

# BEHANDLINGSINDSATSEN BLANDT BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER

15. september 2022

Af Bodil Helbech Kleist, [boh@kl.dk](mailto:boh@kl.dk) og Emma Bruun Jespersen, [EBJE@kl.dk](mailto:EBJE@kl.dk)

I 2022 har ca. 13.500 borgere en spiseforstyrrelsesdiagnose (registreret i hospitalssektoren). Der skete en markant stigning i forekomsten af spiseforstyrrelser frem til 2016, især blandt de yngste. Sideløbende er debutalderen for spiseforstyrrelser faldet.

Hver tredje borger med spiseforstyrrelse har kontakt med hospitalspsykiatrien i løbet af et år. Indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelser er halvt så lange som tidligere. Borgere med spiseforstyrrelser har samtidig færre planlagte ambulante psykiatriske kontakter end for fem år siden. Blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser er en større andel i planlagt ambulante behandling end førhen og langt færre indlægges i debutåret.

Hver tredje borger med spiseforstyrrelser, som har været indlagt, genindlægges akut inden for 30 dage. Tallet er stigende og langt højere end blandt andre psykiatriske patienter.

Virtuelle kontakter med psykiatrien er blevet langt mere udbredt blandt borgere med spiseforstyrrelser i 2020 og 2021, sandsynligvis grundet COVID-19-tiltagene.

## HOVEDKONKLUSIONER

- Ca. 13.500 borgere i Danmark lider i 2022 af en spiseforstyrrelse (registreret i hospitalssektoren). Forekomsten er højest blandt unge i alderen 15-24 år, hvor næsten 1 pct. har en spiseforstyrrelse.
- Forekomsten af spiseforstyrrelser steg med 75 pct. fra 2007 til 2016, hvorefter den har stabiliseret sig. Stigningen ses især blandt de 15-18-årige. Debutalderen for spiseforstyrrelser er faldet fra 21 år i gennemsnit i 2007 til 19 år i gennemsnit i 2021.
- Omkring hver tredje person med spiseforstyrrelse har i løbet af et år psykiatrisk hospitalskontakt. Siden 2015 er der sket i fald i andelen med psykiatrikontakt, særligt andelen med planlagt ambulante psykiatrikontakt.
- Borgere med spiseforstyrrelser har i gennemsnit 11 dage med psykiatrikontakt i løbet af et år (dem med kontakt har i gennemsnit 27 dage). Indlæggelsesvarigheden blandt borgere med spiseforstyrrelser er blevet halveret (fra 6 til 3 uger i gennemsnit) og borgere i planlagt ambulante behandling har 5 kontakter færre årligt end for 10 år siden.
- Andelen af nye tilfælde, der har planlagt ambulante psykiatrikontakt i debutåret er steget fra 86 pct. i 2007 til 96 pct. i 2021, mens andelen med psykiatrisk indlæggelse i debutåret er faldet fra 27 pct. i 2007 til 15 pct. i 2021. Det kan tyde på, at spiseforstyrrelserne opdages på et tidligere tidspunkt, hvor behovet for indlæggelse er mindre – og/eller at det er sværere at blive indlagt end førhen.
- Nye tilfælde af spiseforstyrrelser har i gennemsnit samlet set 22 dage med psykiatrikontakt i løbet af debutåret. Det gennemsnitlige antal dage med planlagt ambulante kontakt i debutåret er steget med tre dage siden 2007, mens antallet af indlæggelsesdage er faldet med fire dage årligt i gennemsnit.
- Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser, som er i kontakt med psykiatrien, er størst i debutåret, hvorefter andelen falder drastisk. Efter ca. to år stabiliserer psykiatrikontakten sig på et niveau sammenligneligt med kontakten blandt alle borgere med spiseforstyrrelser.
- I 2020 faldt omfanget af psykiatrikontakt blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser, men ikke blandt alle borgere med spiseforstyrrelser. Det tyder på, at den mindske aktivitet i psykiatrien som følge af COVID-19 ramte nydiagnosticerede mere end tidligere diagnosticerede borgere med spiseforstyrrelser.
- I 2020 skete der næsten en fordobling i brugen af virtuelle psykiatrikontakter (telefon og video) blandt borgere med spiseforstyrrelser, hvilket sandsynligvis hænger sammen med corona-epidemien. Det nye høje niveau af virtuelle kontakter er fastholdt i 2021.
- Hver tredje borger med spiseforstyrrelse, som har været indlagt, genindlægges akut inden for 30 dage. Tallet har været stigende siden 2007 og er næsten 10 procentpoint højere end blandt indlagte psykiatriske patienter generelt.
- Borgere med spiseforstyrrelse har ca. 3 kontakter mere med egen læge årligt sammenlignet med andre borgere. Kun én ud af 20 har kontakt med praktiserende psykiatere årligt. Tallet kan dog være undervurderet pga. populationsafgrænsningen som kun medtager spiseforstyrrelser registreret i hospitalssektoren.

### BAGGRUND

Der er i disse år fornyet fokus på indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser og flere igangværende projekter. Det er derfor relevant at kortlægge, hvordan den aktuelle behandlingsindsats i denne målgruppe er og har udviklet sig de seneste år.

### SÅDAN HAR VI GJORT

Analysen er baseret på data fra Landspatientregisteret samt Sygesikringsregisteret. Borgere med spiseforstyrrelser identificeres ud fra diagnoseregistreringer ifm. hospitalskontakter de seneste fem år. Spiseforstyrrelser omfatter i denne analyse både anoreksi, bulimi, tvangsoverspisning m.fl. Behandlingsindsatsen opgøres som omfanget af forskellige typer af kontakter med hospitalspsykiatrien samt almen praksis og praktiserende psykiatere blandt borgere med spiseforstyrrelser.

---

## INDHOLD

BAGGRUND .....	4
ANTAL BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER.....	6
ANDELEN AF BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER MED KONTAKT TIL HOSPITALSPSYKIATRIEN.....	9
OMFANG AF BEHANDLINGSINDSATS I PSYKIATRIEN BLANDT BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER.....	11
BEHANDLINGSINDSATS TIL NYE TILFÆLDE AF SPISEFORSTYRRELSER .....	14
BEHANDLINGSINDSATS I ÅRENE EFTER DEBUT AF SPISEFORSTYRRELSE ....	17
GENINDLÆGGELSER BLANDT BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER.....	20
BEHANDLINGSINDSATS I PRAKSISSEKTOREN BLANDT BORGRE MED SPISEFORSTYRRELSE .....	21
BILAG 1 – Metode og data .....	25
Kontakter med praksissektoren .....	27
BILAG 2 – Udviklingen i antal dage med psykiatrikontakt pr. borger med spiseforstyrrelse med psykiatrikontakt, 2007-2021 .....	28
BILAG 3 – Resultater med fokus på 15-24 årige.....	29

---

## BAGGRUND

Spiseforstyrrelser er psykiske lidelser, der er kendetegnet ved, at personen har et forstyrret forhold til mad, krop og vægt, der går ud over det fysiske og psykiske helbred samt sociale liv. Der er i disse år fornyet nationalt fokus på indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser. Det skyldes blandt andet, at både kommuner og regioner oplever en stigning i antallet af borgere/patienter med spiseforstyrrelser.

Nationalt er der over de seneste år udarbejdet en række anbefalinger og retningslinjer på området. I 2015 udgav Socialstyrelse 'Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser'. I 2015 kom 'Kliniske retningslinjer for spiseforstyrrelserne bulimi og anoreksi' fra Sundhedsstyrelsen, som også i 2017 udgav 'Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse'. Sundhedsstyrelsen iværksatte dernæst i 2021 et arbejde med at udarbejde anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser. Disse anbefalinger er fortsat ikke offentliggjort. Derudover udarbejdes aktuelt i regi af Sundhedsstyrelsen faglige visitationsretningslinje for behandling af BED (tvangsoverspisning), der fra 2022 indgår som selvstændig diagnose i ICD-11. Sideløbende har Socialstyrelsen igangsat et arbejde med udarbejdelse af forløbsbeskrivelse for personer med svære spiseforstyrrelser.

I denne analyse undersøges udviklingen i behandlingsindsatsen blandt borgere med spiseforstyrrelser de seneste ca. 15 år. "Behandlingsindsatsen" omfatter her kontakter til hospitalspsykiatrien samt kontakter med praksissektoren, herunder almen praksis og privatpraktiserende psykiatere. Dels undersøges andelen af borgere, der har de forskellige typer af sundhedskontakter i løbet af et år, og dels undersøges antallet af kontakter årligt. Derudover undersøges udviklingen i varigheden af psykiatriske indlæggelser i målgruppen samt udviklingen i det samlede antal "kontaktdage årligt". Endeligt præsenteres også udviklingen i genindlæggelsesprocenten blandt borgere med spiseforstyrrelser.

Det fulde omfang af spiseforstyrrelser kan være svært at opgøre, da kun personer, som får registreret diagnosen i forbindelse med hospitalsbesøg, kan genfindes i registrene. I denne analyse fokuseres på de borgere med spiseforstyrrelser, der har været i kontakt med hospitalssektoren de seneste 5 år og i den forbindelse har fået registreret en spiseforstyrrelsesdiagnose. Borgere med spiseforstyrrelser, som ikke er diagnosticeret, eller som udelukkende behandles af privatpraktiserende psykiatere og/eller modtager indsatser i kommunerne, er således ikke omfattet. I analysen præsenteres både behandlingstendenser blandt alle borgere med spiseforstyrrelser og blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser.

Analysen vedrører borgere med spiseforstyrrelser i alle aldersgrupper. Der er dog et særligt fokus på unge, som er uddybet yderligere i [bilag 3](#).

## Boks 1

### Sådan har vi gjort

Borgere med spiseforstyrrelse (prævalente cases) er opgjort som personer bosiddende i Danmark pr. 1/1 i året, og som har fået registreret (mindst én) spiseforstyrrelsesdiagnose i forbindelse med hospitalskontakt inden for de seneste 5 år (som aktions eller bidiagnose, både psykiatriske og somatiske hospitalskontakter). Nye tilfælde af spiseforstyrrelser (incidente cases) er defineret som personer, som for første gang i sit liv har fået registreret en spiseforstyrrelsesdiagnose i løbet af det pågældende år. Spiseforstyrrelser omfatter i denne analyse både anoreksi, bulimi, tvangsoverspisning og andre ikke specificerede spiseforstyrrelser (ICD10-koderne F50\* og F982).

Psykiatriske hospitalskontakter er defineret ud fra Landspatientregisteret og omfatter følgende typer:

- Indlæggelser (fysiske sygehusophold af mindst 12 timers varighed, akutte og planlagte).
- Planlagte ambulante kontakter (planlagte fysiske sygehusophold af maks. 12 timers varighed).
- Akutte ambulante kontakter (akutte fysiske sygehusophold af maks. 12 timers varighed).
- Ude-/hjemmebesøg (i borgeren eget hjem)
- Virtuelle kontakter (telefon og video)

Hospitalskontakterne betragtes som psykiatriske, hvis størstedelen af den samlede opholdstid er psykiatrisk, dvs. på psykiatrisk hospitalsafdeling og/eller med psykiatrisk aktionsdiagnose. Der kan således indgå somatisk opholdstid i de psykiatriske ophold. Alle psykiatriske kontakter blandt borgere med spiseforstyrrelser medtages, uanset om kontakten direkte er forårsaget af spiseforstyrrelsen (dvs. uanset aktionsdiagnose).

Kontakter med almen praksis og praktiserende psykiatere opgøres ud fra Sygesikringsregisteret. Alle kontakter medtages, uanset type og uanset hvad der er årsag til kontakten.

## ANTAL BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER

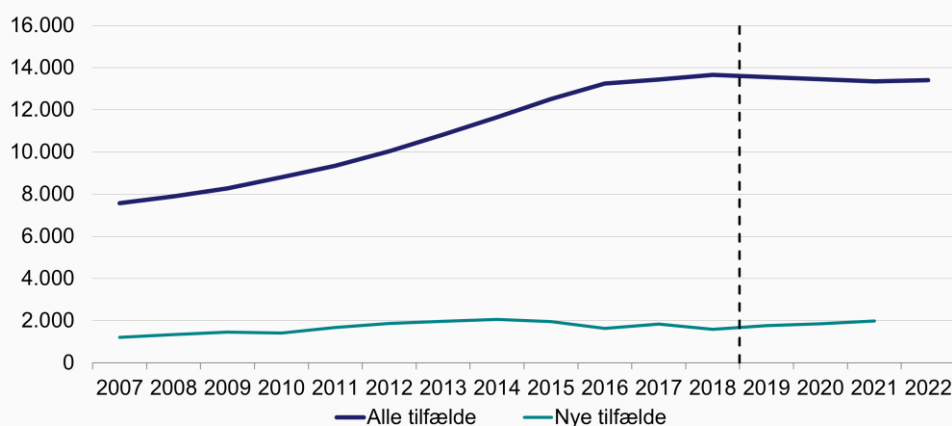
Ca. 13.500 borgere i Danmark lider af en spiseforstyrrelse. Blandt 15-25-årige har næsten 1 pct. en spiseforstyrrelse. Forekomsten af spiseforstyrrelser steg med 75 pct. fra 2007 til 2016, hvorefter den har stabiliseret sig. Stigningen skyldes især en stigning blandt de 15-17-årige. Debutalderen for spiseforstyrrelser er faldet fra 21 år i gennemsnit i 2007 til 19 år i 2021.

Der er ca. 13.500 borgere i Danmark, som har (eller for nylig har haft) en spiseforstyrrelse. Det svarer til 0,2 pct. af befolkningen. I dette tal medtages kun borgere, som har fået registreret diagnosen i forbindelse med hospitalskontakter de seneste 5 år. Borgere med spiseforstyrrelser, som ikke er diagnosticeret eller som kun behandles hos privatpraktiserende psykiatere og/eller modtager indsatser i kommunerne, er således ikke omfattet.

Hvert år bliver knap 2.000 borgere diagnosticeret med spiseforstyrrelser for første gang. Antallet af borgere med spiseforstyrrelser er steget med 75 pct. fra 2007 til 2016, hvorefter antallet har været nogenlunde stabilt jf. figur 1.

