døgn-behandling	Personer med alvorlige spiseforstyrrelser med stort vekttap alvorlig undervekt høy frekvens av overspising eller oppkast. Ofte neste steg, ved manglende poliklinisk effekt	Individuell Gruppebasert Familieinnleggelse	Gjennomsnittlig innleggelse varer mellom 3-6 mnd. Det finnes også intensive opphold på 6 uker	Psykoterapi Medikamentell behandling Måltidsstøtte Ernæringsoppfølging Familieterapiprogram

For barn og unge er familiebasert behandling ofte det man forsøker først. Familiebasert behandling fokuserer i stor grad på å øke kompetansenivået til foresatte for å kunne hjelpe barn og unge og bekjempe sykdommen. Behandlingen krever ofte at foresatte er helt eller delvis borte fra arbeid. For voksne er psykoterapi, i form av kognitiv adferdsterapi, en av de vanligste formene for behandling i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen har blant annet fokus på normalisering av spisemønster samt vektnormalisering, og kan både være individuell eller gruppebasert.

Det er de regionale sentrene som behandler de alvorligste tilfellene av spiseforstyrrelser, der det er behov for døgnbehandling. Sentrene gir i tillegg poliklinisk behandling, både før og etter en innleggelse, selv om poliklinisk behandling i hovedsak foregår på DPS- og BUP-nivå. Til sammen finnes det over 180 enheter i Norge som behandler spiseforstyrrelser, i form av regionale spesialenheter, spesialpoliklinikker, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, distriktspsykiatriske sentre samt øvrige allmennpsykiatriske enheter for barn, ungdom og voksne.³⁴ Spesialiserte, regionale senter for voksne innenfor spesialisthelsetjenesten finnes i alle de fire helseregionene. Det finnes variasjoner mellom de regionale sentrene blant annet i behandlingens lengde og

³³ Somatiske tilstander defineres som kroppslige eller legemlige tilstander som eksempelvis magesmerter. Det motsatte er psykiske tilstander, som eksempelvis angst og depresjon.

³⁴ (Rohde & Bjørnelv, Årsrapport for 2020 med plan om forbedringstiltak, 2020)

antall sengeplasser. Dette skyldes delvis forskjeller i befolkningsgrunnlag og geografiske avstander innad i regionene, samt ulikheter i organisering og utforming av behandlingstilbudet.

1.3.2 Ulike anbefalinger og instruksjoner knyttet til behandling, avhengig av diagnose

I tillegg til variasjoner i organisering og utforming av behandlingstilbudet på tvers av forskjellige enheter, er det også forskjell på anbefalingene knyttet til behandling av de ulike typene spiseforstyrrelser. I prioriteringsveilederne for psykisk helsevern for barn og unge, og voksne, er det kun diagnosene anoreksi og bulimi som er omtalt.³⁵ I Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser, er det videre kun anoreksi og bulimi som har en indikasjon for døgnbehandling. Det mangler også diagnostiske kriterier for overspisingslidelse, noe som gjør at overspisingslidelse kan bli registrert både som annen uspesifisert spiseforstyrrelse eller i «andre spiseforstyrrelser» kategorien. Når det kommer til anbefalinger knyttet til bruken av psykoterapi derimot, finnes det klare anbefalinger i retningslinjene for både anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Oppsummert forskning fra Helsedirektoratet viser blant annet til at kognitiv atferdsterapi er en effektiv behandling både for personer med anoreksi, bulimi og overspisingslidelse. Bergman & Livingstone (2016) konkluderer med at kognitiv atferdsterapi trolig vil være ressursbesparende for samfunnet og at hele 65 prosent av personer med overspisingslidelse, blir helt friske etter psykoterapeutisk behandling.³⁶

Det særlige fokusert på anoreksi og bulimi kan trolig til dels forklares i de akutte fysiske konsekvensene som kan oppstå hos en person med stort vekttap eller alvorlig undervekt. Dødeligheten i slike situasjoner er også høy, spesielt for anoreksi. Derimot er langtidskonsekvensene for overspising alvorlige til tross for at dødeligheten, som en direkte konsekvens av overspisingslidelse, er lav.

1.3.3 Behandlingsforløp ved spiseforstyrrelser

Som beskrevet tidligere i kapittelet varierer omfanget av behandlingsløpet ut ifra hvor i landet man befinner seg, og etter hvilken diagnose man har. Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse som rammer hvert individ ulikt. Dermed finnes det ikke ett spesifikt behandlingsforløp for personer diagnostisert med spiseforstyrrelser – slik det ofte gjør for somatiske³⁷ tilstander.

Vi har skissert opp tre mulige behandlingsforløp som er representative for personer med spiseforstyrrelser i Norge i dag³⁸. Det er likevel viktig å bemerke seg at disse ikke er representative for en gjennomsnittlig person med spiseforstyrrelser, ettersom de aller fleste ikke får behandling fra det offentlige.

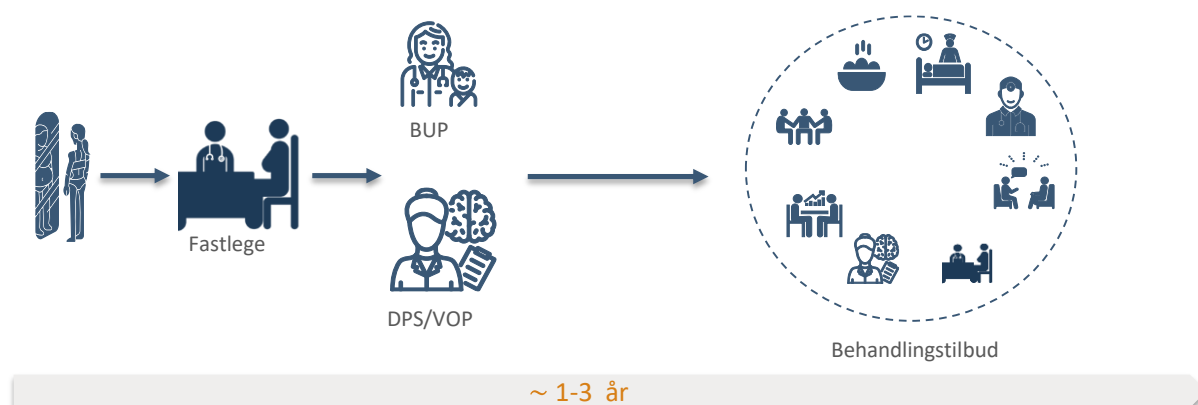
³⁵ (Helsedirektoratet, 2015), (Helsedirektoratet, 2015) – (prioriteringsveilederne for hhv. voksne og barn og unge)

³⁶ (Vist, Jung, Straumann, Ding, & Reinart, 2016), (Hay, Claudino, Touyz, & Elbaky, 2015), (Bergman & Livingstone, 2016)

³⁷ Somatiske tilstander defineres som kroppslige eller legemlige tilstander som eksempelvis magesmerter. Psykiske tilstander omfatter ikke-kroppslige tilstander som eksempelvis angst og depresjon.

³⁸ Basert på litteratursøk, retningslinjer, prioriteringsveiledere, og samtaler med fageksperter.

Figur 1-4: Illustrasjon av et behandlingsforløp og potensielle behandlingsalternativer. Kilde: Menon



Et typisk behandlingsforløp er i dag på mellom 1-3 år. Tiden personer med spiseforstyrrelser får behandling er typisk kortere enn tiden som de faktisk er syke (6-7 år³⁹). Pasienter med moderate til alvorlige spiseforstyrrelser, i stor grad diagnostisert med anoreksi og bulimi, begynner ofte med poliklinisk behandling etter henvisning og utredning gjennom fastlegen eller spesialisthelsetjenesten. Dersom poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig, kan dagbehandling eller innleggelse være et alternativ. Figur 1-4 illustrerer hvilke instanser som vanligvis er involvert i et behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten og Tabell 1.3 beskriver tre alternative behandlingsforløp for personer med spiseforstyrrelser.

Tabell 1.3: Beskrivelse av de alternative behandlingsforløpene i spesialisthelsetjenesten. Kilde: Menon

Behandling	Beskrivelse	Varighet
Poliklinisk behandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Pasienten blir også fulgt opp av fastlegen i løpet av året.	1 år
Poliklinisk- og dagbehandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Ettersom poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig, starter pasienten med en mer intensivt poliklinisk behandling. Pasienten blir fulgt opp av fastlegen i løpet av behandlingsforløpet.	1-2 år
Poliklinisk- og døgnbehandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Pasienten har alvorlige spiseforstyrrelser og blir innlagt. Etter innleggelse blir pasienten fulgt opp gjennom polikliniske behandlinger og fastlegen.	2-3 år

1.4 Stadig flere med alvorlige spiseforstyrrelser

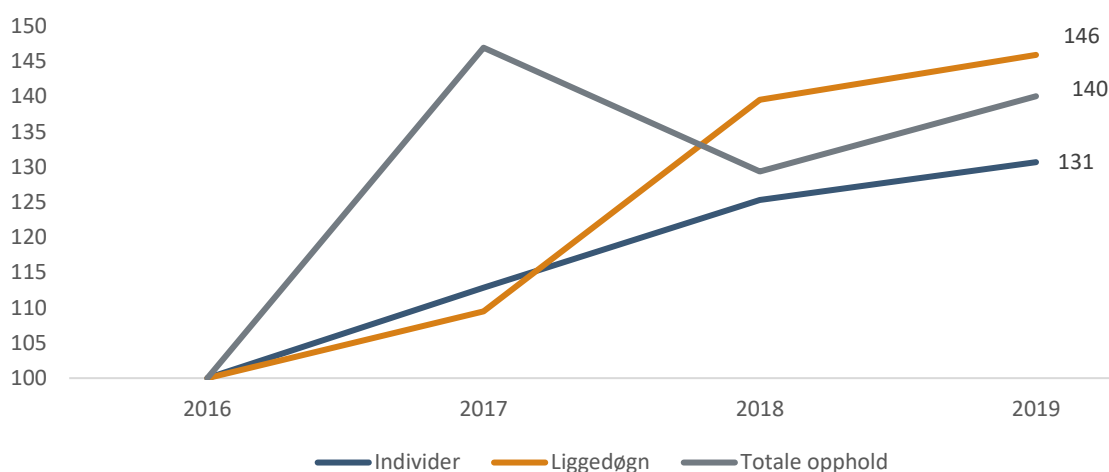
Det er tegn på at stadig flere har alvorlige spiseforstyrrelser i Norge. Samtidig har også koronapandemien gjort det vanskeligere for flere, og både henvendelser til fastlege, polikliniske besøk, innleggelser på sykehus og

³⁹ (Rhind, et al., 2016)

henvendelser til lavterskeltilbud, har økt ytterligere. Spesielt har henvendelser fra barn og unge økt under pandemien.⁴⁰ Økningen i antall alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser får konsekvenser både for sykehusene, de ansatte, samt pasienten selv.

Aktivitetstall fra spesialisthelsetjenesten viser en sterk vekst i pasienter med spiseforstyrrelser allerede i årene inn mot pandemien. I 2019 var det over 17 000 liggedøgn, fordelt på i underkant av 1 400 individer innlagt for behandling av spiseforstyrrelser i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Figuren nedenfor viser utviklingen for pasienter med spiseforstyrrelser i BUP i perioden 2016 – 2019. Den årlige veksten korrigert for befolkningsutvikling er høy. Den årlige veksten i antall individer er 10 prosent, mens den årlige veksten i antall liggedøgn er 15 prosent. Dette viser at det både er en høy vekst i antall innlagte og at de som legges inn får en mer omfattende behandling. Totalt økte antall liggedøgn allerede før pandemien med nesten 50 prosent.

Figur 1-5: Indeksert utvikling i antall pasienter, totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold) og liggedager for pasienter med spiseforstyrrelser i perioden 2016-2019. Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2021)



Også i løpet av pandemien har antall pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser økt. Tall fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) ved Oslo Universitetssykehus, viser at de har hatt høyere pågang av unge med spiseforstyrrelser under pandemien enn årene før. Økningen fra 2019 til 2020 lå på 29 prosent. Også andre sykehus viser til økende antall pasienter, med en økning fra 2019 til 2020 på 40 prosent ved Sykehuset i Vestfold og 25 prosent ved Vestre Viken sykehus.⁴¹ Haukeland har behandlet 1000 flere psykisk syke barn og unge i 2021 sammenlignet med 2019, en økning på 40 prosent, og de rapporterer at det særlig er blitt flere med spiseforstyrrelser.⁴²

Institusjoner som driver med forebyggende tiltak – lavterskeltilbudene – har også opplevd en økning i antall henvendelser siden pandemien slo ut, og at henvendelsene er av en alvorligere karakter.⁴³ Dette beskrives blant annet i en rapport fra ekspertgruppen som fikk i oppdrag fra regjeringen i 2021 å sammenstille tilgjengelig kunnskap om de konsekvensene koronapandemien har hatt for folks livskvalitet.⁴⁴ Flere av de

⁴⁰ <https://www.modum-bad.no/betrakteliq-okning-i-spiseforstyrrelser/>, <https://www.nrk.no/norge/unge-med-spiseforstyrrelser-under-pandemien--ikke-okonomi-som-blir-det-storste-problemet-fremover-1.15279412>

⁴¹ <https://www.nrk.no/norge/unge-med-spiseforstyrrelser-under-pandemien--ikke-okonomi-som-blir-det-storste-problemet-fremover-1.15279412>

⁴² <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/pW47vj/kraftiq-oekning-i-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser-pasientene-bli>

⁴³ <https://psykologisk.no/2021/08/stor-okning-av-spiseforstyrrelser-lavterskeltilbud-opplever-historisk-lange-ventelister/>

⁴⁴ (Kjøs, 2021)

brukerorganisasjonen som kom med innspill til utredningen sier at de har opplevd et økende antall henvendelser, og mange opplever at kapasiteten er sprengt.

ROS er et lavterskeltilbud, men som en følge av økningen i henvendelser i løpet av pandemien har de hatt vanskelig å tilby rask hjelp til alle som tar kontakt. Total rådgivning har økt med 50 prosent mellom 2019 og 2021, mens henvendelser fra barn og unge har økt med hele 105 prosent. ROS rapporterer at noen er helt nede i 8-9-årsalderen.⁴⁵ I tillegg har antall alvorlige henvendelser, som for eksempel henvendelser knyttet til tanker om selvmord, øket med 75 prosent fra ca. 70 henvendelser i 2019 til ca. 120 i 2021. Totalt antall henvendelser til ROS var 14 000 i 2021, opp fra om lag 10 500 i 2020. ROS beskriver at de har sett en særlig økning i andelen som sliter med overspisingsproblematikk.

Det økte behovet for veiledning og støtte i løpet av pandemien har ført til en lang venteliste for individuelle samtaler i ROS, noe som ikke er forenlig med hensikten med et lavterskeltilbud. ROS oppgir at de i løpet av pandemien har hatt perioder med over 200 personer på venteliste for individuelle samtaler, og at ventetiden har vært opp til 5 måneder. Antall individuelle samtaler i ROS har økt med 76 prosent fra 2019 til 2021, fra ca. 3000 til i underkant av 5200.

Økningen i antall alvorlige tilfeller av spiseforstyrrelser får konsekvenser både for sykehusene, de ansatte, samt pasienten selv. Sykehusene melder om sprengt kapasitet. Dorthe Fuglenes, overlege ved Seksjon for akutt og spiseforstyrrelser på helseforetaket Vestre Viken, har uttalt til VG «Vi får gitt forsvarlig behandling til alle som trenger det. Samtidig bøyer og tøyer vi på alle ressursene og er hele tiden nødt til å prioritere hardt». Også Ruth-Kari Ramleth ved OUS har beskrevet at alle pasienter får forsvarlig behandling, men at man nå ikke lenger har like store muligheter til å gi den behandlingen man skulle ønske til alle pasientene. Et videre problem som følge av kapasitetsmangel – særlig ved døgnbehandling – er at det også går ut over tilbudet til andre pasienter som ikke sliter med spiseforstyrrelser, men som har andre diagnoser.⁴⁶

⁴⁵ <https://www.tv2.no/a/14118714/>

⁴⁶ <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/EwWJJK/stor-oekning-i-spiseforstyrrelser-under-pandemien-de-er-yngre-og-sykere>

2 Samfunnskostnader knyttet til spiseforstyrrelser

Spiseforstyrrelser er et betydelig samfunnsproblem. Beregningene i denne analysen viser at sykdommen koster det norske samfunnet 26 milliarder kroner i 2021. Samfunnskostnadene fordeler seg på kostnader til helsetjenester, tapt verdiskaping og menneskelige tap knyttet til sykdom og død.

2.1 Rammeverk for samfunnskostnader

For å beregne og sammenstille et bilde av de samlede kostnadene for samfunnet grupperes kostnadene inn i tre overordnede kategorier som i sum gir et anslag på de samlede samfunnskostnadene.⁴⁷ Disse er:

1) Kostnader knyttet til helse- og omsorgstjenester og uformell pleie

Dette er kostnader knyttet til helsetjenester i stat og kommune. I Norge behandles spiseforstyrrelser tverrfaglig, hvor pasienten kan få tilbud om blant annet ernæringsrådgivning, psykososiale tiltak og medikamentell behandling. Kostnader knyttet til helsetjenester omtales også som direkte kostnader. Arbeidsinnsatsen som pårørende yter i form av uformell pleie er også ofte en omfattende størrelse, som hører hjemme i denne kostnadskategorien.

2) Produksjonstap

Dette er kostnader knyttet til den tapte verdiskapingen som konsekvensene av spiseforstyrrelser påfører samfunnet. Tapet oppstår når sykdommen reduserer personers nåværende og fremtidige arbeidsbidrag gjennom fravær fra jobb og skole. Produksjonstapet inkluderer også skattefinansieringskostnaden av det offentlige utgifter til spiseforstyrrelser. Kostnader knyttet til tapt produksjon omtales også som indirekte kostnader.

