

Høring vedr.: "Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser" sagsnr. 05-0801-220".

Navn på høringspart: Susanne Vinkel Koch, afsnitsledende overlæge, PhD, Klinik for Spiseforstyrrelser, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Region Sjælland, Smedegade 16, Poppelhus 2. sal, 4000 Roskilde. Repræsentant for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab.

Side 5. Organisering og samarbejde: Det ville være ønskeligt om punkterne i dette afsnit kunne være opfyldte. Det vil være en god vision at have, men det svarer ikke til virkeligheden på nuværende tidspunkt. Der vil være behov for, at der beskrives aftaler mere konkret, og at disse etableres mere bindende imellem aktørerne, dvs. set fra mit synspunkt mellem sundhedsvæsenet og kommunerne.

Side 5. Udredning og behandling: Der bør stå EDE eller lign., for at inkludere andre redskaber (se afsnit 4.1.). Lettere tilfælde af spiseforstyrrelser både hos børn, unge og voksne burde kunne udredes og behandles i primærsektor, enten via egen læge eller i et samarbejde mellem egen læge og aktører i privat eller kommunalt regi. Dette kunne f.eks. være lokale tilbud inkluderende psykoedukation og terapeutisk behandling samt somatisk kontrol hos egen læge eller sundhedsplejerske. Såfremt personen med spiseforstyrrelse ikke hurtigt responderer (f.eks. 6-8 uger som foreslået) på behandlingen bør hun/han viderehenvises til den regionale psykiatri.

Side 6. Udredning og behandling, sidste afsnit: Til sikring af et højt fagligt kompetenceniveau hører også, at der sikres rekruttering til sub-specialet om spiseforstyrrelser. Det gælder for alle involverede faggrupper, at der bør være mulighed for, at man stifter bekendtskab med spiseforstyrrelses-subspecialet under uddannelsen eller tidligt i sit karriereforsløb – det kan i hvert fald etableres for sygeplejerske- og diætiststuderende og læger og psykologer både præ- og postgraduat.

Side 6-7. Tidlige indsatser og rehabilitering i kommunen: De beskrevne intentioner/visioner lyder godt. Den aktuelle erfaring, set fra den regionale psykiatris side, er dog at kommunerne ikke alle er tilstrækkeligt rustede til den rehabiliterende indsats. Der mangler viden i kommunerne om spiseforstyrrelser og komorbide psykiatriske tilstande og praktisk erfaring med spisebistøtte. Desuden er der ikke altid enighed om, hvad den rehabiliterende indsats går ud på. Dette kan afhænge af sværhedsgraden og varigheden af en spiseforstyrrelse og kan være ganske omfattende for personer med svære og langvarige forløb, der ofte omfatter komorbide psykiatriske tilstande eller komplicerende sociale situationer. Der kan dog også være tale om lettere spiseforstyrrelser, som med den rette intervention ville kunne forebygges eller færdigbehandles i kommunen, og som derfor ikke vil have behov for behandling i den regionale psykiatri.

(Jeg kan se at dette uddybes side 27, 3.2. tredje afsnit på sufficient vis, men måske skal det modificeres lidt i resumeet? Og berøres også på side 30, 3.5.1.)

Det kunne måske være en ide, at det tidligere i rapporten står tydeligere hvilken sværhedsgrad, der behandles hvor i sundheds- og socialvæsen.

Side 11, 1.4. Der mangler fortsat kapacitet i sundhedsvæsenet til at udrede og behandle mennesker med spiseforstyrrelser svt. det beskrevne ambitiøse niveau.

Side 11, 1.5.: Ved man noget om, hvorfor der ses de beskrevne ændringer i indlæggelsesdage og ambulante kontakter? Det kan vel have ligeså meget at gøre med sundhedsvæsenets organisation generelt (fokus på nedbringelse af indlæggelsesdage, ændringer i visitationspraksis som kan variere med hvordan ressourcerne er i sundhedsvæsenet), som med udviklingen i forekomst af spiseforstyrrelser. Hvorfor er der flere med spiseforstyrrelse, som ikke henvises til behandling i det regionale sundhedsvæsen? Er der kommet andre behandlingstilbud i primær sektoren, blandt private aktører?

Side 24, skema: Flere små stavefejl sidst i tabellen. God/rimelig i grad 1-2 er lidt svære at fortolke når det gælder tvangsmotion, opkastninger, udrensning – god hvad? Indsigt? Sygdomserkendelse? Ellers meget fin og anvendelig tabel.

Side 26, 3.2.: Aktører udenfor den regionale psykiatri/somatik kan også inkludere privat praktiserende (børne- og ungdoms-)psykiatere, psykologer, diætister mv. og tilbud via patientorganisationer.

Side 28, 3.3.: Meget fint afsnit, gode intentioner. Overgangen opleves ofte meget vanskelig fra barn til voksen (set fra sundhedsvæsenets side) på det kommunale område, også selvom der har været arbejdet på overgangen i god tid før 18 års-alderen. Nogle kommuner bruger denne overgang som en "syltekrukke", hvor man har indtryk af, at de ønsker at spare penge og ikke ønsker at etablere foranstaltninger på den anden side af 18 år svt. hvad der har været bevilget før de 18 år. Det er også vigtigt at have øje for, at mange unge ikke vil være i stand til selv at bede om det, de faktisk har behov for, jvf. ambivalens og manglende indsigt i egen sygdom og udfordringer, som er beskrevet tidligere. De vil have behov for at forældre, en mentor, behandlere eller andre hjælper dem videre i deres sag.

