



SLUTTRAPPORT

ADHD OG

SPISEFORSTYRRELSE

Desember 2019

Prosjektet er støttet av Stiftelsen Dam



Forord

ADHD Norge fikk i samarbeid med Villa SULT Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser (Villa SULT) og Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO) støtte av Stiftelsen Dam i perioden 2018-2020 til å finne mer ut av sammenhenger mellom ADHD og spiseforstyrrelser. I prosjektperioden har vi oppsummert kunnskap om sammenhenger mellom ADHD og spiseforstyrrelser, samt kartlagt spisevaner hos personer med ADHD gjennom spørreskjema og fokusgrupper.

I denne rapporten vil vi presentere resultater og erfaringer fra prosjektet.

Vi har samarbeidet med en rekke personer som strever med ADHD i kombinasjon med spiseforstyrrelser og ønsker å takke dem for viktige bidrag under hele prosjektperioden. En stor takk til Julie Voje og Kine Albrigtsen som piloterte spørreskjema og kom med nyttige tilbakemeldinger omkring med brukervennlighet og andre nyttige innspill.

Sammendrag

I dette prosjektet har vi gjennom spørreundersøkelse og fokusgrupper identifisert og kartlagt utforskede problemstillinger vedrørende ADHD, spiseforstyrrelser og spiseutfordringer vi trenger å vite mer om. Våre funn og konklusjoner vil bli videreformidlet til relevante forskningsmiljøer gjennom blant annet ADHD Norge sitt fagråd. Ny kunnskap vil på sikt bidra til å kunne utvikle gode forebyggende tiltak for mennesker med ADHD som er i risikozonen for å utvikle spiseforstyrrelser. Vi håper og tror at dette prosjektet kan bidra til mer forskning om dette viktige tema.

1. Bakgrunn for prosjektet, målsetting og målgruppe

Bakgrunn for prosjektet

Internasjonale studier viser at ADHD er assosiert med spiseforstyrret atferd, hvor overvekt og overspisingsslidelse (engelsk: binge eating disorder, heretter BED) utpeker seg særskilt (Kaisari, Dourish Higgs, 2017). Spiseforstyrrelser er ikke nevnt i retningslinjene for ADHD fra Helsedirektoratet, og spiseforstyrrelser er heller ikke tema i folkehelseinstituttet sin rapport «ADHD en statusrapport» fra 2016. Men rapporten konkluderer allikevel med at komorbide tilstander er underrapportert og at det er en overhyppighet av fedme, men diagnosen spiseforstyrrelse er ikke nevnt (Ørstavik (red.), 2016).

Som faglig rådgiver i ADHD Norge møter jeg mennesker som har ADHD, og mange av disse har utfordringer med mat, kropp og overvekt. Overvekt og fedme har lenge vært et globalt problem, men også i Norge er overvekt og fedme sterkt økende (Helsedirektoratet, 2011). Overvekt gir betydelig økt risiko for en rekke sykdommer og uønskede tilstander

(Helsedirektoratet, 2011). Gjennom litteratursøk fant jeg at det per i dag ikke finnes norske studier som undersøker spiseutfordringer og spiseforstyrrelser hos mennesker med ADHD. Manglende kunnskap og forskning på ADHD og spiseutfordringer er bakgrunnen for igangsettingen av dette prosjektet.

Målsetting

BED, overvekt og fedme er et økende problem. Ut ifra et forebyggingsperspektiv mener vi det er viktig å undersøke om det er undergrupper som er i økt risiko for å utvikle overvekt og/eller BED. Siden norske studier per i dag ikke har undersøkt hvorvidt diagnosen ADHD kan assosieres med forstyrret spiseatferd, overvekt og BED er det disse sammenhengene vi ønsker å finne ut mer om i dette prosjektet. Prosjektets hovedmålsetting har vært å sette søkelyset på ADHD og spiseutfordringer, og håpe at forskningsmiljøene i fremtiden vil forske mer på dette tema da det er behov for mer kunnskap omkring dette tema i Norge.

Målgruppe

Mennesker med ADHD diagnose og samtidig spiseforstyrrelse eller spiseutfordringer, fortrinnsvis overvekt og BED.

2. Prosjektgjennomføring

Planlegging og gjennomføring

Vi vil her gi en kort oppsummering av prosjektets gjennomføring. Fremdriftsplanen måtte justeres på i forhold til opprinnelig prosjektbeskrivelse da vår prosjektleder trakk seg, så vi fikk utvidet prosjektperioden med et år. Men målsettingene ble ikke endret på gjennom prosjektperioden. For å vite om det var et grunnlag for prosjektet hos brukerne selv, fikk ADHD Norges medlemmer mulighet til svare på noen få spørsmål allerede våren 2017. Medlemmene fikk noen ukers svarfrist og hele 463 personer responderte (menn og kvinner) - mange med positiv respons på at dette temaet endelig blir belyst. 37,8 % av de som responderte, krysset av for at det stemte bra at de spiste fordi de var rastløse og urolige (et vanlig trekk ved ADHD), mens 22,6 % spiste for å døyve vonde følelser.

På bakgrunn av undersøkelsen våren 2017 valgte ADHD Norge å inngå et samarbeid med Spiseforstyrrelsesforeningen (Spisfo) og Villa Sult - Institutt for spiseforstyrrelser om et ettårig prosjekt med mål om å identifisere og kartlegge utforskede problemstillinger ved forskning på ADHD og spiseforstyrrelser, som igjen skulle videreformidles til relevante forskningsmiljøer gjennom ADHD Norges fagråd. Vi ønsket også med ny kunnskap, å kunne utvikle gode forebyggende tiltak for unge med ADHD som er i risikozonen for å utvikle spiseforstyrrelser.

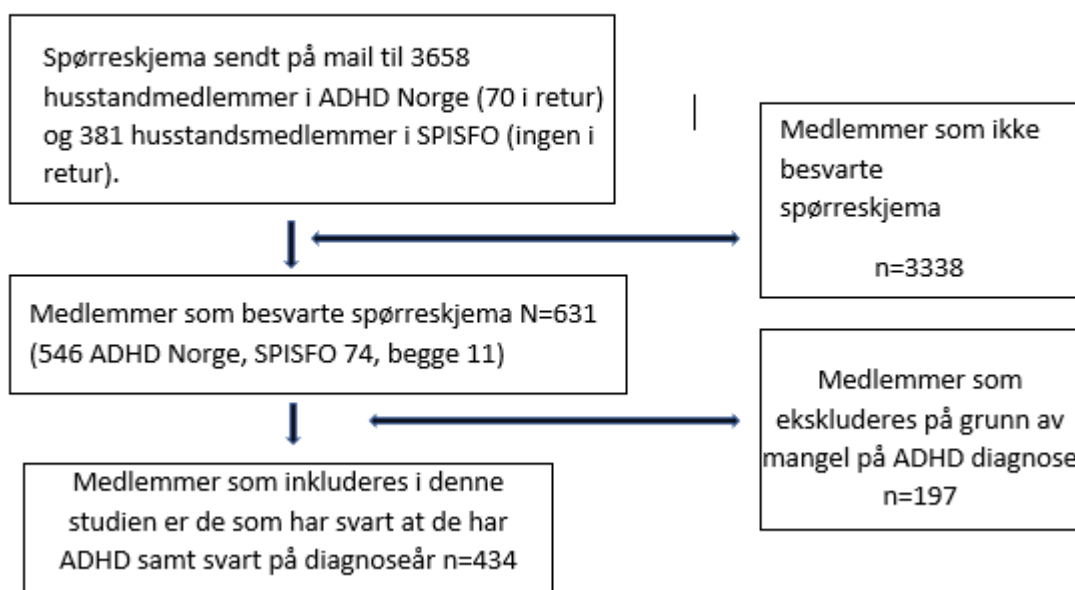
Prosjektet startet i juni 2018 med litteraturgjennomgang. Basert på det vi fant i litteraturen og tilbakemeldinger fra brukerne laget vi et spørreskjema som bestod av spørsmål vi hadde lagets selv, samt standardiserte og evaluerte spørreskjema. Spørreundersøkelsen ble sendt ut i desember 2019, og analysene begynte i januar 2019. Funn i spørreundersøkelsen dannet noe av grunnlaget for tematikk i fokusgruppene. Det ble raskt tydelig at det var ADHD og overvekt som hadde sterkest sammenheng, og det ble også en viktig del av tematikken i fokusgruppene. Vi rekrutterte til gruppene gjennom Villa Sult, ADHD Norge og SPISFO sine kanaler. Oppstart av fokusgruppene var i september, og de ble avsluttet i november 2019.