3) Sykdomsbyrde

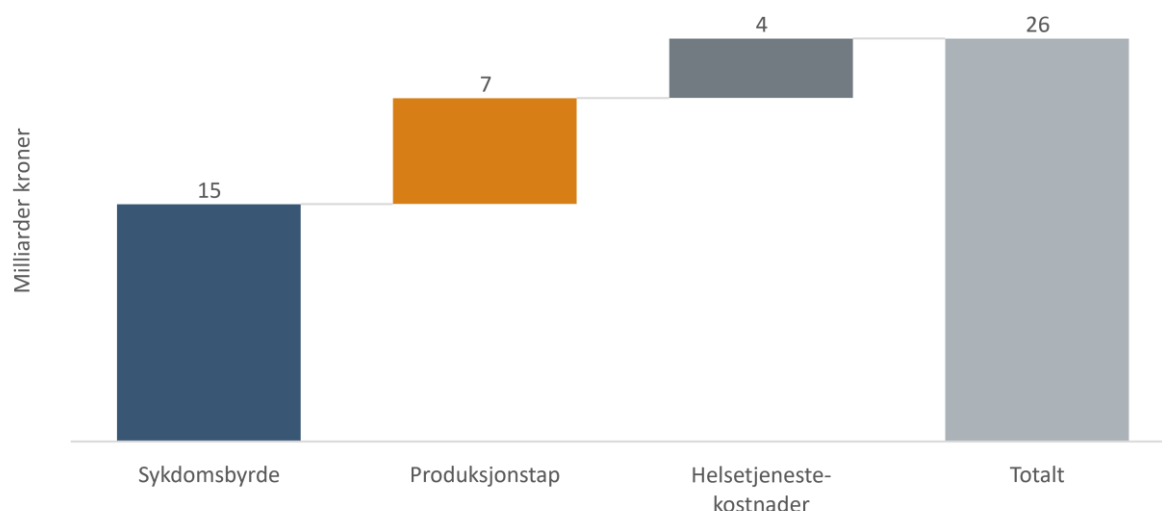
Dette er tapet av helsemessige livskvalitet som spiseforstyrrelser medfører i form av både helsetap og forkortet levetid, målt i tap av kvalitetsjusterte leveår. Det kan i samfunnsøkonomiske termer refereres til som nyttetapet, sykdomsbyrden, av og leve med sykdom, som samlet kan måles i tapte kvalitetsjusterte leveår. Dette er ikke en kostnad eller tapt inntekt for staten, men et samfunnsøkonomisk tap for befolkningen. Vi kan velge å benytte offentlige midler for å redusere dette helsetapet, og dermed er det nyttig å beregne den økonomiske verdien av dette helsetapet for å kunne gjøre kost-nyttevurderinger.

2.2 Samlede samfunnskostnader

Spiseforstyrrelser har negative konsekvenser og påfører det norske samfunnet store kostnader, både direkte i form av helsetjenestekostnader og indirekte gjennom tapt produksjon. Det er likevel sykdomsbyrden, som gjennom redusert livskvalitet, rammer samfunnet med de største kostnadene. Vi beregner at de samlede samfunnskostnadene for spiseforstyrrelser utgjør totalt **26 milliarder kroner** årlig, se Figur 2-1.

⁴⁷ Du kan lese mer om metoder, data og forutsetninger som ligger bak disse beregningene i metodevedlegget på slutten av denne rapporten.

Figur 2-1: Samlede samfunnskostnader fra spiseforstyrrelser i milliarder kroner, 2021. Kilde: Menon



De totale samfunnskostnadene som er beregnet her er kun de direkte samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser. Det inkluderer ikke for eksempel helsetjenestekostnader knyttet til behandling av komorbiditet som fedme.⁴⁸ Basert på forskning lider mellom 33 til 42 prosent av personer med overspisingslidelser eller bulimi av fedme, sammenlignet med 16 prosent av befolkningen uten spiseforstyrrelser.⁴⁹ I tillegg tar estimatet ikke i betraktning personer med subterskel spiseforstyrrelser som også er forbundet med redusert livskvalitet og andre negative konsekvenser.

Samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser på 26 milliarder kroner er dermed høyere enn for eksempelvis øyesykdommer (16,5 milliarder), men lavere enn for hjertesvikt (48 milliarder) og fedme (68 milliarder).⁵⁰

I likhet med helsetjenestekostnadene knyttet til fedme, utgjør helsetjenestekostnadene til spiseforstyrrelser den minste delen av de totale samfunnskostnadene. Totalt utgjør disse kostnadene, inkludert kostnadene knyttet til omsorg fra pårørende, 15 prosent av de samlede samfunnskostnadene. Til sammenligning utgjør helsetjenestekostnader knyttet til øyesykdommer og fedme henholdsvis 19 og 12 prosent. Spesielt for spiseforstyrrelser er at kostnadene knyttet til spesialisthelsetjenesten utgjør en så betydelig del av helsetjenestekostnadene. Spesialisthelsetjenesten står for hele 98 prosent av helsetjenestekostnadene, sammenlignet med 2 prosent i primærhelsetjenesten.

Sykdomsbyrden på 15 milliarder kroner utgjør den største delen med 58 prosent av de samlede samfunnskostnadene. At dette er den største kostnadsgruppen er ikke uvanlig sammenlignet med andre sykdomsområder. Også for eksempel for fedme, kreftsykdom, sykdommer i sirkulasjonssystemet og hjertesvikt er det sykdomsbyrden som utgjør den største kostnadsgruppen.⁵¹

Spiseforstyrrelser rammer mange personer i student- og arbeidsfør alder. Dette leder til et produksjonstap for samfunnet. Vi estimerer at produksjonstapet knyttet til spiseforstyrrelser er 27 prosent av de totale samfunnskostnadene.

⁴⁸ For beregning av samfunnskostnader knyttet til fedme og overvekt, se (Menon Economics, 9/2019)

⁴⁹ (Kessler, et al., 2013)

⁵⁰ (Menon Economics, 57/2019) (Menon Economics, 41/2019) (Menon Economics, 9/2019)

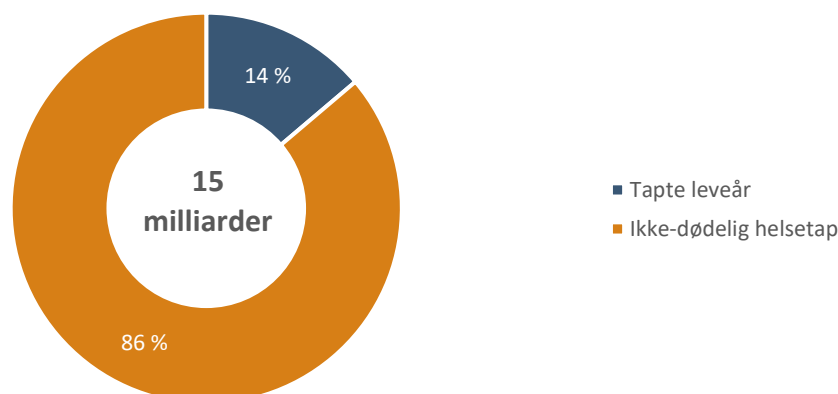
⁵¹ (Oslo Economics, 2019)

2.3 Sykdomsbyrde

Sykdomsbyrden i et land sier noe om hvordan sykdommer, risikofaktorer og skader rammer befolkningen, og måles i form av tapte leveår som følge av dødsfall og tapte leveår med god kvalitet. Tapte leveår beregnes som differansen mellom forventet levealder og alder ved dødsfall og helsetap beregnes som antall år levd med sykdom standardisert etter alvorlighet.⁵²

Verdien av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap forårsaket av spiseforstyrrelser i Norge er beregnet til **15 milliarder kroner** i 2021. Nesten 90 prosent av sykdomsbyrden er knyttet til tapt leveår med god livskvalitet, mens kun en liten del er knyttet til tapte leveår grunnet tidlig død. Ettersom spiseforstyrrelser er en sykdom som fremst treffer unge, er det få som dør i sykdommen.⁵³ Likevel er den en av de mest dødelige psykiske lidelsene. Dødsårsaken varierer, men for eksempel for personer med anoreksi viser forskning at 1 av 5 dødsfall var selvmord.⁵⁴

Figur 2-2 Sykdomsbyrde knyttet til spiseforstyrrelser fordelt på tapte leveår og ikke-dødelig helsetap: Kilde: Menon



En person med spiseforstyrrelser har et gjennomsnittlig sykdomsforløp på mellom 6-7 år, og sykdommen kan utgjøre både en stor fysisk og psykisk byrde. Hvor mye livskvaliteten reduseres varierer avhengig av type av spiseforstyrrelser, og er høyest for bulimi og anoreksi og lavest for overspisingslidelser.⁵⁵ Utover de fysiske påvirkningene som vektnedgang ved anoreksi eller vektoppgang ved overspisingslidelser, er også angst og depresjon for mange en del av sykdomsbildet.⁵⁶ Sykdomsbyrden for disse komorbiditeter er ikke inkludert i denne beregningen.

Mange med spiseforstyrrelser er unge, og derfor er også sykdomsbyrden størst i denne aldersgruppen. Likevel beregner vi at det dødelige helsetapet er størst i de eldre aldersgruppene. Dette er primært knyttet til estimert dødelighet ved overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser i disse aldersgruppen. At det dødelige helsetapet er så mye høyere i de eldre aldersgruppene enn i de yngre, selv om prevalensen er lavere, er knyttet til at kroppen generelt tåler mindre jo eldre den blir, og derfor øker også risikoen for død. Det kan også være knyttet til lange sykdomsforløp, der kroppen etter hvert gir etter for sykdommen.

⁵² I denne standardiseringen anvendes ulike «helsevekter» for ulike sykdommer. Vektene varierer mellom 0 (helt frisk) og 1 (død) og gir uttrykk for hvor alvorlig et års liv med den aktuelle sykdommen er. En vekt oppunder 1 tilsier svært høy alvorlighet mens en vekt nærmere 0 tilsier svært lav alvorlighet. Vektene er beregnet på bakgrunn av omfattende internasjonale spørreundersøkelser blant befolkningen i ulike land.

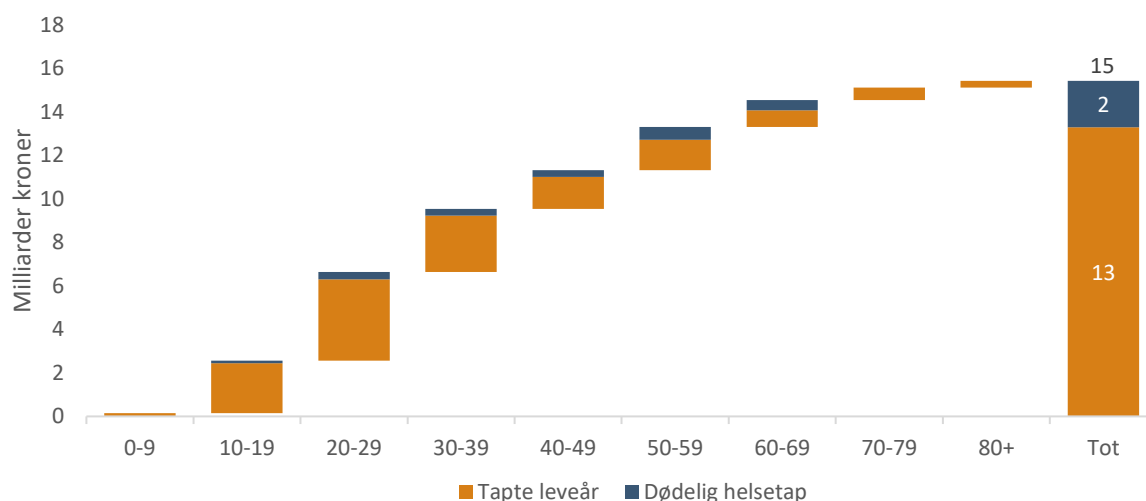
⁵³ Ettersom dødsårsaksregisteret ikke rapporterer dødsfall grunnet spiseforstyrrelser, har vi her brukt dødelighetsvekter fra (Demmler, Brophy, Marchant, John, & Tan, 2020) for å estimere antall dødsfall årlig. For mer detaljer knyttet til estimeringen, se Vedlegg B.

⁵⁴ (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011)

⁵⁵ Se også Vedlegg B

⁵⁶ <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>

Figur 2-3 Sykdomsbyrde knyttet til spiseforstyrrelser fordelt på tapte leveår og ikke-dødelig helsetap, fordelt per aldersgruppe. Kilde: Menon



2.3.1 Pårørendes sykdomsbyrde

For pårørende som tar vare på en person med psykisk lidelse, kan belastning føre til negative helsemessige konsekvenser også for den pårørende. Studier har funnet at byrden for mange pårørende av personer med spiseforstyrrelser er høy, livskvaliteten er redusert og noen foreldre opplever depresjon og angst.⁵⁷ Pårørende til personer med spiseforstyrrelser opplever høyere sykdomsbyrde sammenlignet med pårørende til personer med depresjon og schizofreni.⁵⁸

Siden sykdomsforløp for spiseforstyrrelser ofte er langvarige kan være langvarig vil effektene for pårørende være komplekse, og helsekonsekvensene er ikke nødvendigvis begrenset kun til de med omsorgsansvar. En norsk kvalitativ studie finner at foreldre til personer med alvorlig anoreksi opplever å være «på tå hev» både for den syke personen, ovenfor venner, og i relasjonen foreldrene seg imellom.⁵⁹ Mange av foreldrene som deltok i studien opplevde at de er i konstant beredskap og forberedt på at noe til enhver tid kan skje. Studien viser at spiseforstyrrelsen går utover foreldrenes forhold til andre deler av familien og familiens sosiale nettverk, og at dette resulterte i følelsen av ensomhet blant de pårørende.

Funnene tyder på at sykdomsbyrden knyttet til omsorgspersoner for personer med spiseforstyrrelser er en byrde som forsterker de negative samfunnskonsekvensene av spiseforstyrrelser. I denne analysen er ikke disse konsekvensene kvantifisert og vil derfor komme i tillegg til de beregnede samfunnskostnadene.

2.4 Helsetjeneste- og pårørendekostnader

Totalt estimerer vi at helsetjeneste- og pårørendekostnader var omtrent **4 milliarder kroner i 2021**. Av dette utgjør omtrent 2,7 milliarder helsetjenestekostnader, altså kostnader knyttet til behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten, og 1,2 milliarder er pårørendekostnader, altså det omsorgsarbeid som pårørende av personer med spiseforstyrrelser står for. Hjelpen fra pårørende utgjør dermed 30 prosent av helsetjeneste- og

⁵⁷ (Anastasiadou, Medina-Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014) (Zabala, Macdonald, & Treasure, 2009)

⁵⁸ (Martín, et al., 2015)

⁵⁹ (Loftjell, Thomassen, Karlstad, & Brinchmann, 2020)

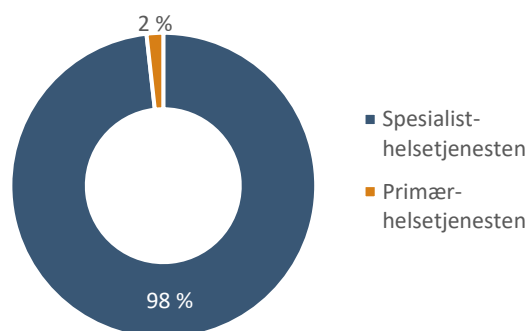
pårørendekostnadene for personer med spiseforstyrrelser, hvor en person med spiseforstyrrelser som mottar pårørende hjelp i gjennomsnitt mottar omtrent 4,5 timer hjelp i uken.⁶⁰

2.4.1 Helsetjenestekostnader

Vi estimerer at helsetjenestekostnadene er omtrent 2,7 milliarder kroner i 2021, hvor spesialist- og primærhelsetjenesten utgjør henholdsvis 2,66 milliarder og 50 millioner. Den store forskjellen i kostnaden for spesialist- og primærhelsetjenesten forklares ved at behandling av spiseforstyrrelser i all hovedsak foregår i spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer med Nasjonal veileder for håndtering av spiseforstyrrelser, som er tydelig på at spesialisthelsetjenesten skal kobles inn tidlig i utrednings- og behandlingsforløpet. I tillegg vil mye stigma rundt sykdommen føre til at personer ikke oppsøker hjelp før det er akutt, noe som også fører til at spesialisthelsetjenesten blir koblet raskt inn.

Figur 2-4: Helsetjenestekostnader for personer med spiseforstyrrelser gruppert etter primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge, 2021.

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2021), Streatfeild mfl. (2021), Menon



Gjennom samtaler med ulike fageksperter, kommer det også frem at majoriteten av tilfellene som blir behandlet for spiseforstyrrelser i Norge, er alvorlige. Det innebærer også at forholdsvis få personer får behandling, men at hver behandling er kostbar.

Det er antall liggedøgn og antall dag- og polikliniske konsultasjoner som utgjør vårt estimat på kostnaden i spesialisthelsetjenesten.⁶¹ I 2019 ble det registrert over 50 000 liggedøgn på norske sykehus for personer med spiseforstyrrelser, i tillegg til over 90 000 dag- og polikliniske konsultasjoner. For barn og unge ved BUP, var det rapportert over 17 000 liggedøgn og over 30 000 dag- og polikliniske konsultasjoner.⁶²

Ut ifra vår kunnskap finnes det ikke norsk statistikk på i hvor stor grad personer med spiseforstyrrelser mottar behandling gjennom fastlegen eller andre former for samtaleterapi på kommunalt nivå. Vi baserer derfor våre estimater på internasjonal litteratur og estimerer at primærhelsetjenestekostnadene knyttet til behandling var omtrent 50 millioner i 2021.⁶³ Kostnadene utgjør behandling i form av samtaleterapi med fastlegen og/eller gjennom andre psykologtjenester. Kostnader knyttet til henvisning, utredning og koordinering er ikke inkludert i våre estimater – som gir oss grunn til å tro at vårt estimat knyttet til primærhelsetjenestekostnader er et konservativt estimat.