Figur 1

### Antal borgere med spiseforstyrrelse, 2007-2022



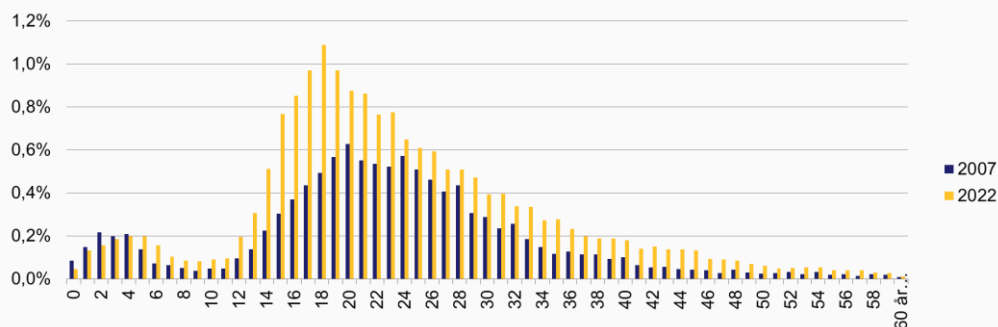
Note: Borgere med spiseforstyrrelser omfatter borgere bosiddende i Danmark pr. 1/1 med en registreret spiseforstyrrelsesdiagnose (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter inden for de seneste 5 år (alle tilfælde). Nye tilfælde omfatter de borgere, som for første gang i deres liv har fået registreret en spiseforstyrrelse i løbet af det pågældende år. Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Spiseforstyrrelser er mest udbredt i alderen 15-24 år, hvor næsten 1 pct. har en spiseforstyrrelse jf. figur 2. Knap halvdelen af alle spiseforstyrrede er i denne aldersgruppe. Stigningen i forekomsten af spiseforstyrrelser siden 2007 har absolut set været størst blandt de 15-18-årige, hvor forekomsten er steget med ½ procentpoint, svarende til en fordobling. Der er dog sket meget store stigninger relativt set i de fleste øvrige aldersgrupper også, i mange tilfælde også fordoblinger. For udvikling i samlet antal 15-24 årige med spiseforstyrrelser, se [bilag 3](#).

Figur 2

Forekomst af spiseforstyrrelser fordelt på aldersgrupper, 2007 og 2022



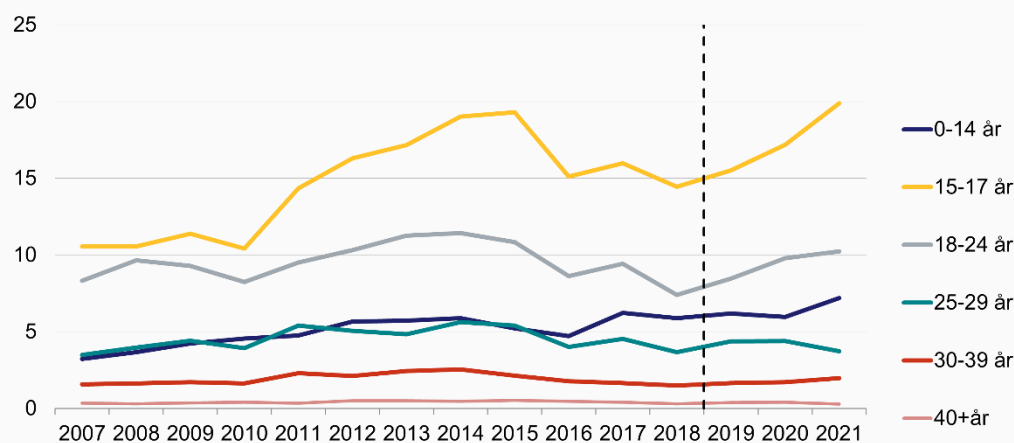
Note: Borgere med spiseforstyrrelser omfatter borgere bosiddende i Danmark pr. 1/1 med en registreret spiseforstyrrelsesdiagnose (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter inden for de seneste 5 år. Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Forekomsten af nye tilfælde af spiseforstyrrelser er også størst i aldersgruppen 15-17-år, jf. figur 3. Antallet af nye tilfælde i denne aldersgruppe er desuden steget fra lidt over 10 nye tilfælde pr. 10.000 borgere i 2007 til 20 nye tilfælde pr. 10.000 borgere i 2021. Det vil sige, at der hvert år diagnosticeres en spiseforstyrrelse for første gang hos 1 ud af 500 unge i alderen 15-17 år. Antallet af nye tilfælde er også fordoblet i perioden blandt de 0-14 årige, mens udviklingen har været mindre markant i de øvrige aldersgrupper.

Figur 3

Antal nye tilfælde pr. 10.000 borgere, aldersfordelt, 2007-2021



Note: Nye tilfælde omfatter borgere, som for første gang i deres liv har fået registreret en spiseforstyrrelse (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter i løbet af det pågældende år. Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen. OBS: Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

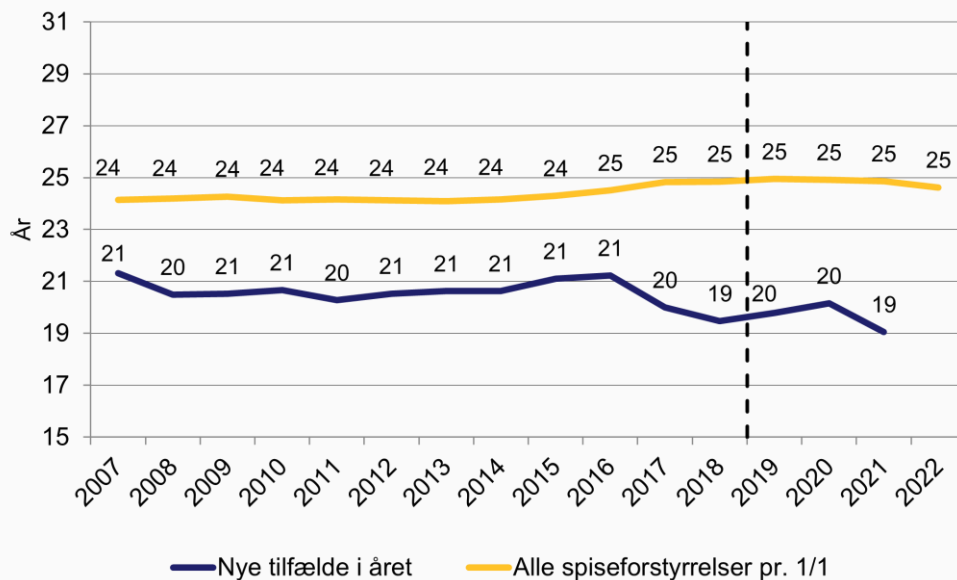
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med spiseforstyrrelser er i gennemsnit 24-25 år, jf. figur 4. Gennemsnitsalderen blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser er naturligvis lidt lavere – 19 år. Gennemsnitsalderen blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser er faldet fra 21 år i 2007 til 19 år i 2021. Det kan både skyldes, at unge udvikler spiseforstyrrelser tidligere end førhen, eller at de opdages tidligere. Gennemsnitsalderen blandt nye tilfælde af

spiseforstyrrelser er ifølge en analyse fra Sundhedsdatastyrelsen i 2020 faldet mest blandt drenge/mænd<sup>1</sup>.

Figur 4

Udvikling i gennemsnitsalder blandt borgere med spiseforstyrrelse (år), 2007-2022



Note: Gennemsnitsalder blandt hhv. alle prævalente tilfælde pr. 1/1 i året og alle nye tilfælde i løbet af året. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

<sup>1</sup> [Personer med spiseforstyrrelser. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018. Sundhedsdatastyrelsen, juni 2020.](#)



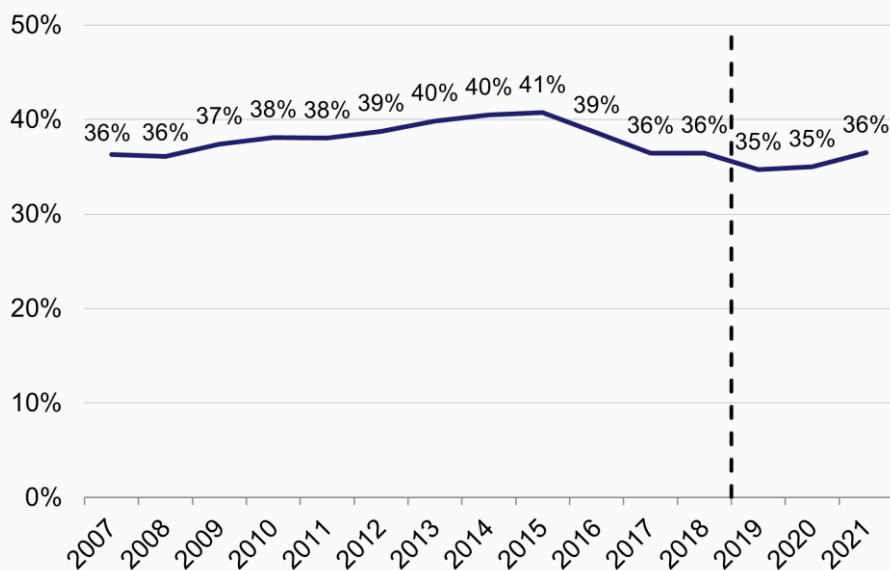
## ANDELEN AF BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER MED KONTAKT TIL HOSPITALSPSYKIATRIEN

Omkring hver tredje borgere med spiseforstyrrelser har i løbet af et år psykiatrisk hospitalskontakt. Siden 2015 er der sket et fald i andelen med psykiatrikontakt, især planlagte ambulante kontakter, men også ude-/hjemmebesøg. Der er dog i 2020 sket en markant stigning i andelen af borgere med spiseforstyrrelser, som har virtuelle kontakter med psykiatrien (primært telefon).

Andelen af borgere med spiseforstyrrelse, der er i kontakt med hospitalspsykiatrien i løbet af et år, er præcis den samme i 2021 som den var i 2007 – nemlig 36 pct., jf. figur 5. Der har dog været udsving i perioden. Fra 2007 til 2015 steg andelen af borgere med spiseforstyrrelser, som havde psykiatrikontakt til 41 pct., hvorefter den faldt igen frem til 2019. Det er bemærkelsesværdigt, at der ikke skete yderligere fald i 2020 og 2021, på trods af COVID-19 nedlukningen, der mindskede aktiviteten i hospitalssektoren, herunder også i psykiatrien ([Sundhedsstyrelsen, 2021](#)). Blandt unge i alderen 15-24 år er der endda sket en lille stigning i psykiatrikontakten de seneste år (se [bilag 3](#)).

Figur 5

### Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse med psykiatrisk hospitalskontakt i løbet af et år, 2007-2021



Note: Andelen af alle borgere med spiseforstyrrelser pr. 1/1 i året, som har haft mindst én psykiatrikontakt i løbet af året. Psykiatrikontakter omfatter fysiske møder på psykiatrisk hospitalafdeling (ambulant eller indlæggelse), ude/hjemmebesøg og virtuelle kontakter (telefon og video). Kontakterne er medtaget, uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Definition af psykiatriske hospitalskontakter kan findes i [bilag 1](#). Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold

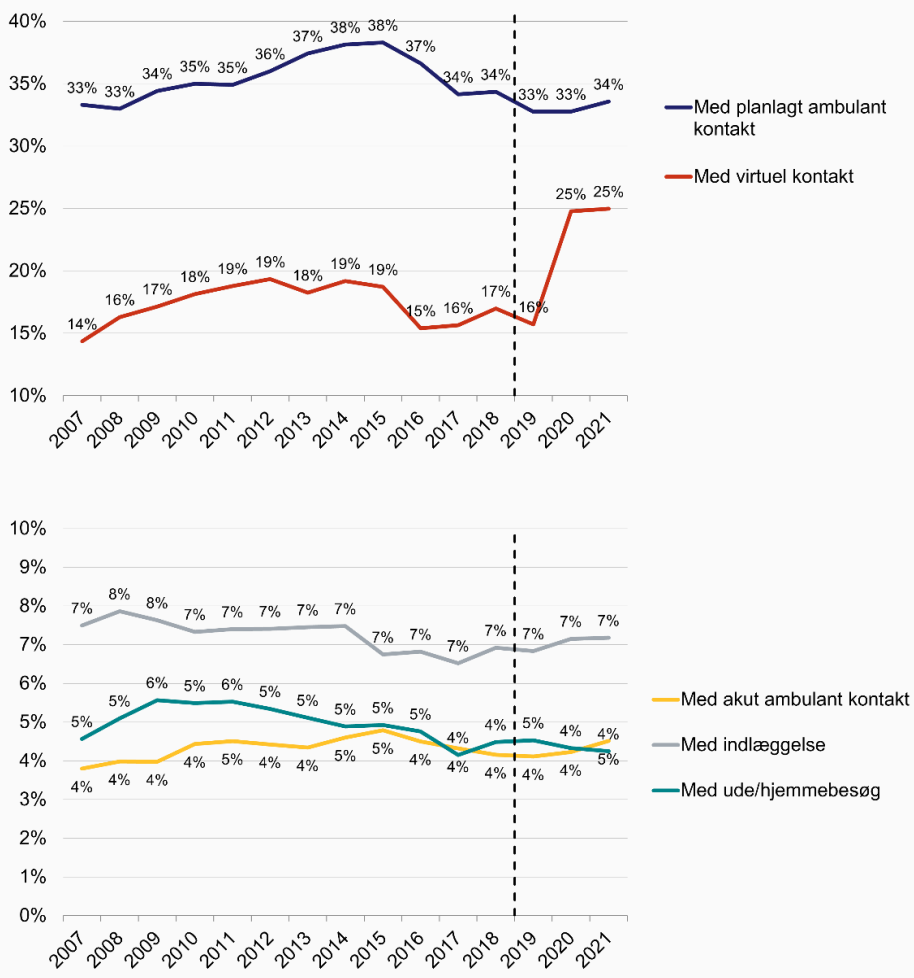
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Psykiatrikontakt omfatter mange forskellige typer af kontakter: Fysiske ophold på en psykiatrisk afdeling (ambulant eller indlæggelse), ude/hjemmebesøg i borgerens eget hjem og virtuelle kontakter (video- og telefonkontakter). Borgere med spiseforstyrrelser har især planlagte ambulante kontakter, efterfulgt af virtuelle kontakter jf. figur 6. Hver tredje borgere med spiseforstyrrelser (34 pct.) er i planlagt ambulant behandling i løbet af et år. Udviklingen i den samlede psykiatrikontakt i figur 5 skyldes især udviklingen i

planlagt ambulat kontakt, hvor andelen steg frem til 2015, hvorefter den faldt til omtrent samme niveau igen. Andelen af borgere med spiseforstyrrelse med virtuel kontakt (telefon- og videokontakter) er steget markant i 2020 og 2021, hvor hver fjerde havde mindst én virtuel psykiatrikontakt årligt. Stigningen i virtuelle kontakter ses i hele sundhedsvæsenet som følge af corona-nedlukningen ([Sundhedsstyrelsen, 2021](#)). Andelen af borgere med spiseforstyrrelser, som har haft akut ambulante kontakter, har været svagt stigende i perioden, mens andelen, der har haft ude/hjemmebesøg eller har været indlagt, er faldet (hjemmebesøg faldet siden 2009 og indlagte især i perioden 2014-2017).