3. Metode

Spørreundersøkelsen

En spørreundersøkelse kjennetegnes ved faste spørsmål og svaralternativer, en standardisering hvor man kan se på likheter og forskjeller i måten respondentene svarer på (Johannesen et al., 2016). Spørreskjemaet hadde demografiske bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanning og bosted, noen spørsmål vi har laget selv og spørsmål fra standardiserte og evaluerte spørreskjema. Vi hadde også med bakgrunnsvariabler på psykisk og fysisk helse som diagnose, vekt og høyde, medisinbruk samt diagnoseår. Diagnoseår valgte vi å ta med som et kontrollspørsmål for kvalitetssikre at de som svarte faktisk har ADHD. Slike filterspørsmål er ment for å skille ut de som ikke skal svare på studien på grunn av manglende forutsetninger (Johannesen et al., 2016). Spørsmålene er kvalitetssikret av forsker på ADHD Michael lensing på Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser (NeVsom), faglig direktør Bente Sommerfeldt på Villa sult og bruker og ansatt i Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO). Spørreskjemaet er pilotert av 3 medlemmer fra ADHD Norge og 3 fra SPISFO for å sikre at brukerperspektivet ivaretas og for å avdekke mangler og utydeligheter. Noen av formuleringene ble endret da de ikke var tydelige nok, og piloteringen avdekket også mangler på utydelig instruks for svaralternativer. Spørreundersøkelsen var anonym og ble sendt ut på mail men en svarfrist på 3 uker. Vi brukte Survey Monkey som programvare. Spørreskjema ble sendt på mail til totalt 4039 husstandsmedlemmer, 3658 husstandsmedlemmer i ADHD Norge hvor vi fikk 70 i retur, og 381 husstandsmedlemmer i SPISFO, ingen i retur. Det var totalt 631 medlemmer som besvarte spørreskjema (546 ADHD Norge, SPISFO 74, medlem i begge organisasjoner 11) og 3338 som ikke besvarte skjema. Det tilsvarer en svarprosent på 15,6 prosent. Inklusjonskriteriene var ADHD diagnose samt diagnoseår, noe som ekskluderte 197 deltakere så jeg satt igjen med totalt 434 respondenter i studien. Se flytskjema for utvalg og gruppeinndeling i figur 1.

Figur.1 - Flytdiagram for utvalg og gruppeinndeling



Standardiserte og evaluerte spørreskjema

Eating Disorder Scale (EDS-5)

Eating Disturbance Scale er et selvrappoteringskjema for kartlegging av utfordrende spiseatferd og spiseforstyrrelser i normalbefolkningen (Rosenvinge et al., 2001).

Skjema består av fem spørsmål som skaleres fra 1-7. Det er ikke cutoff for dette skjema, men total score er 0-35. Spørreskjemaet EDS-5 brukes til å kartlegge symptomer og avdekke uregelmessige spise mønster og spiseatferd hos voksne (Rosenvinge et al., 2001).

ADHD-selvrappoteringskjemaet for voksne-V1.1 (ASRS-V1.1) over 18 år

ASRS-V1.1 er et screeninginstrument, en ADHD- selvrappoteringskala for voksne over 18 år og består av totalt seks spørsmål (Kessler et al., 2007). ASRS-V 1.1 er utviklet av utviklet av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og revidert av Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Kessler et al., 2005). Scalaen går fra 0-24 (6 spørsmål 0-4) så en gjennomsnittsverdi på 17.3 er høyt. Cutoff i ASRS er <14, det vil si at de som scorer 14 eller høyere er i risiko for klinisk område.

Forskningsdesign

Forskningsdesign er alt som knytter seg til selve undersøkelsen (Johannesen et al., 2016).

Designet er spørreskjema, nærmere bestemt en kvantitativ tverrsnittundersøkelse. En spørreundersøkelse fra et bestemt tidspunkt eller en avgrenset kort periode betegnes som tverrsnittundersøkelse (Bjørndal et.al, 2013). I tillegg til spørreundersøkelsen, har vi systematisk gått gjennom relevant litteratur ved å søke i ulike databaser. Ideelt sett trengs det

en faglig komplett og oppdatert sammenfatning av all forskning på tema, altså en systematisk oversikt (Bjørndal et al., 2013). Jeg har utført systematiske litteratursøk hvor vi har sett etter oversiktsartikler, oppsummeringsstudier og så ny forskning som mulig i disse databasene: Medline, Psyckinfo og Cinahl med søkeordene ADHD and obesity, ADHD and eating disorder, ADHD and food addiction, ADHD and overweight, ADHD and bulimia nervosa, ADHD and binge eating disorder, ADHD and anorexia nervosa, publication.

Det er begrenset hva gjennomgang av publiserte artikler gir av utforskede problemstillinger. Ofte pekes det på områder for mer forskning innenfor allerede publiserte problemstillinger. Jeg fant 4 systematiske oversikter av nyere dato på tema ADHD og spiseutfordringer, men ingen norske studier. Litteratur gjennomgang viste at det er et behov for mere forskning på dette tema i Norge.

Statistiske analyser

I kvantitativ analyse er det utviklet spesielle statistiske analyser som forklarer fenomener og statistiske sammenhenger ved hjelp av tall (Johannessen et al., 2016). I dette prosjektet er det benyttet khikvadratstest, t-test og regresjonsanalyse. Alle analysene ble utført via statesikkprogrammet SPSS versjon 22 (IBM). I regresjonsanalysen har vi sett på om variablene er normalfordelt, og der de har vært skjevfordelt har jeg kjørt en Man Witney test. Regresjonsanalysen ble testet med Hosmer-Lemeshow, hvor vi fikk et ikke signifikant resultat som indikerer en tilfredsstillende modell.

Utvalg og styrkeberegning

Studien har et strategisk utvalg bestående av hovedmedlemmer i ADHD Norge og SPISFO. Med strategisk utvalg menes at man først bestemmer seg for målgruppe som må delta for at man skal få samlet nødvendig data, mens neste steget er å velge ut personer fra målgruppen som deltar i undersøkelsen (Johannesen et al., 2016).

