

Kongens Vænge 2
3400 Hillerød

Til: Sundhedsstyrelsen

Telefon 38 66 50 00
Mail regionh@regionh.dk
Web www.regionh.dkJournal-nr.: 21060248
Ref.: cgro

Dato: 29. oktober 2021

Region Hovedstadens specifikke bemærkninger til høring af Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser

Region Hovedstaden takker for det fremsendte høringsudkast og muligheden for at afgive høringssvar. Nedenfor følger Region Hovedstadens specifikke og tekstnære bemærkninger til anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser.

For Region Hovedstadens generelle og øvrige bemærkninger til anbefalingerne henvises til det fælles høringssvar fra regionerne.

Specifikke bemærkninger til anbefalinger vedr. spiseforstyrrelser

Tidlige indsatser og rehabilitering i kommunen (side 6):

I den første anbefaling vedrørende tidlige indsatser og rehabilitering i kommunen står følgende: "...og der etableres ved behov manglende tilbud."

Der foreslås følgende tilføjelser: "... og der etableres ved behov manglende tilbud evt. i samarbejde med andre kommuner".

2.5. Bulimi og atypisk bulimi (side 18):

I andet afsnit står følgende: "Vedkommende er ofte normalvægtig..."

Region Hovedstaden bemærker, at i regi af ICD-11 er det et kriterium, at vedkommende er normalvægtig, og hvis der er overspisninger og kompenserende adfærd samtidigt med undervægt, vil dette blive defineret som AN af binge/purge type.

For at fremtidssikre i forhold til den kommende implementering af ICD-11, samt undgå forvirring, anbefales følgende ændring: "Vedkommende er normalvægtig eller overvægtig..."

2.6. Tvangsoverspisning / Binge Eating Disorder (BED) (side 19):

I første afsnit står følgende: *"Derudover er det et diagnostisk kriterie, at overspisningsepisoderne har tre eller flere af følgende karakteristika: spiser hurtigere end normalt, spiser til man er ubehagelig mæt, spiser uden at være sulten, spiser alene fordi man er flov over, hvor meget man spiser, eller at man efterfølgende har skamfølelse/skyldfølelse eller føler væmmelse ved sig selv."*

Region Hovedstaden bemærker, at ovenfor nævnte indgår i kriterierne i henhold til DSM-5, men ikke i kriterierne ifølge ICD-11. Det anbefales, at der tages højde for dette i teksten.

I andet afsnit står følgende: *"BED er derudover kendetegnet ved en højere debutalder og en mere ligelig fordeling mellem kønnene end anoreksi og bulimi."*

Det anbefales, at det tilføjes, at flere undersøgelser tyder på, at der også er et debut-peak omkring pubertetsstart i 12-14 års-alderen. Der henvises til følgende videnskabelige artikler i hhv. *International Journal of Eating Disorder*: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/eat.22316> og *Archives of General Psychiatry*: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21383252/>

2.9. Samtidige somatiske sygdomme (side 21):

I andet afsnit står følgende: *"Fedme ses hos størstedelen af patienter med BED."*

Det er uklart, om der er evidens for, at størstedelen (over 50 %) af personer med BED er fede (BMI > 30) eller om der evt. menes overvægtige.

2.10. Samtidig graviditet (side 21-22):

Det bør fremgå tydeligt af afsnittet, at man bør overveje henvisning af patienter med spiseforstyrrelse og samtidig graviditet til psykiatrien eller et forløb i tæt samarbejde mellem obstetrikken og psykiatrien.

2.12. Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad (side 23-24):

I tredje afsnit står følgende: *"I bilag 3 med beskrivelser af behandlingsindsatser for hhv. anoreksi, bulimi og BED indgår der separate skemaer til vurdering af sværhedsgrad for hver af de enkelte sygdomme."*

Region Hovedstaden bemærker, at de separate skemaer ikke fremgår af Bilag 3, idet der kun henvises til tabel 1, som er det samlede skema.