Side 28+29, 3.4.: Vi vil meget gerne rådgive og lave samarbejdsaftaler. I nogle dele af landet er disse aftaler dog endnu ikke på plads, hverken på tværs af sektorer eller mellem psykiatri og somatik. Vi kan også have behov for yderligere ressourcer i den regionale psykiatri for at kunne varetage undervisning, rådgivning, oplæring mv. af personale blandt samarbejdspartnere.

Side 32, 3.5.3.: Hvilke særlig krav stilles der til samarbejde med andre specialer? Det er ikke alle steder i landet der ligger samarbejdsaftaler imellem somatik og psykiatri. Er der aktører fra somatikken med i dette arbejde, og hvordan stiller de sig til anbefalingerne?

Side 35, vurderingsspørgsmål til almen praksis: Skriv allerede ved overskriften til EDE-Q, at det er til voksne /ikke til børn og unge.

4.1.1.: Det kan være svært at være orienteret om kommunale tilbud for personer med lettere spiseforstyrrelser og tilbud til at arbejde bredere med trivsel. Kommunerne bør have ansvar for og tilskyndes til at gøre opmærksom på disse tilbud. Hvis sådanne tilbud ikke eksisterer, bør kommunerne tilskyndes til at etablere sådanne, gerne i samarbejde imellem flere kommuner, da spiseforstyrrelser er forholdsvis sjældne tilstande. (Jeg kan se at dette beskrives senere i rapporten).

Side 38, 4.1.2: Udredning med EDE bør anbefales, men er ikke etableret i alle regioner. Der bør stå EDE eller lignende systematisk interview. BAB-A benyttes ej heller i alle regioner (har været benyttet i forskningssammenhæng i flere regioner, men ikke alle) og behøver ikke nødvendigvis at nævnes her. Der resterer et vist arbejde med at få EDE implementeret, hvilket inkluderer oplæring af personale og evt. øgede ressourcer nogle steder (da det tager længere tid). Ligeledes er det en god anbefaling, at den somatisk undersøgelse foretages af en læge, men dette kan ikke altid finde sted pga. lægemangel i dette subspeciale. I nogle tilfælde vil dele af den somatiske undersøgelse foretages af andet sundhedsfagligt personale (typisk sygeplejersker) under supervision af en læge. Det gælder også at BAB-S og BAB-F ikke anvendes i alle regioner. Det kan dog en god ide at henvise til disse mhp. at finde eksempler på relevante spørgsmål. Det foreslås at ændre "nadir vægt" til "laveste vægt", da det forstås bedre af alle faggrupper.

Er EDE børneversion frit tilgængeligt? Er BAB skemaer frit tilgængelige?

Side 42, 4.3. Ift. BED behandling vil ændring af vægt ikke være første mål for adfærdsændring, men kan netop være kontraindiceret i den første del af behandlingen, som er målrettet normalisering af spisning. Det kan være, at der skal være en undtagelse for BED, når vægt nævnes som en del af den adfærdsænderende behandling.

Side 45, 4.3.3.: Psykoedukation bør almindeligvis også (og ikke kun evt.) tilbydes til pårørende (i en eller anden form) hvad enten mennesket med spiseforstyrrelse er voksen, barn eller ung.

Side 47, 4.3.5.: Børn og unge i ambulant behandling vil ofte ikke være på kostplan. Forældrene overtager helt eller delvist ansvaret for, at barnet/den unge gen-ernæres ud fra familiens vanlige kost, og forældrenes viden om hvad deres barn/unge har spist af varieret og tilstrækkelig kost før spiseforstyrrelsens opståen. Som anført ovenfor, vil nogle familier dog have gavn af kostplaner – dette beror på en individuel vurdering af familiens behov.

Side 47, 4.3.6.: Det kan nævnes at psykofarmakologisk behandling af bulimi oftest vil være SSRI præparater. Her kan anbefalingerne af det enkelte præparat måske variere imellem voksne og unge (jeg har ikke selv tilstrækkelig viden om evidensen på dette område).

Side 47, 4.3.7.: Det er en god anbefaling at tilbyde fysioterapeutisk behandling af mennesker med spiseforstyrrelser, men det er ikke standard behandling alle steder. Der bør derfor stå "bør tilbydes".

Side 54, første punkt: Diagnostik af lettere spiseforstyrrelser burde kunne ske i primærsektoren/hos egen læge jf. tidligere beskrivelse af, at de lettere grader af SF vil kunne udredes og behandles her.

Side 55, 5., første afsnit: Som tidligere nævnt: Hvis der er behov for større rådgivning og vidensdeling mellem kommuner og den regionale psykiatri, kan der være behov for en nærmere planlægning af, hvordan dette skal finde sted og evt. opgradering/opnormering af ressourcer indenfor begge sektorer.

Side 56, 5.1., sidste afsnit: På dette tidspunkt, hvor der måske er symptomer på begyndende spiseforstyrrelse, men endnu ingen manifest lidelse, bør fokus være mere på trivsel, accept af det hele menneske og sundhed i bredere forstand og ikke fokus på vægten.

Side 56, 5.2., afsnit 2: PPR psykologer bør også nævnes under kommunalt fagpersonale.