Validitet

Validitet dreier seg om hvor troverdig eller relevant data er, og sier noe om hvor godt dataene representerer fenomenet man undersøker (Shadish, Cook & Campell, 2002). Med andre ord er dataene gode operasjonaliseringer av det man ønsker å måle, i dette prosjektet; assosiasjoner mellom ADHD og spiseutfordringer. Det er derfor nødvendig med pilotering av spørreskjema for å forbedre ordlyd, og for å sikre at forskeren stiller spørsmålene på en måte som gir svar på det man vil undersøke (Cohen et al., 2011). Spørreskjema er pilotert og tilbakemeldinger er tatt inn. Dette er med på å øke validiteten til studien. Begrepsvaliditeten styrkes også ved å ha flere spørsmål knyttet til fenomenet man undersøker (Cohen et al., 2011). Vi har tatt inn standardiserte og evaluerte spørreskjema i tillegg til spørsmål vi har laget selv. Intern validitet handler om hvorvidt studien er gjennomført på en slik måte at den kan forklare

årsakssammenheng mellom variablene og om konklusjoner vi trekker ut fra resultatene er sanne (Johannesen et al., 2016). For å teste indre validitet kan man sammenligne resultatene opp mot andre undersøkelser og teori, stemmer konklusjonene med andre undersøkelser vil det styrke indre validitet (Cohen et al., 2011). Vi finner noe av det samme som internasjonale studier, noe som styrker intern validitet. Men siden dette er en tverrsnittstudie, kan vi allikevel ikke si noe sikkert om årsakssammenhenger over tid.

Ekstern validitet dreier seg om i hvilken grad resultatene fra en studie kan generaliseres til den øvrige populasjonen (Johannesen et al., 2015). Svarprosent og størrelsen på utvalget har betydning for om man generaliserer, og et representativt utvalg vil styrke den eksterne validiteten. Med representativt utvalg menes et utvalg som representerer populasjonen og slik er valid (Johannesen et al., 2016). Fra 2008-2013 var det 35 160 personer mellom 18 og 63 år som stod registrert med diagnosen ADHD i Norsk pasientregister (Ørstavik, R., 2016). Om 434 personer som utgjør 1.2 prosent av pasientgruppen er et representativt utvalg er usikkert. Det er usikkert hvorvidt vi får et representativt utvalg ved å spørre medlemmer av en organisasjon, de kan være hardere rammet enn andre. Uansett vil undersøkelsen kunne si noe om assosiasjoner vært å utforske videre, men uten at vi generaliserer til alle med ADHD.

Metodens begrensninger

Det er en svakhet at vi kun har et øyeblikksbilde; tre uker fra spørreskjema ble sendt ut til svarfrist. På grunn av begrenset med tid og ressurser var longitudinelle studier ikke mulig. Det er også mulig at spørsmålene vi lagde selv ikke ga oss riktig informasjon, på tross av pilotering. Noen av ulempene ved bruk av anonymiserte spørreskjema utsendt på mail er at deltakerne kan svare uærlig uten at det kan oppdages, misforståelser kan ikke oppklares underveis og spørsmålene kan tolkes på ulike måter avhengig av respondentens bakgrunn.

Fokusgruppene

Vi rekrutterte personer med ADHD diagnose til to ulike grupper: en gruppe som består av personer med ADHD og overspisingslidelse/overvekt og en gruppe for personer med ADHD og anoreksia nervosa og/eller bulimia nervosa. Deltakere til fokusgruppene ble rekruttert via annonsering i SPISFO, ADHD foreningen og Villa SULT sine ulike kanaler.

I oktober og november 2019 ble det etablert to fokusgrupper. Hver av gruppene møttes tre ganger. Gruppene ble ledet av psykologspesialist Bente Sommerfeldt ved Villa SULT.

Temaer som ble diskutert fulgte en oppsatt plan via en intervjuguide. Totalt 15 personer har deltatt i fokusgruppene. Vi hadde en gruppe for personer med ADHD og anoreksia nervosa/bulimia nervosa og en gruppe for personer med ADHD og overvekt og overspising. Alderen varierte mellom 23-56 år. 3 menn og 12 kvinner. Alle hadde blitt diagnostisert med

ADHD hvor 12 av 15 har også vært/blir medisinert for sin ADHD. Deltakerne i fokusgruppene ble spurt om å svare på spørsmål i forkant, underveis og i etterkant av de tre gangene de møttes. Se også under resultater. Tilbakemeldinger fra personene som deltok har vært viktig med tanke på å innhente mer kunnskap. Basert på erfaringer fra fokusgruppene og spørreskjema har det i samarbeid med brukerne blitt utviklet konkrete tips og råd for hvordan få tilpasset hjelp. Gruppene ble ledet av psykologspesialist Bente Sommerfeldt ved Villa SULT. Gruppen samtalte om ulike temaer knyttet til ADHD, mat, kropp og spiseforstyrrelser. Gruppen fikk i forkant av fokusgruppen tilsendt informasjon og intervjuguide. Spørsmålene ble drøftet på de første samlingene og oppsummert i siste samling hvor de ble bedt om å kommentere resultater og erfaringer.

Intervjuguiden

- Kan du beskrive ditt spisemønster?
- Ser du noen sammenhenger mellom spisemønster og at du har en diagnose med ADHD?
- Hvilke sammenhenger kan det ha for din del? Kan det være andre sammenhenger for andre med ADHD?
- Hvis du bruker medisiner, har du noen tanker om hvordan dette kan ha påvirket din spiseatferd, positivt eller negativt?
- En ting er mat og spising, en annen ting er forhold til kropp. Har du noen tanker om forholdet til kropp og din ADHD diagnose? Noen tanker om hvordan dette kan være for andre?
- Noen hjelp du kunne fått tidligere?
- Noe hjelp som kunne vært nyttig i dag?

Samtalene og tilbakemeldingen i gruppene dannet grunnlag for forståelser av samsykeligheten mellom ADHD og ulike former for spiseforstyrrelser. Erfaringene danner også grunnlag for forståelsen av hvordan hjelp og behandling kan og bør tilpasses denne brukergruppen.

4. Resultater og resultatvurdering

Presentasjon av utvalget

Av studiens 434 (N) deltakere utgjorde menn 26,5 % (n=115) og kvinner 73,5 % (n=319). I utvalget var det flest i aldersgruppen 26-55 år (78.5 %, n=341). Det var 16.6 % (n=72) som var mellom 18-25 år, og 4.8 % (n=21) som var mellom 56-65 år. De fleste som deltok i studien tilhørte Sør-Østlandet (58.8 %, n=255). Flertallet oppga å være i et par forhold (63.1

%, n=274), mens 39.9 % (n=160) var enslig. Nær halvparten (44.7 %, n=194) var i jobb, 15.4 prosent (n=67) var under utdanning og 39.9 % (n=173) var ikke i arbeid.

Videregående skole ble oppgitt som høyeste fullførte utdanning av 40.8 % (n=177), 46.3 % (n=296) hadde universitet/høyskole utdanning og 12.9 prosent (n=56) hadde grunnskole.

Body mass index (BMI) og kjønn

Syttiåtte prosent (n=338) av deltakerne hadde en BMI under 30, og av disse utgjorde 24.2 % (n=82) menn og 75.7 % (n=256) kvinner (p=0,048). Det var totalt 22 % (n=96) som hadde BMI på over 30 og av disse var 34.4 % (n=33) menn og 65.6 % (n=63) kvinner. Oppsummert var det flere menn enn kvinner i kategorien BMI over 30, og flere kvinner enn menn i kategorien BMI under 30. Det var 34.4 % av menn som hadde BMI på over 30 mot 24.2 som hadde BMI under 30. Hos kvinner er det motsatt med flest kvinner i kategorien BMI under 30 med 75.7 % mot 65.6 % av kvinnene hadde BMI over 30.