Figur 6

**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse med forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år, 2007-2021**



Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Alle psykiatrikontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er overlap mellem borgere med de forskellige typer af ophold. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

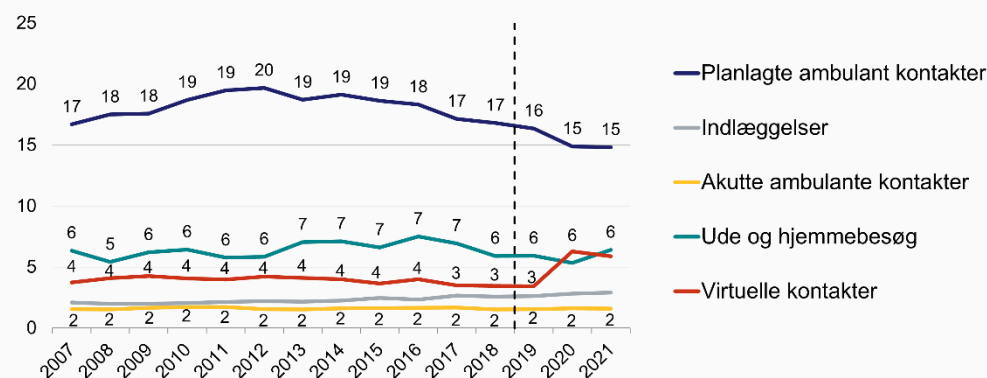
## OMFANG AF BEHANDLINGSINDSATS I PSYKIATRIEN BLANDT BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER

Borgere med spiseforstyrrelser i 2021 har 5 planlagte ambulante kontakter færre årligt end for 10 år siden, og deres indlæggelser er kun halvt så lange som i 2008. De har dog dobbelt så mange virtuelle kontakter som før 2020. Samlet set har borgere med spiseforstyrrelser i 2021 elleve dage med psykiatrikontakt årligt, hvilket er en dag mindre end i 2007.

I dette afsnit fokuseres på antallet af psykiatriske kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelser, som har mindst én af den pågældende type af kontakt. Borgere med spiseforstyrrelser, som har haft mindst en planlagt ambulante kontakt i 2021, har i gennemsnit 15 planlagte ambulante kontakter i løbet af året jf. figur 7. Det er 5 kontakter færre årligt i 2021 end ti år før. Blandt borgere med spiseforstyrrelser, som har været indlagt, er antallet af indlæggelser årligt steget lidt (fra 2,1 i 2007 til 2,9 indlæggelser årligt i 2021). Antallet af virtuelle kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelser er steget markant i 2020 som følge af COVID-19 nedlukningen ([Sundhedsstyrelsen, 2021](#)). Niveauerne af kontakter og udviklingstenderne er nogenlunde de samme blandt unge med spiseforstyrrelser (15-24 årige). Se mere herom i [bilag 3](#).

Figur 7

### Antal psykiatriske kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelse med den pågældende type kontakt, 2007-2021



Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, og har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Populationen (nævneren) for hver kurve er således forskellig, men der er overlap mellem borgere med de forskellige typer af kontakter. Alle psykiatrikontakter er medtaget, uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (> 90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

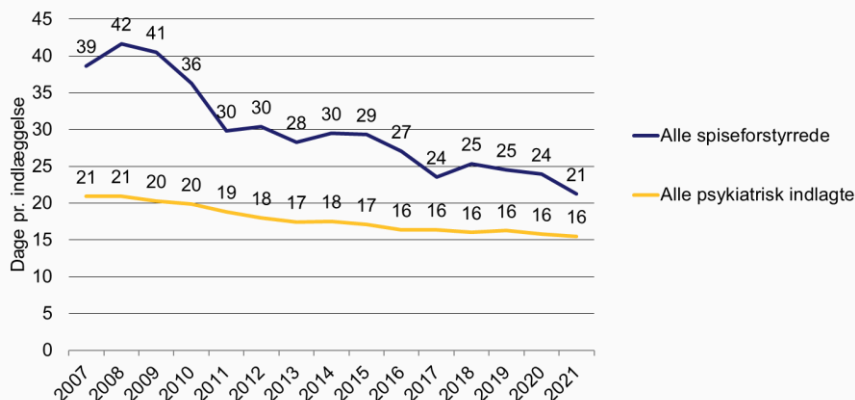
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Varigheden af psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelser er faldet markant de seneste 14 år, jf. figur 8. Borgere med spiseforstyrrelser i 2021 er i gennemsnit indlagt tre uger (21 dage), men i 2008 var den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed det dobbelte: 6 uger (42 dage). Varigheden har haft tre store fald i perioden med stagnationer i mellem: Først et kraftigt fald på 27 pct. fra 2008 til 2011, hvor varigheden faldt fra 41 til 30 dage. Endnu et fald fra 2014-2017, hvor varigheden faldt fra 30 til 24 dage (20 pct.). Til sidst et fald fra 2020 til 2021, hvor varigheden af psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelser faldt fra 24 til 21 dage i gennemsnit (et fald på 11 pct.).

Indlæggelsesvarigheden var i 2021 i gennemsnit 5 dage længere for borgere med spiseforstyrrelser sammenlignet med alle indlagte psykiatriske patienter. Udviklingen i varigheden er også faldet for alle indlagte patienter, dog ikke lige så kraftigt som for borgere med spiseforstyrrelser. Indlæggelsesvarighed for unge 15-24 årige specifikt er faldet endnu mere i perioden, se [bilag 3](#).

Figur 8

**Udvikling i varighed af psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelse (dage), 2005-2021**



Note: Den gennemsnitlige varighed (i dage) af alle afsluttede psykiatriske indlæggelser år for år blandt borgere med spiseforstyrrelse. Indlæggelser af over 1000 dages varighed er frasorteret. De psykiatriske indlæggelser omfatter alle psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelse, ikke kun indlæggelser med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

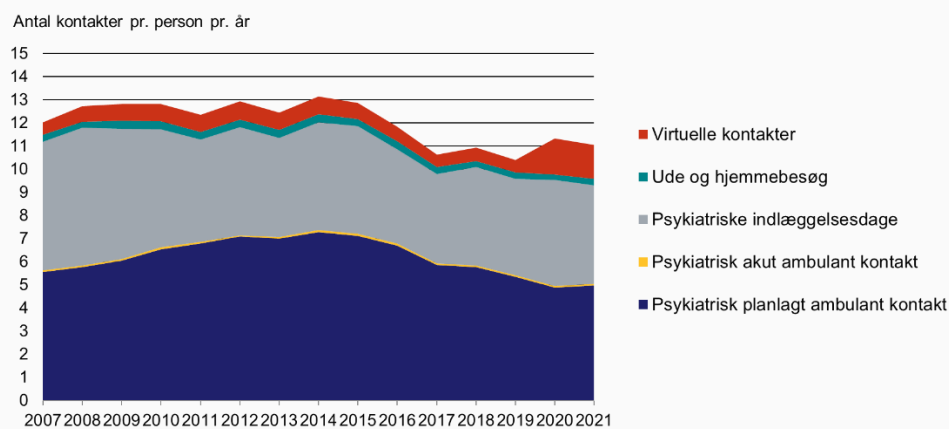
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med spiseforstyrrelser i 2021 har i gennemsnit kontakt med psykiatrien 11 dage om året, jf. figur 9. Det er 1 dag mindre med psykiatrikontakt sammenlignet med 2007, hvor borgere med spiseforstyrrelser i gennemsnit havde ca. 12 dage med psykiatrikontakt i løbet af et år. Det er specielt antallet af psykiatriske indlæggelsesdage og antallet af dage med planlagte ambulante kontakter, der er faldet i perioden for borgere med spiseforstyrrelser, mens antallet af virtuelle kontakter er steget. Psykiatriske indlæggelser og psykiatriske planlagte ambulante kontakter er faldet med hhv. 1,3 dage og 0,6 dage fra 2007 til 2021. Blandt unge på 15-24 år er antallet af dage pr. person faldet med to dage årligt, fra 14,5 dage i 2007 til 12,5 dage i 2021 (se [bilag 3](#)).

Figur 9 viser et gennemsnitstal for *alle* borgere med spiseforstyrrelser, uanset om de har psykiatrikontakter eller ej. Dvs. figuren afspejler således både ændringer i *andelen* af borgere, som har kontakt (figur 5 og 6), og *antallet/varigheden* af psykiatrikontakterne (figur 7 og 8). Størstedelen af borgere med spiseforstyrrelser har dog slet ingen psykiatrikontakter. Hvis man i stedet betragter antallet af kontaktdage årligt, *blandt dem med mindst én kontakt*, er der tale om 27 dage i gennemsnit pr. patient i 2021 (se også [bilag 2](#)). Patienter på 15-24 år med spiseforstyrrelser har i gennemsnit kontakt 35 dage om året (se [bilag 3](#)).

Figur 9

### Udvikling i antal dage med psykiatrikontakt pr. borger med spiseforstyrrelse, 2007-2021



Note: Det samlede antal af dage med de forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år blandt borgere med spiseforstyrrelse divideret med det samlede antal borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året (uanset om de havde kontakt eller ej). Der kan ikke forekomme flere kontaktyper på samme dag. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (>90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

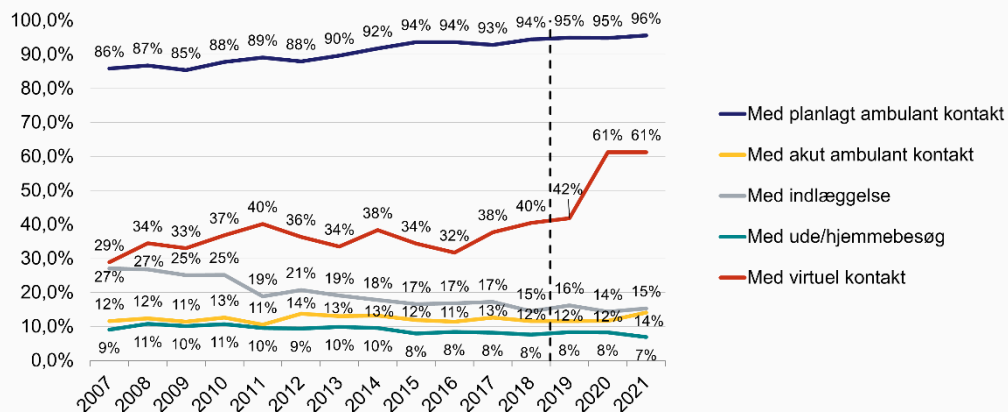
## BEHANDLINGSINDSATS TIL NYE TILFÆLDE AF SPISEFORSTYRRELSER

Stort set alle nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2021 har planlagt ambulant kontakt i løbet af debutåret. Nye tilfælde af spiseforstyrrelser har i gennemsnit samlet set 19 dage med psykiatrikontakt i løbet af debutåret. Det gennemsnitlige antal dage med planlagt ambulant kontakt i debutåret er steget med tre dage siden 2007, mens antallet af indlæggelsesdage er faldet med fire dage årligt i gennemsnit.

Alle typer af psykiatrikontakt er mere udbredt blandt de nye tilfælde end blandt alle borgere med spiseforstyrrelser (jf. figur 10 og figur 6). Stort set alle nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2021 har planlagt ambulant kontakt inden for debutåret. Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser, der har planlagt ambulant kontakt er steget fra 86 pct. i 2007 til 96 pct. i 2021. Andelen af nye tilfælde med indlæggelse i løbet af debutåret er derimod faldet fra 27 pct. i 2007 til 15 pct. i 2021. Det kan muligvis skyldes, at spiseforstyrrelserne opdages på et tidligere tidspunkt, hvor behovet for indlæggelse er mindre, men det er også muligt, at tærsklen for at blive indlagt er steget. Andelen af nye tilfælde med virtuel kontakt (telefon- og videokontakter) er steget markant omkring COVID-19 nedlukningen og er helt oppe på 61 pct. i 2021. Stigningen i virtuelle kontakter ses i hele sundhedsvæsenet som følge af corona-nedlukningen ([Sundhedsstyrelsen, 2021](#)).

Figur 10

### Udvikling i andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser med forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år, 2007-2021



Note: Andel af alle nye tilfælde af spiseforstyrrelser pr. 1/1 i året, som har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Alle psykiatrikontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er overlap mellem borger med de forskellige typer af ophold. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

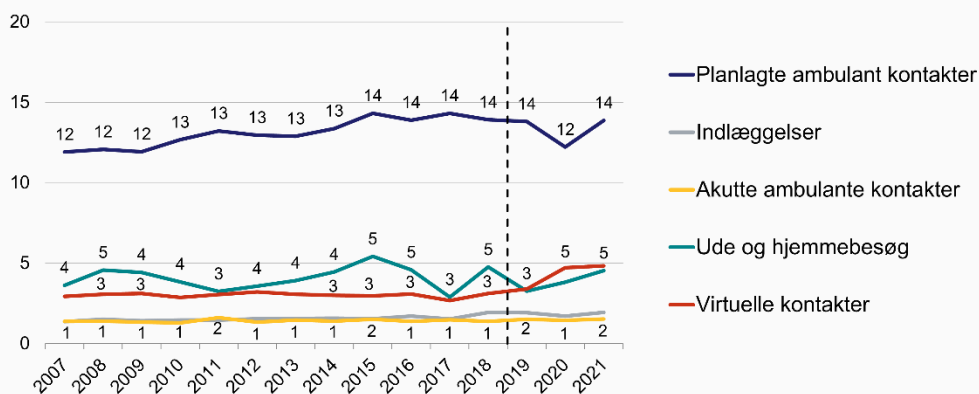
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Nye tilfælde af spiseforstyrrelser, som har haft mindst én planlagt ambulant kontakt i løbet af året, har i gennemsnit 14 planlagte ambulante kontakter årligt i 2021. Nye tilfælde af spiseforstyrrelser med planlagte ambulante kontakter har to kontakter mere årligt i 2021 end i 2007. I 2020 ses et fald i antallet af planlagte ambulante kontakter blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser, hvilket sandsynligvis hænger sammen med

COVID19-nedlukningen. Det årlige antal psykiatrikontakter blandt nye tilfælde er generelt lavere end blandt alle borgere med spiseforstyrrelser (jf. figur 7). Dette skal dog ses i lyset af, at de nye tilfælde debuterer med spiseforstyrrelse *i løbet af* året og således ikke har haft et helt år at have kontakter i.