Ifølge tall fra NorSpis, var omtrent 65 prosent av dem i behandling diagnostisert med anoreksi, 22 prosent med bulimi og resterende pasienter diagnostisert med annen eller uspesifiserte spiseforstyrrelser. Figur 2-5 viser fordelingen av kostnadene i spesialisthelsetjenesten etter diagnose, sammenlignet med fordelingen av sykdomsbyrden i Norge i 2021.

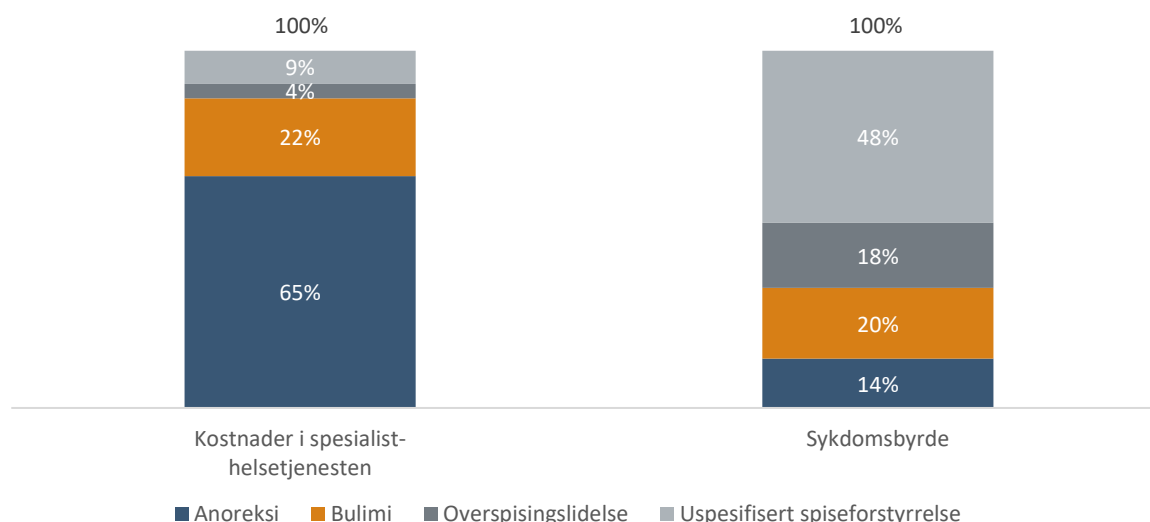
⁶⁰ Vi estimerer at 23,6 prosent av personene med spiseforstyrrelser mottar hjelp fra pårørende.

⁶¹ Detaljer rundt estimeringen av helsetjenestekostnadene finnes i vedlegg C

⁶² (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021)

⁶³ For detaljer rundt estimeringen av helsetjenestekostnadene. Se vedlegg C

Figur 2-5: Forskjell i kostnader i spesialisthelsetjenesten og sykdomsbyrde, fordelt etter diagnose i 2021. Kilde: NorSpis, Menon



Forskjellen mellom kostnaden i spesialisthelsetjenesten og sykdomsbyrden ved de ulike typene spiseforstyrrelser illustrerer to ting. For det første illustrerer det hvor alvorlig og kostbart anoreksi og bulimi er å behandle. For det andre illustrerer det også hvor lite behandling som i dag er tilgjengelig for overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser, selv om de forårsaker et stort helsetap. Det er viktig å understreke at NorSpis-registeret er mangelfullt og det er få enheter på lavere enn regionalt nivå som rapporterer inn tall. Dermed vil denne fordelingen i større grad vise til pasienter med en alvorlig grad av spiseforstyrrelse.

Basert på en utredning fra 2000 er det kun om lag 30 prosent av alle med anoreksi og 6 prosent av de med bulimi som kommer i kontakt med helsevesenet.⁶⁴ Vi har ikke sett nyere estimat på dette fra Norge, men estimatene tilsvarer det vi ser i internasjonal litteratur.⁶⁵ Både internasjonal litteratur og den lave ressursbruken knyttet til overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser tilsier at det er en enda lavere andel av denne pasientgruppen som får behandling.

2.4.2 Kostnader knyttet til uformell pleie og omsorg

Mange personer med spiseforstyrrelser mottar uformell pleie fra pårørende og/eller venner. Typisk vil dette være omsorg gitt av en eller flere som bor i samme husholdning. Uformell hjelp knyttet til spiseforstyrrelser kan for eksempel vært medisinsk støtte, matforsyning og overvåking, følelsesmessig støtte eller personlig tjenester. Selv om mange pårørende opplever det som meningsfullt og givende å gi omsorg og støtte til sine nærmeste, kan omfanget av hjelpen som kreves bli belastende og tidkrevende. De pårørende kan oppleve usikkerhet og omsorgsbelastning. Belastningene kan være av fysisk, psykisk, sosial eller økonomisk karakter.

Vi beregner en total samfunnskostnad fra den hjelp og omsorg pårørende gir ved spiseforstyrrelser på **1,2 milliard kroner**.⁶⁶ Dette inkluderer kun kostnadene knyttet til omsorgen, og ikke kostnad knyttet til omsorgs- eller følelsesmessig belastning.

⁶⁴ (Statens helsetilsyn, 2000)

⁶⁵ Avhengig av diagnose, er det mellom 3-28 prosent av personer med spiseforstyrrelser som oppsøker helsevesenet for hjelp enten knyttet til spiseforstyrrelse eller vektproblematikk (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011)

⁶⁶ Basert på en timepris på 266 kroner. Se vedlegg D for en mer detaljert beskrivelse av metoden.

Hvor mye tid de pårørende bruker på uformell pleie og omsorg er svært varierende. Mange med spiseforstyrrelser er gode til å skjule at de faktisk har en spiseforstyrrelse, og mottar dermed lite eller ingen form for uformell hjelp. På den andre siden er det noen som trenger mye hjelp og overvåkning. Basert på våre estimater mottar omtrent en firedel av alle personer med spiseforstyrrelser en form for uformell hjelp.⁶⁷ Personer med spiseforstyrrelser som mottar hjelp, mottar i snitt 212 timer med uformell hjelp i året, eller 5,3 fulltidsarbeidsuker per omsorgsperson per år.

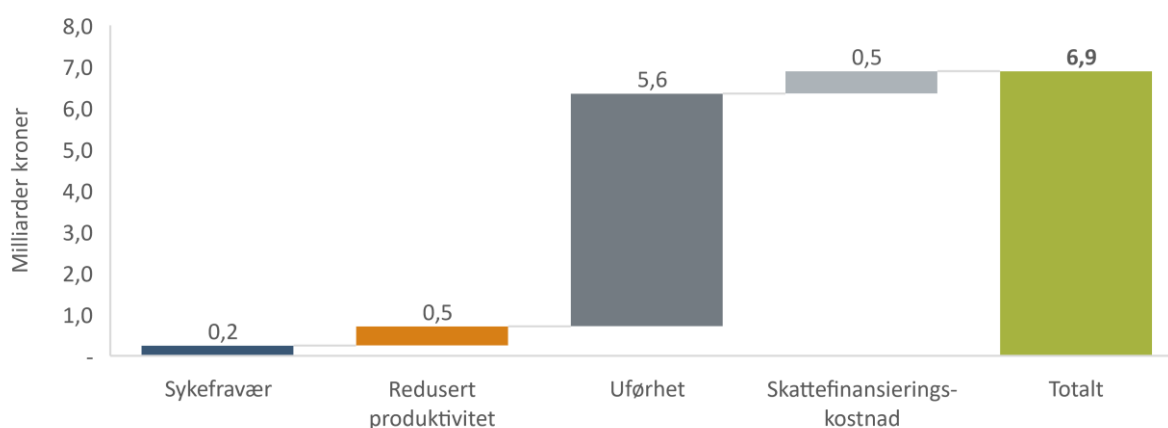
Tiden de pårørende bruker på uformell pleie og omsorg av pasienten med spiseforstyrrelser er tid de pårørende kunne ha brukt på annet, som arbeid eller fritidsaktiviteter. Derfor har denne tiden en alternativkostnad, og vil ikke fra et samfunnsøkonomisk perspektiv bli sett på som gratis pleie. Kostnaden for pårørendehjelpen er vanskelig å estimere, både fordi det er usikkerhet rundt hvor mange timer de pårørende bruker, og fordi det er vanskelig å fastslå hva verdien av timene er. Likevel synes vi det er viktig å inkludere denne kostnaden for å få et så realistisk helhetsbilde av hvilke kostnader spiseforstyrrelser forårsaker samfunnet. Ettersom det foreligger så stor usikkerhet, er estimatene vi presenterer konservative, og representerer dermed en nedre grense for kostnader av uformell pleie.

2.5 Produksjonstap

De som rammes av spiseforstyrrelser kan delvis, periodevis eller permanent, falle utenfor arbeidslivet. I tillegg kan lidelsen påvirke produktiviteten til de ansatte. Dette gir opphav til et produksjonstap som følge av spiseforstyrrelsen. I tillegg er det en stor andel unge med spiseforstyrrelser som ikke er i arbeidsfør alder. Likevel går disse personene glipp av skole, noe som også kan påvirke produksjonstapet for eksempel ved at man ikke tar utdanning, tar mindre utdanning eller kommer senere inn i arbeidslivet.

Beregningene som presenteres i denne rapporten viser at spiseforstyrrelser påfører samfunnet et produksjonstap som i 2021 tilsvarer **6,9 milliarder kroner**. Produksjonstapet representerer kostnadene knyttet til uførhet, sykefravær og redusert produktivitet som følge av spiseforstyrrelser, samt den såkalte skattefinansieringskostnaden som offentlig pengebruk knyttet til spiseforstyrrelser medfører. Derfor er produksjonstapet beregnet for alle med spiseforstyrrelser i alderen 10-65 år.

Figur 2-6: Totalt produksjonstap knyttet til spiseforstyrrelser fordelt på sykefravær, redusert produktivitet, uførhet og skattefinansieringskostnad. Kilde: Menon



⁶⁷ (Deloitte, 2020). Se Vedlegg D for mer detaljert beskrivelse av metoden.

Produksjonstapet knyttet til uførhet, redusert produktivitet og sykefravær er estimert til **6,4 milliarder kroner**. Til grunn for estimatet ligger flere omfattende internasjonale studier, som her er tilpasset norske forhold.⁶⁸ Studiene viser at studenter med spiseforstyrrelser har høyere sykefravær og ytterligere redusert produktivitet sammenlignet med voksne med spiseforstyrrelser. Vi har antatt at sykefraværet og antall timer med redusert produktiviteten er det samme uavhengig av om man er student eller voksen og følgelig kan vårt estimat være noe konservativt.

Skattefinansieringskostnaden oppstår ettersom beskatning påvirker hvordan vi bruker ressurser og dermed fører til et effektivitetstap.⁶⁹ Denne kostnaden defineres av Finansdepartementet som 20 øre per krone og grunnlaget for beregningen skal være den delen av helsetjenestene som må finansieres med offentlige midler. Med helse- og omsorgstjenestekostnader finansiert av stat og kommune grunnet spiseforstyrrelser på totalt 2,7 milliarder kroner, blir skattefinansieringskostnaden totalt 0,5 milliarder kroner.

2.6 Sammenligning med andre studier

Til sammenligning med andre rapporter som har estimert de samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til spiseforstyrrelser, finner vi sammenlignbare resultater ved vurdering av kostnadsgruppens størrelse.⁷⁰ Den største forskjellen mellom vårt estimat og det Streatfeild mfl. (2021) finner er at sykdomsbyrden er vesentlig høyere enn vår beregning. Per person estimerer de en sykdomsbyrde på om lag 540 000 kroner – tre ganger så høy enn vårt estimat. Den største forklaringen på dette er hvordan vi i Norge, og som vi også har brukt i denne rapporten, verdsetter et liv sammenlignet med det som er brukt i deres rapport.⁷¹ I tillegg har de ved noen diagnoser brukt en høyere sykdomsvekt samt et estimat på høyere dødelighet. Allikevel mener vi at vårt estimat på sykdomsbyrde er mer troverdig for den norske befolkningen.⁷²

I likhet med det vi finner, er helsetjenestekostnadene per person knyttet til spiseforstyrrelser i USA også lave, samt at en vesentlig del av helsetjenestekostnadene er knyttet til uformell pleie og omsorg fra pårørende. Videre er estimatet på produksjonstap per person i Norge og USA sammenlignbart. Totalt estimeres det at produksjonstapet knyttet til spiseforstyrrelser i USA er om lag 13 prosent av de totale samfunnskostnadene.

⁶⁸ Basert på (Jenkins, 2021), (Streatfeild, et al., 2021), (Pawaskar, Witt, Supina, Herman, & Wadden, 2017). Se vedlegg E for mer detaljer knyttet til estimeringen.

⁶⁹ (Finansdepartementet, 2021)

⁷⁰ (Streatfeild, et al., 2021) (Tannous, et al., 2021)

⁷¹ Verdsetting av liv i deres rapport er nesten dobbelt så høy enn det vi bruker i Norge, på 1,32 millioner i 2021.

⁷² Dette er blant annet på grunn av oppdaterte tall på sykdomsvekter som rapporten fra USA ikke hadde tilgang på når de publiserte sin rapport.

3 Betydningen av forebyggende arbeid

Med årlige samfunnskostnader på 26 milliarder kroner utgjør spiseforstyrrelser et stort samfunnsproblem. Et helhetlig og koordinert behandlings- og oppfølgingstilbud er viktig for å redusere problemet. I denne analysen er fokuset rettet mot verdien av lavterskeltilbud, som både kan forebygge tilfeller av spiseforstyrrelser, dempe alvorligheten i oppståtte sykdomstilfeller, samt bidra positivt gjennom oppfølging og støtte i en tilfriskningsprosess. Spesifikt beregnes den samfunnsøkonomiske verdien av informasjonsarbeidet og lavterskeltilbudet som ROS har til personer som rammes av spiseforstyrrelser og deres pårørende.

3.1 Betydningen av forebyggende arbeid ved spiseforstyrrelser

Tidlig diagnose og behandling er viktig for å få et godt sykdomsforløp. Samtidig er det et kjent problem at mange som sliter venter lenge før de oppsøker hjelp. Ulike lavterskeltilbud, som rådgivningstjenester og informasjonsarbeid, er derfor et tilbud av stor betydning for mange som sliter med spiseforstyrrelser. Slike tjenester kan bidra både til å forhindre alvorlige sykdomsforløp på et tidlig stadium og være viktige i en tilfriskningsprosess. Med andre ord har forebyggende arbeid et potensiale til å realisere store samfunnsøkonomiske gevinster gjennom relativt enkle tiltak.

3.1.1 Stort fokus på behov og uttalt vilje til å satse på forebyggingstiltak

Lett tilgang til gratis lavterskeltilbud for personer med psykiske problemer er et tiltak for å redusere sykdomsbyrden som anbefales av Helsedirektoratet.⁷³ Også Samhandlingsreformens hovedbudskap er at forebygging og tidlig hjelp gir bedre tjenester gjennom «bedre behandling, på rett sted, til rett tid».⁷⁴ Behovet for lavterskeltilbud innenfor psykisk helsehjelp er også satt på den politiske dagsorden i Hurdalsplattformen, hvor det legges særlig fokus på behovet for barn og unge i kjølvannet av pandemien.⁷⁵

I forbindelse med nye framskrivninger for spesialisthelsetjenesten settes det også et særlig fokus på behov for forebygging av spiseforstyrrelser. Ifølge de nyeste prognosene vil veksten i antall pasienter til behandling av spiseforstyrrelser kunne få konsekvenser for ressursfordelingen innad i helsetjenesten dersom den vedvarer.⁷⁶ Det anbefales derfor å gjennomføre nærmere undersøkelser av hvorvidt tiltak rettet mot forebygging av spiseforstyrrelser kan ha positiv effekt.

3.1.2 Empiriske utfordringer knyttet til å måle effekt av tiltak

Til tross for et uomtvistelig stort gevinstpotensial for samfunnet, er gevinstene av forebygging kun delvis belyst i den empiriske forskningen. Dette er imidlertid en kjent utfordring innenfor folkehelseområdet generelt. Innenfor spiseforstyrrelser har det vist seg svært krevende å måle prevalens. Å måle endring i prevalens over tid som en følge av forebyggende tiltak vil naturligvis være en enda større empirisk utfordring.