Body mass index (BMI) og alder, landsdel, sivilstatus, daglig virksomhet og utdanning

Det var ikke signifikante forskjeller knyttet til disse variablene, p-verdiene varierte fra 0.534 til 0.953 (Tabell 1.).

Tabell 1.

Deskriptiv statistikk sosio-demografiske variabler og BMI (N=434)

	N=434	BMI < 30 n=338 (78 %)	BMI ≥30 n=96 (22 %)	P-verdi ¹
Kjønn				
Mann	115 (26.5 %)	82 (24.2 %)	33 (34.4 %)	0.048
Kvinne	319 (73.5 %)	256 (75.7 %)	63 (65.6 %)	
Alder				
18-25 år	72 (16.6 %)	55 (16.2 %)	17 (17.7 %)	0.534*
26-35 år	106 (24.4 %)	87 (25.7 %)	19 (19.7 %)	
36-45 år	142 (32.7 %)	112 (32.2 %)	30 (31.2 %)	
46-55 år	93 (21.4 %)	67 (15.8 %)	26 (27 %)	
56-65 år	21 (4.8 %)	17 (5.0 %)	4 (4.1 %)	
Landsdel				
Sør-Østlandet	255 (58.8 %)	201 (59.4 %)	54 (56.2 %)	0.953
Vestlandet	78 (18.0 %)	60 (17.7 %)	18 (18.8 %)	
Midt-Norge	54 (12.4 %)	41 (12.1 %)	13 (13.5 %)	
Nord-Norge	47 (10.8 %)	36 (10.6%)	11 (11.5 %)	
Sivilstatus (n, %)				
Enslig	160 (36.9 %)	125 (37 %)	35 (36.5 %)	0.925
I forhold	274 (63.1 %)	213 (63 %)	61 (63.5 %)	
Daglig virksomhet (n %)				
I arbeid	194 (44.7 %)	155 (45.9 %)	39 (40.6 %)	0.081
Skole/utdanning	67 (15.4 %)	57 (16.9 %)	10 (10.4 %)	
Ikke i arbeid	173 (39.9 %)	126 (37.2 %)	47 (49.0 %)	
Høyest fullførte utd(n %)				
Grunnskole	56 (12.9 %)	42 (12.4 %)	14 (14.6 %)	0.758
Videregående	177 (40.8)	135 (39.9 %)	42 (43.8 %)	
Univers/høys. opp til 4 år	119 (27.4 %)	98 (28.9 %)	21 (21.9 %)	
Univers/høys over 4 år	82 (18.9 %)	63 (18.6 %)	19 (19.8 %)	

Note. *P-verdi fra Fishers exactt, ¹ p-verdi fra chi-square test

4.2 Psykisk og fysisk helse karakteristika

Body mass index (BMI) og psykisk lidelse

Depresjon var den vanligste komorbide lidelsen, og 57.4 % (n=249) av deltakerne har gått i behandling for depresjon. Deretter kom angst med 43.8 % (n=190) og søvnforstyrrelser som utgjorde 37.3 % (n=162). I utvalget var det 20 % (n=87) som ikke hadde psykiske lidelser. Spiseforstyrrelser og BED skilte seg ut ved at de det var prosentvis flere med spiseforstyrrelse og/eller BED som hadde BMI over 30 enn under; 22 % (n=21) hadde spiseforstyrrelser og BMI over 30, og 16.7 % (n=16) hadde BED og samtidig BMI over 30 og funnene var signifikante (p=0.007 og p=0.000).

Body mass index (BMI) og livskvalitet

Flertallet så på sin livskvalitet som god (n=176, 44.4 %), og 22 % (n=88) svarte at de har dårlig livskvalitet, og fordelingen prosentvis nesten helt lik mellom BMI gruppene. I gruppen med BMI over 30 svarte 40.5 prosent (n=34) at de hadde god livskvalitet mot 45.6 prosent (n=142) i gruppen BMI under 30 og forskjellen var ikke signifikant (p=0.413).

Body mass index (BMI) og helse

Det var flest i utvalget med 36.4 prosent (n=144) som var utilfreds med helsen sin, og det var prosentvis flere i gruppen BMI over 30 som var utilfreds med egen helse med 52.4 prosent (n=44) mot 32.2 (n=100) i gruppen med BMI under 30. Funnet var signifikant (p=0.001).

Body mass index (BMI) og matvaner

Det var hele 69.4 prosent (n=301) som svarte at de hadde utfordringer med spising og mat. Det var også 48.5 prosent (n=210) svarte at de har utfordringer med spising og mat som ikke er knyttet til medisinbruk. Noen har krysset av på begge, derav N=511. Det var kun utfordringer med spising og mat som ikke er knyttet til medisinbruk som var signifikant.

Body mass index (BMI) og bruk av ADHD medisin

Det var et klart av deltakerne i studien som flertall i mitt utvalg som brukte ADHD medisiner, hele 72.6 prosent (n=315). Det var 9.7 (n=42) prosent som ikke brukte medisiner og 17.7 (n=77) prosent som hadde brukt medisiner før. Det var ikke signifikante funn (p=0.564) mellom deltakerne som tok eller ikke tok medisinerte og BMI over eller under 30.

Body mass index (BMI) og fysiske lidelser

Det var flere i gruppen med BMI over 30 som hadde hjerte og kar lidelser med 19.8 prosent (n=19) enn i gruppen med BMI under 30 hvor denne gruppen utgjorde 8.9 prosent (n=30). Det var også flere med Epilepsi med BMI over 30 med 5.2 prosent (n=5) og hvor kun 1.4 prosent (n=5) hadde epilepsi hos de med BMI under 30. Hos deltakere med BMI over 30 var

det bare 29.2 prosent (n=28) som ikke hadde noen fysiske lidelser. Hos de med BMI under 30 var det 43.5 prosent (n=147) som ikke hadde noen fysiske lidelser.

Tabell 2.
Deskriptiv statistikk dikotome variabler psykisk og fysisk helse, komorbide lidelser til ADHD og BMI (N=434)