Figur 11

**Antal psykiatriske kontakter årligt blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser med den pågældende type kontakt, 2007-2021**



Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser pr. 1/1 i året, som har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Populationen (nævneren) for hver kurve er således forskellig, men der er overlap med de forskellige typer af kontakter. Alle psykiatrikontakter er medtaget, uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (> 90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

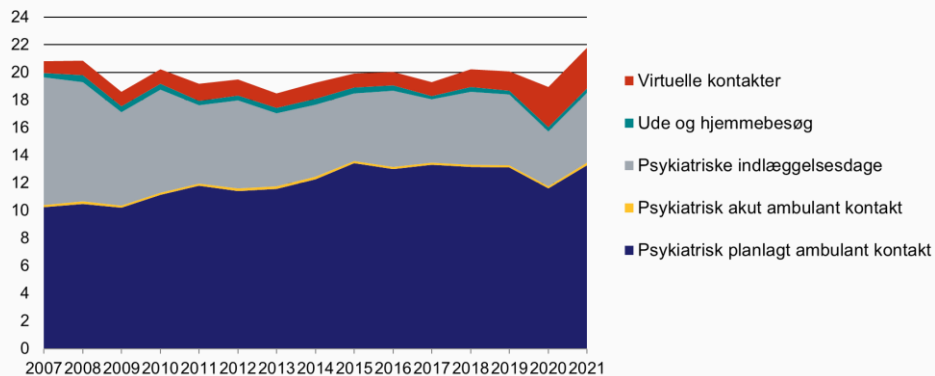
Nye tilfælde af spiseforstyrrelser har i gennemsnit 21,8 dage med psykiatrikontakt i 2021 jf. figur 12. Dette er 1 dag mere end i 2007, hvor nye tilfælde i gennemsnit havde 20,8 dage med psykiatrikontakt. Dog er en større andel af kontakterne i 2021 virtuelle. Antallet af indlæggelsesdage blandt de nye tilfælde er faldet med 4,2 dage siden 2007, mens antallet af dage med planlagt ambulante kontakt er steget med 3,0 dage. Faldet i antallet af indlæggelsesdage skyldes både, at en mindre andel af de nye tilfælde har indlæggelser, og at den gennemsnitlige indlæggelsesvarighed blandt nye tilfælde er faldet (fra 29 dage i 2007 til 19 dage i 2021).

I 2020 faldt det gennemsnitlige antal dage med psykiatrikontakt pr. nye tilfælde af spiseforstyrrelser til 16, hvilket sandsynligvis skyldes den mindskede aktivitet i psykiatrien som følge af COVID-19 nedlukningen ([Sundhedsstyrelsen, 2021](#)). Det er dog bemærkelsesværdigt, at faldet i højere grad ses blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser end blandt alle borgere med spiseforstyrrelser (jf. figur 9). Det kunne tyde på, at det især er opstarten af nye forløb, der blev skubbet under COVID-19.

Figur 12

### Udvikling i antal dage med psykiatrikontakt pr. nye tilfælde af spiseforstyrrelser, 2007-2021

Antal kontakt pr. person pr. år



Note: Det samlede antal af dage med de forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser divideret med det samlede antal borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året (uanset om de havde kontakt eller ej). Der kan ikke forekomme flere kontaktyper på samme dag. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (>90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



## BEHANDLINGSINDSATS I ÅRENE EFTER DEBUT AF SPISEFORSTYRRELSE

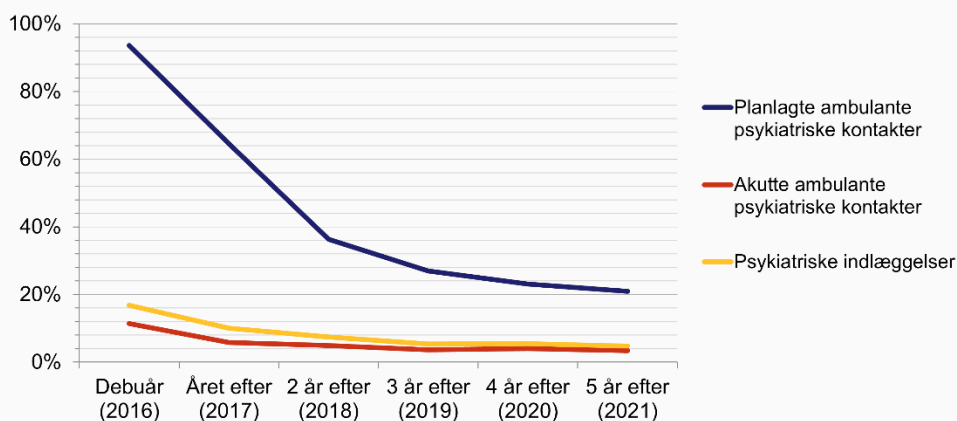
Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser, som er i kontakt med psykiatrien, er størst i debutåret, hvorefter andelen falder drastisk. Efter ca. to år stabiliserer psykiatrikontakten sig på et niveau sammenligneligt med alle borgere med spiseforstyrrelser. Nye tilfælde af spiseforstyrrelser med planlagt ambulante kontakt har op mod 20 kontakter årligt de første år. Selvom flere af de nye tilfælde i dag er i ambulante behandling fra sygdomsdebut, er der ikke en større andel der er i ambulante behandling to år efter debutåret.

I dette afsnit undersøges, hvordan brugen af psykiatriske sygehusophold ændrer sig i årene efter debut af spiseforstyrrelse. Der tages i første del udgangspunkt i nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2016, som følges de fem følgende år frem til 2021. I anden del undersøges udviklingen over tid i udbredelsen af sygehusophold blandt forskellige "årgange" af nye tilfælde af spiseforstyrrelser.

Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser, som er i kontakt med psykiatrien, er størst i debutåret, hvorefter andelen falder. Andelen af nye tilfælde i 2016, som har planlagte ambulante kontakter falder med næsten 60 procentpoint fra debutåret til 2 år efter debutåret. Efter 5 år er kun 20 pct. af de nye tilfælde i planlagt ambulante kontakt. I året efter debuten af spiseforstyrrelsen sker der en halvering i andelen med akutte ambulante kontakter. Et tilsvarende fald ses ved andelen med indlæggelser, som falder fra 17 pct. i debutåret til 5 pct. 3 år efter. Omkring 2 år efter debutåret når andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser med psykiatrikontakt samme niveau som andelen blandt alle borgere med spiseforstyrrelse jf. figur 6.

Figur 13

### Andel af nye tilfælde af spiseforstyrrelse i 2016 med forskellige typer af psykiatrikontakt i årene efter debutåret



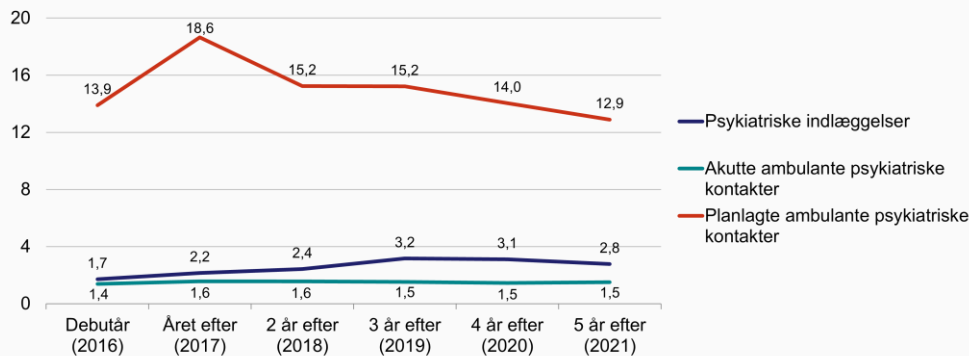
Note: Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2016, som har mindst én af de udvalgte typer af sygehusophold i løbet af hhv. debutåret og 1-5 år efter. Sygehusophold er ikke afgrænset til ophold med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose. Der er taget højde for døde/udvandrede i de efterfølgende år, dvs. dem som ikke er i live og bosiddende i Danmark pr. 1/1 udgår af nævneren. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

De nye tilfælde af spiseforstyrrelser med ambulante kontakt har i gennemsnit 14 planlagte ambulante kontakter årligt i debutåret, men 19 kontakter årligt i året efter debutåret. Dette skal dog tolkes i sammenhæng med, at debutåret er et kalenderår, dvs. de nye tilfælde af spiseforstyrrelser debuterer *i løbet af* året og dermed har de ikke alle 12 måneders mulighed for kontakt. Blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser med psykiatriske indlæggelser er det gennemsnitlige antal indlæggelser lidt under to i debutåret, mens antallet stiger til lidt over tre indlæggelser årligt tre år efter debutåret. Antallet af akutte ambulante kontakter blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser ligger på omkring 1,5 i debutåret og varierer ikke i årene efter debuten.

Figur 14

**Antal sygehusophold blandt nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2016 i årene efter debutåret (med forskellige psykiatriske sygehusophold)**



Note: Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2016, som har mindst én af de udvalgte typer af sygehusophold i løbet af hhv. debutåret og 1-5 år efter. Sygehusopholdene er ikke afgrænset til ophold med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose. Der er taget højde for døde/udvandrede i de efterfølgende år, dvs. dem som ikke er i live og bosiddende i Danmark pr. 1/1 udgår fra nævneren. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

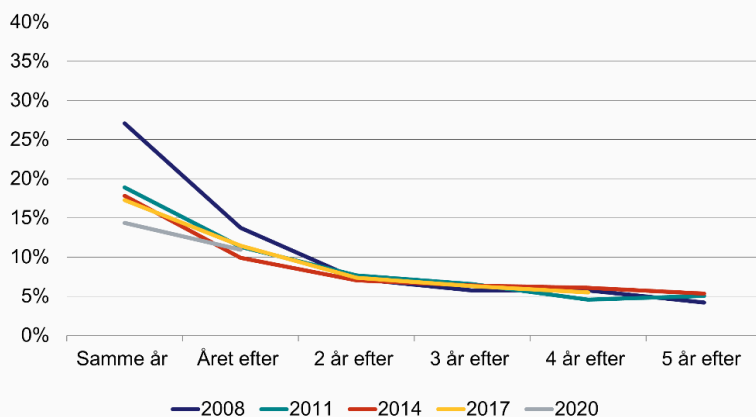
Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser med de tre typer af fysiske sygehusophold (psykiatrisk indlæggelse, akut og planlagt ambulante kontakt) er størst i debutåret for alle de udvalgte årgange jf. figur 15. Desuden ses, at en stigende andel af de nye tilfælde har planlagt ambulante kontakt i debutåret, mens en mindre andel er indlagt i debutåret end førhen (som i figur 10). Det er dog interessant at bemærke, at andelen med indlæggelser og planlagte ambulante kontakter to år efter debutåret er på samme niveau, som førhen (de ældre årgange). Dvs. det nye højere niveau af planlagte ambulante kontakter i debutåret blandt nye tilfælde varer ikke ved i årene efter sygdomsdebut. Tværtimod ser det ud til, at borgerne med spiseforstyrrelser hurtigere afsluttes, så en mindre andel af dem er i ambulante kontakt to år efter sygdomsdebut. For indlæggelser ses det, at selvom en mindre andel af de nye tilfælde er indlagt i debutåret i de nyere årgange, er det ikke en mindre andel der er indlagt to år efter sygdomsdebut.

To til tre år efter debutåret stabiliserer andelen af nye tilfælde med både psykiatrisk indlæggelse, akut og planlagt ambulante kontakt sig omkring det samme niveau som blandt alle borgere med spiseforstyrrelser, ved alle de udvalgte år jf. figur 6.