⁷³ (Helsedirektoratet, 2018)

⁷⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/smk/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2009/samhandlingsreformen--rett-behandling--p/id567911/>

⁷⁵

https://res.cloudinary.com/arbeiderpartiet/image/upload/v1/ievv_filestore/43b0da86f86a4e4bb1a8619f13de9da9afe348b29bf24fc8a319ed9b02dd284e

⁷⁶ <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-verrfaaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>

Det viser blant annet en litteraturgjennomgang gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2004, hvor rapporten konkluderte med at det manglet dokumentasjon på langvarige virkninger av forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser.⁷⁷ Selv om det er blitt publisert mye forskning på feltet de siste årene, er dokumentasjonen for effekten av forebyggende tiltak fortsatt knapp.⁷⁸

Enkelte tiltak har vist å ha en forebyggende effekt gjennom å påvirke risikofaktorer for å utvikle spiseforstyrrelser. Det mest lovende tiltaket ifølge Le mfl. (2017) er undervisning om hvordan medier fremstiller kroppsideal. I tillegg har en del forebyggende tiltak vist effekt på både risikofaktorer og symptomer når de rettes mot grupper med høyere risiko for spiseforstyrrelser, som eksempelvis tenåringsjenter. Kognitiv atferdsterapi for å fremme sunnere tenking har for eksempel vist seg å være effektivt for å redusere risikofaktorer og symptomer på spiseforstyrrelser blant jenter og unge kvinner.⁷⁹ I tillegg har også psykologiske tiltak generelt vist seg å være effektive for å forebygge spiseforstyrrelser blant studenter.⁸⁰

Tidlig behandling og selvhjelp kan påvirke alvorligheten av symptomene, livskvalitet og dødelighet ved spiseforstyrrelser.⁸¹ For eksempel er det dokumentert at tidlig behandling ved anoreksi er assosiert med bedre prognose, men det er ukjent om dette først og fremst skyldes forskjeller i alvorlighetsgraden av sykdommen fra starten av.⁸² Det er også forskning som tyder på at selvhjelp for å styrke selvfølelse samt mestring av symptomer kan være et effektivt første steg i behandling av spiseforstyrrelser.⁸³

Fra brukerorganisasjonenes side jobbes det også med å evaluere tiltak for å prøve å finne frem til de mest effektive metodene for å hjelpe personer med spiseforstyrrelser og spiseforstyrrelsesproblematikk. For eksempel har ROS gjennomført 2 forskningsprosjekt som studerer verktøy brukt på lavterskelnivå. Et av tiltakene er et selvhjelpskurs for personer med overspisingsproblematikk, som skal hjelpe å bli kjent med indre prosesser knyttet til hva og hvorfor man spiser fremfor å fokusere på vektreduksjon. Evalueringen gikk ut på å studere endringer i selvrapporterte spiseforstyrrelsessymptomer samt tre selvmedfølelsesmål, fordi en høy selvmedfølelse kan fungere som en beskyttende faktor mot negativt kroppsbilde og forstyrret spiseatferd. Evalueringen fant at deltakerne i kurset rapporterte bedring av både spiseforstyrrelsessymptomer og selvmedfølelsesmål.⁸⁴

3.1.3 Føre-var-prinsippet

I henhold til Helsedirektoratets veileder for vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser skal føre-var-prinsippet bidra i håndtering av vitenskapelig usikkerhet i tilfeller der det er risiko for at konsekvenser av tiltak kan innebære stor helseskade, herunder psykiske plager og lidelser på kort og lang sikt. Prinsippet tilsier at i mangel på sikker dokumentasjon bør forebyggende tiltak av spiseforstyrrelser favoriseres.

⁷⁷ (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2004)

⁷⁸ Se f.eks. (Le, Barendregt, Hay, & Mihalopoulos, 2017), (Jeppesen, et al., 2020), (Linardon, Shatte, Messer, Firth, & Fuller-Tyszkiewicz, 2020)

⁷⁹ (Le, Barendregt, Hay, & Mihalopoulos, 2017)

⁸⁰ (Harrer, et al., 2020)

⁸¹ (Arcelus, Mitchell, Wales, & Nielsen, 2011)

⁸² (Nazar, et al., 2017)

⁸³ (Carter, et al., 2003)

⁸⁴ (Nitter, Vrabell, Binder, & Kingswick, 2022)

3.2 Lite lavterskeltilbud og forebygging i den offentlige helsetjenesten

Selv om tidlig hjelp og støtte er viktig for å få et godt sykdomsforløp, finnes det begrenset tilgang på lavterskeltilbud for personer med spiseforstyrrelser i den offentlige helsetjenesten i dag. I tillegg utføres det ikke, basert på det vi har funnet informasjon om, spesifikke forebyggende tiltak mot spiseforstyrrelser fra offentlig hold. Tilbudet av denne type tjenester er derfor i stor grad lagt til brukerorganisasjoner som ROS.

Stigma rundt spiseforstyrrelser fører i tillegg til at personer ikke oppsøker hjelp før tilstanden er alvorlig. Dermed vil det synlige behovet for behandling være mer akutt og spesialisert, noe som håndteres av spesialisthelsetjenesten. Nasjonal veileder for håndtering av spiseforstyrrelser er også tydelig på at spesialisthelsetjenesten skal kobles inn tidlig i utrednings- og behandlingsforløpet. Når kapasiteten i spesialisthelsetjenesten er begrenset, vil en konsekvens være at man har begrenset tilgang for behandling av milde spiseforstyrrelser i den offentlige helsetjenesten. Dermed er det generelt få som får hjelp fra det offentlige i en tidlig fase av sykdommen.

I den kommunale helsetjenesten tyder kartleggingen på at tilbud om samtaleterapi gjennom kommunepsykologer et sjeldent eller ikke-eksisterende tilbud. For å få tilgang på samtaleterapi, må man derfor ha alvorlige nok symptomer for å få en henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Et typisk behandlingsforløp er i dag på mellom 1-3 år, men samtaler med fageksperter og internasjonal forskning tyder på at et gjennomsnittlig sykdomsforløp ofte er lengre enn behandlingsforløpet.⁸⁵ Det finnes flere årsaker til dette. For det første, blir sykdommen ofte oppdaget sent, for eksempel på grunn av kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten eller manglende kunnskap om spiseforstyrrelser. For det andre gjør kapasitetsutfordringer i helsetjenesten at «utskrivningsklare» pasienter nødvendigvis ikke er friske. For det tredje er spiseforstyrrelser en psykisk sykdom, og det er vanskelig å si hva som er tilstrekkelig behandlingstid ettersom enkelte gjerne har med sykdommen livet ut.

Behandlingstilbudet i det offentlige avhenger også av type spiseforstyrrelse. Selv om over 80 prosent av alle med spiseforstyrrelser lider av overspisingslidelser eller uspesifiserte spiseforstyrrelser, utgjør disse kun 13 prosent av ressursbruken i helsetjenesten. Dette forklares delvis av at bulimi og særlig anoreksi anses som mer akutte, og potensielt livstruende tilstander, og dermed krever mer behandlingsressurser. Mangel på kunnskap og kapasitet er andre naturlige forklaringer.

I tillegg peker fageksperter på at overspisingslidelse er vanskelig å oppdage, og at mye stigma rundt sykdommen gjør at man ikke oppsøker hjelp. Ved overspisingslidelser skjer det ofte at en behandler fedmen, men ikke gir psykologiske verktøy for å håndtere spiseforstyrrelsen som den underliggende årsaken.⁸⁶

3.3 ROS som en del av løsningen

ROS er en brukerorganisasjon som tilbyr gratis støtte, råd og veiledning for de som sliter med spiseforstyrrelser eller har et problematisk forhold til kropp, mat, trening og følelser. De tilbyr ikke behandlingstjenester, men har en viktig rolle i å fylle et vakuum i behov for lavterskeltilbud utenfor spesialisthelsetjenesten.

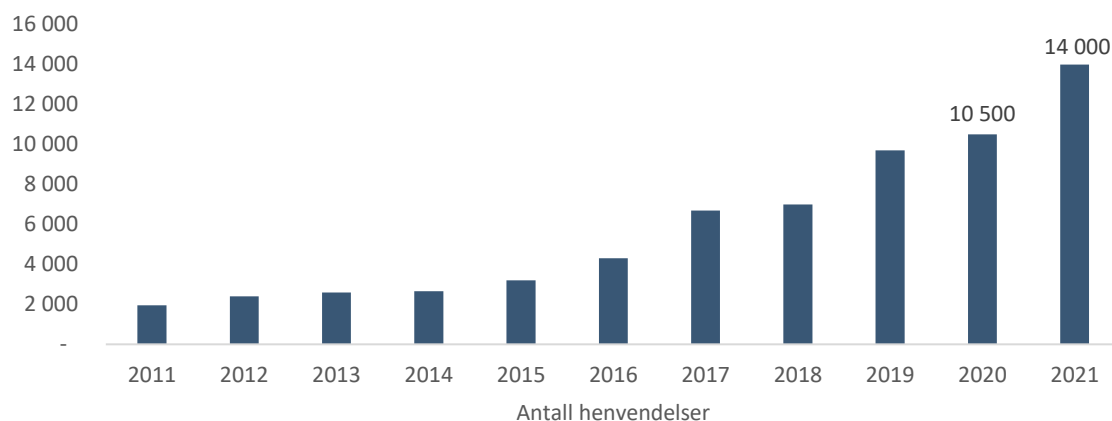
ROS når ut til stadig flere som trenger råd og støtte. I 2021 håndterte organisasjonen 14 000 henvendelser, en økning på 32 prosent fra 2020. Selv om det kan være flere enn én henvendelse fra samme person, representerer

⁸⁵ Det gjennomsnittlige sykdomsforløpet ved spiseforstyrrelser beregnes til å være mellom 6-7 år (Rhind, et al., 2016)

⁸⁶ Se for eksempel <https://www.nrk.no/trondelag/behandling-for-folk-med-fedme-og-overspisingslidelse--flere-ma-vite-om-dette-1.15750112>

dette likevel en potensielt stor andel av alle de 88 000 som vi estimerer sliter med spiseforstyrrelser i Norge i dag.

Figur 3-1 Antall henvendelser til ROS, 2011-2021. Kilde: ROS (2020), ROS (2021)



Den viktige rollen frivillig innsats og lavterskeltilbud har spilt i løpet av pandemien er blitt trukket frem for eksempel i eksempel i en rapport fra ekspertgruppen som fikk i oppdrag fra regjeringen i 2021 å sammenstille tilgjengelig kunnskap om de konsekvensene koronapandemien har hatt for folks livskvalitet.⁸⁷ I denne rapporten står det at: «For mange som har hatt det vanskelig har nettopp de frivillige lavterskeltilbudene vært en uvurderlig støtte, enten de har trengt noen å snakke med på chat eller telefon når det har røynt på, eller noen som kan handle dagligvarer for dem.»

ROS er lavterskeltilbud, men har så stor pågang at de den siste tiden har hatt vanskelig å tilby rask hjelp til alle som tar kontakt. Det er en økning i antall henvendelser siden pandemien slo ut, og henvendelsene er av en alvorligere karakter.⁸⁸ Total rådgivning har økt med 50 prosent mellom 2019 og 2021, mens henvendelser fra barn og unge har økt med hele 105 prosent. I tillegg har antall alvorlige henvendelser, som for eksempel henvendelser knyttet til tanker om selvmord, øket med 75 prosent fra ca. 70 henvendelser i 2019 til ca. 120 i 2021.

Det økte behovet for veiledning og støtte i løpet av pandemien har ført til en lang venteliste for individuelle samtaler i ROS, noe som ikke er forenlig med hensikten med et lavterskeltilbud. ROS oppgir at de i løpet av pandemien har hatt perioder med over 200 personer på venteliste for individuelle samtaler, og at ventetiden har vært opp til 5 måneder. Antall individuelle samtaler i ROS har økt med 76 prosent fra 2019 til 2021, fra om lag 3000 til nesten 5200.

ROS når også ut til mange som i dag ikke får hjelp gjennom den offentlige helsetjenesten. Over halvparten av de som er i kontakt med ROS får ikke behandling fra det offentlige: 44 prosent av de som bruker ROS sitt tilbud får ikke noen behandling og 7 prosent venter på å få behandling.⁸⁹

I tillegg tilbyr ROS også støtte til personer som allerede får behandling for spiseforstyrrelser, eller som har avsluttet eller droppet ut av behandling. På denne måten kan ROS komplementere det offentlige tilbudet, både

⁸⁷ (Kjøs, 2021)

⁸⁸ <https://psykologisk.no/2021/08/stor-okning-av-spiseforstyrrelser-lavterskeltilbud-opplever-historisk-lange-ventelister/>

⁸⁹ (ROS, 2020)

i løpet av behandlingen, men særlig etter avsluttet behandling når det kan være vanskeligere å få støtte fra det offentlige. ROS tilbyr også støtte til pårørende.

Mens mye av ressursene i det offentlige går til bulimi og anoreksi, blir ROS sitt tilbud i stor grad også brukt av personer med andre former for spiseforstyrrelser og spisevansker. Det er særlig interessant å se at 38 prosent av ROS sine henvendelser i 2020 omhandlet overspisingsproblematikk, sammenlignet med at kun omtrent 4 prosent av ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på denne lidelsen.

3.4 Samfunnsøkonomisk verdi av forebyggende arbeid

Lavterskeltilbud vil både kunne forebygge utviklingen av spiseforstyrrelser, dempe alvorligheten i sykdomsforløpene og stimulere til en raskere tilfriskningsprosess. Dette bidrar til lavere samfunnskostnader knyttet til spiseforstyrrelser, både gjennom redusert belastning for helsetjenesten, lavere sykdomsbyrde for pasientene og mindre produksjonstap for samfunnet.

I kapittel 3.4.1 ser vi på hvordan redusert alvorlighet påvirker helsetjenestekostnadene ved behandling, mens vi i kapittel 3.4.2 ser på den totale samfunnskostnaden ved å unngå sykdomstilfeller.

3.4.1 Samfunnsøkonomisk verdi av redusert alvorlighet

Gjennom å redusere alvorligheten av spiseforstyrrelsene og dermed unngå eller forkorte behandling, kan en redusere helsetjenestekostnadene betydelig. Ved å kun forebygge ett alvorlig sykdomsforløp for barn og unge, kan en redusere helsetjenestekostnader med om lag 4 millioner kroner.

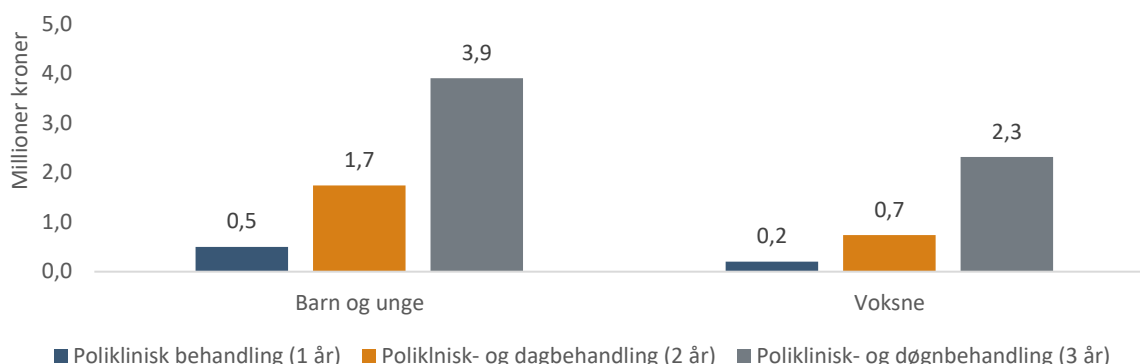
For å estimere gevinsten av redusert alvorlighet har vi estimert behandlingskostnader for behandlingsforløpene beskrevet i tabellen under og i kapittel 1.3.3.

Tabell 3.1: Beskrivelse av de alternative behandlingsforløpene i spesialisthelsetjenesten. Kilde: Menon

Behandling	Beskrivelse	Varighet
Poliklinisk behandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Pasienten blir også fulgt opp av fastlegen i løpet av året.	1 år
Poliklinisk- og dagbehandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Ettersom poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig, starter pasienten med en mer intensivert poliklinisk behandling. Pasienten blir fulgt opp av fastlegen i løpet av behandlingsforløpet.	1-2 år
Poliklinisk- og døgnbehandling	Pasienten henvises til spesialist hos fastlegen, etterfulgt av poliklinisk behandling. Pasienten har alvorlige spiseforstyrrelser og blir innlagt. Etter innleggelse blir pasienten fulgt opp gjennom polikliniske behandlinger og fastlegen.	2-3 år

Behandlingskostnadene for de forskjellige behandlingsforløpene er presentert i Figur 3-2.

Figur 3-2: Estimerte kostnader for ulike behandlingsforløp per pasient, i spesialisthelsetjenesten for henholdsvis barn/unge og voksne. Kilde: Menon



For barn og unge koster det ifølge våre beregninger i underkant av 8 ganger så mye å behandle en person med spiseforstyrrelser gjennom et 3-årig løp med innleggelse, sammenlignet med kun jevnlig polikliniske konsultasjoner i en periode på ett år. Et 2-årig behandlingsløp som inneholder både polikliniske konsultasjoner og dagbehandling koster under halvparten av det et behandlingsforløp med innleggelse gjør for barn og unge. Poliklinisk behandling er den vanligste formen for behandling for spiseforstyrrelser, etterfulgt av innleggelser og dagbehandling.⁹⁰

For voksne, koster det ifølge våre beregninger omtrent 11 ganger så mye å behandle en person med spiseforstyrrelser gjennom et 3-årig løp med innleggelse, sammenlignet med kun jevnlig polikliniske konsultasjoner i en periode på ett år. Det koster også omtrent 3 ganger så mye med et 3-årig løp med innleggelse, sammenlignet med et 2-årig behandlingsløp som inneholder både polikliniske konsultasjoner og dagbehandling for voksne.

Dersom forebygging hadde ført til unngått innleggelse, eller at flere blir behandlet kun poliklinisk og/eller i dagbehandling, ville man kunne redusert helsetjenestekostnadene betraktelig. Vi kan illustrere dette med et eksempel på et barn med spiseforstyrrelser. Dersom forebygging fører til unngått innleggelse og at man istedenfor poliklinisk- og døgnbehandling (3 år) kun trenger poliklinisk behandling i en periode på omtrent ett år, ville det ifølge våre beregninger ført til reduserte kostnader på omtrent 3,4 millioner. I tillegg vil det forekomme store besparelser knyttet til produksjonstap og sykdomsbyrde, både for barn/unge og voksne.

3.4.2 Samfunnsøkonomisk verdi av unngått sykdom

I tillegg til reduserte helsetjenestekostnader reduseres også andre samfunnskostnader hvis man klarer å forebygge et tilfelle av spiseforstyrrelser. På bakgrunn av dette har vi satt opp tre ulike eksempler som belyser den potensielle verdien av forebygging.