	N=434	BMI<30 n=338 (78 %)	BMI ≥30 n=96 (22%)	P-verdi¹
Psykiske variabler				
Angst (n%)	190 (43.8 %)	153 (45.2 %)	37 (38.5%)	0.241
Depresjon (n %)	249 (57.4 %)	191 (56.5 %)	58 (60.4 %)	0.494
Bipolar lidelse (n %)	23 (5.3 %)	16 (4.7 %)	7 (7.3 %)	0.324
Tvangslidelser (n %)	30 (6.9 %)	26 (7.6 %)	4 (4.2 %)	0.229
Personlighetforst. (n %)	30 (6.9 %)	20 (5.9 %)	10 (10.4 %)	0.125
Ruslidelser (n %)	29 (6.7 %)	19 (5.6 %)	10 (10.4%)	0.097
Søvnforstyrrelser (n %)	162 (37.3 %)	123 (36.4 %)	39 (40.6 %)	0.449
Spiseforstyrrelser (n %)	76 (17.5 %)	55 (16.3 %)	21 (22 %)	0.007
BED (n %)	32 (7.4 %)	16 (4.7 %)	16 (16.7 %)	0.000
Anoreksi (n %)	19 (4.4 %)	18 (5.3 %)	1 (1.0 %)	0.089
Bulimi (n %)	14 (3.2 %)	12 (3.5 %)	2 (2.1 %)	0.744
Komb ulike spiseforsty.	23 (5.3 %)	20 (5.9 %)	3 (3.1 %)	0.438
Ingen psykiske lidelser	87 (20 %)	70 (20.7 %)	17 (17.7 %)	0.517
Livskvalitet				
	N=395			
Dårlig	88 (22.3 %)	68 (21.8 %)	20 (23.9 %)	0.413 ²
Verken/eller	131 (33.2 %)	101 (32.5 %)	30 (35.7 %)	
God	176 (44.4 %)	142 (45.6 %)	34 (40.5 %)	
Helse				
	N=395			
Utilfreds	144 (36.4 %)	100 (32.2 %)	44 (52.4 %)	0.001
Verken/eller	130 (32.9 %)	103 (33.1 %)	27 (32.1 %)	
Tilfreds	121 (30.6 %)	108 (34.7 %)	13 (15.5 %)	
Matvaner				
	N=434			
Utford. med spising/mat	301 (69.4 %)	226 (66.9 %)	75 (78.1 %)	0.094
Utford. med spising/mat som ikke er knyttet til med.bruk	210 (48.4 %)	151 (44.7 %)	59 (61.5 %)	0.005
Bruker medisin for ADHD				
	N=434			
Ja	315 (72.6 %)	248 (73.3 %)	67 (69.7 %)	0.564
Nei	42 (9.7 %)	30 (8.8 %)	12 (12.5 %)	
Nei, brukt tidligere	77 (17.7 %)	60 (17.7 %)	17 (17.7 %)	
Fysiske lidelser				
	N=434			
Hjerte og kar	49 (11.3 %)	30 (8.9 %)	19 (19.8 %)	0.003
Epilepsi	10 (2.3 %)	5 (1.4 %)	5 (5.2 %)	0.032
Migrene	78 (18 %)	57 (16.9 %)	21 (21.9)	0.259
ME	59 (13.6%)	40 (11.8 %)	19 (19.8 %)	0.024
Diabetes	9 (2.1 %)	7 (2 %)	2 (2.1 %)	1.00
Ingen fysiske lidelser	175 (40.3 %)	147 (43.5%)	28 (29.2 %)	0.012

4.3 Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-VI.1)

ASRS gjennomsnittsverdi for hele utvalget var på 17.3±3.6. Utvalget scorer høyere på IA (uoppmerksomhet) på 11.5±2.9 enn på HI (hyperaktivitet) som er på 5.8±1.6. Det var ingen blant de ulike BMI gruppene. Funnene var ikke signifikante (p=0.306).

Tabell 3.**Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-V1.1) t-test**

Variabel	<i>N</i> =405	BMI < 30 Mean±sd (<i>n</i> =319)	BMI ≥30 Mean±sd (<i>n</i> =86)	<i>P</i> -verdi
ASRS sum score	17.3±3.6	17.4±3.5	17.4±3.5	0.306
ASRS IA	11.5±2.9	11.5±2.8	11.2±3.0	0.511*
ASRS HI	5.8±1.6	5.8±1.6	5.7±1.7	0.604*

p*-verdi fra Mann Withney *U* test4.4 Eating Disorder Scale EDS-5**

EDS-5 gjennomsnittsverdi for hele utvalget var på 13.9±6.3. De med BMI under 30 hadde en lavere gjennomsnittsverdi med 12.9± 6.2 mot de med BMI over 30 som hadde en gjennomsnittsverdi på 17.2± 5.1. Funnet var signifikant (*p*=0.001).

Tabell 4**Deskriptiv statistikk Eating Disorder Scale EDS-5 (Mann-Withney)**

Spørsmål	<i>N</i> =420 Mean ± sd	BMI < 30 Mean ± sd <i>n</i> =328	BMI ≥ 30 Mean ± sd <i>n</i> =92	<i>P</i> -verdi *
Hvor fornøyd har du vært med spisevanene dine? ¹	2.2 ± 1.5	2.4 ± 1.5	1.7 ± 1.4	<i>p</i> < 0.001
Har du trøstespist eller spist ekstra på grunn av at du har vært nedstemt eller følt deg utilfreds? ²	2.7 ± 1.9	2.5 ± 1.9	3.5 ± 1.8	<i>p</i> < 0.001
Har du hatt skyldfølelse i forbindelse med spising? ²	2.9 ± 2.1	2.7 ± 2.1	3.6 ± 1.9	<i>p</i> < 0.003
Har du følt at det er nødvendig for deg å følge strenge matdietter eller andre matritualer for å holde kontroll med hvor mye du har spist? ²	2.4 ± 2.1	2.1 ± 2.1	3.3 ± 2.0	<i>p</i> < 0.001
Har du følt at du er for tykk? ²	3.6 ± 2.2	3.2 ± 2.3	5.2 ± 1.3	<i>p</i> < 0.001
Sumscore total ³	13.9± 6.3	12.9± 6.2	17.2± 5.1	<i>p</i> < 0.001

P*-verdi fra Mann Withney *U* test, ¹ Fra svært misfornøyd til fornøyd (1-7), ² Fra ikke i det hele tatt til hver dag (1-7), ³ Sum EDS-5 range 5-354.5 Logistisk regresjon**

Resultatene av regresjonsanalysen viser signifikante funn knyttet til kjønn, BED, EDS5 sumscore og ingen fysisk komorbiditet. Kvinner med ADHD diagnose har 69 % redusert risiko for overvekt sammenlignet med menn oddsratio (OR) 0.31. Vi fant at det er tre ganger så høy sannsynlighet for overvekt om deltakeren har BED (OR 2.88, 95 % CI 1.25-6.25). Det er altså nesten 300 prosent større sannsynlighet at du vil få en BMI på over 30 om du har samtidig ADHD og BED. Funnet var signifikant (*p*-verdi på 0.013). Videre viser analysene at når EDS5 sumscore øker med en enhet øker OR med 14 % for å ha overvekt BMI over 30 (OR 1.14, 95 % CI 1.08-1.2), det vil si at for hver enhets økning i EDS5 sumscore øker OR med 12 %. Funnet var signifikant (*p*-verdi 0.000). Deltakerne som ikke hadde fysiske tilleggsvansker hadde mer enn 50% redusert risiko for BMI over 30 enn de som hadde fysiske tilleggsvansker med . Vi fant ingen sammenheng mellom alder, sivilstatus, daglig virksomhet,

utdanning, ASRS cutoff, spisediagnose, ingen psykisk komorbiditet, spising-mat, medisin-mat og rus når det gjelder risikoen for overvekt og forhøyet BMI.

Tabell 5.

Regresjonstabell Odds ratio for å ha BMI større enn eller lik 30 (fra multippel logistisk regresjonsanalyse, **backward elimination**).