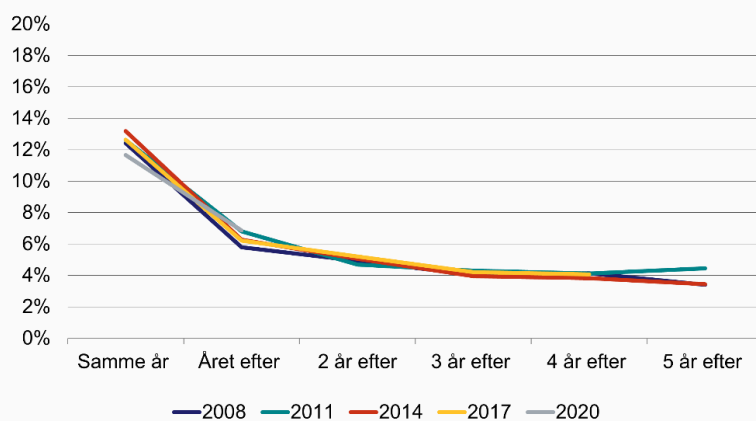
**Figur 15**

**Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser i udvalgte år med forskellige typer af psykiatriske sygehusophold i årene efter debutåret**

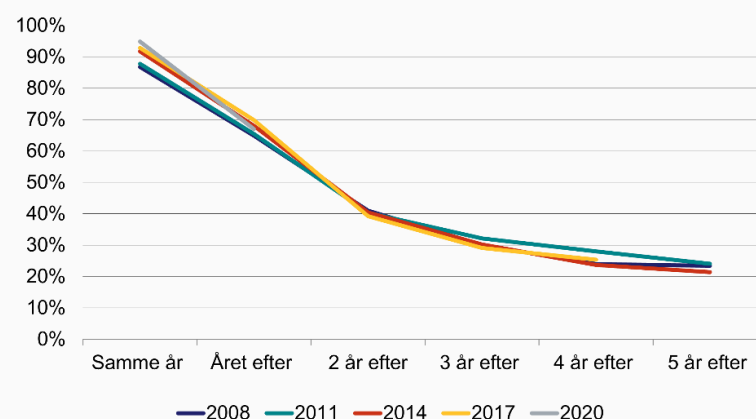
**Andel med mindst én psykiatrisk indlæggelse**



**Andel med mindst én akut ambulat kontakt**



**Andel med mindst én planlagt ambulat kontakt**



Note: Andelen af nye tilfælde af spiseforstyrrelser i udvalgte år, som har mindst én af de udvalgte typer af sygehusophold i løbet af hhv. debutåret og 1-5 år efter. Sygehusopholdene er ikke afgrænset til ophold med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose. Der er taget højde for døde/udvandrede i de efterfølgende år, dvs. dem som ikke er i live og bosiddende i Danmark pr 1/1 udgår fra nævneren. Der er databrud fra 2018-2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen fra 2017-2020 skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

## GENINDLÆGGELSER BLANDT BORGERE MED SPISEFORSTYRRELSER

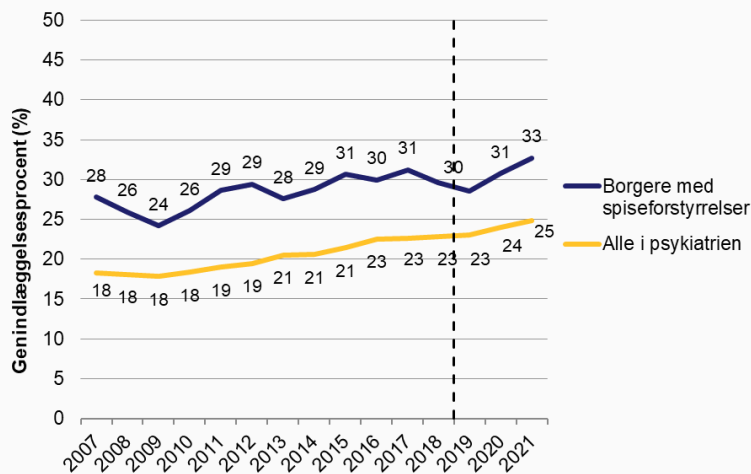
Hver tredje indlagte borgere med spiseforstyrrelse genindlægges akut inden for 30 dage. Tallet har været stigende siden 2007 og er knap 10 procentpoint højere end blandt psykiatriske patienter generelt.

Blandt borgere med spiseforstyrrelse har 7 pct. mindst én psykiatrisk indlæggelse i løbet af et år, og 15 pct. af de nye tilfælde af spiseforstyrrelser er indlagt i løbet af deres debutår jf. figur 6 og 10. I gennemsnit har begge grupper omkring 2 indlæggelser om året jf. figur 7 og figur 11.

En indlæggelse, der efterfølges af en ny akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivning, betragtes generelt som "uhensigtsmæssig". Det skal ikke forstås sådan, at patienten ikke burde indlægges, men når der er så kort mellem to indlæggelser, betragtes det som overvejende sandsynligt, at behovet for en ny indlæggelse er påvirket af behandling/pleje eller samarbejde/kommunikation under og efter primærindlæggelsen (den første indlæggelse). Blandt borgere med spiseforstyrrelse, som indlægges i psykiatrien i 2021, bliver 33 pct. genindlagt inden for 30 dage jf. figur 16. Genindlæggelsesprocenten har været stigende siden 2007, dog med en del udsving. I 2007 var det 28 pct. af de psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelse, der blev efterfulgt af en psykiatrisk genindlæggelse, mens det i 2021 som nævnt var 33 pct. Genindlæggelsesprocenten er også steget blandt alle indlagte psykiatriske patienter i perioden – men blandt borgere med spiseforstyrrelser er risikoen for genindlæggelse næsten 10 procentpoint højere gennem det meste af perioden. Samme tendens ses blandt de 15-24 årige med spiseforstyrrelser, dog med større udsving fra år til år på grund af mindre datagrundlag (se [bilag 3](#)).

Figur 16

### Udvikling i psykiatrisk genindlæggelse blandt borgere med spiseforstyrrelse, 2007-2021



Note: En psykiatrisk genindlæggelse er en akut psykiatrisk indlæggelse, som starter under 30 dage efter, en forudgående psykiatrisk indlæggelse er afsluttet. De psykiatriske genindlæggelser omfatter ikke kun indlæggelser med spiseforstyrrelser som aktionsdiagnose. Genindlæggelsesprocenten er forholdet mellem genindlæggelser og primærindlæggelser. Genindlæggelsesprocenten er opgjort blandt alle med spiseforstyrrelser pr. 1/1 og blandt nye tilfælde i løbet af året. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

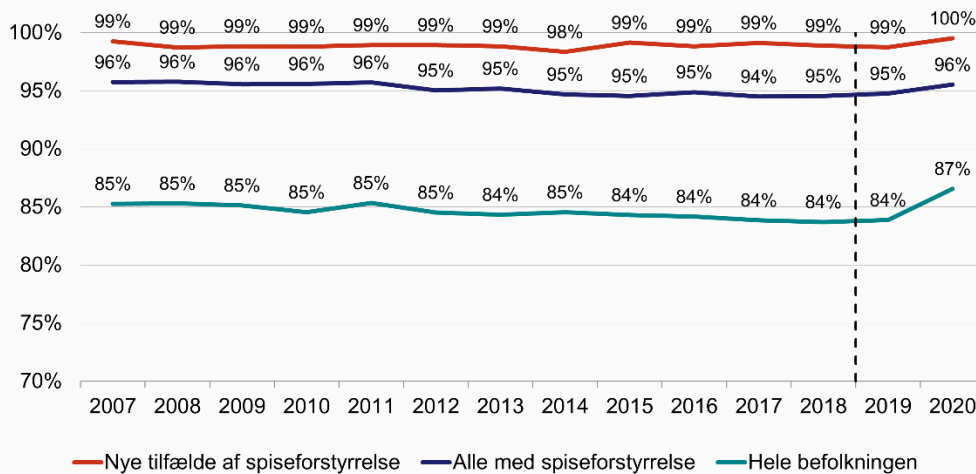
## BEHANDLINGSINDSATS I PRAKSISSEKTOREN BLANDT BORGRE MED SPISEFORSTYRRELSE

Borgere med spiseforstyrrelse har tre kontakter mere med egen læge årligt end andre borgere. Alle nye tilfælde af spiseforstyrrelser i 2020 har kontakt med almen praksis i debutåret. Kun hver tyvende borger med spiseforstyrrelser har kontakt med privatpraktiserende psykiatere i løbet af et år.

96 pct. af borgere med spiseforstyrrelser er i kontakt med deres almen praktiserende læge i løbet af et år jf. figur 17. Denne andel er højere end andelen i befolkningen generelt (87 pct.). Kontakterne kan naturligvis vedrøre mange andre forhold end borgernes spiseforstyrrelse. Siden 2007 har andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som er i kontakt med almen praksis, været nogenlunde stabil omkring de 95 pct. Stort set alle nye tilfælde af spiseforstyrrelser har kontakt med almen praksis i deres debutår. Andelen med kontakt til almen praksis er i alle grupper steget fra 2019 til 2020, hvilket kan hænge sammen med corona-epidemien (eks. visitation til og svar på COVID-19-test).

Figur 17

### Udvikling i andel af borgere med spiseforstyrrelse med kontakt til almen praksis årligt, 2007-2020



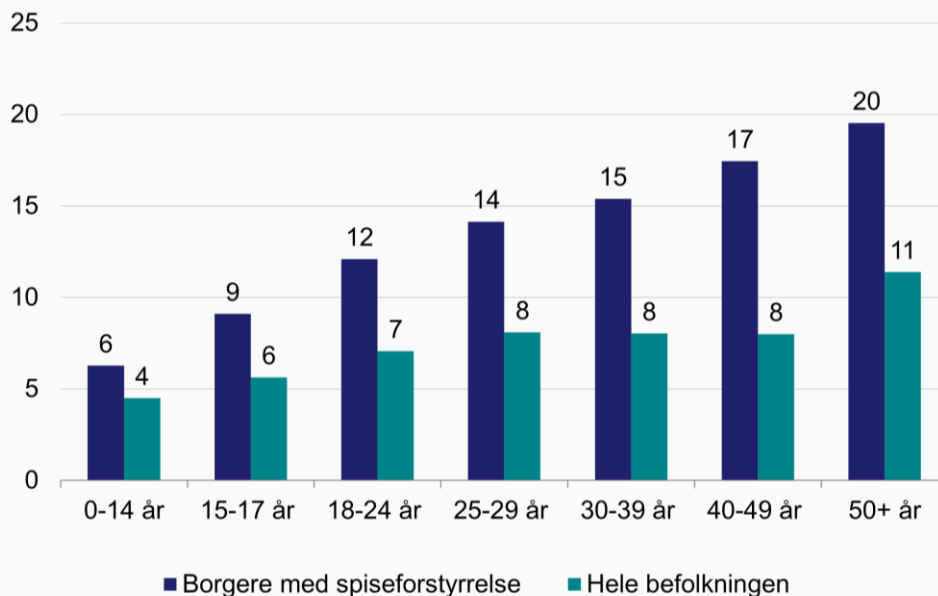
Note: Opgjort blandt prævalente tilfælde af spiseforstyrrelse og alle borgere pr. 1/1, samt nye tilfælde af spiseforstyrrelser i løbet af året. Kontakt med almen praksis omfatter alle typer af kontakter herunder fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, emailkonsultationer m.m.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Alderen er afgørende for, hvor mange kontakter borgere med spiseforstyrrelser har med almen praksis om året – ligesom i befolkningen i øvrigt. Borgere med spiseforstyrrelse under 14 år, som er i kontakt med almen praksis, har i gennemsnit 6 kontakter om året, mens borgere over 50 år har næsten 4 gange så mange kontakter årligt (20 kontakter) jf. figur 18. I hele befolkningen har borgere under 14 år, med kontakt til almen praksis, 4 kontakter årligt mens borgere over 50 år, med kontakt til almen praksis, har 11 kontakter årligt.

Figur 18

**Antal almene praksis-kontakter i 2020 blandt borgere med spiseforstyrrelse og alle borgere, aldersfordelt**



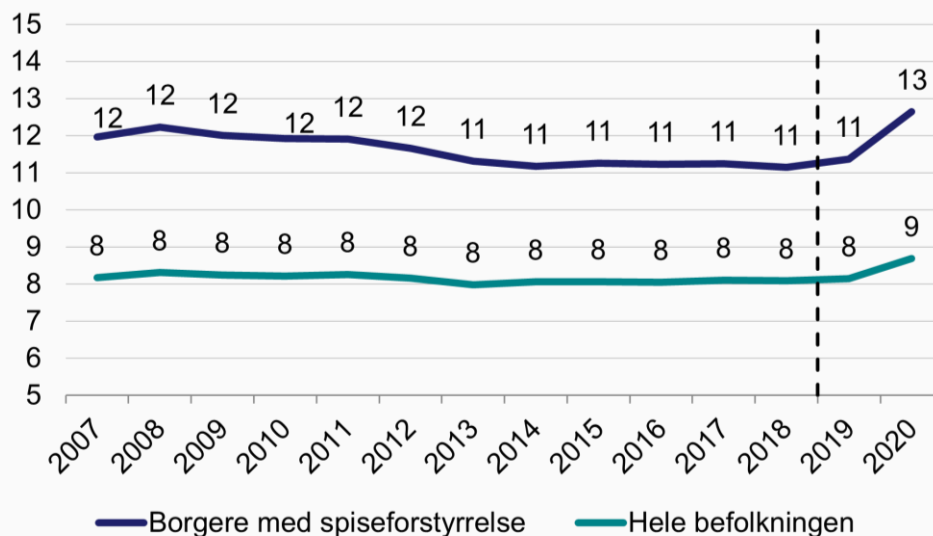
Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt dem med mindst én kontakt. Opgjort blandt prævalente tilfælde af spiseforstyrrelser og alle borgere pr. 1/1 2020. Kontakt med almen praksis omfatter alle typer af kontakter herunder fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, emailkonsultationer m.m.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Borgere med spiseforstyrrelse, som er i kontakt med deres praktiserende læge i løbet af året, har i gennemsnit 11-12 kontakter om året jf. figur 19. Dette er lidt højere end i befolkningen generelt, som i gennemsnit har ca. 8 kontakter årligt. Antallet af kontakter med almen praksis årligt blandt borgere med spiseforstyrrelser faldt en anelse fra 2008 til 2014, men har siden været stabilt. Fra 2019 til 2020 ses en stigning i antallet af årlige kontakter, både blandt borgere med spiseforstyrrelser og generelt, hvilket skal ses i lyset af corona-epidemien.