Vedrørende hyppighed af overspisnings-episoder (BN/BED) i tabel 1 ser Region Hovedstaden positivt på, at disse nu følger den inddeling, som er angivet af APA for DSM-5. Region Hovedstaden gør i den forbindelse opmærksom på, at denne inddeling også skal fremgå af den separate oversigt for BED, jf. tabel

9 på side 101, hvor det aktuelt er den gamle inddeling for BN som er bibeholdt.

3.5.2. Almen praksis og øvrig praksissektor (side 32):

Region Hovedstaden bemærker, at de praktiserende lægers rolle primært beskrives at være i forbindelse med opsporing, henvisning og efterbehandling med henblik på at undgå tilbagefald.

Det er Region Hovedstadens vurdering, at det bør tilføjes de praktiserende lægers rolle i forbindelse med meget syge patienter, som ikke ønsker behandling eller ikke har stabilt nok fremmøde til at behandling i regionalt regi, idet egen læge her spiller en væsentlig rolle i forhold til monitorering af den somatiske tilstand og evt. tvangsindlæggelse når tilstanden hos patienten bliver for farlig.

4.2. Vurdering af vægt (side 41 øverst):

Vedrørende afsnit om vurdering af vægt hos spæd- og småbørn i alderen 0-5 år, bemærker Region Hovedstaden, at det er fint at have en samlet oversigt over, hvordan man vurderer vægt i alle aldersgrupper, men i en anbefaling vedr. spiseforstyrrelser i diagnose-gruppen F50, bør afsnittet om de 0-5-årige udelades, da det ellers forvirrer i forhold til spiseforstyrrelser.

5.2. Tidlig indsats og opsporing af spiseforstyrrelser (side 57-59):

Region Hovedstaden bemærker, at LMS/ViOSS i samarbejde med udvalgte kommuner har udarbejdet og afprøvet et dialog-redskab til opsporing af spiseforstyrrelser (hos børn og unge), hvilket bør overvejes at nævnes.

Bilag 2, Tabel 6: Vejledende indikationer for indlæggelse (voksne) (side 78):

Det er Region Hovedstadens vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt, hvis der i indlæggelseskriterier skelnes mellem psykiatrisk og somatisk indlæggelse. Eksempelvis vurderes, at BMI < 15 ikke er realistisk som kriterium for indlæggelse i somatisk regi. Derudover bemærkes, at kardiologerne/endokrinologerne typisk ikke godtager en indlæggelse hos dem på baggrund af bradykardi på 40-50 – hvilket rigtig mange undervægtige har – hvorimod et systolisk BT 60-80 er alvorligt.

Bilag 3. Behandling af tvangsoverspisning/BED (side 97):

I afsnittet om behandlingsindsatser, er det Region Hovedstadens vurdering, at der også bør tilføjes KAT (CBT). I afsnittet beskrives endvidere, at de hyppigst anvendte terapiformer er dialektisk adfærdsterapi (DAT) og narrativ terapi. Det er Region Hovedstadens vurdering, at dette muligvis gør sig gældende i Danmark, men at det er vigtigt også at se på det i international sammenhæng, idet forskningsevidensen peger på KAT. Der henvises til følgende videnskabelige

artikel i *Journal of Consulting and Clinical Psychology*: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/30570304/>

Dertil anbefaler Region Hovedstaden, at der nævnes de evidensbaserede terapiformer først.

Bilag 3, Tabel 9: Sværhedsgrader af BED (side 101):

Region Hovedstaden bemærker, at denne tabel 9 bør være i overensstemmelse med tabel 1 på side 24. Det er i den forbindelse Region Hovedstadens vurdering, at det vil være hensigtsmæssigt, at hyppighedskriterier for BED følger kriterierne for BN, jf. bemærkning ovenfor vedr. 2.12 Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad (side 23-24).

Med venlig hilsen

Camilla Grønbæk
Konsulent
camilla.groenbaek@regionh.dk