	Ujustert modell					Step 1					Step 2				
	B	SE	p	OR	95% CI	B	SE	p	OR	95% CI	B	SE	p	OR	95% CI
Kjønn (1)	-0.49	0.15	.049	0,61	[0,37, 0,99]	-1.15	0.32	.000	0,31	[0,16, 0,58]	-1.18	0.31	.000	0,31	[0,16, 0,56]
Age – 5 grupper (ref.)															
26 - 35 år	-0,35	0.37	.355	0.71	[0,33, 1,47]	-0.71	0.44	.109	0.49	[0,2, 1,17]	-0.77	0.43	.076	0.46	[0,19, 1,08]
36 - 45 år	-0,14	0.34	.678	0.87	[0,44, 1,7]	-0.45	0.42	.286	0.63	[0,27, 1,46]	-0.56	0.41	.169	0.56	[0,25, 1,27]
56 - 55 år	0,23	0,36	.529	1.26	[0,62, 2,55]	-0.07	0.45	.864	0.92	[0,37, 2,27]	-0.18	0.43	.666	0.82	[0,35, 1,93]
56 - 65 år	-0,27	0,62	.661	0.76	[0,23, 2,57]	-0.46	0.69	.499	0.62	[0,16, 2,43]	-0.59	0.67	.378	0.55	[0,14, 2,07]
Sivilstatus	0.255	0.24	.925	1.02	[0,64, 1,63]										
Daglig virksomhet	0.2	0.12	.112	1.23	[0,95, 1,56]	0.02	0.14	.871	1.02	[0,76, 1,36]					
Utdanning															
Videregående	-0.07	0.35	.845	0.93	[0,46, 1,87]	-0.22	0.41	.592	0.79	[0,35, 1,85]					
Universitet/Høyskole ≤ 4 år	-0.44	0.39	.259	0.64	[0,3, 1,38]	-0.41	0.46	.378	0.66	[0,26, 1,65]					
Universitet/Høyskole > 4 år	-0.1	0.41	.805	0.91	[0,4, 1,99]	-0.35	0.51	.496	0.7	[0,25, 1,93]					
BED	1.4	0.37	.000	4.25	[1,93, 8,4]	1.06	0.42	.013	2.91	[1,25, 6,74]	1.05	0.42	.013	2.88	[1,25, 6,65]
EDSS Sumscore	0.12	0.02	.000	1.13	[1,08, 1,18]	0.13	0.02	.000	1.14	[1,08, 1,2]	0.13	0.02	.000	1.14	[1,08, 1,2]
ASRS cutoff	0.07	0.35	.849	1.06	[0,53, 2,13]										
Spisediagnose	0.08	0.03	.008	1.09	[1,02, 1,16]	0.06	0.03	.069	1.07	[0,99, 1,15]	0.06	0.03	.067	1.07	[0,99, 1,14]
Ingen fysisk komorbiditet	-0.62	0.24	.012	0.53	[0,32, 0,87]	-0.73	0.29	.014	0.48	[0,26, 0,86]	-0.76	0.29	.009	0.46	[0,26, 0,82]
Ingen psykisk komorbiditet	-0.19	0.29	.517	0.82	[0,78, 1,48]										
Spising-Mat	-0.06	0.05	.314	0.94	[0,83, 1,05]	-0.04	0.07	.506	0.93	[0,82, 1,09]					
Medisin-Mat	0.01	0.04	.577	1.02	[0,95, 1,09]										
Rus	0.67	0.41	.102	1.95	[0,87, 4,35]	0.78	0.48	.105	2.19	[0,84, 5,68]	0.87	0.46	.061	2.4	[1,08, 1,2]

Constant
Kjønn er kodet: 1=mann, 2=kvinne. Alder, yngste gruppe er referansegruppe=18-25 år. Sivilstatus er kodet: 1=enslig, 2=Forhold, Daglig virksomhet er kodet: 1=i arbeid, 2=skole/utdanning, 3=ikke i arbeid, Utdanning er kodet: 1=grunnskole er referansegruppe, 2=videregående, 3=universitet/høyskole opp til 4 år, 4=universitet/høyskole mer enn 4 år. BED er kodet 0=nei, 1=ja. ASRS sumscore er kodet 0=14-24, 1=0-13, spisediagnose er kodet 0=nei, 1=ja, 2=vet ikke, ingen fysisk komorbiditet er kodet 0=nei, 1=ja. Ingen psykisk komorbiditet er kodet 0=nei, 1=ja, 2=vet ikke. Medisin-mat er kodet 0=nei, 1=ja, 3=vet ikke, Rus er kodet 0=nei, 1=ja.

4.6 Oppsummering av nullhypotesene

Vi hadde seks ulike nullhypoteser om assosiasjoner knyttet til ADHD diagnose og forhøyet BMI. Fire av seks nullhypoteser ble forkastet i regresjonsanalysen. Se tabell 6.

Tabell. 6.

Nullhypotese	Test	Sig.	Avgjørelse
1 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til ASRS cutoff.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.849	Opprettholdt H ₍₀₎
2 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til ingen psykisk komorbiditet.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.517	Opprettholdt H ₍₀₎
3 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til ingen fysisk komorbiditet.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.009	Forkastet H ₍₀₎
4 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til BED.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.013	Forkastet H ₍₀₎
5 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til EDSM sumscore.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.000	Forkastet H ₍₀₎
6 Det er ingen forskjeller mellom BMI gruppene i forhold til kjønn.	multippel logistisk regresjonsanalyse	0.000	Forkastet H ₍₀₎

Fokusgruppene

Basert på tilbakemeldingene fra deltakerne har vi samlet svarene i 11 kategorier: mat som regulering, emosjonell spising, dårlig impuls kontroll, rastløshet, kjedsomhet, indre forvirring, overveldelse, kontroll, om å ta plass, skam og følelsen av skyld og avsky for seg selv og appetittreduserende medisiner.

Mat som regulering

Deltakerne forteller om hvordan mat blir brukt til regulering og hvor det oppleves som en bevisst og kontrollert handling. En deltaker forteller om hvordan maten kan brukes til å gi seg selv noe godt:

«Mat blir fort brukt som belønning. Har jeg vært flink, så tenker jeg med en gang at jeg kan unne meg en sjokolade».

En annen deltaker beskriver hvordan hun bruker mat som selvtrøst:

«Hvis jeg er alene og trist, kan jeg merke at maten blir en slags trøst. Vanskelige følelser døyves med mat».

En annen beskriver hvordan overspising kan bidra til at hun klarer å slappe av og roe seg ned på, som en slags lindring:

«Når kvelden kommer er jeg ofte helt utslitt. Jeg klarer ikke å finne roen. Å overspise og kaste opp er en effektiv måte å slå meg selv helt ut på»

Andre beskrivelser handler om å gi seg selv en time-out ved å overspise:

«Jeg må stoppe tankekjøret. Å overspise gjør at jeg slipper å forholde meg til det».

Mat blir også beskrevet som en belønning:

«Om jeg har klart å gjennomføre noe, tenker jeg raskt at nå kan jeg unne meg en sjokolade».

Emosjonell spising

Deltakerne forteller også om store overspisingsepisoder som er mindre kontrollert. Dette kan ofte foregå på kveldstid når uroen tiltar. En deltaker beskriver det slik:

«Å være alene på kvelden og bare slippe seg helt løs er en nytelse. Spiseorgier får meg til å koble helt fra og glemme alt kaos og indre stress».

En annen deltaker beskriver det slik:

«Jeg må ha mat tilgjengelig, for jeg vet aldri helt når trangene til å spise kommer»

En deltaker beskriver overspising som en slags nytelse.

«En spiseorgie gir nytelse. Å vite at jeg har mulighet til å overspise, gir meg ro og behag».

En annen deltaker beskriver det å spise som en slags selvtrøst.

«Når jeg er lei meg eller har det vanskelig, tyr jeg raskt til mat som en slags trøst»

Dårlig impuls kontroll

Deltakerne beskriver en sterk indre uro som ofte medfører tap av selvkontroll.

«Når tanken er tenkt, må den handles på. Det er som om det ikke er noen avstand mellom en tanke og en handling. Så om jeg tenker at jeg skal overspise, så MÅ jeg gjøre det»

«En overspising bare skjer. Jeg har ingen opplevelse av å kunne stoppe det»

Alle deltakerne beskriver uregelmessig spising og at det er vanskelig å gjennomføre faste og regelmessige måltider.

«Det er vanskelig å planlegge måltidene. Det har aldri fungert for meg».

Andre beskriver at behovet for ekstreme sanseinntrykk også gjelder mat.

«Å spise en normal mengde mat er ikke nok».

«Jeg må spise hele brødet for at det skal gi mening».