Figur 19

Udvikling i antal almen praksis-kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelse, 2007-2020



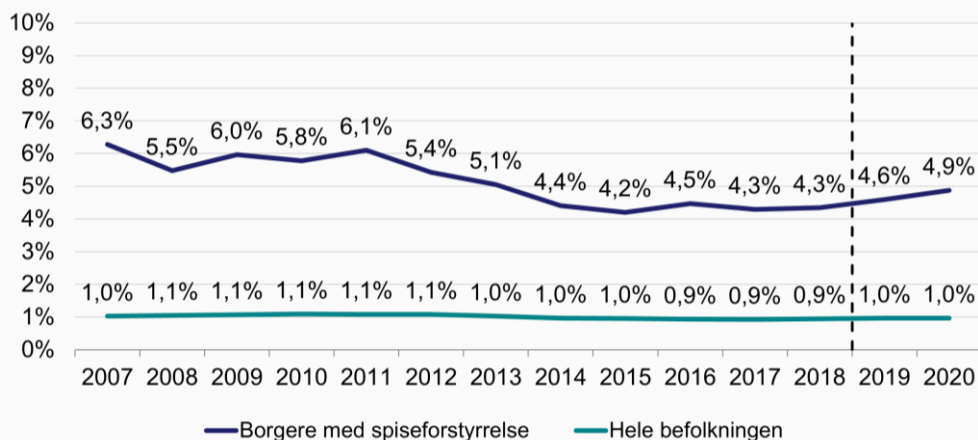
Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt dem med mindst én kontakt. Opgjort blandt prævalente tilfælde af spiseforstyrrelse og alle borgere pr. 1/1 samt nye tilfælde af spiseforstyrrelser i løbet af året. Kontakt med almen praksis omfatter alle typer af kontakter herunder fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, emailkonsultationer m.m.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Brug af privatpraktiserende psykiatere er ikke særligt udbredt blandt borgere med spiseforstyrrelser. Kun 5 pct. af borgere med spiseforstyrrelser har kontakt med privatpraktiserende psykiatere i løbet af et år, jf. figur 17. Denne andel er højere end andelen i befolkningen generelt, hvor kun 1 pct. årligt er i kontakt med en psykiater. Tallet undervurderer dog sandsynligvis, hvor udbredt behandling hos private psykiatere er blandt borgere med spiseforstyrrelser, da populationen kun omfatter dem, som har fået registreret en spiseforstyrrelse i *hospitalssektoren* i løbet af de foregående fem år. Borgere med spiseforstyrrelser, som *udelukkende* behandles i primærsektoren, er således ikke med i populationen. Andelen af borgere med spiseforstyrrelser med kontakt til privatpraktiserende psykiatere er faldet fra 6,1 til 4,2 pct. i perioden 2011-2015, hvorefter den er steget lidt igen til 4,9 pct. i 2020 jf. figur 20.

**Figur 20**

**Udvikling i andel af borgere med spiseforstyrrelse med kontakt til psykiater årligt, 2007-2020**



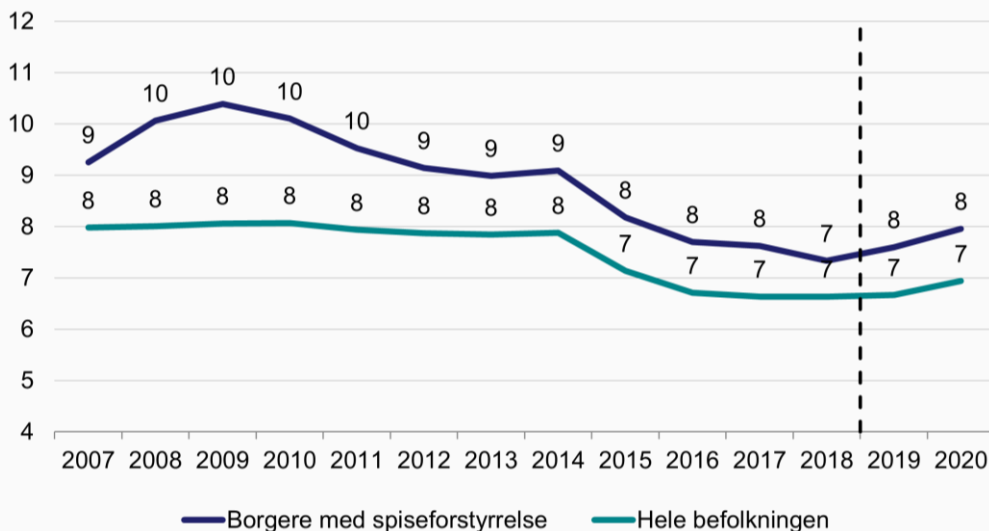
Note: Opgjort blandt prævalente tilfælde af spiseforstyrrelse og alle borgere pr. 1/1, samt nye tilfælde af spiseforstyrrelser i løbet af året. Kontakt med almen praksis omfatter alle typer af kontakter herunder fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, emailkonsultationer m.m.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

De borgere med spiseforstyrrelser, som har kontakt med privatpraktiserende psykiatere, har i gennemsnit 8 kontakter årligt. For ti år siden var tallet 10 kontakter årligt jf. figur 21. Borgere med spiseforstyrrelse, som har kontakt med privatpraktiserende psykiatere har gennemsnit 1 kontakt mere om året end hele befolkningen.

**Figur 21**

**Udvikling i antal psykiatriske-kontakter årligt blandt borgere med spiseforstyrrelse, 2007-2020**



Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt dem med mindst én kontakt. Opgjort blandt prævalente tilfælde af spiseforstyrrelse og alle borgere pr. 1/1 samt nye tilfælde af spiseforstyrrelser i løbet af året. Kontakt med almen praksis omfatter alle typer af kontakter herunder fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, emailkonsultationer m.m.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



## BILAG 1 – Metode og data

### Afgrænsning af population af borgere med spiseforstyrrelser

Data vedr. spiseforstyrrelsesdiagnoser er hentet fra Landspatientregisteret (LPR2 og PLR3). I LPR er alle kontakter med hospitalssektoren (somatikken og psykiatrien, inkl. distriktspsykiatri) forsynet med en aktionsdiagnose, der beskriver den væsentligste årsag til kontakten, samt eventuelle bi-diagnoser. Det er disse diagnoseregistreringer koblet med kontaktdatoen, som anvendes til at afgrænse borgere med spiseforstyrrelser i befolkningen.

”Spiseforstyrrelser” omfatter i denne analyse følgende ICD10-diagnosekoder:

- F50.0: Nervøs spisevægring (anoreksi)
- F50.1: Atypisk nervøs spisevægring (anoreksi)
- F50.2: Nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (bulimi)
- F50.3: Atypisk nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (bulimi)
- F50.4: Trøstespisning
- F50.5: Opkastning forbundet med anden psykisk forstyrrelse
- F50.8: Anden spiseforstyrrelse, herunder tvangsoverspisning (BED)
- F50.9: Uspecificeret spiseforstyrrelse
- F982: Spiseforstyrrelse i barndommen

Diagnoseregistreringer i LPR dækker ikke den fulde forekomst af spiseforstyrrelser i befolkningen. Dels vil nogle spiseforstyrrelser slet ikke være opdaget/diagnosticeret endnu, og dels diagnosticeres/behandles nogle udelukkende hos privatpraktiserende psykiatere, som ikke indberetter diagnoser centralt. Denne opgørelse skal derfor ikke betragtes som en opgørelse af den fulde prævalens af spiseforstyrrelser i befolkningen, men som det nærmeste vi kan komme det med det eksisterende datagrundlag.

Diagnoseregistreringen i LPR er baseret på det europæiske klassifikationssystem ICD10, som blev indført i 1995. Der findes derfor ikke sammenlignelige diagnoseregistreringer før 1995. I februar-marts 2019 overgik Landspatientregisteret til en ny version (fra LPR2 til LPR3). Dette har medført et databrud. Blandt andet skal diagnoser nu registreres i forbindelse med alle planlagte ambulante besøg, hvor de tidligere kun skulle registreres på det planlagt ambulante forløb, som besøgene indgik i. Det kan teoretisk set give en anelse flere forskellige diagnoseregistreringer. Det vurderes dog, at databrudet generelt er lille ([Sundhedsdatastyrelsen, 2020](#)), hvilket resultaterne her også understøtter.

I opgørelsen af forekomsten af spiseforstyrrelser anvendes diagnoseregistreringer i LPR fra de seneste 5 år. Dvs. i opgørelsen af antallet af borgere med spiseforstyrrelser pr. 1/1 2022 er anvendt diagnoseregistreringer fra hospitalskontakter i perioden fra 1/1 2017 til og med 31/12 2021. Dette gøres, da lidelserne ofte vil vare væsentligt længere end hospitalskontakten. Omvendt skal det også være muligt ”at blive rask igen”, hvorfor borgere, der kun havde diagnoseregistrering for mere end 5 år siden, ikke indgår i opgørelsen længere.

Antallet af borgere med spiseforstyrrelser pr. 1/1 sættes i forhold til det samlede antal af borgere i befolkningen pr. 1/1, dvs. der beregnes en andel (i procent). Tidsserien i analysen er 2007 til 2022.

## Afgrænsning og definition af psykiatriske hospitalskontakter

I landspatientregisteret (LPR) registreres alle kontakter med hospitalsvæsenet – både somatiske og psykiatriske. I denne analyse anvendes data fra LPR til opgørelse af *psykiatriske sygehusophold*. Sygehusophold defineres som forløb, der kan bestå af flere på hinanden følgende kontakter (fysiske fremmøder)<sup>2</sup>, men hvor der er maks. 4 timer mellem kontakterne. Sygehusophold inddeles i indlæggelser (ophold af mindst 12 timers varighed), akutte ambulante besøg (ophold af under 12 timers varighed, hvor der er en akut kontakt på opholdets startdag) og planlagte ambulante besøg (øvrige ophold af under 12 timers varighed). Definitionen af sygehusophold følger de nye nationale beslutninger om, hvordan disse skal dannes på tværs af det gamle og det nye LPR (LPR2 frem til februar/marts 2019 og LPR3 derefter). Ud over de fysiske sygehusophold opgøres også omfanget af virtuelle psykiatriske kontakter (telefon- og video) samt omfanget af psykiatriske ude-/hjemmebesøg (i borgerens eget hjem).

Pga. omlægningen af LPR, vil der være et databrud fra 2018 til 2019-tal, som gør, at der ikke kan tolkes sikkert på udviklingen i denne periode. Det vurderes dog, at databruddet generelt er lille ([Sundhedsdatastyrelsen, 2020](#)). Udviklingen i hospitalskontakter (særligt ambulante ophold og virtuelle kontakter) fra 2018 til 2019 skal dog læses med dette forbehold.

Sygehusophold kan gå på tværs af somatiske og psykiatriske afdelinger. Til nærværende analyse afgrænses psykiatriske sygehusophold fra somatiske sygehusophold ud fra om opholdet samlet set indeholder mest somatisk eller psykiatrisk tid/aktivitet. Dvs. om summen af tiden af psykiatriske kontakter i opholdet er større eller mindre end summen af tiden af somatiske kontakter i opholdet. Hvis der er lige meget somatisk og psykiatrisk tid i opholdet, er det sidste kontakt i opholdet, der definerer opholdets type. Psykiatriske sygehusophold kan således være "blandede" og indeholde kontakter fra den somatiske blok. Tre ud af fire psykiatriske indlæggelser består dog udelukkende af psykiatriske kontakter, men psykiatriske kontakter udgør samlet ca. 98% af tiden i psykiatriske indlæggelser. Næsten alle psykiatriske indlæggelser har en psykiatrisk slutkontakt (ca. 99 pct.). Næsten alle psykiatriske ambulante ophold består udelukkende af psykiatriske kontakter (99 pct.), og psykiatriske kontakter udgør 98 pct. af den samlede tid i de psykiatriske ambulante ophold.

Hvorvidt en *kontakt* i et ophold er somatisk eller psykiatrisk defineres ud fra både aktionsdiagnose og afdelingens speciale. En psykiatrisk kontakt finder sted på en psykiatrisk afdeling (speciale 50 og 52) og/eller har en F-diagnose som aktionsdiagnose. En somatisk kontakt finder sted på en ikke-psykiatrisk afdeling og har ikke en psykiatrisk F-diagnose. Dvs. nogle psykiatriske kontakter kan altså foregå på somatiske afdelinger, hvis de har en psykiatrisk aktionsdiagnose.

I denne analyse opgøres omfanget af psykiatriske sygehusophold. I resultatafsnittet anvendes også begrebet "psykiatrisk hospitalskontakt", ligesom de korte ambulante sygehusophold også omtales som kontakter eller besøg (selvom de teknisk se kan bestå af flere på hinanden følgende kontakter (samme dag)).

I opgørelsen af psykiatriske sygehusophold blandt borgere med spiseforstyrrelser medtages alle sygehusophold – uanset om opholdet vedrører spiseforstyrrelsen eller ej (ingen afgrænsning på aktionsdiagnose). Det er dog en væsentlig del af psykiatriske

---

<sup>2</sup> Virtuelle kontakter og udebesøg er ikke omfattet.

sygehusophold blandt borgere med spiseforstyrrelser, som har spiseforstyrrelser som aktionsdiagnose (56 pct. af ambulante ophold og 21 pct. af indlæggelser), og mange af de øvrige psykiatriske kontakter må antages også at vedrøre spiseforstyrrelsen indirekte, selvom den ikke er registreret som den direkte årsag til kontakten. Disse kontakter har ofte personlighedsforstyrrelser, psykotiske lidelser eller belastningsreaktioner og affektive lidelser som aktionsdiagnose.

I analysen opgøres *andelen* af borgere med mindst én af forskellige typer af psykiatriske sygehusophold i løbet af et år (indlæggelser, akut ambulante besøg og planlagte ambulante besøg) og det gennemsnitlige *antal* sygehusophold pr. patient pr. år (dvs. blandt dem med mindst ét af den pågældende type sygehusophold/kontakt). Desuden opgøres indlæggelsesvarigheden (varigheden af psykiatriske indlæggelser) samt udviklingen i det samlede antal af "kontaktdage" pr. år, dvs. på tværs af alle typer af psykiatriske hospitalskontakter. Endelig opgøres også forekomsten af genindlæggelser. En psykiatrisk genindlæggelse er en akut psykiatrisk indlæggelse, som starter under 30 dage efter, en forudgående psykiatrisk indlæggelse er afsluttet. Genindlæggelsesprocenten er forholdet mellem antallet af genindlæggelser (tæller) og antallet af primærindlæggelser (nævner). En genindlæggelse kan godt være en primærindlæggelse for en anden genindlæggelse. De psykiatriske genindlæggelser (og primærindlæggelser) omfatter ikke kun indlæggelser med spiseforstyrrelser som aktionsdiagnose. Definitionen af genindlæggelser følger definitionen anvendt i den tilsvarende indikator i regi af Nationale Mål.