⁹⁰Beregningen av kostnadene er i tråd med SLV sin oversikt over dokumentasjon av enhetskostnader for metodevurderinger. (Statens Legemiddelverk, 2021) Detaljer ved utregningen finnes i Vedlegg C: Beregning av helsetjenestekostnader

Figur 3-3 Eksempler på verdien av forebygging for ulike sykdomsforløp for en person med spiseforstyrrelser. Kilde: Menon

Gjennomsnittlig sykdomsforløp		Verdi for samfunnet ved forebygging av et tilfelle
	En gjennomsnittspasient som er syk i 6 år	1,8 mill. kroner
Alvorlig sykdomsforløp (voksne)		
	En voksen har alvorlige spiseforstyrrelser og mottar behandling i 2-3 år inkludert innleggelse i perioden	3,9 mill. kroner
Alvorlig sykdomsforløp (barn og unge)		
	Et barn eller en ung person har alvorlige spiseforstyrrelser og mottar behandling i 2-3 år inkludert innleggelse i perioden	5,5 mill. kroner

Et gjennomsnittlig sykdomsforløp tar utgangspunkt i de totale samfunnskostnadene knyttet til spiseforstyrrelser, fordelt på forekomsten i Norge, over en periode på 6 år. Det innebærer at man i snitt reduserer de totale samfunnskostnadene med i underkant av 2 millioner per individ som unngår å utvikle spiseforstyrrelser, som en følge av forebygging.

Som en følge av både stigma rundt sykdommen, og hvordan retningslinjene og systemet er lagt opp, er det ofte de mest alvorlige tilfellene av spiseforstyrrelser som mottar behandling. Med utgangspunkt i behandlingskostnadene for et alvorlig forløp, i tillegg til det påfølgende produksjonstapet og sykdomsbyrden, vil man kunne redusere de totale samfunnskostnadene med i underkant av 4 millioner per voksen med en alvorlig grad av spiseforstyrrelser, dersom forebygging fører til unngått sykdom. For barn og unge i en tilsvarende situasjon, vil besparelsene være på omtrent 5,5 millioner.

Hvis en, ved hjelp av forebyggende tiltak, kan forebygge 100 tilfeller av spiseforstyrrelser vil man redusere samfunnskostnadene med omtrent 180, 390 og 550 millioner kroner for henholdsvis eksempel 1, 2 og 3 gjennom sykdomsforløpet⁹¹. De ulike eksemplene fanger kun opp den direkte verdien av å forebygge spiseforstyrrelser, ettersom kostnader knyttet til mulige følgesykdommer, som for eksempel behandling av fedme og overvekt ved overspisingslidelser, ikke er inkludert.

⁹¹ Beregnet basert på et sykdomsforløp på 6 år. Per år blir dette 30, 65 og 92 millioner kroner for henholdsvis eksempel 1, 2 og 3.

Referanseliste

- Anastasiadou, D., Medina-Pradas, C., Sepulveda, A. R., & Treasure, J. (2014). A systematic review of family caregiving in eating disorders. pp. 464-477. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.06.001
- Arcelus, J., Mitchell, A., Wales, J., & Nielsen, S. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders: A Meta-analysis of 36 Studies. *Arch Gen Psychiatry*.
- Bergman, H., & Livingstone, N. (2016). Targeted Update, Cognitive behavioural therapy compared to any other psychological therapy for binge eating disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Braaten, N., Lindhjem, H., & Navrud, S. (2009). Valuing Lives Saved from Environmental, Transport and Health Policies: A Meta-Analysis of Stated Preference Studies.
- Carter, J. C., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., McCabe, R. E., Mills, J. S., & Aimé, A. (2003). Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 160(5):973-8.
- Deloitte. (2020). *Social and economic cost of eating disorders in the United States of America*. doi:<https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/1267/2020/07/Social-Economic-Cost-of-Eating-Disorders-in-US.pdf>
- Demmler, J. C., Brophy, S. T., Marchant, A., John, A., & Tan, J. (2020). Shining the light on eating disorders, incidence, prognosis and profiling of patients in primary and secondary care: national data linkage study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*.
- Den norske legeforening. (2021). *Normaltariff for fastleger og legevakt 2021-2022*. Den norske legeforening.
- Direktoratet for økonomistyring. (2018). Veileder til utredningsinstuksen: Instruks om utredning av statlige tiltak.
- Eddy, K. T., Tabri, N., Thomas, J. J., Murray, H. B., Keshaviah, A., Hastings, E., . . . Franko, D. L. (2017). Recovery From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa at 22-Year Follow-Up. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Fang, R. (2020). *Prevalence of Eating Disorders in Men versus Women*. Pressbooks. Retrieved from <https://btugman.pressbooks.com/chapter/prevalence-of-eating-disorders-in-men-vs-women/>
- Finansdepartementet. (2012). *NOU 2012:16 Samfunnsøkonomiske analyser*.
- Finansdepartementet. (2014). *Rundskriv R-109/14: Prinsipper og krav ved utarbeidelse av samfunnsøkonomiske analyser mv.* Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf
- Finansdepartementet. (2021). *Rundskriv R-109/21*.
- Folkhelseinstituttet. (2016). *Sykdomsbyrde i Norge. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013)*.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavoracci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. pp. 1402-1413. doi:<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

- Grange, D. L., Crosby, R. D., Engel, S. G., Cao, L., Ndungu, A., Crow, S. J., . . . Wonderlich, S. A. (2013). DSM-IV-defined anorexia nervosa versus subthreshold anorexia nervosa (EDNOS-AN). doi:10.1002/erv.2192
- Götestam, K. G., & Agras, W. S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. pp. 119-126. doi:10.1002/1098-108x(199509)18:2<119::aid-eat2260180203>3.0.co;2-u
- Harrer, M., A. S., Messner, E., Baumeister, H., Cuijpers, P., Bruffaerts, R., . . . Ebert, D. (2020). Prevention of eating disorders at universities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*.
- Hay, P., Claudino, A., Touyz, S., & Elbaky, G. A. (2015). Individual psychological therapy in the outpatient therapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic*.
- Helmchen, H., & Linden, M. (2000). Subthreshold disorders in psychiatry: clinical reality, methodological artifact, and the double-threshold problem. doi:10.1016/s0010-440x(00)80001-2
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for barn og unge*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder - psykisk helsevern for voksne*. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2017). *Spiseforstyrrelser - Nasjonal faglig retningslinje*. Helsefirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen.
- Helsedirektoratet. (2019). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015*. Helsedirektoratet. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Helsedirektoratet. (2021). *Vurdering av virkninger på folkehelsen og helseeffekter i samfunnsøkonomiske analyser [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 29. oktober 2021, lest 22. desember 2021).
- Helsetilsynet. (2017). *Bekymring i skuffen. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemelding til den som har meldt. Rapport 1/2017*. Retrieved from https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetra pport1_2017.pdf/
- Helsetilsynet. (2020). Følge med og følge opp pandemien – informasjons- og kunnskapskilder. *Statens helsetilsyn, internserien 4/2020*.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. pp. 348-358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040

- James, S., Murray, C., & Vos, T. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789–1858.
- Jenkins, P. E. (2021). Cost-of-illness for non-underweight binge eating disorders. doi:10.1007/s40519-021-01277-3
- Jeppesen, P., Obel, C., Lund, L., Madsen, K., Nielsen, L., & Nordentoft, M. (2020). *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år - forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder*. København: Vidensråd for Forebyggelse.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Chiu, W. T., Deitz, A. C., Hudson, J. I., Shahly, V., . . . al., e. (2013). The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biological psychiatry*, 73(9), 904–914.
- Kjøs, P. (2021). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien. Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. . Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe .
- Le, L., Barendregt, J., Hay, P., & Mihalopoulos, C. (2017). Prevention of eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*.
- Linardon, J., Shatte, A., Messer, M., Firth, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). E-mental health interventions for the treatment and prevention of eating disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*.
- Loftfjell, A.-L. G., Thomassen, S. M., Karlstad, J., & Brinchmann, B. S. (2020). Foreldres opplevelse av å ha en voksen datter med spiseforstyrrelse. doi:10.4220/Sykepleienf.2020.81474
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., . . . Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. pp. 320-324. doi:10.1002/eat.22232
- Martín, J., Padierna, A., Wijngaarden, B. v., Aguirre, U., Anton, A., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2015). Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia. doi:10.1186/s12888-015-0507-9
- Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffter, A. L., . . . Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eat Weight Disord*. 2017 Jun;22(2):201-209.
- Menon Economics. (41/2019). *Hjertesvikt i Norge - omfang og samfunnskostnader*. Oslo: Menon Economics.
- Menon Economics. (57/2019). *Status for øyehelse i Norge: Store samfunnskostnader som følge av synstap*. Oslo: Menon Economics.
- Menon Economics. (64/2020). *Samfunnskostnader knyttet til alzheimers og annen demenssykdom*.
- Menon Economics. (9/2019). *Overvekt og fedme i Norge: Omfang, utvikling og samfunnskostnader*. Oslo.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2004). *Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 13-2004 .

- National Eating Disorders Association. (2021). *Statistics & Research on Eating Disorders*. Retrieved from National Eating Disorders Association: <https://www.nationaleatingdisorders.org/statistics-research-eating-disorders>
- Nazar, B., Gregor, L., Albano, G., Marchica, A., Coco, G., Cardi, V., & al., e. (2017). Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *Eur Eat Disord Rev*.
- Nitter, C., Vrabel, K. A., Binder, P. E., & Kingswick, I. (2022). Bli venn med maten: evaluering av et lavterskel kurstilbud for personer med overspisingsproblematikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*.
- Norsk Psykolog Forening. (2021). *Taktsrundskrivet 2021*. Norsk Psykolog Forening.
- Oslo Economics. (2019). *Fremtidens kreftkostnader*. Oslo: Oslo Economics.
- Pawaskar, M., Witt, E. A., Supina, D., Herman, B. K., & Wadden, T. A. (2017). Impact of binge eating disorder on functional impairment and work productivity in an adult community sample in the United States. doi:10.1111/ijcp.12970
- Raenker, S., Hibbs, R., Goddard, E., Naumann, U., Arcelus, J., Ayton, A., . . . Wh, L. (2013). Caregiving and coping in carers of people with anorexia nervosa admitted for intensive hospital care. pp. 346-354. doi:10.1002/eat.22068
- Rhind, C., Salerno, L., Hibbs, R., Micali, N., Schmidt, U., Gowers, S., . . . Treasure, J. (2016). The Objective and Subjective Caregiving Burden and Caregiving Behaviours of Parents of Adolescents with Anorexia Nervosa. pp. 310-319. doi:10.1002/erv.2442
- Robberstad, B. (2009). QALYs vs DALYs vs LYs gained: What are the differences, and what difference do they make for health care priority setting? *Norsk Epidemiologi*, 15(2).
- Rohde, M. K., & Bjørnelv, S. (2020). *Årsrapport for 2020 med plan om forbedringstiltak*. Norsk kvalitetsregister for behandlin av spiseforstyrrelser.
- Rohde, M. K., & Bjørnelv, S. (2021). *Årsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak*. NORSPIS. Retrieved from <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2021-06/NorSpis%20%C3%85rsrapport%202020.pdf>
- ROS - Rådgivning om Spiseforstyrrelser. (2021). *Rådgivningshenvendelser i ROS. Januar-September 2021*.
- ROS. (2020). *Årsmelding 2020*.
- Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. pp. 198-220. doi:10.1080/21662630.2014.940549
- Santomauro, D., Melen, S., Mitchison, D., Vos, T., Whiteford, H., & Ferrari, A. (2021). The hidden burden of eating disorders: an extension of estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current psychiatry reports*.

- Statens helsetilsyn. (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Utredningsserie 7 – 2000.
- Statens Legemiddelverk. (2021). *Dokumentasjon av enhetskostnader - Versjon 1.1*. Retrieved from <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/dokumentasjon-for-metodevurdering/enhetskostnadsdatabase>
- Statens legemiddelverk. (2021). *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler*. Gyldig fra 01.01.2018, Oppdatert 18.10.2021.
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., . . . Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. pp. 851-868. doi: 10.1002/eat.23486
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 714–723. doi:<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.22>
- Tannous, W. K., Hay, P., Girosi, F., Heriseanu, A. I., Ahmed, M. U., & Touyz, S. (2021). The economic cost of bulimia nervosa and binge eating disorder: a population-based study. doi:10.1017/S0033291721000775
- Torgersen, L. (2016). *Folkehelseinstituttet*. Retrieved from Fakta om spiseforstyrrelser - anoreksi, bulimi og overspisingslidelse: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/spiseforstyrrelser2/>
- Vist, G., Jung, S., Straumann, G., Ding, K., & Reinar, L. (2016). *Cognitive behavior therapy compared to other psychotherapy for treatment of bulimia*. FHI.
- Weinstein, M., Torrance, G., & McGuire, A. (2009). QALYs: the basics. *Value Health*, 5-9.
- World Health Organization. (2018). WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000 - 2016. *Department of Information, Evidence and Research WHO, Geneva*. Retrieved from https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalDALY_method_2000_2016.pdf
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. pp. 338-349. doi:10.1002/erv.925

Metodevedlegg

Vedlegg A: Prevalens

Grunnlaget for vårt estimat, er basert på et grundig litteratursøk etter prevalensstudier. Både metastudier samt nasjonale og internasjonale rapporter er blitt brukt for å innhente relevant litteratur. Hovedstudien vi har tatt utgangspunkt i ved vårt prevalensestimater er prevalensoversikten som presenteres i Streatfeild mfl. (2021).⁹²

Vi presenterer her en oversikt over de mest relevante studiene basert på litteraturgjennomgangen som er tatt med i vurderingen ved vårt estimat. Som det fremkommer, er det store variasjoner mellom prevalenstallene mellom studiene. Dette kommer blant annet av vanskeligheten med å trekke klare skillelinjer mellom diagnosene, det faktum at det er en lidelse som svært mange prøver å skjule, samt valg av diagnosesystem blant studiene.

FHI rapporterer forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse for kvinner mellom 15 og 44 år til å være henholdsvis 0,3 prosent, 2 prosent, og 3 prosent.⁹³ Basert på befolkningstall i 2021, vil det si at omtrent 55 000 norske kvinner i aldergruppen 15 til 44 år har spiseforstyrrelser (Tabell 0.1). Prevalenstallene er hentet fra en norsk undersøkelse, men ulempen med FHI sine estimater er at de baserer seg på en utdatert undersøkelse⁹⁴, samt at undersøkelsen kun ser på prevalensen for unge kvinner. Spiseforstyrrelser rammer ikke bare tenåringsjenter og kvinner, det forekommer også hos gutter og menn. Hele samfunnsbilde av spiseforstyrrelser er dermed ikke dokumentert i undersøkelsen som FHI baserer sine estimater på. Selv om denne undersøkelsen av Rosenvinge & Gøtestam (2002) trolig er den mest omtalte og brukte studien for prevalenstall i Norge, har vi ikke valgt å benytte disse estimatene grunnet det overnevnte, men de er tatt med i vurderingen som helhet.

Tabell 0.1: Antall kvinner mellom 15-44 år med spiseforstyrrelser i Norge i 2021. Kilde: FHI, Menon

Problematikk	Forekomst	Antall
Anoreksi	0,3 %	3 077
Bulimi	2,0 %	20 512
Overspisingslidelse	3,0 %	30 768
Totalt	5,3 %	54 357

Helsedirektoratet rapporterer, basert på nasjonale og internasjonale prevalensstudier, at forekomsten av anoreksi, bulimi og overspisingslidelse er henholdsvis 0,5 prosent, 1-2 prosent og 2-3 prosent.⁹⁵ Som det presiseres av Helsedirektoratet, varierer prevalenstallene mellom studiene som følge av blant annet valgt diagnosesystem. Sammenligner man disse prevalenstallene med prevalenstallene fra FHI, er det en vesentlig større andel av befolkningen som havner inn under en spiseforstyrrelse. Dette kommer blant annet av at Helsedirektoratet hverken differensierer på kjønn eller alder. Basert på 2021-befolkningstall og forekomsten av spiseforstyrrelser i henhold til Helsedirektoratet, vil et lavt estimat være at 189 000 nordmenn har en spiseforstyrrelse (Tabell 0.2).

⁹² (Streatfeild, et al., 2021)

⁹³ (Torgersen, 2016)

⁹⁴ Undersøkelsen er gjort på vegne av Helsetilsynet i 1999 av Jan H. Rosenvinge og K. Gunnar Gøtestam. Se <https://tidsskriftet.no/2002/01/aktuelt-problem/spiseforstyrrelser-hvordan-bor-behandlingen-organiseres>.

⁹⁵ (Helsedirektoratet, 2017)

Tabell 0.2: Antall personer med spiseforstyrrelser i Norge i 2021 basert på prevalenstillene fra Helsedirektoratet. Kilde: Helsedirektoratet, Menon

Problematikk	Forekomst	Antall – lavt estimat	Antall – høyt estimat
Anoreksi	0,5 %	27 000	27 000
Bulimi	1 - 2 %	54 000	108 000
Overspisingslidelse	2 - 3 %	108 000	162 000
Totalt	3,5 - 5,5 %	189 000	297 000

Hverken FHI eller Helsedirektoratet har «Uspesifiserte spiseforstyrrelser» som en egen kategori når de presenterer prevalensen av spiseforstyrrelser. Det kan tenkes at andelen personer med denne type spiseproblematikk har falt inn under en av de tre andre kategoriene, men det har vi ikke kjennskap til.

Som det kommer frem av vårt litteratursøk, samt det FHI og Helsedirektoratet rapporterer, er det få norske studier som har forsket på forekomsten av spiseforstyrrelser, særlig i nyere tid. Det finnes ikke oppdaterte og nøyaktige tall over hvor mange som har spiseforstyrrelser i Norge. Vi har dermed sett det fornuftig og relevant å se til utlandet for mer oppdaterte studier.

En nyere studie av Rosenvinge & Pettersen (2015)⁹⁶ har gjort en gjennomgang av eksisterende epidemiologiske studier for å undersøke om det eksisterer nye funn med hensyn til prevalens av spiseforstyrrelser. Frem til 2006 hadde de funnet en prevalens for anoreksi mellom 0 til 0,9 prosent, og en gjennomsnittlig prevalens for unge kvinner estimert til 0,29 prosent. Studien har funnet at nyere prevalensstudier også beregner prevalensen til å ligge innenfor dette området. For kvinner mellom 40 og 60 år har prevalensen for anoreksi blitt estimert til null. Ved bulimi er prevalensen beregnet til å ligge mellom 0,9 prosent til 1,5 prosent. Nyere studier finner også prevalsen til å ligge mellom dette spennet, men det er også blitt rapportert en lavere prevalens på 0,3-0,5 prosent. Ser man dette i kontekst med det FHI og Helsedirektoratet rapporterer, er disse funnene noe lavere. Sammenlignet med anoreksi, er bulimi mer utbredt blant 40-60 åringer. Prevalensen har blitt rapportert til 1,4 prosent for damer og 0,27 prosent for begge kjønn.

Videre er prevalensen ved overspisingslidelse funnet til å ligge mellom 1 og 4,6 prosent. Prevalensen ser ut til å være økende fra midten til slutten av ungdomsårene, både for jenter og for gutter. Studier har funnet en økning fra henholdsvis 10 til 14 prosent for jenter og 3 til 6 prosent for gutter. For damer over 40 år har studier funnet en prevalens på 1,5 prosent. Dette er sammenlignbart med det som ble funnet for samme gruppe ved bulimi. Prevalensen som er funnet for uspesifikke spiseforstyrrelser varierer fra 1,3 prosent til 9,4 prosent. Denne oppsummerende studien fra Rosenvinge & Pettersen (2015) tydeliggjør variasjonen blant prevalensstudier som omhandler spiseforstyrrelser. Som det poengteres i studien er det svært vanskelig å undersøke prevalensen grunnet heterogeniteten ved alvorlighetsgrad, samt valg av diagnosesystem.

Galmiche mfl. (2019) har gjennomført en omfattende litteraturgjennomgang i nyere tid.⁹⁷ Som det er beskrevet i artikkelen var målet å gi en uttømmende oversikt over studiene som rapporterer prevalens av spiseforstyrrelser over tidsperioden 2000-2018 globalt. Litteratursøket var begrenset til engelsk- og franskspråklige studier og endte med inkludering av 94 studier. Blant studiene som rapporterte prevalens var det vektete gjennomsnittet av spiseforstyrrelser for kvinner og menn henholdsvis 5,7 prosent og 2,2 prosent.⁹⁸

⁹⁶ (Rosenvinge & Pettersen, 2015)

⁹⁷ (Galmiche, Déchelotte, Lambert, & Tavalacci, 2019)

⁹⁸ De vektete gjennomsnittene er beregnet fra prevalensdataen og populasjonsstørrelsen til hver studie

Tabell 0.3: Vektet gjennomsnitt (intervall) av prevalens for de fire forskjellige spiseforstyrrelsesdiagnosene. Kilde: Galmiche mfl. (2019)

Problematikk	Kvinner, % (intervall)	Menn, % (intervall)
Anoreksi	2,8 (0 – 4,8)	0,3 (0 – 4,0)
Bulimi	1,5 (0 – 8,4)	0,1 (0 – 1,3)
Overspisingslidelse	2,3 (0 – 9,8)	0,3 (0 – 0,5)
Uspesifikk spiseforstyrrelse	10,0 (0,5 – 31,1)	0,9 (0,5 – 1,7)
Vektet gjennomsnitt (totalt)	5,7	2,2

Som det kommer frem av tabellen ovenfor er det tydelig at spiseforstyrrelser også er å se hos menn, selv om det forekommer hyppigere hos kvinner. Sammenlignet med prevalenstillene for kvinner fra FHI ser man en særlig forskjell i andelen med anoreksi. Basert på det Galmiche mfl. (2019) har funnet, kan det tyde på at det FHI rapporterer er en underestimert. ⁹⁹ Derimot, estimatene for bulimi og overspisingslidelse er svært sammenlignbare med FHI sine estimater. Ut ifra disse funnene, er uspesifikke spiseforstyrrelser helt klart den største gruppen av spiseforstyrrelser. Dette ser og ut til å være konsekvent med det Rosenvinge mfl. (2015) fant i deres litteraturgjennomgang, selv om spennet som rapporteres i ulike studier er stort.

Streatfeild mfl. (2021) har estimert de sosiale og økonomiske kostnadene av spiseforstyrrelser i USA. ¹⁰⁰ I den forbindelse har de gjort et systematisk litteratursøk på prevalensstudier. Ettersom det er svært få studier som gir en oversikt over prevalensen basert på alder og kjønn, har de, basert på de mest relevante studiene, satt sammen en prevalensoversikt delt inn i kjønn, samt aldersgrupper på ti og ti år. Oversikten gjør det altså mulig å estimere hvor mange kvinner og menn, basert på alder, som har en spiseforstyrrelse. Vi ser på denne studien som den mest relevante og oppdaterte, og har dermed valgt å anvende denne ved vårt prevalens estimat for Norge. Vi har allikevel gjort noen justeringer, da kjønnsfordelingen ved overspisingslidelse fra Streatfeild mfl. ikke så ut til å representere den norske befolkningen ifølge norske eksperter vi har vært i kontakt med. Annen data og litteratur fra relevante nettsteder og studier støtter opp under deres syn på at overspisingslidelse har vesentlig mindre kjønnsforskjeller sammenlignet med anoreksi og bulimi. ¹⁰¹

Basert på dette, samt befolkningstall i Norge i 2021, har vi kommet frem til at det ca. er 88 000 personer med spiseforstyrrelser i Norge i 2021.

Vedlegg B: Beregning av sykdomsbyrden

Grunnleggende om helsetapsberegninger

Innen helseøkonomi benyttes ofte *velvære* som utgangspunkt for å måle nyttetapet ved sykdom og skader. Et leveår med full helse anses som fullt velvære, mens sykdom og skader gir en reduksjon fra dette nivået av fullt velvære.

Det finnes ulike metoder for å måle tapet av velvære som en sykdom eller en skade påfører et individ. QALY (*Quality Adjusted Life Year/Kvalitetsjustert leveår*) og DALY (*Disability Adjusted Life Year/Helsetapsjustert leveår*)

⁹⁹ Det er allikevel viktig å påpeke at tallene ikke er helt sammenlignbare da FHI kun ser på 15-44 åringer, mens estimatene her er for alle kvinner i alle aldersgrupper

¹⁰⁰ (Streatfeild, et al., 2021)

¹⁰¹ (Torgersen, 2016), (Fang, 2020), (National Eating Disorders Association, 2021), (Hudson, Hiripi, Pope, & Kessler, 2007)

er de to vanligste målene for å anslå tapt velvære som følge av en sykdom eller skade. For QALY angis velværetapet på en skala fra 0 til 1, der 0 er «null velvære», dvs. død, og 1 er «fullt velvære». DALY bruker også en skala 0 til 1, men skalaen er invers av QALY. DALY = 0 betyr ett leveår med fullt velvære (dvs. ingen symptomer på sykdom/skade) mens DALY = 1 er et leveår med fullt helsetap/null velvære, dvs. død. Skalaen for både QALY og DALY er utformet slik at like endringer i absoluttverdi er like betydningsfulle hvor på skalaen de skjer. Eksempelvis er en endring fra 0,1 til 0,2 QALY like verdifullt som en endring fra 0,9 til 1 (Weinstein, Torrance, & McGuire, 2009).

DALY har to viktige grunnprinsipper (Robberstad, 2009): (1) det kalkulerede velværetapet for like helseutfall skal være det samme og (2) velværetapet skal være uavhengig av ikke-helserelaterte karakteristika ved individet (med mulig unntak av alder og kjønn, hvor man av og til ser at ulik DALY-vekt brukes for samme sykdom for individer med ulik alder og kjønn). Karakteristika som inntekt, utdanning og etnisitet skal med andre ord ikke påvirke DALY-verdien. Intensjonen har vært å skape en metode som behandler individer så likt som mulig på tvers av sosioøkonomiske forhold. Det har imidlertid vært innvendt at ytre omstendigheter kan være sentrale faktorer for velværetapet ved en gitt sykdom eller skade. For eksempel vil velværetapet av samme sykdom kunne være større for en person som bor i et lavinntektsland med dårligere utviklet offentlig helse- og omsorgstilbud enn for en person som bor i et høyinntektsland med et velutviklet helse- og omsorgstilbud (som Norge) med mer kunnskap, åpenhet og respekt for sykdommen og de som har den. Man kan også spørre seg om helsefaglige eksperter er i stand til å fastsette velværetapet slik at det representerer det velværetapet individet/pasienten har.

Ved å ta utgangspunkt i individers egne vurdering av velværetapet ved en sykdom eller skade, måler QALY individers preferanser for å unngå sykdommen eller skaden. QALY kan slik ses på som et mål for individenes betalingsvillighet for å unngå sykdommen, men i form av vekter på en skala fra 0 (død) til 1 (full helse) heller enn i kroner. Det gir en målemetode som er i samsvar med det grunnleggende samfunnsøkonomiske prinsippet om at individuelle preferanser skal telle. Estimering av helsetap ved QALY som målemetode står likevel ikke uten utfordringer og faglig kritikk. Den største utfordringen er trolig at det er ressurskrevende å fastsette det gjennomsnittlige tapet av QALY ved ulike sykdommer og skader. Dette fordi en slik kartlegging og tallfesting krever omfattende spørreundersøkelser blant et representativt utvalg individer med den aktuelle sykdommen. Det er også krevende å fastsette vektene i QALY slik at de gir en tilstrekkelig presis vurdering av individers preferanser (Robberstad, 2009).

I praksis har QALY og DALY tradisjonelt noe ulike bruksområder. QALY anvendes ofte i helseøkonomiske analyser av tiltak, dvs. kostnadseffektivitetsanalyser. DALY anvendes vanligvis som ledd i en tilstandsbeskrivelse av sykdomsbyrden i en befolkningsgruppe, som mål for tap av leveår og helse i en befolkningsgruppe. Et eksempel er WHO-prosjektet *Global burden of disease* der en tallfester sykdomsbyrden og helsetapet knyttet til en rekke ulike sykdommer og skader¹⁰². På tross av ulike innfallsvinkler og bruksområder mellom QALY og DALY vurderer Helsedirektoratet (2017) at det i prinsippet er det samme man ønsker å måle, og at man ut fra en pragmatisk tilnærming kan anse QALY og DALY som nokså like helsemål.

Økonomisk verdsetting av gode leveår

Vektene i QALY og DALY gir kun en beskrivelse av byrden ved sykdom og skader, og sier i seg selv ikke noe om den samfunnsøkonomiske verdien som er knyttet til dette tapet. For å kunne fatte avgjørelser for en

¹⁰² https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/about/en/

hensiktsmessig allokering av samfunnets knappe ressurser er det imidlertid nødvendig å tillegge verdien av liv og helse en økonomisk verdi. Internasjonalt er det blitt stadig mer vanlig å benytte verdien av et statistisk liv (VSL) for å måle nytten av ulike miljø-, transportsikkerhets-, og helsetiltak (Braaten, Lindhjem, & Navrud, 2009). Verdien av ett godt leveår, dvs. QALY=1 (eller DALY = 0) kan beregnes med utgangspunkt i VSL.

Den økonomiske verdsettingen av liv og helse gjennom verdien av VSL er et uttrykk for befolkningens vurdering av nytten av å unngå dødsfall eller helsetap. Vurderingen av denne nytten kommer til uttrykk gjennom hvor mye folk sier at de maksimalt er villige til å betale for en redusert risiko for å dø eller for å pådra seg nærmere angitte skader eller helsetap. Betalingsvilligheten er altså et uttrykk for den velferdsgevinsten (økning i livskvalitet) som den enkelte kan oppnå ved at det blir mindre sannsynlig å dø eller å bli skadet.

Verdien av et statistisk liv skal i henhold til Finansdepartementet (2014) settes til 30 millioner 2012-kroner¹⁰³. Dette tallet er basert på anbefalinger i NOU (2012). En utregning av verdien av ett godt leveår, eller QALY, basert på VSL betinger imidlertid flere forenkende forutsetninger og har både empiriske og teoretiske svakheter. På grunn av få verdsettingsstudier av et leveår, og de strenge forutsetninger en må gjøre for å regne ut verdien av ett leveår fra VSL (ved å anta at VSL er nåverdien av gjenværende leveår, med en antatt diskonteringsrente og med konstant verdi per leveår uavhengig av alder) anbefaler verken Finansdepartementet (2014) eller NOU (2012) en økonomisk verdi for et leveår. Det trekkes imidlertid frem at dersom en til tross for utfordringene likevel ønsker å bruke en økonomisk verdi for et leveår (dvs. QALY = 1), og ønsker at verdiene skal være konsistente med anslaget en benytter for VSL, kommer en i praksis ikke utenom en form for kalibrering der verdien av en QALY utledes på grunnlag av VSL.

Helsedirektoratet¹⁰⁴ trekker frem den metodiske og empiriske usikkerheten knyttet til QALY-metodikken, men argumenterer for at en trolig ikke kommer utenom en pragmatisk tilnærming og rimelighetsvurderinger når en skal fastsette sektorovergripende verdier. Deres vurdering er at verdsetting av QALY ikke bør vente til all faglig og etisk usikkerhet er ryddet bort. Det argumenteres for at det har en verdi i seg selv å verdsette slike størrelser likt på tvers av sektorer. Med utgangspunkt i VSL anbefaler Helsedirektoratet at det benyttes en verdi for et leveår (QALY=1) på henholdsvis 1,3 og 1,5 millioner 2018-kroner uten og med produksjonstap. Helsedirektoratets forslag bygger i stor grad på Finansdepartementet (2014) som angir verdien av et statistisk liv (VSL) i Norge til 30 millioner 2012-kroner. Verdien fordeler seg på 26,1 millioner kroner i velferdseffekt og 4,1 millioner i realøkonomiske kostnader. De realøkonomiske kostnadene inkluderer medisinske, administrative og materielle skader, samt produksjonstap. I Finansdepartementets og NOU (2012)s anbefaling om at verdien av VSL settes til 30 millioner 2012-kroner, er det ikke entydig om dette inkluderer produksjonstap.

¹⁰³ Finansdepartementet (2014) sier videre at man kan gjennomføre følsomhetsanalyser med VSL lik 60 millioner kroner for tiltak som i særlig grad gjelder barn. VSL anslaget for voksne (>18 år) er basert på såkalte Stated Preference (SP)studier (dvs. Betinget Verdsetting og Valgekspesimenter) i Norge. *Invalid source specified.* hvor et representativt utvalg av den voksne norske befolkningen i spørreundersøkelser oppga sin betalingsvillighet for økningen i velvære for et tiltak som gir dødsrisikoreduksjon for dem selv. VSL anslaget for barn (> 18 år) er basert på tilsvarende SP-studier i Europa og USA som viser at voksne i gjennomsnitt er villig til å betale dobbelt så mye for å få en dødsrisikoreduksjon for eget barn som for seg selv (OECD 2010). VSL realprisjusteres i henhold til utviklingen i brutto nasjonalprodukt (BNP) per innbygger. Se https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/fin/vedlegg/okstyring/rundskriv/faste/r_109_2014.pdf

¹⁰⁴ På Helsedirektoratets nettsider presiseres det at «Helsedirektoratet har tidligere hatt én veileder for helseøkonomiske analyser av tiltak i helsesektoren og én veileder for hvordan helseeffekter kan inkluderes i samfunnsøkonomiske analyser av tiltak i andre sektorer. Begge disse veilederne er utdatert og under revisjon.», jf. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/helseokonomiske-analyser>. I Høringsbrev for høring om veileder for helseeffekter i samfunnsøkonomisk analyse anbefales det at verdien av et QALY er 1,3 og 1,5 mill. 2018-kroner, hhv. uten – og med produksjonstap.

Beregning av sykdomsbyrde

Sykdomsbyrden angir hvordan ulike sykdommer, skader og risikofaktorer rammer befolkningen. Det skilles mellom helsetap og dødelighet.¹⁰⁵ Beregningene avhenger både av et bredt spekter av kilder, enkelte antagelser og noen prinsipielle metodiske valg. I det følgende beskrives og begrunnes våre valg av kilder og metodikk for beregning av sykdomsbyrden knyttet til demens.

Tap av gode leveår

Tap av gode leveår (Years of Life Lost, YLL) beregnes ofte ved å bruke statistikk over antall dødsfall som er oppført med den aktuelle sykdommen som hovedårsak til død, sett opp mot forventet gjenstående gode leveår for en vilkårlig person i aldersgruppen der dødsfallet inntreffer.

Dødsårsaksregisteret, som angir dødsfall for ulike sykdomsgrupper, har ikke en egen kategori for spiseforstyrrelser. Derfor har vi her brukt internasjonal forskning på dødelighet ved spiseforstyrrelser. Basert på en litteraturstudie har vi brukt Demmler mfl. (2020). De har estimert hvor sannsynlig det er at pasienter med spiseforstyrrelser dør sammenlignet med personer som ikke har spiseforstyrrelser (kontrollgruppe). Basert på dette, ser de at særlig kvinner med anoreksi har en klart høyere risiko for å dø. Også for bulimi og andre spiseforstyrrelser risikoen høyere enn for befolkningen generelt.

Tabell 0.4 Risikoen for å dø ved spiseforstyrrelser sammenlignet med befolkningen generelt. En verdi på 1 betyr like høy risiko. Kilde: Demmler mfl. (2020)

Type spiseforstyrrelse	Kvinner	Menn
Anoreksi	2,53	1,31
Bulimi	1,41	1,45
Andre spiseforstyrrelser	1,91	1,63

Ettersom studien kun spesifiserte dødeligheten ved andre spiseforstyrrelser, har vi brukt denne som estimat for både overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser. Koblet sammen med gjennomsnittlig dødelighet for ulike aldersgrupper i Norge, kan vi bruke tallene ovenfor for å estimere gjennomsnittlig dødelighet ved spiseforstyrrelser. Vi har kun inkludert tilleggsdødeligheten ved spiseforstyrrelser. Vi har estimert den for personer i alderen 10-65, ettersom dette er den studerte aldersgruppen i Demmler mfl. (2020).

For våre beregninger er Legemiddelverkets estimat for forventede gjenværende kvalitetsjusterte leveår i den generelle befolkningen lagt til grunn for beregning av tapte leveår ved dødsfall.¹⁰⁶ Ved å koble antall dødsfall i ulike aldersgrupper med Legemiddelverkets oversikt over forventede gjenværende gode leveår, kan vi estimere tapet av gode leveår grunnet dødsfall fra spiseforstyrrelser. Som tidligere diskutert verdsettes ett godt leveår til 1,3 millioner 2018-kroner¹⁰⁷. For en mer detaljert gjennomgang av ulike metoder for å beregne gjenværende leveår viser vi til Menon Economics (64/2020).

¹⁰⁵ <https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/hva-er-sykdomsbyrde/>

¹⁰⁶ (Statens legemiddelverk, 2021)

¹⁰⁷ Vi bruker 1,32 millioner 2021-kroner basert på anbefaling i (Helsedirektoratet, 2021)

Ikke-dødelig helsetap

Faktorene som bestemmer størrelsen på det samlede ikke-dødelige helsetapet (Years Lived with Disability, YLD) av en sykdom er (1) hvor mange som lever med sykdommen (prevalens) et gitt år, (2) fordeling av alvorlighetsgrad blant de som lever med sykdommen og (3) helsetapet av å leve med sykdommen over ett år for en gitt alvorlighetsgrad. Vi gir her en presentasjon av kildene og metodikken som ligger bak beregningene av det ikke-dødelige helsetapet.

For å kunne bruke tid som en felles «valuta» for ikke-dødelig helsetap og for tapte leveår grunnet tidlig død, må man kunne definere, måle og vekte tid levd med tapt helse som følge av sykdom og skader. Mens død enkelt lar seg definere, er dette langt vanskeligere for ikke-dødelige helsetap. Siden 1990 har det blitt lagt ned en omfattende innsats i å samle inn data og i å utvikle metoder for å måle ulike helsetilstander i forhold til full helse/død og relativt til andre helsetilstander.

Alvorlighetsgraden av ikke-dødelig helsetap forbundet med sykdom eller skade beskrives i GBD-prosjektet med en helsetapsvekt, som er et tall mellom 0 (helt frisk) og 1 (død).¹⁰⁸ Helsetapsvektene er utviklet som en del GBD-prosjektet og omfatter estimerte vekter for 354 sykdommer og skader.¹⁰⁹ Metodene utvikles og endres over tid, men et viktig prinsipp, som har utviklet seg over tid, er at helsetapsvektene skal måle *helsetap* og ikke *sosialt tap*. Det vil si at helsetapsvektene ikke kan sidestilles med for eksempel tapt livskvalitet. Endring i livskvalitet for en gitt sykdom/skade vil blant annet avhenge av hvordan helse- og omsorgstjenesten i ulike land er innrettet, mens hvordan det verdsettes økonomisk vil variere mye mellom rike og fattige land. Prinsipielt er dette altså et viktig skille, ved at helsetapsvektene er uavhengige helsetjenestetilbud og inntektsnivå.¹¹⁰

GBD prosjektet inkluderer kun estimat av helsetap ved anoreksi og bulimi. Derfor må vi forlite oss på andre kilder for å estimere helsetape ved overspisingslidelser og uspesifiserte spiseforstyrrelser. Etter et litteratursøk har vi valgt å bruke estimat på helsetap presentert i Santomauro mfl. (2021). Studien baserer seg på samme metodikk som GBD, og har estimert helsetapsvektene gjennom å bruke eksisterende helsetapsvekter for andre lidelser. Helsetapsvekten for overspisingslidelser er estimert gjennom å trekke fra helsetapet knyttet til oppkast og sult fra helsetapet ved bulimi. Helsetapsvekten for uspesifiserte spiseforstyrrelser er et vektet snitt av helsetapet ved flere ulike typer av spiseforstyrrelser, som atypisk anoreksi og subterskel bulimi.

Tabell 0.5 Helsetapsvekter per type spiseforstyrrelse

Type spiseforstyrrelse	Helsetapsvekt	Kilde
Anoreksi	0,224	FHI basert på GBD ¹¹¹
Bulimi	0,223	FHI basert på GBD
Overspisingslidelse	0,045	(Santomauro, et al., 2021)
Uspesifiserte spiseforstyrrelser	0,127	(Santomauro, et al., 2021)

¹⁰⁸ Jf. tidligere diskusjon tilsvarer dette en DALY-skala

¹⁰⁹ For nærmere beskrivelse av metode, se James et al. (2018)

¹¹⁰ For en mer dyptgående beskrivelse av datakilder og metodiske avveininger ved helsetapsvekter, se f.eks: WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2016 (2018)

¹¹¹ (Folkehelseinstituttet, 2016)

Vedlegg C: Beregning av helsetjenestekostnader

Spesialisthelsetjenesten

For beregningen av kostnadene i spesialisthelsetjenesten, baserer vi våre estimater på aktivitetstall på tjenester levert av spesialisthelsetjenesten, NPR-data fra 2019. Aktivitetstallene er hentet fra en nylig publisert rapport om framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).¹¹² Rapporten og modellen er utviklet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. I rapporten viser de både dagens aktivitetsbilde, i tillegg til at man har laget en modell som predikerer fremtidens behov for døgnplasser og polikliniske konsultasjoner.

I tallene vi har tilgang til, er det spiseforstyrrelser som er rapportert, uten at man har delt inn i ulike underdiagnosegrupper. Som en følge av at antall pasienter med spiseforstyrrelser har økt årlig siden NorSpis ble opprettet i 2016, antar vi en økning i liggedøgn og polikliniske konsultasjoner i tråd med gjennomsnittlig vekst fra 2017-2020, for å estimere aktivitetstall for 2021. Vekstraten er estimert til 13 prosent, som tilsvarer den gjennomsnittlige årlige økningen i antall pasienter i NorSpis.

Tabell 0.6: Aktivitetstall på spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten for hhv. 2019 og 2021. Kilde: Helsedirektoratet (2019), Menon (2021)

Kategori	Antall 2019	Antall 2020
Liggedøgn (voksne)	50 580	57 347
Liggedøgn (barn og unge)	17 194	109 586
Dag- og polikliniske behandlinger (voksne)	96 655	36 622
Dag- og polikliniske behandlinger (barn og unge)	32 301	19 494

I tråd med Staten Legemiddelverk (SLV) sine retningslinjer for hvordan beregne kostnader i helseøkonomiske analyser, har vi brukt DRG-poeng fra psykisk helsevern, multiplisert med enhetsprisen for 2021, for å estimere gjennomsnittskostnaden for polikliniske konsultasjoner for barn og unge, og voksne. Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres tilnærmet homogene grupper ressursmessig. I 2021 var enhetsprisen på DRG-poeng på 46 719 norske kroner. Det innebærer at eksempelvis prosedyren for «Innsetting av en protese i kne» med 2,019 DRG-poeng, berignes til en gjennomsnittlig kostnad på 94 000 kroner. Til sammenligning er en poliklinisk konsultasjon for bipolar lidelse hos voksne estimert til å ha 0,153 DRG-poeng, som tilsvarer omtrent 7 000 kroner. DRG-vektene ved de ulike tilstandene blir oppdatert årlig.

For enhetsprisen på liggedøgn har vi benyttet gjennomsnittskostnaden for et oppholdsdøgn per pasient innen psykisk helsevern for barn/unge og voksne. I motsetning til for flere somatiske prosedyrer/innleggelser, finnes det ikke DRG-poeng knyttet til innleggelse ved spiseforstyrrelser. Iht. SLV, dersom det i datamaterialet ikke finnes informasjon om relevant DRG-kode, kan kostnad per døgn eller konsultasjon hentes fra Helsedirektoratets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten (dekker både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert

¹¹² (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021)

rusbehandling). Det er dette vi har tatt utgangspunkt i. De nyeste tallene fra SAMDATA var fra 2018 og vi har KPI-justert dem til 2021-kroner.

Tabell 0.7 oppsummerer enhetskostnadene vi har tatt utgangspunkt i for å estimere spesialisthelsetjenestekostnadene knyttet til spiseforstyrrelser.

Tabell 0.7: Enhetskostnader knyttet til ulike type opphold i spesialisthelsetjenesten, 2021

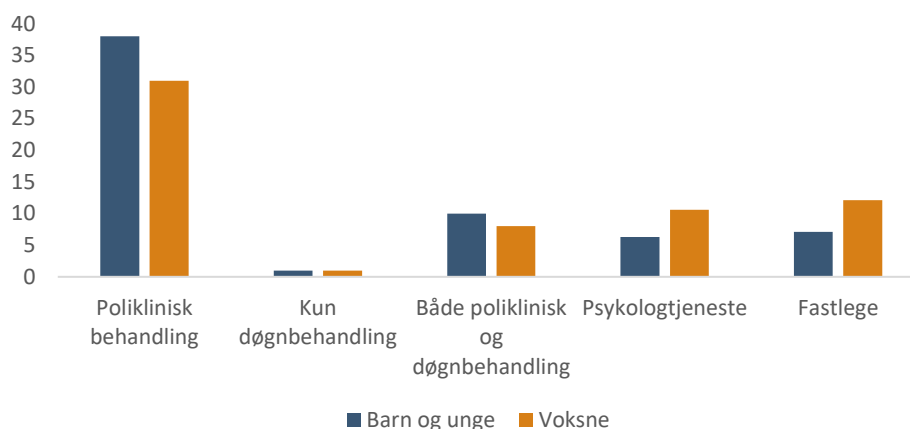
DRG-navn	DRG-poeng	Enhetspris (2021)	Kilde
Poliklinisk konsultasjon, individuell DPS - spiseforstyrrelser	0,142	6 634	ISF - TD81A
Poliklinisk konsultasjon, individuell BUP - spiseforstyrrelser	0,354	16 539	ISF - TD81B
Oppholdsdøgn per pasient psykisk helsevern, barn og unge		21 274	SAMDATA (2018)
Oppholdsdøgn per pasient psykisk helsevern, voksne		13 980	SAMDATA (2018)

Primærhelsetjenesten

Basert på både litteratur og samtaler med fageksperter er det trolig en liten del av behandlingen som foregår i primærhelsetjenesten. Til vår kunnskap finnes det lite statistikk i Norge over hvor mange som behandles for spiseforstyrrelser gjennom samtaleterapi hos fastlege eller psykolog. I Danmark derimot, har man publisert en rekke registerdata som ser på både prevalens og kontaktmønsteret til personer med spiseforstyrrelser som er i kontakt med helsevesenet.¹¹³ Neste figur viser kontaktmønsteret til barn/unge og voksne for dem som mottok en form for behandling for spiseforstyrrelser i 2018.

¹¹³ Sundhedsdatastyrelsen kan sammenlignes med FHI's rolle i Norge og sundhedsvæsenet er Danmarks helsevesen.

Figur 0-1: Andelen personer med spiseforstyrrelse som mottar behandling i forskjellige ledd i helsetjenesten, i Danmark, 2018 (i prosent). Kilde: Sundhedsdatastyrelsen.¹¹⁴



Til tross for at flere pasienter får behandling i spesialisthelsetjenesten ser vi fra figuren at 6 og 11 prosent av hhv. barn/unge og voksne, som mottar en form for psykologtjeneste, samtidig som 7 og 12 prosent av hhv. barn/unge og voksne, som mottar behandling, går til fastlegen. Til sammenligning estimerer en rapport for USA, utgitt i 2021 betydelig høyere tall for legebesøk.¹¹⁵ Rapporten estimerer at omtrent 12 prosent av samtlige med spiseforstyrrelser er i kontakt med psykologtjenesten, samtidig som hele 60 prosent er i kontakt med en lege. Av dem, oppsøkes psykologtjenesten og fastlegen hhv. 36 og 3 ganger årlig. Dersom vi sammenligner frekvensen av kontakt oppsøker amerikanere psykologtjenesten i forbindelse med spiseforstyrrelser 5 ganger oftere sammenlignet med dansker, samtidig som hyppigheten av kontakt med fastlegen samsvarer mellom landene. En mulig forklaring kan være at på lik linje som i Norge er ikke psykologtjenesten direkte en del av det offentlige helsetjenestetilbudet. Man må ha henvisning fra fastlegen for å få tilgang på psykolog gjennom det offentlige. Å gå til psykolog uten henvisning er kostbart og dermed er terskelen høyere. I USA er helsetjenesten privat hvor hver enkelt person må tegne seg en privat helseforsikring.

På bakgrunn av disse to studiene har vi valgt å ta utgangspunkt i studiet fra Danmark, ettersom det er grunn til å tro at tall fra Danmark i større grad samsvarer med norske, sammenlignet med amerikanske. Tabell 0.8 viser det estimerte kontaktmønsteret i primærhelsetjenesten til personer med spiseforstyrrelser, basert på prevalenstill i Norge.

Tabell 0.8: Estimert antall behandlinger i primærhelsetjenesten.

Behandlingsinstans	Andel som benytter denne formen for behandling (i prosent)	Antall konsultasjoner årlig	Antall konsultasjoner justert for prevalens i Norge
Fastlege, barn og unge	7	2,3	2 600
Fastlege, voksne	12	2,4	21 000
Psykologtjenester, barn og unge	6	6,5	6 000
Psykologtjenester, voksne	11,5	7,5	63 000

¹¹⁴ Enkelte kategorier kan være overlappende. Det vil si at samme person kan gå til både fastlegen og motta poliklinisk behandling. Dette er derimot et gjennomsnitt for dem som blir behandlet. Psykologtjeneste innebærer både behandling hos psykolog, psykiater og pediater.

¹¹⁵ (Streatfeild, et al., 2021)

I tråd med SLV sine retningslinjer for beregning av enhetskostnader for hhv. fastleger og psykologtjenester har vi tatt utgangspunkt i normaltariffen for fastleger og legevakt¹¹⁶ og takstrundskrivet for privatpraktiserende psykologer.¹¹⁷ Kostnaden per konsultasjon beregnes ved å multiplisere honorar ganger to. Det antas at å multiplisere honoraret med to, gir et bedre anslag på kostnadsestimatet. I og med at dette kun er oppgitt for fastlegetakster, multipliserer vi ikke psykologtakstene med to. Tabell 0.9 viser hvilke takster og enheter som er brukt.

Tabell 0.9: Enhetskostnader knyttet til ulike typer konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

Takstnavn	Enhetspris	Kilde
Konsultasjon hos allmennpraktiserende lege	168	Normaltariffen 2021-2022 2ad
Psykoterapi hos psykolog, barn og unge	780	Takstrundskriv 2021 21a
Psykoterapi hos psykolog, voksne	561	Takstrundskriv 2021 22a

Beregning av ulike behandlingsforløp

I tråd med SLV sine retningslinjer for beregning av enhetskostnader i metodevurderinger, har vi tatt utgangspunkt i følgende:¹¹⁸

For henvisning, utredning og oppfølging hos fastlegen/psykolog har vi tatt utgangspunkt i normaltariffen for fastleger og legevakt og takstrundskrivet for privatpraktiserende psykologer.¹¹⁹ Kostnaden per henvisning beregnes ved å multiplisere honorar ganger to. Det antas at å multiplisere honoraret med to, gir et bedre anslag på kostnadsestimatet.¹²⁰ I og med at dette kun er oppgitt for fastlegetakster, multipliserer vi ikke psykologtakstene brukt for utredning med to. Kostnadsestimatene er tilsvarende for barn/unge og voksne.

For alle tre behandlingsforløp gjør vi en antakelse om at pasienten har tre årlige konsultasjoner hos fastlegen, i samsvar med estimeringen av primærhelsetjenestekostnadene i kapittel 2.3, i tillegg til én utredning per pasient i løpet av behandlingsforløpet.

For polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger har vi tatt utgangspunkt i DRG-poeng fra psykisk helsevern, multiplisert med enhetsprisen for DRG-poeng (2021), i tråd med anbefalingen fra SLV. Basert på årsrapporter fra de regionale spesialitetene, Nasjonal faglig retningslinje og samtaler med fageksperter, antar vi et gjennomsnitt på én poliklinisk konsultasjon ukentlig i en periode 30 uker i gjennomsnitt for poliklinisk behandling, og én dagbehandling i uken med en varighet på 3-5 dager per behandling, i en periode på 30 uker i gjennomsnitt.

For innleggelse, har vi benyttet gjennomsnittskostnaden for et oppholdsøgn per pasient innen psykisk helsevern for barn/unge og voksne. I motsetning til for flere somatiske prosedyrer/innleggelser, finnes det ikke DRG-poeng knyttet til innleggelse ved spiseforstyrrelser. Iht. SLV, dersom det i datamaterialet ikke finnes informasjon om

¹¹⁶ (Den norske legeforening, 2021)

¹¹⁷ (Norsk Psykolog Forening, 2021)

¹¹⁸ (Statens Legemiddelverk, 2021)

¹¹⁹ (Den norske legeforening, 2021), (Norsk Psykolog Forening, 2021)

¹²⁰ (Statens Legemiddelverk, 2021)

relevant DRG-kode, kan kostnad per døgn eller konsultasjon hentes fra Helsedirektoratets SAMDATA Spesialisthelsetjenesten. De nyeste tallene fra SAMDATA var fra 2018 og vi har KPI-justert dem til 2021-kroner. Basert på Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser som viser til et gjennomsnittlig opphold på mellom 3-6 måneder, antar vi en gjennomsnittlig innleggsestid på 136 dager.

Tabell 0.10 oppsummerer kostnadsestimatene vi har brukt for de ulike behandlingsforløpene.

Tabell 0.10: Kostnadsestimat knyttet ulike behandlingsforløp for spiseforstyrrelser, 2021.

Kostnadskategori	Hvor i forløpet	Enhet/DRG-poeng	Enhetsverdi (2021)	Kilde
Fastlege	Henvisning/Oppfølging	Per konsultasjon	168	Normaltariffen 2021-2022 2ad
Fastlege/Psykolog	Utredning	Per konsultasjon	1 770	Takstrundskrivet 2021, Takst 19
Poliklinisk konsultasjon, individuell DPS - spiseforstyrrelser	Behandling	0,142	6 634	ISF - TD81A
Poliklinisk konsultasjon, individuell BUP - spiseforstyrrelser	Behandling	0,354	16 539	ISF - TD81B
Diagnostiske, strukturerede polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Voksne	Behandling	0,38	17 753	ISF – TD801A
Diagnostiske, strukturerede polikliniske dagtilbud for psykiske og rusrelaterte lidelser - Barn og unge	Behandling	0,883	41 253	ISF – TD801A
Oppholdsdøgn per pasient psykisk helsevern, barn og unge	Behandling		21 274	SAMDATA (2018)
Oppholdsdøgn per pasient psykisk helsevern, voksne	Behandling		13 980	SAMDATA (2018)

Vedlegg D: Beregning av kostnad for uformell hjelp

For å beregne verdien av uformell hjelp trenger vi et estimat på andelen personer med spiseforstyrrelser som får uformell hjelp, hvor mye tid de pårørende bruker på hjelp av personer med spiseforstyrrelser, samt et estimat på verdien av denne tiden.

Andelen som får uformell hjelp

Det er vanskelig å anslå hvor mange personer med spiseforstyrrelser som får hjelp og pleie fra pårørende. Så vidt vi har klart å finne, er det ingen norsk oversikt eller studie på dette. Vi baserer oss derfor på en undersøkelse gjennomført i USA som estimerer at 23,6 prosent av alle med spiseforstyrrelser mottar hjelp fra pårørende.¹²¹ Dersom man multipliserer denne andelen med prevalensen til spiseforstyrrelser i Norge, indikerer det at 20 761 personer med spiseforstyrrelser får hjelp og pleie av pårørende i Norge.

¹²¹ (Deloitte, 2020) basert på ICPRS

Tid brukt på uformell hjelp

Tiden pårørende bruker på uformell hjelp av personer med spiseforstyrrelser er svært varierende. Alvorligheten av spiseforstyrrelsen, samt hvordan type spiseproblematikk personen lider av, er faktorer som påvirker hvor mye uformell hjelp man trenger og mottar.

Basert på vårt litteratursøk er det tydelig at det er svært få studier som har undersøkt hvor mye tid pårørende bruker på å gi uformell pleie til pasienter med spiseforstyrrelser. Vi har kommet frem til to studier som er relevante:

- Raenker mfl. (2013)¹²² estimerer direkte omsorgsoppgaver, det vil si oppgaver til medisinsk behandling, matrelatert omsorg, ikke-mat eller medisinsk relatert omsorg og indirekte omsorg, til **17 timer per måned**. Dette estimatet er basert på svar fra pårørende til 178 pasienter med spiseforstyrrelser. De pårørende var både mødre, fedre og partnere til pasientene.
- Rhind mfl. (2016)¹²³ har beregnet uformell hjelp i form av direkte omsorgsoppgaver av pårørende til **18,3 timer i måneden**, noe som samsvarer godt med det Raenker mfl. har estimert. Rhind mfl. baserer sitt estimat på uformell hjelp hos pårørende av 144 pasienter med spiseforstyrrelser.

Ved å ta et vektet snitt av tiden pårørende bruker på uformell hjelp basert på disse to studiene, finner vi at pårørende som gir uformell hjelp bruker **4,43 timer i snitt hver uke**. Tabell 0.11 oppsummerer funnene fra disse studiene.

Tabell 0.11: Oversikt over antall timer i uken pårørende bruker på uformell hjelp. Kilde: Raenker mfl. (2013), Rhind mfl. (2016)

Kilde	Utvalgsstørrelse	Timer per uke
Raenker mfl. (2013)	n = 178	4,25
Rhind mfl. (2016)	n = 144	4,58
Vektet snitt		4,43

Pasientene i disse studiene er hovedsakelig unge personer med anoreksi. Vi antar at av personene som mottar uformell hjelp (23,6 prosent), så mottar de 4,43 timer i snitt i uformell hjelp, uavhengig om det er anoreksi eller en annen spiseforstyrrelsesdiagnose de lider av.

Det er viktig å påpeke at estimert tid i uken brukt på uformell pleie er et estimat som ikke inkluderer tiden de pårørende bruker på følelsesmessig støtte/ emosjonell støtte. Personer med spiseforstyrrelser mottar ofte mye emosjonell støtte av sine pårørende. Raenker mfl. og Rhind mfl. har estimert dette til henholdsvis 7,5 og 5,9 timer i uken. Vi har valgt å utelate dette fra vårt estimat da vi ikke ser på dette som direkte omsorgsoppgaver.

Timepris for uformell hjelp

Det er flere metoder som kan brukes for å beregne timepris for uformell hjelp i Norge.¹²⁴ Det kan blant annet estimeres som alternativkostnaden av tapt fritid/arbeidstid for den pårørende (opportunity cost-approach).

¹²² (Raenker, et al., 2013)

¹²³ (Rhind, et al., 2016)

¹²⁴ Se Menon's rapport Samfunnskostnader knyttet til Alzheimers og annen demenssykdom (2020) for mer detaljert forklaring rundt de ulike metodene som kan benyttes

Verdien av tapt tid for pårørende i arbeidsfør alder kan f.eks. estimeres med den timelønnen de hadde fått om de utførte sitt eget arbeid i stedet for å hjelpe personen med spiseforstyrrelser. Selv om en person i arbeidsfør alder ikke nødvendigvis bruker arbeidstid for å hjelpe personen med spiseforstyrrelser, så kan man tenke seg at den fritiden de mister kunne blitt brukt til lønnsnivende arbeid. Pårørendepåleie kan også utføres av personer som ikke har arbeid, eller som er pensjonere. For disse kan gjennomsnittlig lønnsinntekt overestimere kostnaden for tid brukt på påleie og omsorg.

Finansdepartementets rundskriv R-109/25 tilsier at alternativkostnadsprinsippet skal legges til grunn for verdsetting av tidsbesparelser.¹²⁵ Videre fastsetter de at tidsanvendelse skal i minimum deles inn i to hovedkategorier, arbeidstid og fritid. Finansdepartementets NOU (2012) tilskriver at netto reallønn (lønn etter skatt) kan benyttes som verdi av tapt fritid og tapt arbeidstid skal verdsettes som arbeidsgivers tapt verdiskaping målt ved brutto reallønnskostnader. Med brutto reallønnskostnader menes her arbeidsgivers samlede utgifter til arbeidskraften, dvs. lønn, arbeidsgiveravgift, sosiale kostnader og eventuelle andre kostnader ved bruk av arbeidskraften. Ifølge SSB var gjennomsnittlig reallønn før skatt 50 923 NOK/måned, eller 359 NOK/time før skatt i 2021, eller 266 NOK/time etter skatt med en årlig arbeidstid på 1700-timer. Arbeidskraftkostnader for et gjennomsnittlig årsverk i 2021 var 858 654, som gir arbeidsgiver taps verdiskaping per time på 505 kroner.

Total kostnad uformell hjelp

Vi har estimert kostnaden for uformell hjelp med timepriser for fritid og arbeidstid per person og totalt, se Tabell 0.12 under.

Tabell 0.12: Total kostnad uformell hjelp. Kilde: Menon

Kategori	Timepris, NOK	Årlig kostnad per person, NOK	Total kostnad per år, milliarder NOK
Fritid	266	56 593	1,17
Arbeidstid	505	107 442	2,23

Ettersom spiseforstyrrelser er en lidelse som i hovedsak rammer en ung befolkningsgruppe, samt at de som mottar hjelp ofte er unge, har vi antatt at de pårørende er i arbeidsfør alder. For estimering av kostnaden knyttet til uformell hjelp har vi holdt oss til den anbefalte metoden beskrevet av Finansdepartementets Rundskriv R-109/25, der vi baserer oss på reallønn. Selv om Rundskrivet tilsier at tiden skal deles opp i minst to hovedkategorier, arbeidstid og fritid, har vi i vårt hovedestimat valgt å verdsette all tapt tid som om det var fritid. Dette er fordi det mangler gode estimater på hvor mye av tiden brukt på pårørende hjelp av personer i inntektsgivende arbeid faktisk er bort fra deres arbeidstid. Ettersom fritid verdsettes lavere enn arbeidstid, innebærer dette at vårt estimat for kostnad per person er konservativt, og utgjør en nedre grense for kostnader av pårørendehjelp.

Vedlegg E: Beregning av produksjonstap

I beregningen av produksjonstapet følger vi de retningslinjene som Helsedirektoratet har lagt opp for beregning av samfunnskostnader ved sykdom og ulykker.¹²⁶ Den tapte verdiskapingen er representert ved verdien av arbeidskraften som ikke utnyttes grunnet sykefravær og uførhet, nåverdien av tapt fremtidig arbeidskraft som

¹²⁵ (Finansdepartementet, 2021)

¹²⁶ (Helsedirektoratet, 2019)

oppstår ved død i arbeidsfør alder og skattefinansieringskostnaden som bruk av offentlig midler medfører. I og med at det er svært få personer som dør av spiseforstyrrelser i Norge, er produksjonstapet knyttet til disse personene ekskludert fra estimeringen. Men, vi har i vårt estimat inkludert produksjonstapet som oppstår ved at studenter og ansatte har redusert produktivitet som følge av spiseforstyrrelsen.

Mange med spiseforstyrrelser er unge, og er derfor utenfor arbeidslivet. Likevel går disse personene glipp av skole, noe som også påvirker produksjonstapet (enten med at man ikke tar utdanning, tar mindre utdanning eller kommer senere inn i arbeidslivet). Derfor er produksjonstapet beregnet for alle med spiseforstyrrelser i alderen 10-65 år.

Det finnes ikke god statistikk for Norge på sykefravær og uføretrygd som skyldes spiseforstyrrelser, ettersom NAV ikke rapportere disse spesifikt for spiseforstyrrelser. Selv om vi ikke har presise tall fra NAV er det indikasjoner på at en andel personer med spiseforstyrrelser i arbeidsfør alder er sykemeldt eller uføretrygdet. ROS rapporterer at 16 prosent av deres brukere er utenfor ordinært arbeidsliv i form av langtidssykemelding, uførhet eller AAP. En undersøkelse gjennomført i USA estimerer at personer med spiseforstyrrelser er 10,8 prosent mindre sannsynlig å være i arbeid sammenlignet med personer uten spiseforstyrrelser.¹²⁷ Med en sysselsettingsrate i Norge på 79,55 prosent¹²⁸ vil det si at sysselsettingsraten til personer med spiseforstyrrelser er 70,96 prosent. Totalt beregner vi at ca. 6560 personer i Norge er uføretrygdet på grunn av spiseforstyrrelser. I et år med 1700 arbeidstimer og en arbeidskraftkostnad på 505 NOK/time gir dette et produksjonstap på **5,6 milliarder kroner** som følge av uførhet.

Den samme amerikanske undersøkelsen har funnet at personer med anoreksi har i snitt 27,3 dager med sykefravær hvert år som følge av sin spiseforstyrrelse. Derimot har en UK-studie undersøkt antall dager med sykefravær for personer med bulimi, overspisingslidelse og uspesifikke spiseforstyrrelser.¹²⁹ Funnene fra studien viser at personer med disse spiseforstyrrelsesproblematikkene har i snitt 7,52 dager med sykefravær hvert år. Vi estimerer at produksjonstapet som følge av sykefravær er **0,25 milliarder kroner**.

I tillegg til sykefravær kan spiseforstyrrelser føre til at ansatte er mindre produktive i sitt arbeid enn de ville vært uten lidelsen. Redusert produktivitet kan påføre arbeidsgivere betydelig kostnader ved å redusere kvaliteten og effektiviteten på arbeidet som gjøres av den ansatte. Pawasker mfl. (2017) finner at personer med overspisingslidelse har signifikant mer redusert produktivitet sammenlignet med personer uten overspisingslidelse.¹³⁰ Personer som lider av overspisingslidelse har 56,88 timer i snitt i året med redusert produktivitet.¹³¹ I tillegg finner de at unge personer med spiseforstyrrelser i studentalder har høyere sykefravær og redusert produktivitet sammenlignet med voksne med spiseforstyrrelser.

I og med at redusert produktivitet er vanskelig å estimere, samt at det ikke innebærer at man ikke gjør noen ting, har vi valgt å verdsette dette til 30 prosent i vår beregning. Det vil si at personer med spiseforstyrrelser i snitt hadde 17 timer med redusert produktivitet årlig. I mangel på kilder som ser på redusert produktivitet hos personer med andre typer spiseproblematikk, har vi valgt å bruke dette estimatet også for anoreksi, bulimi og uspesifikke spiseforstyrrelser. Vi estimerer produksjonstapet som følge av redusert produktivitet til **0,47 milliarder kroner**.

¹²⁷ (Deloitte, 2020) basert på ICPRS

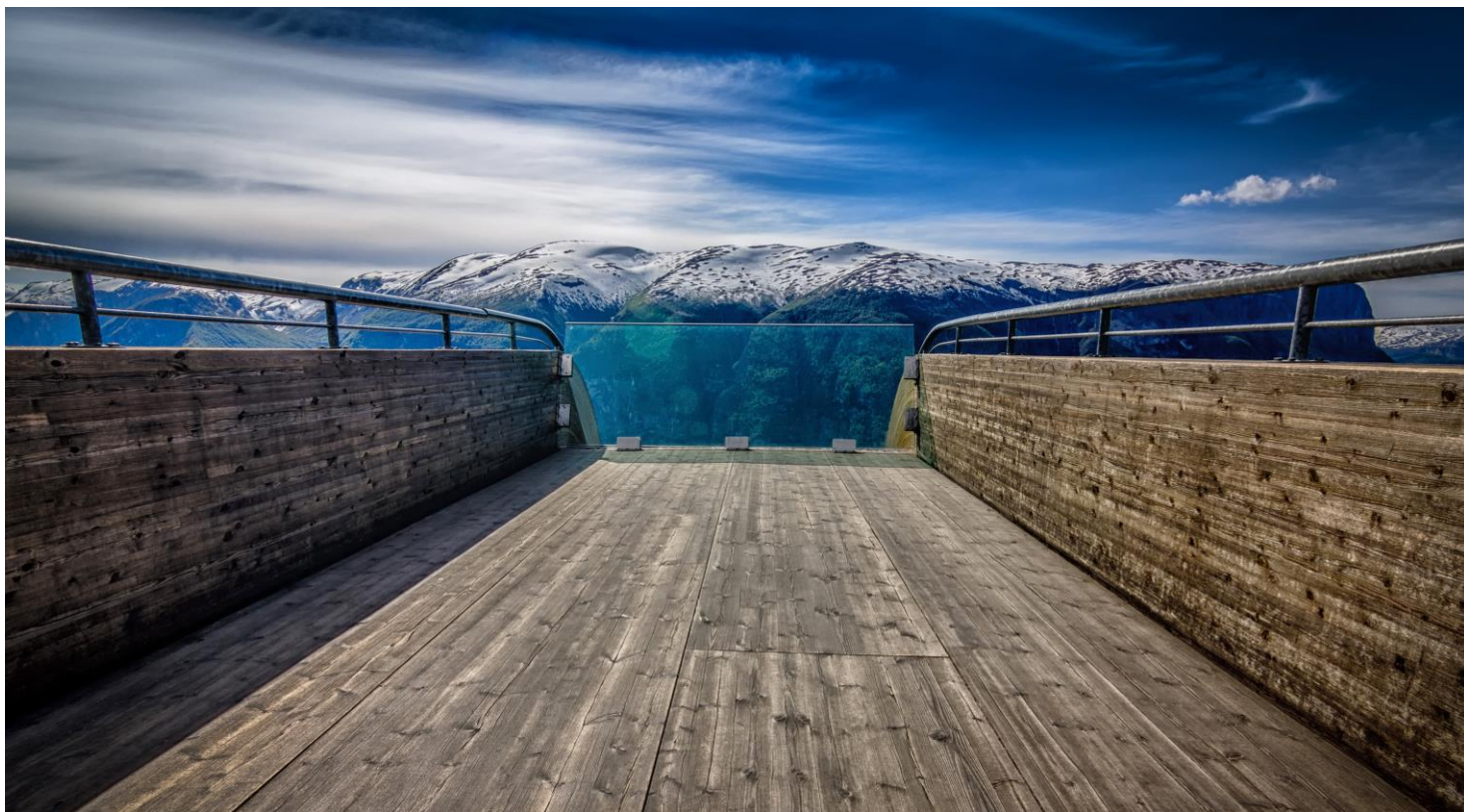
¹²⁸ I 2019 for å unngå påvirkning fra koronakrisen

¹²⁹ (Jenkins, 2021)

¹³⁰ (Pawaskar, Witt, Supina, Herman, & Wadden, 2017)

¹³¹ (Jenkins, 2021)

Skattefinansieringskostnaden oppstår fordi beskatning påvirker hvordan vi bruker ressurser. Dette fører til et effektivitetstap. Skattefinansieringskostnaden defineres av Finansdepartementet som 20 øre per krone og grunnlaget for beregningen skal være den delen som må finansieres med offentlige midler.



Menon Economics analyserer økonomiske problemstillinger og gir råd til bedrifter, organisasjoner og myndigheter.

Vi er et medarbeidereiet konsultentselskap som opererer i grenseflatene mellom økonomi, politikk og marked.

Menon kombinerer samfunns- og bedriftsøkonomisk kompetanse innenfor fagfelt som samfunnsøkonomisk lønnsomhet, verdsetting, nærings- og konkurranseøkonomi, strategi, finans og organisasjonsdesign. Vi benytter forskningsbaserte metoder i våre analyser og jobber tett med ledende akademiske miljøer innenfor de fleste fagfelt. Alle offentlige rapporter fra Menon er tilgjengelige på vår hjemmeside www.menon.no.

+47 909 90 102 | post@menon.no | Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo | menon.no