«Det holder ikke å være metth. Jeg må kjenne meg stappmett for å tro på det».

Rastløshet

Uro og rastløshet kan fort også føre til mer kaotisk spising. Flere deltakere beskriver at rastløsheten ofte fører til dårligere kontakt med signaler som metthet og sult. Flere deltakere gir beskrivelser på hvordan rastløsheten kan påvirke maten:

«Jeg må ofte gjøre flere ting på en gang. Jeg setter meg sjelden ned og spiser».

«Et måltid kan vare i flere timer, uten start og slutt».

«På kveldstid blir jeg ofte veldig rastløs, og da får jeg trang til å småspise.»

«Jeg får et voldsomt tyggebehov. Jeg må alltid ha tyggis og pastiller tilgjengelig»

Flere av deltakerne forteller at de nedprioriterer å spise, andre glemmer å spise og en annen forteller at det er vanskelig å planlegge måltidene.

«Det eneste faste jeg vet er at jeg kommer til å spise frokost», «Jeg mister øyeblikket av å ha spist», «Jeg har store og raske vekt svingninger» og «Jeg blir så utålmodig, og om jeg bestemmer meg for å gå ned i vekt, så må det skje raskt»

Kjedsomhet

Kjedsomhet er et gjennomgående tema blant deltakerne. Flere deltakere gir uttrykk for at dette kan være et hinder i behandling av spiseforstyrrelsen, hvor fokuset i perioder av behandlingen i stor grad ofte handler om å få etablert regelmessige og faste måltidsrutiner.

Flere av deltakerne forteller at de opplevde det som vanskelig å holde på faste og regelmessige kostplaner, dietter og måltider på grunn av kjedsomhet. De kjenner ofte på en utålmodighet og trangen til å teste grenser.

Her er noen eksempler på beskrivelser fra deltakerne:

«Det eneste faste jeg vet om er at jeg skal spise frokost»

«Regler er uinteressant. Jeg får umiddelbart en sterk trang til å teste grenser. Hvor lenge kan jeg gå uten mat, for eksempel».

«Å vite at jeg kan spise store mengder mat kan gi meg en sterk «drive» til å få gjennomført dagen»

Overveldelse

Flere deltakere beskriver det som krevende å passe inn, og at det er hardt arbeid å regulere seg selv hele tiden. Et tydelig kjennetegn ved ADHD problematikken er at det er mange sanseinntrykk som tas inn i løpet av en dag. Behovet for å koble fra – en slags time-out er også et gjennomgående tema når det kommer til overspisingens funksjon. En deltaker beskriver det slik:

«På kveldstid har jeg behov for å koble meg helt fra alle tankene som jeg er fylt med»

En annen deltaker gir følgende beskrivelse av seg selv og matens funksjon:

«Jeg blir sliten av meg selv. Jeg blir for mye. Jeg må rett og slett ha en time-out fra meg selv»

En annen beskriver det slik:

«Det blir for mange sanseinntrykk på en gang. Jeg får behovet for å ta en pause på et vis. Når jeg spiser, glemmer jeg alt»

Indre forvirring

Flere beskriver en slags indre forvirring. Det er vanskelig å kjenne igjen tegn på metthet og sult. Disse utsagnene kan beskrive dette:

«Jeg vet ikke hva jeg tenker og føler», «Er jeg sulten eller bare urolig?», «Er jeg mett eller trenger jeg mer, «Når jeg kjenner på kaos og forvirring, glemmer jeg ofte å spise», « Jeg klarer ikke å kjenne etter»

Kontroll

Manglende opplevelse av kontroll og selvkontroll er sentralt hos personer med ADHD problematikk. Mat og trening kan få den funksjonen at en på et vis «spiser vekk, sulter vekk eller trener vekk uroen». Flere av deltakerne beskriver dette på ulike måter:

«Jeg har en sterk følelse av at ting flyter på et vis. Jeg trenger å ha kontroll over noe. Å ta kontrollen over maten gir meg en følelse av å ha kontroll».

«Overspisingsepisodene er noe jeg kan styre helt selv. Jeg bestemmer hva, hvor mye og når det skal skje».

«I perioder hvor jeg spiser mer restriktivt, kjenner jeg meg mer rolig og kontrollert. Det er som jeg på en måte sulter vekk uroen min».

«Jeg kan bruke mye tid på å planlegge overspisingsepisoder. Det gir meg en følelse av en slags kontroll og ro».

«Jeg har et behov for å bestemme over noe. Maten blir noe jeg kontrollerer».

Om å ta plass

Flere beskriver en følelse av å ta mye plass. Deltakerne kan beskrive det slik:

«Jeg blir for mye», «Jeg blir høylytt», «Jeg blir sliten av meg selv»

Skam

Høy grad av skam og selvkritikk ser ut til å være gjennomgående og som også ser ut til å henge sammen med symptomer på spiseforstyrrelsen. Ytre skam beskrives som at man frykter andres blikk og dom, og ønsker å gjemme seg for å unngå det man tror andre mener eller tenker. Maten og tanker om mat blir et slags gjemmeded. Indre skam blir også beskrevet med et negativt fokus innover med et dømmende blikk på selv og egne egenskaper. Skammens ulike komponenter blir belyst gjennom deltakernes beskrivelser:

- *Jeg er en ubrukelig person.*
- *Andre synes jeg er en ubrukelig person.*
- *Jeg føler meg annerledes.*
- *Jeg er hele tiden på vakt for hva andre tenker om meg, en slags konstant indre uro.*
- *Jeg kjenner meg ikke god nok.*
- *Jeg blir kvalm av meg selv.*
- *Jeg lyver ofte for mannen min når jeg har planlagt å overspise. Dette gir meg ofte en følelse av å være et dårlig menneske.*
- *Jeg gir blaffen i hvordan jeg ser ut. Da føler jeg at det er mer samsvar med hvordan jeg har det på innsiden.*

Dårlig kontakt med egen kropp er sentralt. En deltaker beskriver det slik:

«Jeg vet ikke hvor kroppen starter eller slutter. Jeg kjenner meg grenseløs».

Appetittreduserende medisiner

Alle deltakerne fremhever at medisiner både bedrer impulskontrollen og reduserer appetitten. En deltaker hadde begynt på medisiner og opplevde å bli mer rolig som igjen medførte mindre overspising. De fleste hadde best effekt av medisiner ved oppstart av medisiner og at noe av denne effekten omkring redusert appetitt avtok etter noen måneder.

Implikasjoner for terapi

Det er et behov for kunne fokusere både på ADHD og spiseforstyrrelsen samtidig. En viktig anbefaling er at man sammen skal forsøke å se sammenhenger mellom ADHD og spiseproblematikken og ha en overordnet forståelse av at dette er et reguleringsproblem. Det er viktig å ha et følelsesfokus – og ikke minst fremme følelsesbevissthet og følelsesregulering.

Det er et behov for å inkludere kroppen. Tilpasset fysisk aktivitet er noe flere av deltakerne etterspør.

Det er et ønske om å ha et tilpasset gruppetilbud. Det kjennes godt at flere kan streve med det samme. Ved å bringe flere sammen, kan det motvirke tabu og isolasjon og følelsen av å være annerledes. En deltaker beskriver det slik:

«Det var godt med et rom for utveksling av erfaringer og et rom der man umiddelbart forstår de komplekse problemer man står midt oppi».

Et tilpasset gruppetilbud er nødvendig. Et gruppetilbud med ADHD problematikk kan være krevende å delta i av flere grunner basert på kategorier beskrevet over: en følelse av overveldelse av informasjon, mange av deltakerne tar mye plass og snakker i munnen på hverandre. Deltakerne er tydelig på at det er et behov for tilpasset program hvor ledelsen av gruppen er tydelig og styrt. Gruppestørrelsen bør være mellom 5-6 deltakere, ikke minst basert på at flere av gruppe medlemmene tar inn mye inntrykk. Et annet forslag er at gruppen kan inkludere en felles aktivitet knyttet til matlaging og måltider, noe som kan bidra til inspirasjon til mer variert kosthold.

1. Det er et behov for bevisstgjøring på indre kroppslige signaler, ikke minst for å stimulere til økt kontroll.
2. Det er behov for tilpassete kostplaner – variasjon er påkrevd.
3. Deltakere ønsker hjelp til utsettelse av handlinger, her også overspising. For eksempel kan det være nyttig å utarbeide både kriseplaner og fleksible matplaner.

5. Etske refleksjoner

Etske hensyn innebærer at man må være bevisst på hva han eller hun gjør, og tenke over hvordan et tema belyses uten at det får uetske konsekvenser for enkeltmennesker, grupper eller samfunn (Johannesen et al., 2016). Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg). Når man samler inn og behandler personopplysninger må det vurderes om disse er meldepliktige (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016). I denne studien var det ifølge NSD ikke nødvendig med godkjenning fra REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) fordi spørreundersøkelsen er anonym, for respondenter over 18 år og uten lagring av indentifiserbare opplysninger.

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (NESH) har vedtatt forskningsetiske retningslinjer, hvor det fremgår at respondentene skal utsettes for mist mulig belastning (NESH, 2016). I dette prosjektet kan dette bli utfordret ved

at respondentene skal svare på spørsmål rundt egen diagnose og spiseutfordringer, noe som kan være belastende og utløse skam og negative tanker om seg selv. Videre kan studien utfordre etiske normer og verdier ved at det kan bidra til ytterligere negativt stigma ved å koble ADHD og overvekt tettere sammen. Om prosjektet brukes på en måte slik at oppfatninger av en selv endres, kan det få konsekvenser for den som rammes ved at handlingsmønster endres (Johannesen et al., 2016). Dette trenger ikke være problematisk, noen ganger er det en ønsket konsekvens av forskningen (Johannesen et al., 2016). Men man må være bevisst denne potensielle effekten, dette er en allerede en utsatt gruppe som ofte opplever å bli stigmatisert, det er derfor viktig at å ha med disse vurderingene i arbeidet. De formelle rammene mine for arbeidet med studien er retningslinjer fra NESH, NSD og generell god forskningsetikk. Jeg tror på forebygging som et generelt faglig prinsipp, og ønsker derfor at studien skal bidra til ny kunnskap om ADHD, overvekt og fedme slik at man kan forebygge ved at hjelpetiltak settes inn mot de som er i risiko for overvekt. For å få dette best til burde vi inkludere barn og unge i denne studien, skal man forebygge må man starte med barn og unge. Men på grunn av at jeg er tro mot mine rammer kan jeg av etiske begrensninger ikke inkludere unge under 18 år i studien. Jeg ville trengt samtykke som er en praktisk begrensning, men også fordi barn og unge med ADHD er en mer sårbar gruppe enn voksne med ADHD. Derfor valgte jeg å kun inkludere voksne som er fylt 18 år i studien, vel vitende om at jeg da går glipp av viktig kunnskap om hvordan utfordringer knyttet til overvekt og høy BMI fremstår hos barn og unge med ADHD.

6. Oppsummering, konklusjon og videre planer

Dette har vært et ambisiøst prosjekt, men det har gitt oss ny kunnskap om assosiasjoner mellom ADHD, spiseforstyrrelser og spiseutfordringer. Prosjektgruppen har også planer for veien videre. Hanne Skarsvaag fra ADHD Norge skal presentere resultater og funn fra spørreundersøkelsen og fokusgruppene for ADHD Norge sitt fagråd og slik oppfordre til videre forskning på denne tematikekn. Videre planlegger vi å arrangere et seminar i juni på Villa Sult hvor Bente Sommerfeldt fra Villa Sult og prosjektleder Hanne Skarsvaag inviterer fagfolk innenfor ADHD og spiseforstyrrelsesfeltet, hvor vi skal presentere resultater og funn fra prosjektet. Vi vil inviterer til dialog om hvordan vi skal gå videre med våre funn og ny tilegnet kunnskap.

Å kartlegge ADHD, spiseforstyrrelser og spiseutfordringer gjennom litteratursøk, spørreskjema og fokusgrupper har gitt oss et bredt bilde av tematikken. Vi har brukt en «Mixed methods» tilnærming hvor vi har brukt både kvantitative og kvalitative metoder. Men

det har også vært en svært tidkrevende prosess, både faglig og praktisk. Men vi er sikker på at prosjektet har bidratt til mer kunnskap om tema ADHD og spiseutfordringer, oppsummert har det vært et godt prosjekt med resultater vi kan være stolt av. Vi håper fagmiljøene er enig, og ønsker å forske mer på denne tematikken med et særlig fokus på ADHD, overvekt og BED.

Referanser

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition DSM-5. American Psychiatric Publishing: Washington, D.C.

Andersen, A.J.W., Bøe, T.D., Fodstad, H., Alme Ibabo V., Krogsæter, O., Norvoll, R. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2, 98-103.

Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). Psykiske lidelser hos voksne. Hentet fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Helsedirektoratet. (2018). ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging (Nasjonal faglig retningslinjer IS – 2062). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>

Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B. & Walters, E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245–256.

Kessler, R. S., Adler, L., Gruber, M. S., Chaitanya, A., Sarawate, M. S., Spencer, T. & Van Brunt, D.L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 52–65. doi: 10.1002/mpr.208.

Kornør, H., & Hysing, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Adult ADHD Self Report Scale, 1.1 (ASRS).

Olsvold, A. (2012). *Når ADHD kommer inn døren-en psykososial undersøkelse av barns, mødres og fedres forståelse og opplevelse av ADHD-diagnose og medisinerings*. Institutt for psykologi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Univeristet i Oslo. ISSN 1504-3991. Side 3.

Regjeringen (2019, 14. mai). Regjeringen vil styrke arbeidet med pakkeforløp. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-styrke-arbeidet-med-pakkeforlop/id264>

Rosenvinge, J. H., & Pettersen, G. (2015). Epidemiology of eating disorders part II: an update with a special reference to the DSM-5. *Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice*, 3(2), 198-220.

Rosenvinge, J. H., Perry, J. A., Bjørgum, L., Bergersen, T. D., Silvera, D. H., & Holte, A. (2001). A new instrument measuring disturbed eating patterns in community populations: development and initial validation of a five-item scale (EDS-5). *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 9(2), 123-132.

Rør, A. (2016). *Spiseforstyrrelser. Symptomforståelse og behandlingsstrategier*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Schmidt Petersen, M.N., Houmann, T.B., Olsen, E.M. (2018). Overvekt og spiseforstyrrelser hos pasienter med ADHD. *Ugeskriftet.dk*. 2018;180; V11170877.

Skårderud, F. (2016). *Sterk svak. Håndbok om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug & Co

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ørstavik, R., Gustavson. (Red.). (2016). *ADHD i Norge En statusrapport*. (Rapport 2016:4. Folkehelseinstituttet). Hentet fra

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf

Folkehelseinstituttet. (2015, 11. mai). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne.

Hentet fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-voksne>

Vedlegg lastes opp:

Søknad NSD

Spørreskjema