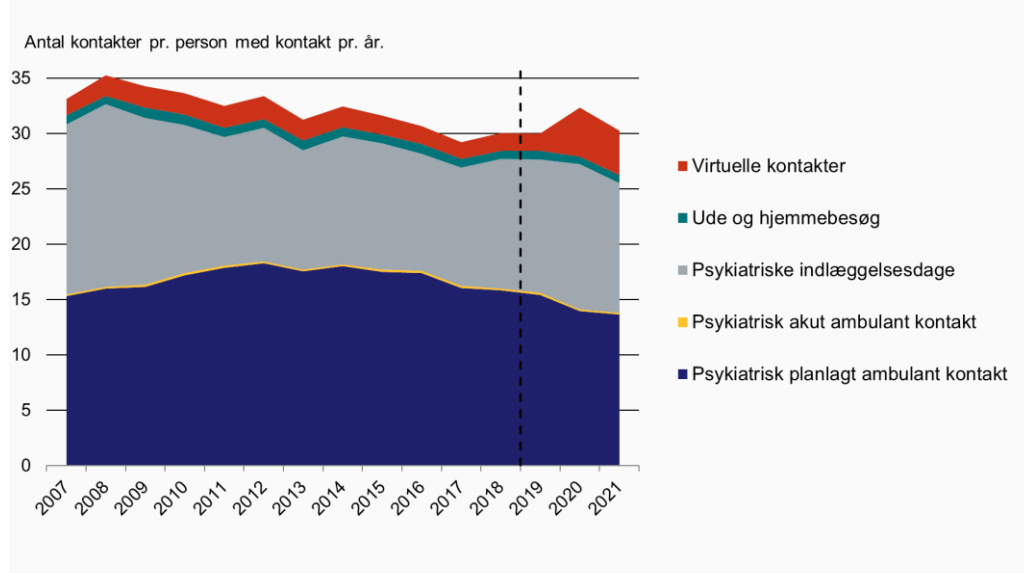
### **Kontakter med praksissektoren**

I sygesikringsregisteret registreres alle kontakter med privatpraktiserende ydere under sygesikringen. I denne analyse anvendes antallet af kontakter årligt med hhv. almen praksis (speciale 80) og privatpraktiserende psykiatere (både for børn/ unge og voksne, speciale 24 og 26). Der er tale om alle kontakter – uanset typen af kontakt/ydelse. Fx omfatter kontakter til almen praksis både fysiske konsultationer, telefonkonsultationer, e-mail-konsultationer, sygebesøg m.m.

Kontakter med privatpraktiserende psykiatere og almen praksis kan ikke afgrænses til kontakter, der *vedrører* spiseforstyrrelsen. Der er tale om alle kontakter blandt de borgere med spiseforstyrrelser uanset årsagen til kontakten (som ved opgørelsen af sygehusophold).

## BILAG 2 – Udviklingen i antal dage med psykiatrikontakt pr. borger med spiseforstyrrelse med psykiatrikontakt, 2007-2021

Figur 22



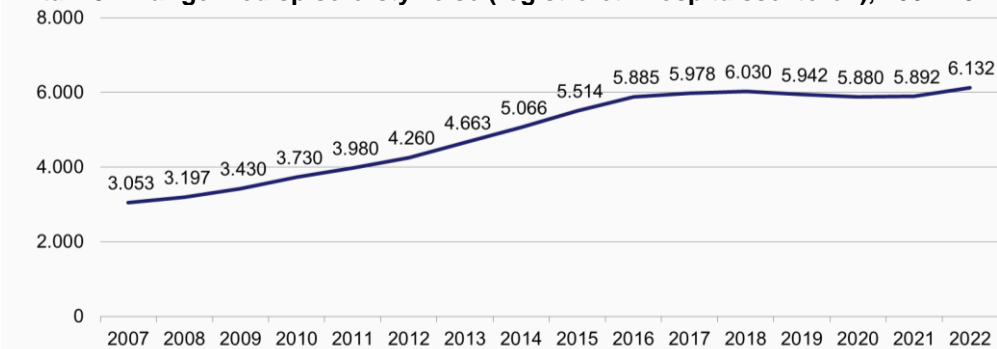
Note: Det samlede antal af dage med de forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år blandt borgere med spiseforstyrrelse divideret med det samlede antal borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som havde mindst en kontakt i året. Der kan ikke forekomme flere kontakttyper på samme dag. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (>90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

## BILAG 3 – Resultater med fokus på 15-24 årige

**Figur 23**

### Antal 15-24 årige med spiseforstyrrelse (registreret i hospitalssektoren), 2007-2022

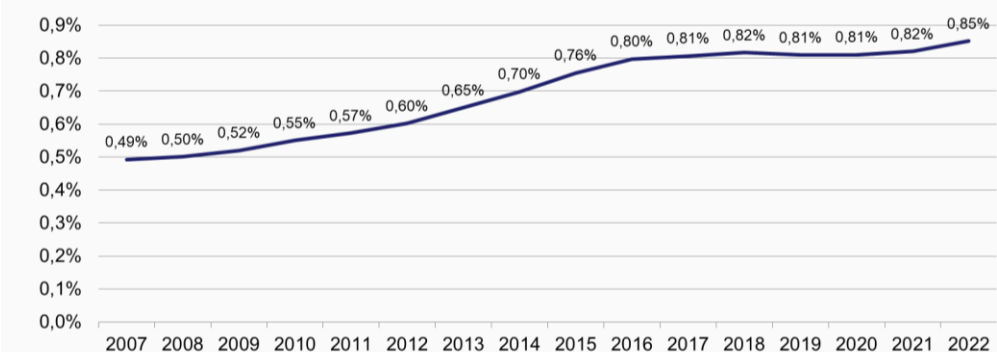


Note: Borgere med spiseforstyrrelser omfatter borgere bosiddende i Danmark pr. 1/1 (i alderen 15-24 år) med en registreret spiseforstyrrelsesdiagnose (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter inden for de seneste 5 år (alle tilfælde). Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 24**

### Andel af 15-24 årige med spiseforstyrrelse (registreret i hospitalssektoren), 2007- 2022

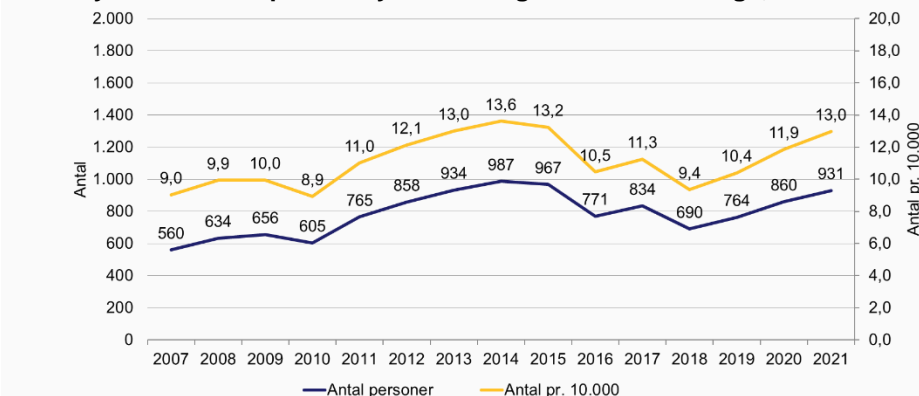


Note: Borgere med spiseforstyrrelser omfatter borgere bosiddende i Danmark pr. 1/1 (i alderen 15-24 år) med en registreret spiseforstyrrelsesdiagnose (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter inden for de seneste 5 år (alle tilfælde). Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 25**

### Antal nye tilfælde af spiseforstyrrelser årligt blandt 15-24 årige, 2007-2021

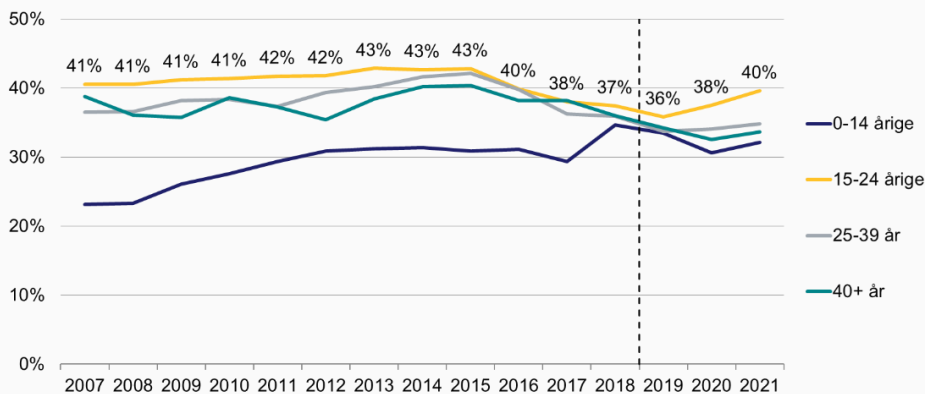


Note: Nye tilfælde omfatter borgere (i alderen 15-24 år), som for første gang i deres liv har fået registreret en spiseforstyrrelse (F50\* eller F982) i forbindelse med hospitalskontakter i løbet af det pågældende år. Se [bilag 1](#) for dokumentation af datagrundlaget bag diagnoseafgrænsningen. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 26

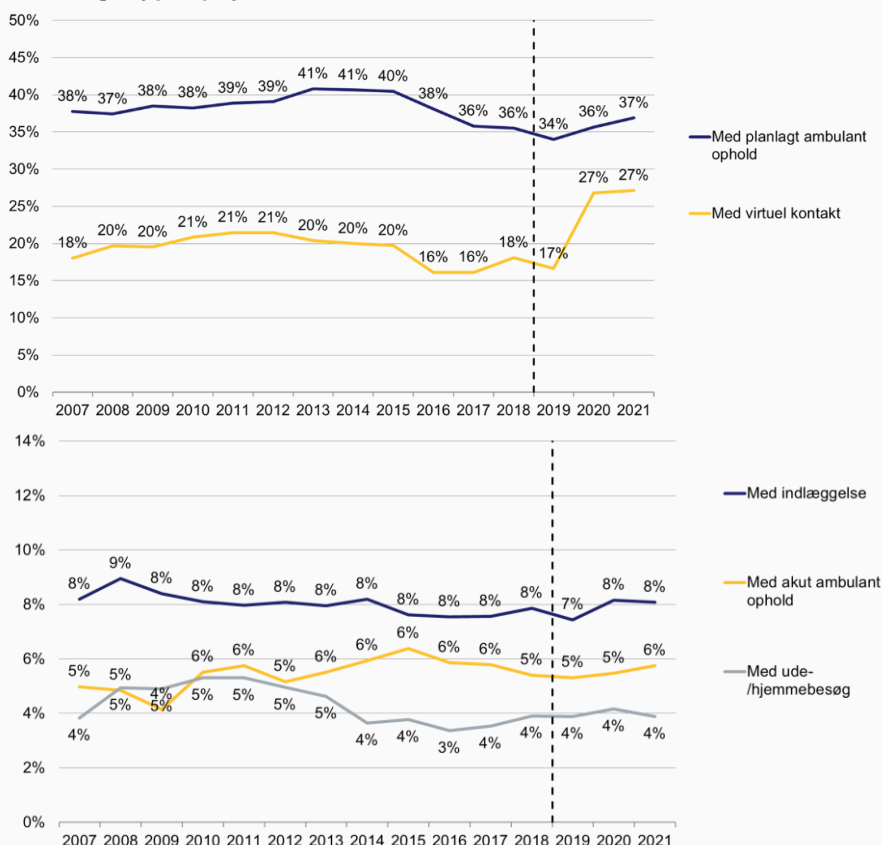
**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har psykiatrisk hospitalskontakt i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**



Note: Andelen af alle borgere med spiseforstyrrelser pr. 1/1 i året, som har haft mindst én psykiatrikontakt i løbet af året. Psykiatrikontakter omfatter fysiske fremmøder på psykiatrisk hospitalet (ambulant eller indlæggelse), ude/hjemmebesøg og virtuelle kontakter (telefon og video). Kontakterne er medtaget, uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Definition af psykiatriske hospitalskontakter kan findes i bilag 1. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 27

**Udvikling i andelen af 15-24 årige med spiseforstyrrelse, som har mindst én af forskellige typer psykiatrikontakt i løbet af et år, 2007-2021**

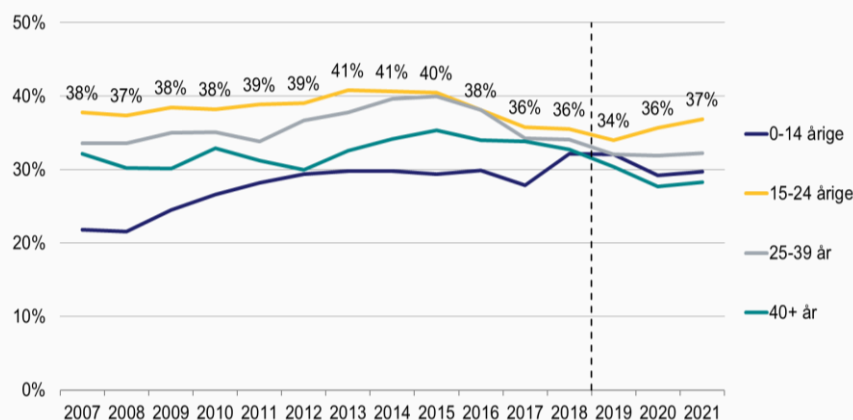


Note: Andel af alle borgere i alderen 15-24 år med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Alle psykiatrikontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er overlap mellem borgere med de forskellige typer af ophold. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 28**

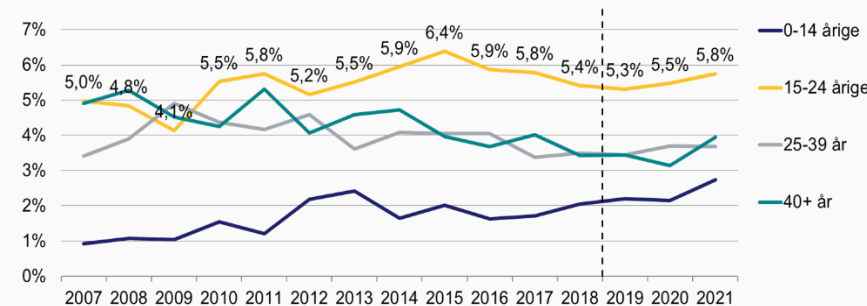
**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har mindst én planlagt ambulant psykiatrikontakt i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**



Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én planlagt ambulant kontakt i løbet af året. Alle kontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 29**

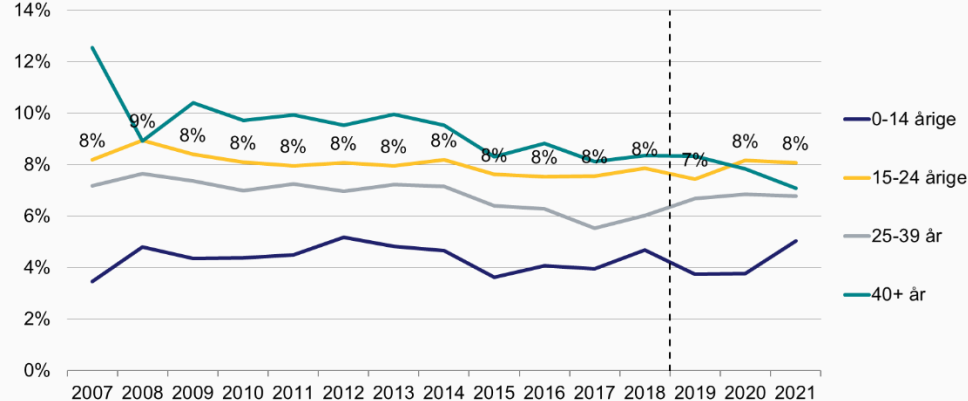
**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har mindst én akut ambulant psykiatrikontakt i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**



Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én akut ambulant kontakt i løbet af året. Alle kontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 30**

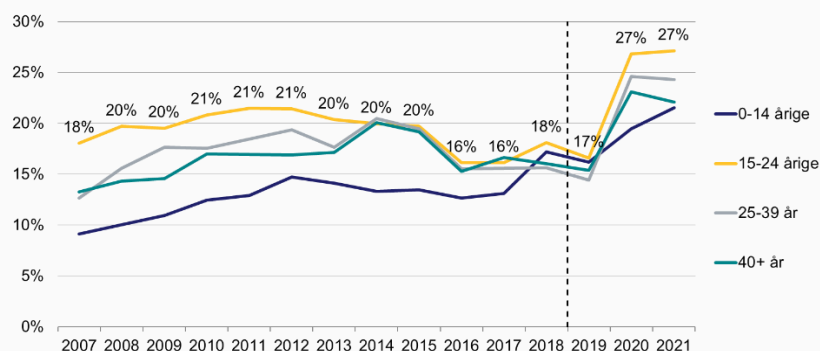
**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har mindst én psykiatrisk indlæggelse i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**



Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én psykiatrisk indlæggelse i løbet af året. Alle indlæggelser er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 31**

**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har mindst én virtuel psykiatrikontakt i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**

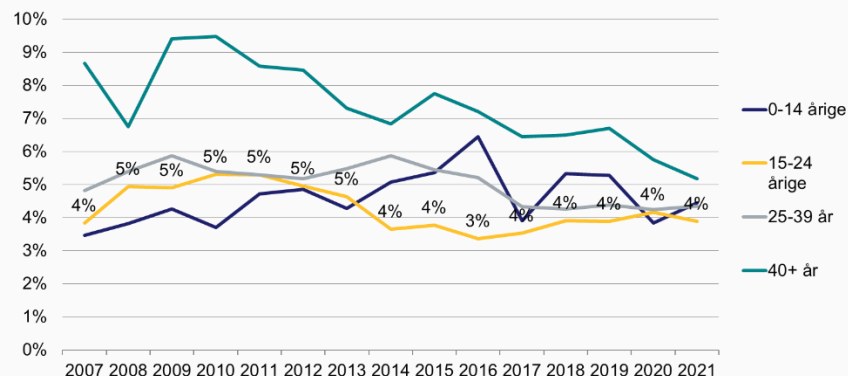


Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst én virtuel kontakt i løbet af året. Alle kontakter er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

**Figur 32**

**Udvikling i andelen af borgere med spiseforstyrrelse, som har mindst ét ude-/hjemmebesøg i løbet af et år, aldersfordelt, 2007-2021**



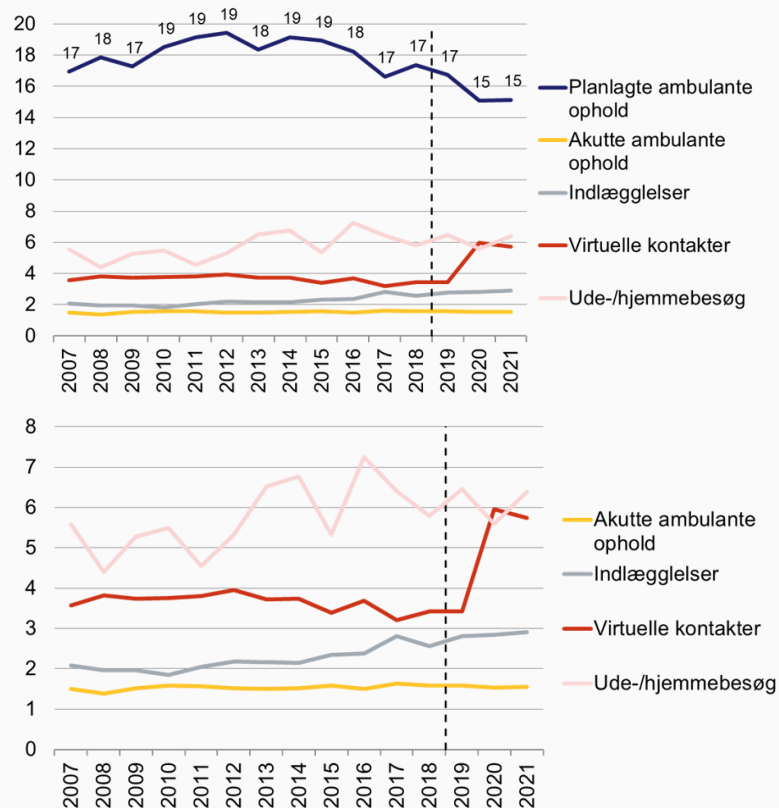
Note: Andel af alle borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som har haft mindst ét ude-/hjemmebesøg i løbet af året. Alle besøg er medtaget uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.



Figur 33

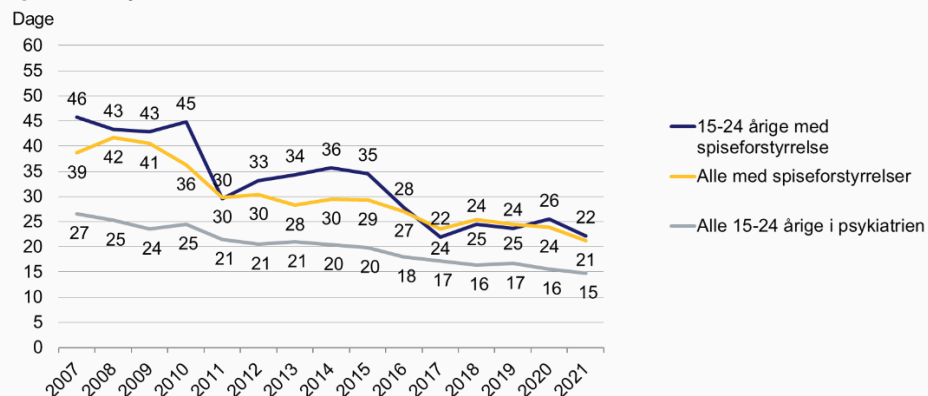
**Antal psykiatriske kontakter årligt blandt 15-24 årige med spiseforstyrrelse med den pågældende type kontakt, 2007-2021**



Note: Gennemsnitligt antal kontakter årligt blandt borgere i alderen 15-24 år med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, og som har haft mindst én af den pågældende type psykiatrikontakt i løbet af året. Populationen (nævneren) for hver kurve er således forskellig, men der er overlap mellem borgere med de forskellige typer af kontakter. Alle psykiatrikontakter er medtaget, uanset om spiseforstyrrelsen er aktionsdiagnose på kontakten eller ej. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (> 90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 34

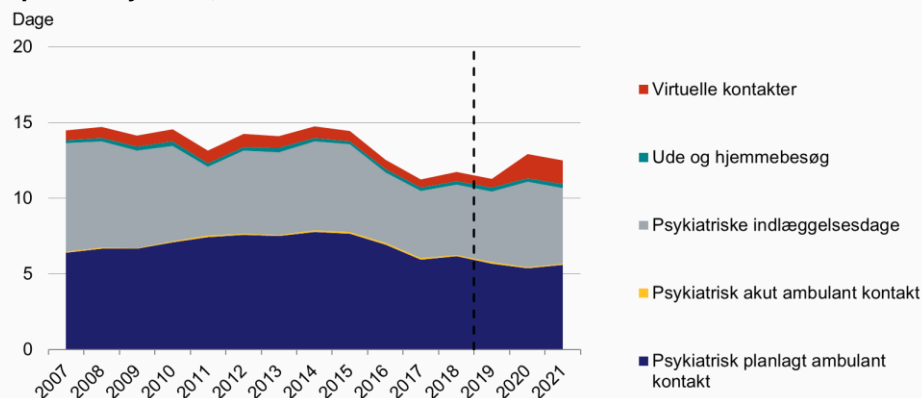
**Udvikling i varighed af psykiatriske indlæggelser blandt 15-24 årige med spiseforstyrrelse, 2005-2021**



Note: Den gennemsnitlige varighed (i dage) af alle afsluttede psykiatriske indlæggelser år for år (blandt borgere med spiseforstyrrelse). Indlæggelser af over 1000 dages varighed er frasorteret. De psykiatriske indlæggelser omfatter alle psykiatriske indlæggelser blandt borgere med spiseforstyrrelse, ikke kun indlæggelser med spisespiseforstyrrelse som aktionsdiagnose. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold. Dataserien er mere svingende fra år til år blandt de unge med spiseforstyrrelser pga. mindre datagrundlag.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 35

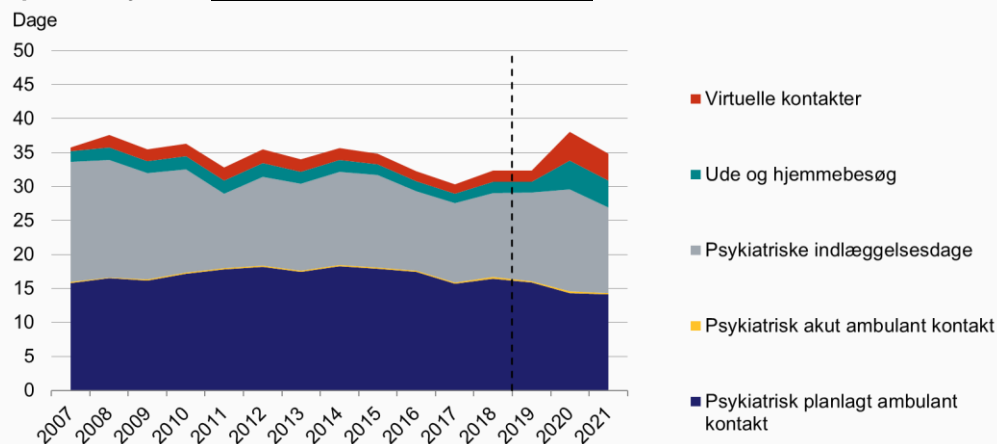
**Udviklingen i antal dage med psykiatrikontakt pr. 15-24 årig med spiseforstyrrelse, 2007-2021**



Note: Det samlede antal af dage med de forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år blandt borgere på 15-24 år med spiseforstyrrelse divideret med det samlede antal borgere med spiseforstyrrelse på 15-24 år pr. 1/1 i året (uanset om de havde kontakt eller ej). Der kan ikke forekomme flere kontaktyper på samme dag. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (>90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 36

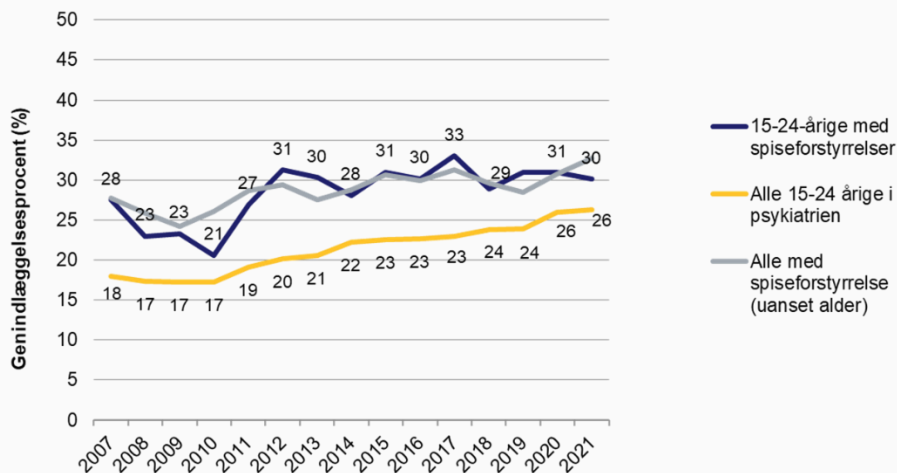
**Udviklingen i antal dage med psykiatrikontakt pr. 15-24 årig med spiseforstyrrelse, som har psykiatrikontakt i året, 2007-2021**



Note: Det samlede antal af dage med de forskellige typer af psykiatrikontakt i løbet af et år blandt borgere på 15-24 år med spiseforstyrrelse divideret med det samlede antal borgere med spiseforstyrrelse pr. 1/1 i året, som havde mindst en kontakt i året. Der kan ikke forekomme flere kontaktyper på samme dag. Virtuelle kontakter omfatter telefonkontakter (>90 pct.) og videokontakter. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold (særligt hvad angår planlagte ambulante kontakter og virtuelle kontakter).  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.

Figur 37

Udvikling i genindlæggelsesprocent blandt 15-24 årige med spiseforstyrrelser



Note: En psykiatrisk genindlæggelse er en akut psykiatrisk indlæggelse, som starter under 30 dage efter, en forudgående psykiatrisk indlæggelse er afsluttet. De psykiatriske genindlæggelser omfatter ikke kun indlæggelser med spiseforstyrrelser som aktionsdiagnose. Genindlæggelsesprocenten er forholdet mellem genindlæggelser og primærindlæggelser. Genindlæggelsesprocenten er opgjort blandt alle med spiseforstyrrelser pr. 1/1 og blandt nye tilfælde i løbet af året. Der er databrud fra 2018 til 2019 pga. overgang til LPR3. Udviklingen i disse år skal derfor tages med forbehold.  
Kilde: Egne beregninger på baggrund af registerdata fra Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen.