



Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser



**Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med
spiseforstyrrelser**

© Sundhedsstyrelsen, 2021.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: 20.09.2021
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
[Måned og år]

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning af anbefalinger	5
1. Introduktion	8
1.1. Formål	8
1.2. Baggrund	8
1.3. Vidensgrundlag	9
1.4. Sammenhæng med andre initiativer	10
1.5. Datamæssig beskrivelse af målgruppen	11
2. Målgruppe, symptomer og karakteristika	13
2.1. Disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer	13
2.2. Symptomer og karakteristika ved en spiseforstyrrelse	16
2.3. Tidlige tegn på en spiseforstyrrelse	17
2.4. Anoreksi og atypisk anoreksi	17
2.5. Bulimi og atypisk bulimi	18
2.6. Tvangsoverspisning / Binge Eating Disorder (BED)	18
2.7. Atypiske, andre og uspecificerede spiseforstyrrelser	19
2.8. Samtidige psykiske sygdomme	20
2.9. Samtidige somatiske sygdomme	21
2.10. Samtidig graviditet	21
2.11. Særligt for børn og unge	22
2.12. Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad	23
3. Organisering og samarbejde	26
3.1. Tværfaglige og helhedsorienterede indsatser	26
3.2. Graderede indsatser og organisering	26
3.3. Særlig opmærksomhed ved overgange	28
3.4. Rådgivning, sparring og samarbejdsaftaler	28
3.5. Opgave- og ansvarsfordeling mellem aktører	29
Opsamlende anbefalinger for kapitel 3 om organisering og samarbejde	33
4. Udredning og behandling	34
4.1. Vurdering og udredning af spiseforstyrrelser	34
4.2. Vurdering af vægt	39
4.3. Behandlingsindsatser	41
4.4. Behandlingsniveau i den regionale psykiatri	49
4.5. Anvendelse af tvang	51
4.6. Kompetencer	53
Opsamlende anbefalinger for kapitel 4 om udredning og behandling	53
5. Tidlig indsats og rehabilitering i kommunen	55
5.1. Mental sundhedsfremme og alment forebyggende indsatser	55

5.2. Tidlig indsats og opsporing af spiseforstyrrelser.....	56
5.3. Opfølgning og rehabiliterende indsats i kommunen	61
5.4. Kompetencer i kommunerne	64
5.5. Samarbejde med patientforeninger og øvrige private aktører	68
Opsamlende anbefalinger til kapitel 5 om tidlig indsatser og rehabilitering i kommunen.....	68
Referenceliste.....	70
Bilagsfortegnelse	74
Bilag 1: Oversigt over psykoterapiformer i behandlingen af en spiseforstyrrelse	75
Bilag 2: Vejledende indikationer for indlæggelse, herunder akut indlæggelse	78
Bilag 3: Beskrivelse af behandlingsindsats ved anoreksi, bulimi og BED.....	80
Bilag 4: Kommissorium for arbejdsgruppen	103
Bilag 5: Kommissorium for referencegruppen	106
Bilag 6: Referencegruppens medlemmer	109

Sammenfatning af anbefalinger

Organisering og samarbejde

- Kommuner, almen praksis og regioner anvender graduerede indsatser i tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med spiseforstyrrelser, så man med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål med indsatsen.
- De involverede fagpersoner etablerer så tidligt som muligt i forløbet kontakt med hinanden med henblik på at tilrettelægge et koordineret, sammenhængende og smidigt forløb. Det er i den forbindelse centralt, at der udpeges en ansvarlig tovholder/kontaktperson.
- Der foreligger klare skriftlige aftaler om, hvordan forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem de involverede fagpersoner med udgangspunkt i det enkelte menneskes målsætninger og med fokus på sammenhæng og fleksibilitet.
- Der igangsættes et fagligt arbejde for at skabe klare rammer for en ensartet visitation og behandlingsindsats for mennesker med BED
- Ved starten af et forløb tages der stilling til og aftales, om der skal udarbejdes en samlet plan for borgerens forløb eksempelvis i form af en koordineret indsatsplan.
- Der indgår en socialrådgiver (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) i den tværfaglige rehabiliterende behandlingsindsats på sygehuset for mennesker med spiseforstyrrelser for at understøtte en integreret indsats på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder.
- Sparring og rådgivning mellem fagpersoner fra psykiatrien og somatikken, kommunen og almen praksis indgår som et fast element i lokale skriftlige aftaler om koordinering med henblik på at etablere et systematisk samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser.

Udredning og behandling

- Udredning af en patient med en mulig spiseforstyrrelse kan påbegyndes i almen praksis, men den endelige diagnosticering vil primært finde sted i hospitalsregi, da udredning og diagnostik af spiseforstyrrelser bør baseres på systematisk udredning med internationalt anerkendte instrumenter udført af sundhedsfagligt personale med specialiseret viden om spiseforstyrrelser.
- Almen praksis kan behandle symptomer svarende til en let grad af spiseforstyrrelse hos voksne, men patienten skal henvises til den regionale psykiatri, såfremt der
 - 1) ikke opnås den forventede effekt af indsatsen i almen praksis indenfor 6-8 uger,
 - 2) mistænkes andre samtidige svære psykiske lidelser, eller

3) hvis spiseforstyrrelsen vurderes at være af en karakter og sværhedsgrad, der ikke kan håndteres i almen praksis.

- Ved behandling af symptomer svarende til en let spiseforstyrrelse i almen praksis foretages der en tæt opfølgning (minimum hver anden uge) med løbende vurdering af, om der er fremgang i tilstanden, herunder monitorering af udviklingen i vægt, mhp. løbende vurdering af behov for henvisning til den regionale psykiatri.
- Almen praksis bør have mulighed for at indhente faglig sparring og rådgivning i den regionale psykiatri ved behov, også i tilfælde hvor henvisning til den regionale psykiatri ikke er nødvendig.
- En udredning af en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri bør altid omfatte diagnostisk interview med et internationalt anerkendt instrument (fx EDE). Endvidere skal udredningen omfatte en vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, tilstedeværelse af komorbiditet og bør endvidere omfatte en grundig anamnese samt en somatisk vurdering.
- Behandlingen af en spiseforstyrrelse bør foregå i et tværfagligt samarbejde og tilrettelægges i forhold til den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger og bør omfatte en kombination af flere typer af behandling, herunder motivationsfremme, psykoterapi, psykoedukation, somatisk opfølgning, ernæringsterapi, farmakologisk behandling, fysioterapi og socialrådgivning. Se i øvrigt de diagnosespecifikke behandlingsindsatser i bilag 3.
- Grundlaget for valg af behandlingsindsatser baseres på faglige anbefalinger, evidens (herunder Nationale Kliniske Retningslinjer) og/eller praksis- og forskningsbaseret viden samt effekt af tidligere afprøvede behandlingsindsatser hos den enkelte. Da det faglige evidensgrundlag for behandling af BED fortsat er begrænset bør der igangsættes et fagligt arbejde, som beskriver indholdet i behandling af BED baseret på den nuværende viden fra evalueringer, forskning og praksis.
- Valg af behandlingstilbud og behandlingsform, f.eks. ambulant, dagbehandling eller døgnindlæggelse baseres på en konkret faglig vurdering og afhænger af den aktuelle problematik.
- Der sikres et tilstrækkeligt kompetenceniveau blandt det sundhedsfaglige personale gennem opbygning af et fagligt stærkt arbejdsmiljø med løbende mulighed for faglig udvikling gennem eksempelvis kurser og efteruddannelse samt faglig udvikling i den kliniske praksis gennem bl.a. vejledning, studiebesøg, supervision mv.

Tidlige indsatser og rehabilitering i kommunen

- Kommunen har taget stilling til, hvordan man vil arbejde med gruppen af mennesker med spiseforstyrrelser, herunder foretages i kommunen en kortlægning af relevante tilgængelige tilbud, og der etableres ved behov manglende tilbud. Dette kan f.eks. understøttes af klyngesamarbejdet.
- Kommunen opbygger/fortsætter udviklingen af vidensmiljøer om spiseforstyrrelse, bestående af udpegede relevante ressourcepersoner, som kan varetage

og tilrettelægge indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser. Dette kan eksempelvis etableres som en del af de højt specialiserede sociale rehabiliterings-tilbud og vidensmiljøer for målgruppen¹, og ved behov etableres på tværs af flere kommuner, fx i klyngesamarbejdet samt tværsektorielt.

- Ressourcepersonerne har viden om og erfaring med spiseforstyrrelser, herunder viden om tidlige tegn, samt de nødvendige kompetencer til at foretage en indledende dialog ud fra en mistanke om spiseforstyrrelser.
- Ved fagligt begrundet mistanke om en spiseforstyrrelse skal fagpersoner i kommunerne reagere hurtigt og henvise til vurdering af en eventuel spiseforstyrrelse i almen praksis. Ressourcepersonerne kan i den forbindelse rådgive og vejlede ved mistanke om eventuel spiseforstyrrelse, og om personen skal opfordres til eller støttes i at gå til alment praktiserende læge, som kan vurdere behov for at henvise til indsats i psykiatrien
- Kommuner og almen praksis vurderer løbende i samarbejde med relevante fagpersoner omkring mennesker med spiseforstyrrelser behovet for rehabiliterende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet – eventuelt som supplement til en egentlig behandlingsindsats i praksissektoren eller i den regionale psykiatri.
- Ressourcepersonerne har de nødvendige kompetencer til at varetage relevante rehabiliterende tilbud målrettet mennesker med spiseforstyrrelser, herunder psykoedukation, måltidstøtte mv.
- Ressourcepersonernes kompetencer understøttes af relevant erfaring, oplæring, kompetenceudvikling ved eksempelvis relevante kurser samt løbende supervision ved fagpersoner med erfaring på området.
- Kommuner og regioner indgår samarbejdsaftaler omkring indhentning af råd og gensidig vejledning omkring mennesker med spiseforstyrrelser, blandt andet mhp. at understøtte kommunale vidensmiljøer
- Kommuner tilrettelægger rehabiliteringsindsatser til mennesker med svære spiseforstyrrelser ud fra Socialstyrelsens retningslinjer.

¹ Jf. Socialstyrelsens centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser, 2020.

1. Introduktion

1.1. Formål

Disse anbefalinger har til formål at danne rammerne for en samlet indsats af høj faglig kvalitet for mennesker med spiseforstyrrelser. Anbefalingerne skal dermed danne en overordnet ramme, som beskriver den samlede indsats, og hvordan den organiseres. Forløb for mennesker med spiseforstyrrelser bør være helhedsorienterede og koordinerede. De forudsætter et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde af høj faglig kvalitet og effektivitet. Anbefalingerne skal derfor være med til at vejlede kommuner, almen praksis og regioner om opgaver og ansvarsfordeling på spiseforstyrrelsesområdet samt være med til at understøtte samarbejdet om mennesker med spiseforstyrrelser på tværs af fagligheder og aktører.

Anbefalingerne henvender sig til ledere, planlæggere og fagpersoner, der beskæftiger sig med mennesker med spiseforstyrrelser i kommunerne, på sygehuse, i almen praksis samt private aktører, såsom patientforeninger mv.

Anbefalingerne beskriver derfor det samlede forløb, herunder tidlig opsporing og indsats, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering, med fokus på sundhedsfagligt indhold. Anbefalingerne beskriver den overordnede organisering, koordination og samarbejde på området samt det overordnede indhold i de faglige indsatser. Der henvises i den forbindelse til konkrete beskrivelser i øvrige relevante publikationer på området (fx Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse² og Socialstyrelsens Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser³).

Det anbefales, at anbefalingerne indarbejdes i lokale instrukser og vejledninger samt i de regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for mennesker med spiseforstyrrelser.

1.2. Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav i 2005 rapporten 'Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser', som fagligt grundlag for den kliniske vurdering og behandling af spiseforstyrrelser og anbefalinger for organisationen heraf. Overordnet

² [Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse](#), Sundhedsstyrelsen 2017

³ [Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser](#), Socialstyrelsen 2015

anbefales fokus på, at behandling bør ydes på mindst indgribende faglige niveau med effekt, samt at det bør være den samlede kliniske vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, som ligger til grund for valget af behandlingens intensitet.

Organisatorisk er der sket en markant udvikling i sundhedsvæsenet, siden anbefalingerne udkom i 2005, hvor blandt andet den stationære kapacitet er reduceret og flere behandlingsopgaver er udlagt til ambulant regionalt regi og til almen praksis.

For at styrke planlægningsgrundlaget for indsatsen til mennesker med spiseforstyrrelser, udarbejder Sundhedsstyrelsen anbefalinger vedrørende tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser, så de fagligt og organisatorisk svarer til udviklingen på området.

Sundhedsstyrelsen er blevet rådgivet af en referencegruppe og en bredt sammensat arbejdsgruppe nedsat til formålet. Arbejdsgruppens og referencegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 4-6.

1.3. Vidensgrundlag

Anbefalingerne tager afsæt i den aktuelt bedste viden og god praksis om indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser. Anbefalingerne bygger på en række tidligere publikationer på området, herunder særligt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser fra 2015, Nationale Kliniske Retningslinjer for anoreksi fra 2016 og bulimi fra 2015 samt forløbsprogrammer for børn og unge med spiseforstyrrelser fra 2017. Desuden er Sundhedsstyrelsen under udarbejdelsen som nævnt blevet rådgivet af en referencegruppe og en faglig arbejdsgruppe.

Der foreligger således allerede en del viden og erfaringer på området, men der er fortsat områder, hvor der er behov for yderligere evidensbaseret viden. Det drejer sig eksempelvis om komplekse sygdomsmekanismer, årsager og effekt ved indsatser⁴.

Anbefalingerne skal derfor læses i lyset af, at den aktuelle viden og evidens på området fortsat er mangelfuld. Generelt mangler der på spiseforstyrrelsesområdet evidensbaseret viden; herunder blandt andet effekten af tidlige indsatser i kommunerne, komplekse sygdomsmekanismer, årsager og effekt ved indsatser⁵ samt om behandling af tvangsoverspisning/Binge Eating Disorder (BED). Anbefalingerne for disse områder bygger derfor i

⁴ Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Oktober 2013.

⁵ Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Oktober 2013.

højere grad på god praksis og erfaringer fra og med eksisterende initiativer⁶ fremfor evidensbaseret viden.

Beskrivelse af målgruppen, herunder symptomer og karakteristika, tager udgangspunkt i det internationale klassifikationssystem af sygdomme (ICD). Diagnoserne beskrives i det internationale klassifikationssystem ud fra en række diagnostiske kriterier, herunder også kriterier for forskellige former for spiseforstyrrelser.⁷ I Danmark benyttes på nuværende tidspunkt diagnosekoderne fra den 10. version af det internationale klassifikationssystem (ICD-10) med relevante tilføjelser og afvigelser ud fra nationale hensyn. Imidlertid er den næste version (ICD-11) udviklet og godkendt på engelsk og vil efter oversættelse blive implementeret i Danmark forventeligt i januar 2022. Som en del af ICD-11 opdateres og videreudvikles diagnosekriterierne for de forskellige former for spiseforstyrrelser, og samtidig introduceres en ny diagnosekode og dertilhørende kriterier for BED.

Vidensgrundlaget er yderligere suppleret med de publikationer og udgivelser, der er fremkommet som led i øvrige initiativer eksempelvis satspuljer, se nedenfor.

1.4. Sammenhæng med andre initiativer

Anbefalinger skal ses i sammenhæng med en række initiativer såsom Socialstyrelsens arbejde med nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (Socialstyrelsen 2015), Sundhedsstyrelsens evaluering af behandling af BED (Sundhedsstyrelsen 2016), samt Sundhedsstyrelsens specialevejledning, som beskriver hvilke sygehuse, der må varetage specialfunktioner i forhold til behandling af mennesker med spiseforstyrrelser samt krav til varetagelse heraf.⁸ Ligeledes henvises til Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, som beskriver den overordnede ramme for koordineringen og samarbejde på tværs af sektorer omkring indsats, udredning og behandling.

Derudover koordineres arbejdet med en række øvrige initiativer, såsom satspuljeaftalen for sundhedsområdet 2019-2022, der har fokus på en styrket indsats i psykiatrien, Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med BED og de afsatte puljemidler til området, samt Sundhedsstyrelsens arbejde med fremme af mental sundhed.⁹ Senest er der iværksat initiativer via satspuljemidlerne for 2018-2021 vedrørende behandling af mennesker med

⁶ Fx Sundhedsstyrelsens sammenfatning af resultater fra to satspuljeprosjekter til behandling af Binge Eating Disorder (BED) fra 2016.

⁷ <https://www.who.int/classifications/icd/en/>

⁸ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan> (Sundhedsstyrelsen 2018)

⁹ Forebyggelsespakke: Mental Sundhed (Sundhedsstyrelsen 2018), Mistrivsel blandt skolebørn (Sundhedsstyrelsen 2011), Mental sundhed blandt voksne danskere (Sundhedsstyrelsen 2010), Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer (Sundhedsstyrelsen 2009), Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter (Sundhedsstyrelsen 2008).

spiseforstyrrelser og selvskade til blandt andet at udvide kapaciteten i tilbud i den regionale psykiatri og hos private leverandører samt til at kvalitetsudvikle eksisterende behandlingstilbud.

1.5. Datamæssig beskrivelse af målgruppen

I det følgende beskrives udviklingen i *antal mennesker med spiseforstyrrelser* og *antal nye patienter* med spiseforstyrrelser fra 2010 til 2018. Yderligere beskrives ændringer kontaktmønsteret til sundhedsvæsenet for mennesker med spiseforstyrrelser i 2010 og 2018. Resultaterne er et uddrag fra analysen fra Sundhedsdatastyrelsen (2020): *Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018*.

Antal mennesker diagnosticeret med spiseforstyrrelser er steget fra 7.200 i 2010 til 11.700 i 2018 og omfatter mennesker, der har haft en kontakt i det psykiatriske hospitalsvæsen i forbindelse med en spiseforstyrrelse inden for en periode på fem år forud for opgørelsesåret. Flertallet har kontakt grundet anoreksi, og piger og kvinder udgør størstedelen, mens andelen af drenge er svagt stigende blandt børn og unge.

Antallet af nye patienter med spiseforstyrrelser i de enkelte år er steget fra godt 1.100 i 2010 til ca. 1.750 i 2014. Herefter er det aftaget til godt 1.350 mennesker i 2018. I 2018 udgør børn og unge for første gang over halvdelen af alle nye patienter med spiseforstyrrelser.

For børn og unges vedkommende har nye patienter oftest anoreksi, mens nye patienter blandt voksne oftest har bulimi. Den gennemsnitlige alder for nye patienter blandt børn og unge er godt 14 år for piger i både 2010 til 2018. For drenge er den gennemsnitlige alder ca. 14 år i 2010 og godt 13 år i 2018.

Otte år efter første kontakt i 2010 har 6,5 pct. af børn og unge og 4,5 pct. af voksne forsat kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen på grund af spiseforstyrrelser i 2018.

I 2018 har henholdsvis 96 pct. af børn og unge og 98 pct. af voksne med spiseforstyrrelser kontakt med sundhedsvæsenet i form af indlæggelse eller ambulant ophold i hospitalsvæsenet eller kontakt i praksissektoren¹⁰. Godt hver femte har kontakt til både det psykiatriske hospitalsvæsen, det somatiske hospitalsvæsen og praksissektoren.

Andelen af mennesker med spiseforstyrrelser, der har kontakt til det psykiatriske hospitalsvæsen, er faldet fra 56 pct. i 2010 til 51 pct. i 2018 blandt børn og unge og fra 39 pct. til 35

¹⁰ Personer med spiseforstyrrelse er baseret på definitionen i Sundhedsdatastyrelsens analyse: *Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018*. Dvs. personer, der inden for de seneste fem år forud for 1. januar i opgørelsesåret har haft kontakt med det psykiatriske hospitalsvæsen, hvor der er registreret en aktions- eller bi-diagnose, der omhandler spiseforstyrrelse. Opgørelserne omfatter ikke nye patienter i de enkelte år.

pct. blandt voksne. Kontaktmønsteret har også ændret sig. Det gennemsnitlige antal indlæggelser er vokset for mennesker med indlæggelse i det psykiatriske hospitalsvæsen, mens det gennemsnitlige antal sengedage er faldet. Det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er ligeledes faldet fra 2010 til 2018.

I 2018 er 3,7 pct. af børn og unge og 1,8 pct. af voksne med spiseforstyrrelser berørt af tvang under indlæggelser i det psykiatriske hospitalsvæsen. Det drejer sig oftest om tvangstilbageholdelse eller tvangsindlæggelse, og det berører oftest personer med anoreksi eller uspecificerede spiseforstyrrelser.

Andelen af mennesker med spiseforstyrrelser, der har kontakt til det somatiske hospitalsvæsen, er faldet fra 46 pct. i 2010 til 40 pct. i 2018 blandt børn og unge. Godt 55 pct. af voksne har kontakt til det somatiske hospitalsvæsen i både 2010 og 2018. Kontaktmønsteret er nogenlunde uændret i forhold til det gennemsnitlige antal indlæggelser. Samtidig er det gennemsnitlige antal sengedage faldet, og det gennemsnitlige antal ambulante kontakter er vokset marginalt.

Andelen, der har kontakt til de udvalgte områder i praksissektoren, der kan have relevans for spiseforstyrrelse, er generelt faldet fra 2010 til 2018. De fleste har kontakt i form af samtaleterapi hos alment praktiserende læge.

2. Målgruppe, symptomer og karakteristika

Målgruppen for disse anbefalinger er mennesker med spiseforstyrrelser, både børn, unge og voksne. Spiseforstyrrelser kan forekomme i forskellig sværhedsgrad og have varierende varighed. Anbefalingerne omfatter derfor ikke kun mennesker med en egentlig spiseforstyrrelse, men også mennesker med tidlige tegn på en begyndende spiseforstyrrelse.

I det følgende beskrives viden om årsager til udvikling af en spiseforstyrrelse. Efterfølgende beskrives, hvad der kendetegner dels tidlige tegn på en begyndende spiseforstyrrelse og dels de forskellige typer af spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser indbefatter i disse anbefalinger anoreksi (AN), atypisk anoreksi (atypisk AN), bulimi (BN), atypisk bulimi (atypisk BN), andre spiseforstyrrelser, herunder tvangsoverspisning/ Binge Eating Disorder (BED¹¹), samt uspecificerede spiseforstyrrelser.

Spiseforstyrrelser er i henhold til ICD-10 klassificeret som følgende:

- F 50.0 Anoreksi /anorexia nervosa (AN)
- F 50.1 Atypisk anoreksi / anorexia nervosa atypica (atypisk AN)
- F 50.2 Bulimi / bulimia nervosa (BN)
- F 50.3 Atypisk bulimi / bulimia nervosa (atypisk BN)
- F 50.8 Andre spiseforstyrrelser, herunder indgår også BED¹²
- F 50.9 Uspecificerede spiseforstyrrelser

2.1. Disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer

Årsagen eller årsagerne til, at nogle mennesker udvikler en spiseforstyrrelse, kendes ikke med sikkerhed, men der er faglig enighed om, at ætiologien er multifaktoriel, dvs. at både biologiske (fx metaboliske, somatiske og genetiske) samt psykologiske og sociale faktorer (herunder påvirkning fra sociale medier samt mobning) kan disponere til udviklingen af en spiseforstyrrelse. Diatese-stress modellen kan være anvendelig til at illustrere de forskellige faktorer, som kan bidrage til en spiseforstyrrelse. Ifølge diatese-stress modellen¹³ kan de *disponerende* faktorer medføre udvikling af en spiseforstyrrelse enten i sig selv eller under særligt belastede forhold (*udløsende* faktorer). Diatese-stress modellen

¹² BED kategoriseres i ICD-10 under F50.8 (andre spiseforstyrrelser), da den ikke er defineret for sig selv i ICD-10, men er en selvstændig diagnose i DSM-5 og ICD-11. Sidstnævnte forventes implementeret i Danmark i januar 2022.

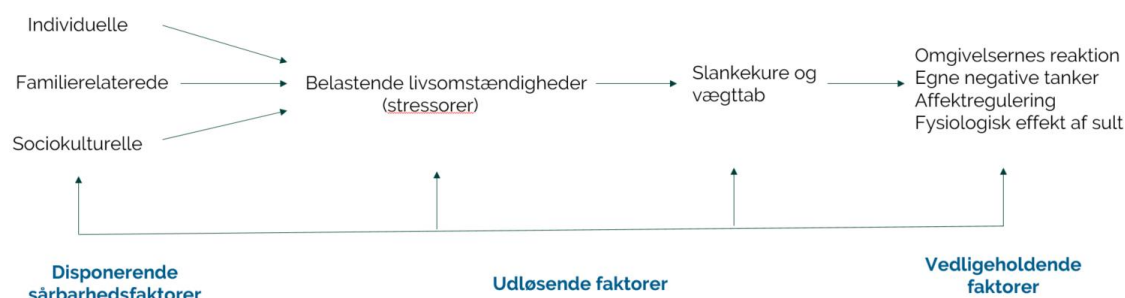
¹³ Garner DM, Garfinkel PE. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1980; 10(4):647-656.

skelner således mellem *disponerende* og *udløsende* faktorer og endvidere *vedligeholdende* faktorer, som er med til at opretholde spiseforstyrrelsen, efter den er udviklet.

Diatese-stress modellen for anoreksi er illustreret nedenfor, og de *disponerende*, *udløsende* og *vedligeholdende* faktorer for spiseforstyrrelser er beskrevet efterfølgende.

Figur 1: Diatese-stress model for anoreksi

Figur: Diatese-stress model for anoreksi



2.1.1. Disponerende faktorer

Disponerede faktorer såsom individuelle, familiemæssige og sociokulturelle faktorer er ifølge diatese-stress modellen medvirkende til udvikling af spiseforstyrrelser. Individuelle faktorer kan have både psykologisk og biologisk karakter. Det kan eksempelvis være personlighedsstruktur med ekstrem grad af perfektionisme, rigiditet eller sort-hvid tænkning samt eventuel historik med belastende omstændigheder som fx omsorgssvigt eller overgreb. Biologiske forhold kan eksempelvis være historie med overvægt og genetisk sårbarhed eller familiær disposition (slægtninge med spiseforstyrrelser). Den genetiske komponent i udviklingen af spiseforstyrrelser er blandt andet vist ved tvillingeundersøgelser (særligt ved anoreksi). Genetiske komponenter/forhold påvirker de biologiske elementer, som eksempelvis kan være en forstyrrelse i appetit- og vægtreguleringen udløst af stress.^{14, 15, 16, 17, 18}

¹⁴ Duncan et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry. 2017;174(9):850-858

¹⁵ Psychopathology of eating disorders, G. Castellini F.Trisolini, V. Ricca, Journal of Psychopathology 2014;20:461-470

¹⁶ Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know, Cynthia M. Bulik., Jehannine Austin, Psychiatric Clinics of North America, March 2019, Volume 42, Issue 1, Pages 59–73, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>

¹⁷ Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, et al. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. Int J Eat Disord 2015; 48:1.

¹⁸ The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. Martinussen, Monica ; Friborg, Oddgeir ; Schmierer, Phöbe ; Kaiser, Sabine ; Øvergård, Karl ; Neunhoeffer, Anna-Lena ; Martinsen, Egil ; Rosenvinge, Jan ; Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2017, Vol.22(2), pp.201-209

Familieforhold regnes i moderne behandling som en ressource, men kan i nogle tilfælde have betydning for udvikling af en spiseforstyrrelse fx familiens fokus på tyndhed og slanketure samt forstyrret forhold til spisning, mad og krop. Herudover kan kritiske kommentarer fra omgivelserne om vægt og udseende spille en rolle. Yderligere er psykiatrisk sygdom inkl. alkoholmisbrug i familien mere hyppigt blandt unge og voksne med spiseforstyrrelser.¹⁹ Sociokulturelle forhold, som disponerer for spiseforstyrrelser, omfatter eksempelvis den nuværende kultur med høj grad af kropsfokusering, snævre kropsidealer og høje krav til den enkelte, ikke blot i forhold til udseende, men i høj grad også i forhold til præstationer på andre områder.

2.1.2. Udløsende faktorer

Udløsende faktorer til en spiseforstyrrelse inkluderer situationer, der er forbundet med stort følelsesmæssigt pres, præstationskrav eller usikkerhed. Det kan være ændringer i livet, der indebærer forandringer i forhold til roller, forventninger og mangel på kontrol – såsom skilsmisse i familien, nyt job eller uddannelse, at flytte hjemmefra, dødsfald, alvorlig sygdom og andre tab af betydning. Således synes ungdomsperioden at udgøre en særlig risikofyldt periode. Vægttab og pubertet er biologiske forhold, der på en endnu ikke klarlagt måde kan igangsætte en spiseforstyrrelse. Vægttab i forbindelse med sport eller fysisk sygdom samt slanketure kan desuden være udløsende for en spiseforstyrrelse.

2.1.3. Vedligeholdende faktorer

Spiseforstyrrelsen kan vedligeholdes af både biologiske og psykologiske faktorer, men også af omgivelsernes reaktion. Biologisk sker der bl.a. en ændring i mave-tarm-systemet, idet uregelmæssig og utilstrækkelig ernæring gør, at systemet tømmes langsomt, nogen får mere ondt i maven og føler sig nemmere oppustet af mindre mængder mad. Yderligere kan sult- og mæthedsfølelsen blive forstyrret. Ved undervægt kan ses nedsat kognitiv funktion og fleksibilitet og dermed vanskeligheder med at implementere ændringer. Tænkningen omkring mad, sult og mæthed samt tolkning af kroppens signaler forstyrres. Gensidige forstærkende forhold mellem utilstrækkelig spisning, trang til mad, overspisning og kompenserende adfærd er ligeledes vist at have en forstærkende og fastholdende effekt på spiseforstyrrelser.

Psykologisk kan en spiseforstyrrelse medføre større ro og tilfredshed, idet den fx giver en følelse af kontrol, mestring og succes, når den restriktive spisning lykkes, og manglende alternative løsningsmetoder til den dysfunktionelle mestringsstrategi, som spiseforstyrrelsen udgør, kan virke vedligeholdende. Symptomer på spiseforstyrrelse bliver på samme tid en symbolsk og konkret måde at udtrykke og mestre psykologiske problemer på. Efterhånden fører en sådan mestringsstrategi imidlertid til nye problemer, specielt fordi

¹⁹ Larsen et al. Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *Int J Eat Disord.* 2017;50:1404–1412 mfl.

symptomerne og komplikationerne kan blive alvorlige. Endelig kan et miljø, som værdsætter bestemte holdninger til krop, vægt og udseende samt ros fra omgivelserne, fungere som vedligeholdende faktorer i hvert fald i den indledende fase.

2.2. Symptomer og karakteristika ved en spiseforstyrrelse

Fælles for mennesker med spiseforstyrrelserne anoreksi, bulimi og BED (inkl. de atypiske former af disse spiseforstyrrelser) er, at de typisk har et kompliceret forhold til mad, spisning, vægt og krop. De har et kritisk syn på kroppen med stor optagethed af kroppens vægt, størrelse og form. Der er ofte fedmefølelse og stor frygt for vægtstigning. Det kan også være tilfældet, selvom vedkommende er undervægtig.

Mennesker med spiseforstyrrelser har en adfærd omkring spisning, som resulterer i over- eller underspisning, og det er vanskeligt for dem at spise regelmæssigt, varieret og tilstrækkeligt. Det vil typisk resultere i, at det er svært at spise det samme som andre, eller at man spiser meget forskelligt alt afhængig af, om man er alene, eller hvem man er sammen med. Den ekstreme optagethed af mad, vægt og krop samt fysisk aktivitet fylder tanker og bliver styrende for den daglige aktivitet og humøret, og kan give koncentrationssværligheder. Helt almindelig håndtering af dagligdagen kan blive begrænset, således at den enkelte mister kompetencer til fx at strukturere dagen med måltider mellem andre aktiviteter som skole og arbejde, at være sammen med venner og bekendte samt at få tilstrækkelig og passende søvn. For børn kan det være nødvendigt, at forældre understøtter det meste af barnets aktiviteter i løbet af dagen. Voksne kan synes helt at have mistet tidligere kompetencer og kan have brug for støtte til dagens aktiviteter og måltider.

Det er kendetegnende for mange mennesker med spiseforstyrrelser, at de bruger meget energi på at fremstå som selvstændige og kompetente individer, mens de indeni ofte lever i et følelsesmæssigt smertefuldt kaos præget af selvusikkerhed, selvkritik, dårligt selvværd, ønsker om perfektionisme og kontrol samt sort/hvid tænkning. Denne følelsesmæssige tilstand vanskeliggør nære sociale relationer og medfører flere konflikter, særligt omkring måltider, i forhold til fx familie/pårørende. Derudover bliver funktionsniveauet ofte påvirket negativt både i forhold til at påbegynde eller fastholde uddannelse og beskæftigelse, grundet de psykiske og fysiske udfordringer. Også tvangsmæssig motion kan bidrage til funktionsnedsættelse, da dette i værste tilfælde kan overtage al fritid og give anledning til fysiske skader. Tanker om, og ønsket om kontrol over spisning, krop og vægt samt adfærden forbundet hermed, er hæmmende og indskrænker generelt frihed og livskvalitet.

For mennesker med spiseforstyrrelser, særligt anoreksi, vil der ofte være en svær ambivalens i forhold til at arbejde imod spiseforstyrrelsen, normalisere vægt og blive rask. Denne ambivalens bliver ofte forstærket af, at spiseforstyrrelser ofte har en beroligende og affektregulerende funktion, som kan gøre det svært at finde motivation til at indgå i behandling og arbejde mod spiseforstyrrelsen. Ambivalensen er en særligt komplicerende

faktor i forhold til behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser, og det er derfor vigtigt, at fagpersoner er opmærksomme på dette og hele tiden arbejder med at fremme den pågældendes motivation for behandling, jf. afsnit 4.2.1 om motivationsfremme.

2.3. Tidlige tegn på en spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser begynder forskelligt blandt forskellige mennesker. For nogle er den ændrede adfærd pludselig tilstede og massiv. For andre kan der forud for spiseforstyrrelsen have været en periode med psykisk usikkerhed eller vanskeligheder som en reaktion på forhold i livet. For denne gruppe kan spiseforstyrrelsen vise sig som en her og nu hjælp til at føle kontrol og mestring. For de pårørende, lærere, kollegaer, venner mv. ses de første synlige tegn på en spiseforstyrrelse ofte som et ændret forhold til mad og spising og eventuelt et øget og/eller overdrevent fysisk aktivitetsniveau og 'sundhedsadfærd'. Adfærdsændringen kan komme til udtryk samtidig med generelle udtryk for dårlig trivsel, herunder følelser af tristhed og ensomhed samt nedsat energi og lyst. Typisk vil forhold til omgivelserne som fx familie, venner, skole (hvis børn), arbejde (hvis voksne) og fritidsaktiviteter blive påvirket med begyndende isolation og undgåelsesadfærd, herunder omkring måltider. Det er vigtigt at være opmærksom på både psykologiske, fysiske og adfærdsmæssige symptomer, da det er det samlede symptombillede, som bør give anledning til skærpet opmærksomhed på tidlige tegn på en spiseforstyrrelse²⁰.

2.4. Anoreksi og atypisk anoreksi

Kernesymptomet ved anoreksi er undervægt²¹ opnået ved vægttab eller for børn og unge utilstrækkelig vægtøgning/vækst som følge af utilstrækkelig ernæring. Ofte vil der være undgåelse af madvarer, som vedkommende med spiseforstyrrelsen tror vil give anledning til vægtøgning (typisk kulhydratrige eller fedtholdige madvarer), og der vil ligeledes kunne ses vægtkontrollerende adfærd som intens eller tvangsmæssig motion, faste, opkastninger, slankepiller eller misbrug af afførings- eller vanddrivende midler.

For de fleste, men ikke alle, vil der være forstyrret kropsopfattelse og –fornemmelse med fedmefølelse og vægtangst, og vægt og krop kan være omdrejningspunkt for selvværdet og den daglige livsførelse. Uregelmæssig eller udeblevet menstruation (amenoré), som er et kriterium iht. ICD-10, tillægges ikke stor vægt som kriterium i klinisk praksis, da p-piller, som flere unge piger tager, forstyrrer billedet af den hormonelle status, ligesom kriteriet naturligvis ikke kan anvendes for piger i præpubertet og drenge/mænd.

²⁰ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017

²¹ Undervægt defineres som BMI < 17½ for voksne kvinder. For børn og unge under 18 år er klinisk praksis at definere undervægt som < percentil 10 for køn og alder eller at afvigelse fra sin egen tidligere BMI og vækstkurver. ICD-10 kriterierne giver også mulighed for at definere undervægt som mindre end 85% af forventet/normalvægt. For mennesker med tidligere overvægt kan anoreksi således opstå ved en højere BMI-grænse. Man bør for mænd være opmærksom på at normalvægtsområdet typisk ligger lidt højere. Se mere i afsnit 4.2 om vurdering af vægt.

Er de psykologiske symptomer ikke tydelige, men er vedkommende undervægtig og har en vægtkontrollerende adfærd typisk for anoreksi, vil man diagnosticere med en atypisk anoreksi (F50.1) frem for klassisk anoreksi (F50.0). En anden årsag, til at en patient får diagnosen atypisk anoreksi (F50.1), kan være, at vægtkriteriet ikke er opfyldt, mens de øvrige symptomer på anoreksi er tilstede. Atypisk anoreksi uddybes i afsnit 2.7.1 og kan samlet set være lige så alvorlig som en klassisk.

Da undervægten, som kendetegner anoreksi, kræver akut intervention, anbefales det at følge de forskningsmæssige retningslinjer for ICD-10, hvor anoreksi udelukker bulimi, hvilket er i overensstemmelse med DSM-5 og ICD-11. Hvis både kriterierne for anoreksi og bulimi er opfyldt, anbefales at beskrive dette som anoreksi af bulimisk type, da denne kombination af symptomer er kendetegnet ved at give øget somatisk risiko og en dårligere prognose.

2.5. Bulimi og atypisk bulimi

Kernesymptomet ved bulimi er overspisningsepisoderne, hvor store mængder mad spises i en afgrænset periode, samtidig med at vedkommende har en følelse af ikke at kunne kontrollere sin spisning (kontrolltab).

Vedkommende er ofte normalvægtig, og for at undgå vægtøgning som følge af overspisningerne vil vedkommende have regelmæssige kompenserende adfærd i form af f.eks. restriktiv spisning, faste, intens eller tvangsmæssig motion, opkastning eller misbrug af afførings- eller vanddrivende midler.

Mennesker med bulimi har, ligesom mennesker med anoreksi, typisk en ekstrem optagethed af vægt og figur med forstyrret kropsopfattelse, fedmefølelse og en selvopfattelse styret af den enkeltes tanker og følelser ift. vægt og figur.

ICD-10 definerer den diagnostiske grænse for bulimi (F50.2) ud fra, at overspisninger skal have været tilstede mindst 2 gange ugentligt i løbet af de seneste 3 måneder. Hvis overspisninger optræder mindre hyppigt, gives en atypisk diagnose (F50.3). Atypisk bulimi uddybes i afsnit 2.7.1 om atypiske spiseforstyrrelser. Hvis der ikke er regelmæssig kompenserende adfærd, men regelmæssige overspisningsepisoder, vil vedkommende typisk opfylde kriterierne for BED (se nedenfor).

2.6. Tvangsoverspisning / Binge Eating Disorder (BED)

Kernesymptomet ved BED er, ligesom ved bulimi, overspisningsepisoderne, hvor der spises en stor mængde mad inden for et kort tidsrum, ledsaget af en følelse af kontrolltab.

Modsat bulimi er der ikke regelmæssig tilbagevendende kompenserende adfærd (fx opkastning eller overdreven motion). 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. Derudover skal der være frustration/lidelse forbundet med episoderne (hvilket også typisk ses ved bulimi, men ikke er et diagnostisk kriterie). De psykologiske symptomer med optagethed af vægt og figur mm. ses, men typisk i mindre grad ved BED end ved anoreksi og bulimi.

En mindre del af mennesker med BED er normalvægtige, men undersøgelser viser, at op til ca. 2/3 har overvægt eller klinisk fedme, og at andelen med overvægt stiger med alder og sygdomsvarighed²². Overvægt kan være forbundet med stigmatisering og alvorlige helbredsmæssige konsekvenser. BED er derudover kendetegnet ved en højere debutalder og en mere ligelig fordeling mellem kønnene end anoreksi og bulimi.

2.7. Atypiske, andre og uspecificerede spiseforstyrrelser

Fælles for, at en lidelse kan klassificeres som en atypisk, anden eller uspecificeret spiseforstyrrelse, er, at den forårsager betydelig klinisk lidelse eller funktionsnedsættelse, men hvor de fulde kriterier for anoreksi / atypisk anoreksi (F50.0 og F50.1.) og bulimi / atypisk bulimi (F50.2 og F50.3) ikke er opfyldt. Der kan derfor være tale om varianter af atypiske spiseforstyrrelser, som kan udvikle sig til en egentlig spiseforstyrrelse, hvorfor det er vigtigt at være opmærksom på denne patientgruppe behandlingsmæssigt. Børn kan ofte debutere i denne gruppe/kategori, da de endnu ikke udviser det fulde symptombillede. Sværhedsgrad og kompleksitet ved atypiske og andre spiseforstyrrelser kan som beskrevet være stor og samlet set lige så alvorlig som ved de klassiske spiseforstyrrelser.

2.7.1. Atypiske spiseforstyrrelser

For en væsentlig andel af patienter, der diagnosticeres med en spiseforstyrrelse, vil alle (kerne)symptomer på en typisk spiseforstyrrelse (anoreksi og bulimi) ikke være opfyldt. Således vil en anseelig gruppe i stedet opfylde de diagnosekriterier for en atypisk spiseforstyrrelse i stedet (F50.1 atypisk anoreksi eller F50.3 atypisk bulimi). Det kan f.eks. være hos en patient med anoreksi, der ikke opfylder vægtekriteriet, eller en patient med bulimi der ikke opfylder hyppighedskriteriet for overspisning/udrensning. Det er vigtigt at understrege, at patienter med en atypisk spiseforstyrrelse ofte kan være lige så alvorligt ramt som patienter med en typisk spiseforstyrrelse, og at disse patienter er lige så behandlingskrævende.

²² Dingemans, A. E. & van Furth, E. F. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. Int. J. Eat. Disord. 45, 135–138 (2012).

2.7.2. Andre spiseforstyrrelser

Ud over BED, atypisk anoreksi eller atypisk bulimi, som er beskrevet i ovenstående afsnit, kan det endvidere være særligt relevant at nævne nedenstående grupper af andre spiseforstyrrelser (F50.8). Patienter med andre spiseforstyrrelser kan være alvorligt syge og kan således ofte være påvirket af spiseforstyrrelsen i et omfang, der er behandlingskrævende.

ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) (diagnose i DSM-5) er kendetegnet ved restriktiv/utilstrækkelig spisning resulterende i betydeligt vægttab, afgørende ernæringsmæssige mangler, afhængighed af ernæringstilskud eller sondeernæring, men omfatter ikke de psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer med forstyrret kropsopfattelse som eksempelvis anoreksi. Patienter i denne gruppe kan f.eks. spise utilstrækkeligt af grunde som angst for kvælning, ubehag ved madens sansemæssige karakter eller mere diffus udpræget mangel på interesse i at spise.

Purging disorder (diagnose i DSM-5) er kendetegnet ved gentagende udrensende adfærd for at påvirke vægt/figur, men uden overspisningsepisoder.

2.7.3. Uspecificerede spiseforstyrrelser

Diagnosegruppen uspecificerede spiseforstyrrelser (F50.9) omfatter typisk en gruppe mennesker med en eller anden form for forstyrret spisning uden at opfylde kriterierne for en egentlig spiseforstyrrelsesdiagnose, eller hvor symptomerne ikke er veldefineret. Denne diagnose anvendes ofte som visitationsdiagnose, indtil den egentlige diagnosticering har fundet sted.

2.8. Samtidige psykiske sygdomme

Ud over selve spiseforstyrrelsen kan mennesker med spiseforstyrrelser også lide af andre psykiatriske eller somatiske lidelser, kaldet komorbiditet.

Psykiatrisk komorbiditet omfatter hyppigst samtidig personlighedsforstyrrelse, misbrug (hos voksne), depression, angstlidelse (inkl. OCD), forstyrrelser i autisme-spektret og psykotisk lidelse²³. Endvidere ses selvskadende adfærd ligeledes hyppigt hos patienter med spiseforstyrrelser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at det til tider kan være vanskeligt at vurdere, om der er tale om egentlig komorbid lidelse, eller om symptomerne på komorbiditet snarere er relateret til spiseforstyrrelsen i sig selv. Således kan der hos en patient, der fremstår meget trist, angstpræget eller personlighedsforstyrret, ses en bedring og lettelse af disse symptomer i forbindelse med stabilisering af spiseforstyrrelsen. Det skal dog understreges, at egentlig psykiatrisk komorbiditet bør udredes grundigt,

²³ Kjaersdam Telléus et al. Cognitive Profile of Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. Eur Eat Disord Rev. 2015 Jan; 23(1): 34–42.

dels fordi den psykiatriske lidelse kan være behandlingskrævende i sig selv, og dels fordi den kan vanskeliggøre bedringsprocessen væsentligt for spiseforstyrrelsen. Udredningen foregår, især for voksne, mest optimalt, når mennesket med spiseforstyrrelse er tæt på sund vægt, og spiseforstyrrelsen netop er stabiliseret. Dog kan det, især for børn og unge, være relevant at udrede for komorbiditet tidligt i behandlingsforløbet, da komorbiditet ligeledes kan have opsættende virkning på behandlingen af spiseforstyrrelsen. Ligeledes bør der i forhold til børn og unge være fokus på, at man gennem udredningen ikke ansporer til en spiseforstyrrelsesadfærd, barnet ikke har i forvejen. Det skal her nævnes, at børn og unge med lette symptomer ikke nødvendigvis vil have behov for udredning i regionalt regi, men kan få hjælp og støtte i almen praksis eller i kommunalt regi.

2.9. Samtidige somatiske sygdomme

Spiseforstyrrelser kan føre til en lang række forskellige somatiske komplikationer, som er en direkte følge af underernæring, fejlerernæring, udrensende adfærd eller overdreven motion. Når det gælder spiseforstyrrelser, er grænsen mellem somatiske komplikationer og egentlig somatisk komorbiditet derfor ikke skarp. Er der først udviklet en kronisk somatisk sygdom, udgør denne ofte særlige behandlingsmæssige udfordringer, hvor den somatiske sygdom og spiseforstyrrelsen gensidigt påvirker hinanden negativt.

Eksempler på vigtig somatisk komorbiditet omfatter diabetes og fedme. Diabetes kan i kombination med en spiseforstyrrelse give særlige udfordringer, idet der her er fokus på madindtag og vægt. Behandling med insulin kan i sig selv give vægtøgning, mens undladelse af insulin dosering (insulin purging) giver vægttab og fører til diabetiske komplikationer (bl.a. hjerte-karsygdomme samt øjen- og nyresygdom). Kombinationen af spiseforstyrrelse og diabetes øger derfor risikoen for udvikling/forværring af diabetesrelaterede senfølger/kombinationer med deraf afledt øget mortalitetsrisiko. Fedme ses hos størstedelen af patienter med BED. Mislykkede behandlingsforsøg og stigmatisering af mennesker med fedme bidrager til udviklingen og vedligeholdelsen af både fedmen og af BED²⁴. Sammen med stigende alder øger fedme væsentligt risikoen for flere ledsagesygdomme (type 2 diabetes, forhøjet blodtryk, hjertekarsygdom mv.), som forringer livskvaliteten og forkorter levealderen.

2.10. Samtidig graviditet

Graviditet hos kvinder med en aktiv spiseforstyrrelse frembyder en særlig problemstilling med risiko for både fosteret og kvinden. Forekomsten af undervægtige udgør omkring

²⁴ Tomiyama. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. BMC Med 2018.

4% af alle graviditeter, hvoraf en del har anoreksi²⁵. Der ses en øget forekomst af spontan abort, for tidlig fødsel, intrauterin væksthæmning, medfødte misdannelser og børnedødelighed omkring fødslen²⁶. Hos moderen er der en øget forekomst af obstetriske komplikationer i form af forhøjet blodtryk, behov for instrumentel forløsning og kejsersnit²⁷. Efter fødslen er der ofte hæmmet laktation, samtidig med at der ved en spiseforstyrrelse kan være stærk optagethed af amningen som middel til vægttab, eller på grund af skyldfølelse og følelse af at være mislykket hvis amningen ikke etableres²⁸. Selvom graviditet og i særlig grad tiden efter fødslen generelt er associeret med depression, ses der en tendens til bedring af spiseforstyrrelsen under graviditeten. Mange af kvinderne bedres fuldstændigt, genvinder deres forventede vægt, ophører med overspisninger og med udrensende adfærd. Bedringen varer dog typisk kun få måneder til få år, hvorefter størstedelen af kvinderne desværre får tilbagefald efter fødslen^{29, 30}. Det er således muligt, at bedringen i tilstanden udgør et "terapeutisk vindue", hvorfor en ihærdig terapeutisk indsats bør forsøges. Psykologisk forklares bedringen under efterfødselsforløbet som en positiv livsfase, men med en loyalitetskonflikt imellem barnet og spiseforstyrrelsen. Formentlig spiller de hormonelle ændringer også en rolle. Tilbagefald eller forværring af spiseforstyrrelsen under graviditet er dog heller ikke sjældent, specielt ikke ved bulimi³¹. I det obstetriske ambulatorium bør der derfor også være opmærksomhed på ikke-diagnosticeret spiseforstyrrelse, f. eks. i forbindelse med længerevarende svær graviditetskomplikation (hyperemesis), eller manglende vægtøgning fra 2. trimester.

2.11. Særligt for børn og unge

Hos børn og de yngste unge vil de typiske kendetegn ved eller diagnostiske kriterier for en spiseforstyrrelse ikke altid være fuldt tilstede i begyndelsen. Børn og unge frembyder ikke nødvendigvis de klassiske symptomer på spiseforstyrrelse, som de er beskrevet hos voksne. Særligt de yngste kan mangle, ikke være bevidste om eller ude af stand til at sætte ord på fx forvrænget kropsopfattelse, fedtfobi eller vægtangst, men dog alligevel have en uartikuleret trang til fx at tabe sig, spise ekstremt sundt, spise selektivt, særpræget osv. En trang, der trods manglen på udtalte symptomer, alligevel gør dem alvorligt

²⁵ Det Medicinske Fødselsregister (MFR): Sundhedsdatastyrelsen; 2018. tilgængelig via <http://www.esundhed.dk/sundhedsregistre/MFR/Sider/MFR06A.aspx>

²⁶ Micali N, Stemmann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *BJOG*. 2016;123(8):1301-10 + Bansil P., Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: Prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov; 17(9):1523-8 + Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VW, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG*. 2012 Nov; 119(12):1493-502.

²⁷ Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(5):552-64.

²⁸ Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr*. 2009 Jan; 154(1):55-60

²⁹ Madsen IR, Hørder K, Støving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Jun;30(2):122-6. doi: 10.1080/01674820902789217. Review. PubMed PMID: 19533492.

³⁰ Cecilia Brundin Pettersson & Modjtaba Zandian & David Clinton: Eating disorder symptoms pre- and postpartum, *Arch Womens Ment Health* (2016) 19:675–680. DOI 10.1007/s00737-016-0619-3

³¹ Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. *Br J Psychiatry*. 1999 Feb; 174:135-40

syge og udfordrende at behandle. Man skal som fagperson også være opmærksom på, at det er almindeligt, at børn i perioder kan have særlige og specielle spisemønstre, der ikke nødvendigvis er et symptom eller "en forstyrrelse". Diagnostisk vil man ofte anvende en atypisk spiseforstyrrelsesdiagnose alt afhængig af, hvilke symptomer der er tilstede, og her gælder de samme kriterier for børn og unge som for voksne. Som tidligere nævnt er det ikke alle børn med lette symptomer eller mistanke om spiseforstyrrelse, som vil have behov for udredning i regionalt regi.

2.12. Vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad

Spiseforstyrrelser kan forekomme i forskellig sværhedsgrad og af forskellig sygdomsvarighed. Det er den samlede kliniske vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, varighed og tilstedeværelse af komorbiditet, der er afgørende for, hvilken behandling der vil være det rette for patienten. Mange patienter oplever symptomer af let til moderat grad, men komorbiditeten kan forværre funktionsniveauet og dermed stille højere krav til behandlingsindsatsen. Yderligere er det vejledende for intensiteten af behandlingen, herunder hvilket behandlingsniveau patienten bør behandles på. Dette uddybes i afsnit 3.2 om opgave og ansvarsfordelingen mellem aktører.

I differentieringen af sygdomsgraderne indgår en række forskellige parametre, herunder sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomerne, indre kontrol, motivation, psykologisk indsigt, psykiatrisk, somatisk og social komorbiditet (komplicerede sociale forhold). Nedenstående er indsat et skema (tabel 1), som kan inddrages *vejledende* i den samlede vurdering af sværhedsgraden af en spiseforstyrrelse. Skemaet viser, hvilke elementer man skal være opmærksom på, når sværhedsgraden skal vurderes i forhold til 5 forskellige intensitetsniveauer:

- Grad 1: Let spiseforstyrrelse
- Grad 2: Let/moderat spiseforstyrrelse
- Grad 3: Moderat spiseforstyrrelse
- Grad 4: Moderat/svær spiseforstyrrelse
- Grad 5: Svær/livstruende spiseforstyrrelse

Skemaet indeholder primært information om anoreksi og bulimi og i mindre grad BED. 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.

Tabel 1: Sværhedsgrader ved spiseforstyrrelser

Sygdommens intensitet	Grad 1 (let spiseforstyrrelse)	Grad 2 (let/moderat spiseforstyrrelse)	Grad 3 (moderat spiseforstyrrelse)	Grad 4 (moderat/svær spiseforstyrrelse)	Grad 5 (svær/livstruende spiseforstyrrelse)
	Almen praksis og kommunalt	Ambulant behandling på sygehus og kommunalt	Intensiv behandling på sygehus (oftest ambulant, sjældent indlæggelse) og kommunalt	Intensiv behandling på sygehus (oftest ambulant, indimellem indlæggelse) og kommunalt	Intensiv behandling på sygehus (sjældent ambulant, ofte indlæggelse) og kommunalt
Lav intensitet SF/----- Moderat intensitet SF -----Livstruende SF					
Lav behandlingsresistens----- Moderat behandlingsresistens-----Høj behandlingsresistens					
Medicinske komplikationer og komorbiditet	Medicinsk stabil		Medicinsk stabil, men tegn på forstyrrelse*		Medicinsk ustabil*
Sucidaltruet	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impulser
Funktionsevne. Herunder evne til at spise "normalt" (frekvens/mægede)	Selvhjulpen	Selvhjulpen med psykologisk støtte	Brug for struktur	Overvågning nødvendig under spisning	Tæt observation og kontrol
Evne til at bekæmpe · Obsessive tanker (AN, BN) · Ubehag, stressfølelser, "overevaluering" ("overvaluation") (BN, BED)	God	Rimelig	Delvis bevaret: AN/BN: Ego-syntone slankeplaner >3 t/dag BED: Stress/kaos >3 t/dag Samarbejde muligt	Dårlig: AN/BN: Ego-syntone slankeplaner 4-6 t/dag. BED: Samarbejde kun muligt i meget struktureret miljø	Meget dårlig: AN/BN: Vedvarende ego-syntone slankeplaner. BED: Stort set ingen samarbejdsevne
Overspisnings-episoder ³² (BN/BED)	1-3/uge	1-3/uge	4-7/uge	8-13/uge	>13/uge
· Tvangsmotion (AN, BN)	God	Rimelig	Brug for struktur / hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Struktur og konstant overvågning nødvendig
· Opkastninger (AN, BN)	God, enkelte/uge	Rimelig - enkelte /uge	Flere gange hver uge - Behov for struktur / hjælp	Flere gange daglig - Struktur og overvågning nødvendig	Kontant overvågning nødvendig

³² Graderne i tabellen følger gradinddelingen i den amerikanske diagnosemanual DSM-V

· Udrensning (AN, BN)	God	Rimelig – enkelte gange/uge	Flere gange hver uge - Behov for struktur / hjælp	Struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig	Konstant overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig
------------------------------	-----	-----------------------------	---	---	--

HØRINGSUDKAST

3. Organisering og samarbejde

Det gode forløb for mennesker med spiseforstyrrelser eller tegn på en spiseforstyrrelse kan bestå af flere forskellige samtidige indsatser på tværs af forskellige aktører. I det følgende beskrives en række anbefalinger til organisering og samarbejde omkring forløbet.

3.1. Tværfaglige og helhedsorienterede indsatser

Indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser bør være helhedsorienterede og have fokus på at imødekomme den enkeltes udfordringer inden for både biologiske, psykologiske og sociale forhold. Mennesker med spiseforstyrrelser har ofte behov for forløb bestående af forskellige, samtidige indsatser fra forskellige aktører og lovgivningsområder. Indsatserne varetages dermed af forskellige fagpersoner i kommuner (herunder fagpersoner fra forskellige forvaltningsområder eller fagpersoner på botilbud/dagtilbud), almen praksis og den øvrige praksissektor (herunder evt. praktiserende speciallæger/psykologer/fysioterapeuter), på sygehuse (herunder fagpersoner på tværs af forskellige afdelinger i somatik og psykiatri) samt eventuelle private aktører fx patientforeninger, private udbydere af sociale tilbud såsom botilbud mv. Derved bygges indsatsen og tilrettelæggelsen af denne op om et tværfagligt samarbejde med en række faggrupper med forskellige kompetencer, fx psykologer, sygeplejersker, psykiatere, socialrådgivere, fysioterapeuter, diætister, pædagoger, alment praktiserende læger mv. samt ved behov speciallæger i endokrinologi og kardiologi eller andet relevant somatisk personale.

Det tværfaglige samarbejde på tværs af forskellige faggrupper og aktører er med til at sikre en helhedsorienteret indsats, som igen er med til at sikre, at patientens samlede livssituation forbedres. I det følgende beskrives principperne for tilrettelæggelsen og koordineringen af samarbejdet på tværs.

3.2. Graduerede indsatser og organisering

Mennesker med spiseforstyrrelser skal tilbydes den indsats eller de indsatser, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål med indsatsen. Nogle mennesker kan have behov for en mere intensiv indsats end andre med samme lidelse/vanskelighed. Derfor anbefales en gradueret tilgang til tilrettelæggelsen af indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser i kommuner, almen praksis og regioner³³.

Grundlaget for valg af indsatser bør være faglige anbefalinger, evidens og/eller praksis- og forskningsbaseret viden, såvel som det er afgørende for kvaliteten og effekten, at de udføres af personale med de rette kvalifikationer og kompetencer. Den rette kombination

³³ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017

af indsatser bør altid tage udgangspunkt i målsætningerne for det enkelte menneske med spiseforstyrrelse, så indsatserne stemmer overens med den enkeltes psykiske, fysiske og sociale funktionsevne og behov (jf. afsnit 5.2.1 om funktionsevne og ICF forståelsesrammen), samt ud fra en vurdering af sygdommens sværhedsgrad, varighed og tilstedeværelse af komorbiditet (jf. afsnit 2.12 om vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad). Det er i den forbindelse vigtigt, at patienten selv samt familien/pårørende involveres aktivt i udarbejdelsen i målsætninger og valg af indsatser.

Forløb for mennesker med spiseforstyrrelser er ofte karakteriseret ved samtidige og parallelle indsatser, f.eks. i kommune, almen praksis og på sygehus (ambulant eller under indlæggelse). Det er derfor vigtigt, at de forskellige indsatser samtænkes og koordineres tæt på tværs af de forskellige aktører, og at der foreligger lokale skriftlige aftaler om, hvordan forløbet koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde på tværs af de involverede aktører. Koordinationen skal sikre, at indsatserne på tværs af aktørerne understøtter hinanden, og at virkningsfulde elementer videreføres på tværs af de forskellige organisationer. Det betyder eksempelvis, at hvis patienten allerede modtager indsatser i kommunen før et behandlingsforløb i den regionale psykiatri, bør disse fortsættes ved behov og samtidig koordineres og integreres med sygehusets indsatser. Særligt for mennesker med langvarige spiseforstyrrelser og flere behandlingsforløb bag sig, kan det være relevant at have helt andre målsætninger i en ikke-kurativ behandling.

De involverede fagpersoner bør så tidligt som muligt i forløbet etablere kontakt med hinanden med henblik på at tilrettelægge et koordineret, sammenhængende og smidigt forløb; herunder kan der med fordel tages stilling til og aftales, om der bør udpeges en ansvarlig tovholder/ansvarlig kontaktperson (blandt de involverede fagpersoner på tværs af de forskellige aktører) med henblik på at varetage en koordinerende rolle i forløbet. Eksempelvis bør der etableres kontakt til den regionale psykiatri, hvis et menneske bliver visiteret til en social indsats i kommunalt regi på baggrund af en spiseforstyrrelse med henblik på at etablere samarbejde om det videre forløb.

For at understøtte en integreret indsats og brobygning på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder, bør der så vidt muligt indgå en socialrådgiver (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) i den tværfaglige rehabiliterende behandlingsindsats på sygehuset. Socialrådgiveren ansat i den regionale psykiatri kan fungere som organisatorisk brobygger og være med til at sikre det nødvendige samarbejde mellem sygehus og kommune, så der skabes smidig overgang og en integreret indsats på tværs. Samarbejdet, sammenhæng og overgang mellem forskellige indsatser kan understøttes af netværksmøder, udskrivningsmøder samt besøg af patient fra sagsbehandler/støttekontaktperson/botilbud eller lign. i kommunen forud for en udskrivning mv.

I forbindelse med udskrivelsen af en patient med en svær spiseforstyrrelse efter en hospitalsindlæggelse bør der afholdes et koordinerende udskrivningsmøde med deltagelse af relevante fagprofessionelle fra både den regionale psykiatri og kommunen. Det vil uanset sværhedsgrad være relevant at afholde et udskrivningsmøde, hvor der drøftes behov for behandling og rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, som kan understøtte, at

patientens funktionsevne vedligeholdes eller bedres efter udskrivelsen, og at u hensigtsmæssige indlæggelser forebygges. Desuden skal opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører efter udskrivelsen aftales nærmere, ligesom rammerne for det fremtidige samarbejde efter udskrivelsen, hvilket skrives ind i en fælles plan, fx udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen.

3.3. Særlig opmærksomhed ved overgange

Særlig vigtig er koordinationen og kommunikationen ved justeringer undervejs i forløbet samt ved overgange, f.eks. mellem hospitalsafdelinger og/eller kommunale forvaltningsområder, samt overgangen fra barn til voksen. Her skal koordinationen sikre, at der ikke sker tab af vigtige informationer, uhensigtsmæssig ventetid eller uklar ansvarsfordeling. Samarbejdet og videregivelse af oplysninger skal altid ske under forudsætning af samtykke til videregivelse af oplysninger, enten ved vedkommende selv eller ved forældrene for børn og unge under 18 år. Jf. Socialstyrelsens nationale retningslinjer bør hele familien støttes i og informeres om det videre forløb i forbindelse med overgange i barnets eller den unges forløb³⁴.

Idet spiseforstyrrelser ofte debuterer i ungdommen, kan flere af de unge patienter opleve at skulle overgå fra et behandlingsforløb i børne- og unge- til voksenregi. Denne overgang kan af mange unge opleves som vanskelig, fordi de ofte møder nye tilgange, procedurer, personale mv. samt oplever, at der stilles større krav til varetagelse af egen sygdom, og at de i højere grad skal styre eget forløb. For anbefalinger i forbindelse med overgange fra børne- og ungeområdet til voksenområdet læs Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for transitionsforløb fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi*.³⁵

3.4. Rådgivning, sparring og samarbejdsaftaler

Undervejs i et forløb vil de involverede fagpersoner have behov for gensidigt at drøfte tilrettelæggelse af et forløb. Kommune, almen praksis og region bør derfor have mulighed for at spørge de øvrige involverede fagpersoner til råds. Sparring og rådgivning mellem fagpersoner fra psykiatrien og somatikken, kommunen og almen praksis kan med fordel indgå som et fast element i lokale skriftlige aftaler om koordinering.

Psykiatrien kan eksempelvis yde rådgivning og sparring til kommuner og/eller almen praksis ved tvivlsspørgsmål om et forløb, ligesom der kan være behov for rådgivning og dialog mellem behandlingsansvarlig læge og evt. støttekontaktpersoner i kommunen

³⁴ Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen, 2015

³⁵ Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi, Sundhedsstyrelsen, 2020

og/eller personale på botilbud³⁶. Det kan overvejes, at kommuner og regionerne lokalt/regionalt etablerer egentlige fora for samarbejde/sparring. Der bør yderligere foreligge skriftlige aftaler mellem psykiatri og somatik omkring samarbejde om svært syge patienter med spiseforstyrrelser. Aftalerne kan bl.a. indebære lettere adgang til tilkald af speciallæge, formaliserede multidisciplinære konferencer, fælles undervisning mv.

Mennesker med spiseforstyrrelser kan have gavn af en samlet plan for deres forløb, som for nogle kan være langvarigt og indeholde mange, samtidige indsatser. Allerede ved starten af et forløb bør der tages stilling til og aftales, om der skal udarbejdes en samlet plan for borgerens forløb³⁷. For de involverede fagpersoner vil en samlet plan kunne bidrage til at understøtte sammenhæng i forløbet på tværs af forvaltninger og sektorer ved at skabe klarhed over indsatser, mål for indsatserne samt en gennemsigtig opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede parter. Ved afslutning af et forløb i psykiatrien har overlægen jf. psykiatriloven ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, praktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten. Dette gælder ligeledes for de patienter, hvor det antages, at patienten efter udskrivning ikke selv vil søge den behandling, herunder de sociale tilbud, der er nødvendige for patientens helbred.

3.5. Opgave- og ansvarsfordeling mellem aktører

I dette afsnit introduceres den overordnede opgave- og ansvarsfordeling for indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser i kommuner, almen praksis (herunder praktiserende speciallæger/psykologer), på sygehuse og øvrige private aktører som patientforeninger, private botilbud mv. Det faglige indhold i de konkrete indsatser er beskrevet i kapitel 4 og 5.

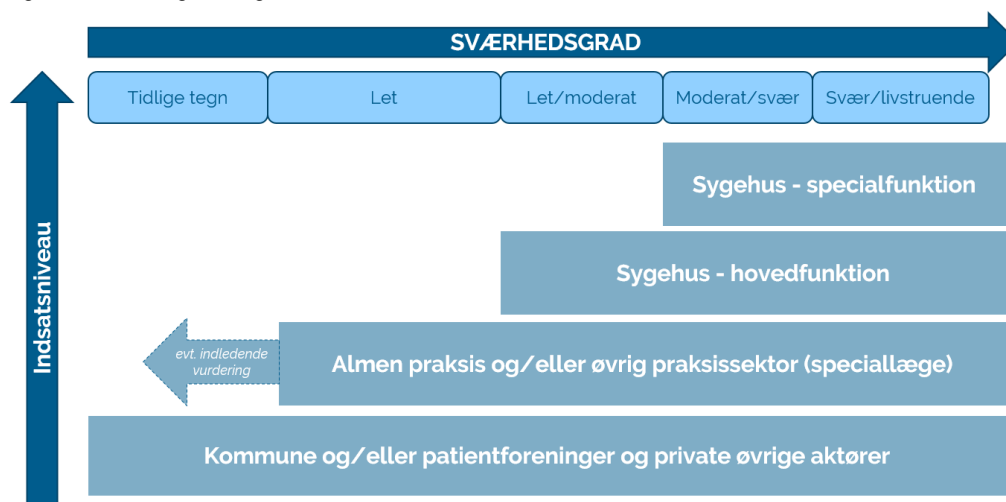
De forskellige aktører har forskellige kompetencer og varetager forskellige opgaver i relation til mennesker med spiseforstyrrelser. I nedenstående figur 2 er opgave- og ansvarsfordelingen (indsatsniveauet) beskrevet med afsæt i spiseforstyrrelsens sværhedsgrad. For anvisninger i forhold til vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, se afsnit 2.12.

I udgangspunktet bør fordelingen af ansvar og opgaver følge anvisningerne i figur 2, og som beskrevet i det følgende, for at sikre at indsatsniveauet, herunder kompetenceniveau, følger spiseforstyrrelsens sværhedsgrad. Det er dog vigtigt at understrege, at beskrivelsen af opgave- og ansvarsfordelingen er vejledende, og det vil altid afhænge af en konkret faglig vurdering af den enkelte persons situation og aktuelle problematik, hvilken indsats det er relevant at tilbyde.

³⁶ Fx om koordination og forebyggelse af genindlæggelse på sygehus, idet især mennesker med langvarig, svær spiseforstyrrelse oplever en høj grad af genindlæggelser ofte grundet varig funktionsevnenedsættelse (psykisk og somatisk)

³⁷ Socialstyrelsen 2015

Figur 2: Sværhedsgrader og indsatsniveauer



I forhold til behandlingen af mennesker med let til moderat BED, har erfaringer fra tidligere satspuljeinitiativer peget på, at behandlingen kan placeres uden for den regionale psykiatri og varetages af en række både offentlige og private aktører med specialviden om BED.³⁸ I dag eksisterer der imidlertid ikke tilstrækkelige behandlingstilbud til at behandle det estimerede antal patienter med BED i Danmark.

Eksisterende og tidligere behandlingstilbud til mennesker med BED er afprøvet i regi af puljeprosjekter og er dermed begrænset ift. både kapacitet og tidsperiode. Det betyder, at der er stor efterspørgsel og lang ventetid på de eksisterende behandlingstilbud. Samtidig er der ikke en entydig visitation til de eksisterende tilbud, som samtidig ikke er tilgængelige i hele landet. Det betyder, at der er risiko for, at en stor del af målgruppen, som har behov for en specialiseret indsats, ikke modtager denne. Hertil kommer en uklar ansvarsfordeling ift. behandlingsansvaret mellem region og kommune. Der er derfor behov for et fagligt arbejde på nationalt niveau for at skabe klare rammer for en ensartet visitation og behandlingsindsats for mennesker med BED på tværs af landet.

3.5.1. Kommuner, patientforeninger og øvrige private aktører

Kommunen og almen praksis (læs mere om praksissektoren i afsnit 3.5.2) er en gennemgående aktør i mennesker med spiseforstyrrelses forløb uanset sværhedsgrad. De kommunale sociale og sundhedsfaglige rehabiliterende indsatser kan både være tidlige indsatser ved tegn på en spiseforstyrrelse og eventuelt ved lettere spiseforstyrrelser, eller i samarbejde med den regionale psykiatri ved moderate til svære spiseforstyrrelser.

³⁸ Behandling af Binge Eating Disorder (BED) sammenfatning af resultater fra to satspuljeprosjekter, Sundhedsstyrelsen, 2016

Kommunen er eksempelvis ansvarlig for de indsatser, der har til formål at fremme mental sundhed og forebygge psykiske lidelser generelt. Kommunale fagpersoner spiller dermed en vigtig rolle i forhold til at opspore mennesker med tegn på en spiseforstyrrelse og sikre, at mennesker med begyndende symptomer på en spiseforstyrrelse opfordres til at gå til egen læge mhp. udredning og eventuel behandling. Derudover tilrettelægger socialområdet i kommunen de sociale og rehabiliterende indsatser for mennesker med spiseforstyrrelser i forlængelse af eller under et behandlingsforløb i psykiatrien, fx måltidstøtte og psykoedukation samt bostøtte, gruppeforløb mv.

Mange af ovenstående indsatser vil ofte foregå samtidig og parallelt med en behandlingsindsats på hospitalet, og kommunerne spiller derfor en væsentlig rolle i hele det samlede forløb for borgeren med spiseforstyrrelse og er med til at understøtte og supplere behandlingsindsatsen. Det vil være en konkret vurdering af patientens samlede situation, om det giver mening at tilbyde måltidstøtte i regionalt eller kommunalt regi. Vurderingen vil bl.a. afhænge af, hvilke samlede tilbud personen modtager, samt hvilke kompetencer der er til stede i kommunen, idet nogle behandlingskompetencer kun vil være til stede i sygehusregi.

Patientforeninger og andre private aktører kan råde over en række relevante tilbud til målgruppen, eksempelvis samtaler, rådgivning, gruppeforløb, botilbud, dagtilbud mv. til både borgere og pårørende, som kan supplere tilbud i det etablerede sundhedsvæsen, både samtidig, under og efter et forløb på fx hospitalet. Socialområdet i kommunerne kan derfor tilrettelægge en rehabiliterende indsats, hvor eksempelvis dele af indsatserne bevilges til relevante aktører på området. Kommunen har i den forbindelse fortsat det overordnede ansvar for rehabiliteringsforløbet, jf. afsnit 5.5. om samarbejde med patientforeninger og øvrige private aktører.

Kommunernes indsats for mennesker med spiseforstyrrelser beskrives nærmere i kapitel 5 om tidlig indsats og rehabilitering i kommunen, herunder kommunens samarbejde med patientforeninger og øvrige aktører.

3.5.2. Almen praksis og øvrig praksissektor

Den praktiserende læge fungerer som patientens gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson. Almen praksis kan varetage den indledende vurdering med henblik på afklaring af patientens tilstand, og kan iværksætte en indsats i almen praksis ved ukomplicerede symptomer svarende til spiseforstyrrelser af let grad, se afsnit 2.12 om vurdering af sværhedsgrad. Derudover kan praktiserende læge ved behov inddrage kommunen i forløbet eller henvise til den øvrige praksissektor.

Når patienten evt. sammen med pårørende henvender sig til almen praksis med problemer, symptomer (ofte uspecifikke fysiske eller psykiske symptomer) eller bekymringer, der giver anledning til mistanke om en spiseforstyrrelse, er det den praktiserende læges opgave at vurdere, om mistanken er klinisk begrundet. Det er således vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på og ved, hvordan man kan afdække problematikken. Derudover bør man også i den øvrige praksissektor være opmærksom på korrekt håndtering af problematikken.

Hvis egen læge vurderer, at patientens symptomer er af en sådan karakter og sværhedsgrad, at patienten ikke kan hjælpes i kommunalt regi, behandles i almen praksis eller hos praktiserende speciallæge og/eller psykolog, bør lægen henvise til hospitalet, jf. afsnit 4.1.1.

Praktiserende læge kan desuden bidrage til og/eller varetage efterbehandling for mennesker, som har haft et forløb i den regionale psykiatri, med henblik på at undgå tilbagefald og fortsætte indsatsen samt at opretholde funktionsniveau og livskvalitet.

Praktiserende speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri samt praktiserende psykologer kan, ligesom praktiserende læger, bidrage til indledende udredning og ligeledes tilbyde en indsats til mennesker med spiseforstyrrelser af let grad. Den praktiserende læge varetager i den forbindelse den somatiske undersøgelse, herunder vurdering af vægt og udviklingen i denne, jf. afsnit 4.1.1

3.5.3. Regioner

Udredning og behandling af spiseforstyrrelser foregår på hospitalerne på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau eller på højt specialiseret niveau i specialerne psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, hvor der bl.a. stilles særlige krav i forhold til kompetencer og samarbejde med andre specialer, fx pædiatri og/eller endokrinologi³⁹.

Udredning og behandling på hospitalet kan både foregå ambulant, i daghospital eller som døgnindlæggelse, se afsnit 4.3 om behandlingsniveau i den regionale psykiatri. Hvilken behandlingsform - fx ambulant, dagbehandling eller døgnindlæggelse – det vil være relevant at tilbyde en patient, og hvorvidt den skal varetages på hovedfunktionsniveau eller på specialfunktionsniveau, vil altid afhænge af en konkret vurdering af den enkelte patients situation og aktuelle problematik.

Mange patienter kan udredes og behandles på hovedfunktionsniveau, mens nogle patienter skal henvises til en afdeling med regionsfunktion eller højt specialiseret niveau. Vurderes patienten eksempelvis at være særlig kompliceret grundet meget ung alder, svær komorbiditet, lang sygdomsvarighed og tidligere behandlingssvigt eller lavt BMI, foregår behandlingen ofte på højtspecialiseret niveau, uanset om der er tale om døgnindlæggelse, dagbehandling eller ambulant behandling.

Behandlingsformen vil således altid afhænge af en konkret klinisk vurdering, men overordnet vurderes det, at patienter med lette til moderate spiseforstyrrelser generelt har karakteristika, der typisk vil medføre, at patienten omfattes af hovedfunktionsniveau på hospitalet, mens patienter med moderat til svær grad/livstruende generelt indeholder karakteristika, der typisk vil medføre, at patienten omfattes af en specialfunktion på et hospital

³⁹ Sundhedsstyrelsens gældende specialeplan: <https://www.sst.dk/da/Viden/Specialeplanlaegning>

(regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau), der således skal råde over flere specifikke behandlingsmuligheder, herunder døgnindlæggelse.⁴⁰

Opsamlende anbefalinger for kapitel 3 om organisering og samarbejde

På baggrund af ovenstående anbefales det, at:

- Kommuner, almen praksis og regioner anvender graduerede indsatser i tilrettelæggelsen af forløb for mennesker med spiseforstyrrelser, så man med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål med indsatsen.
- De involverede fagpersoner etablerer så tidligt som muligt i forløbet kontakt med hinanden med henblik på at tilrettelægge et koordineret, sammenhængende og smidigt forløb. Det er i den forbindelse centralt, at der udpeges en ansvarlig tovholder/kontaktperson.
- Der foreligger klare skriftlige aftaler om, hvordan forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem de involverede fagpersoner med udgangspunkt i det enkelte menneskes målsætninger og med fokus på sammenhæng og fleksibilitet.
- Der igangsættes et fagligt arbejde for at skabe klare rammer skabe klare rammer for en ensartet visitation og behandlingsindsats for mennesker med BED
- Ved starten af et forløb tages der stilling til og aftales, om der skal udarbejdes en samlet plan for borgerens forløb.
- Der indgår en socialrådgiver (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) i den tværfaglige rehabiliterende behandlingsindsats på sygehuset for mennesker med spiseforstyrrelser for at understøtte en integreret indsats på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder.
- Sparring og rådgivning mellem fagpersoner fra psykiatrien og somatikken, kommunen og almen praksis indgår som et fast element i lokale skriftlige aftaler om koordinering med henblik på at etablere et systematisk samarbejde for at styrke relationsopbygning og videndeling om indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser.

⁴⁰ Specialevejledningerne for hhv. psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri (<https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan>)

4. Udredning og behandling

I dette kapitel beskrives den sundhedsfaglige indsats ift. vurdering, diagnostik og behandling af en spiseforstyrrelse. Beskrivelser af særskilte behandlingsindsatser for hhv. anoreksi, bulimi samt BED kan findes under bilag 3.

4.1. Vurdering og udredning af spiseforstyrrelser

Forudsætningen, for at et behandlingsforløb med de rette faglige indsatser kan iværksættes, er, at rettidig udredning og diagnostik af spiseforstyrrelsen finder sted. Udredning af en patient med en mulig spiseforstyrrelse kan påbegyndes i almen praksis (evt. i samarbejde med praktiserende psykiater eller psykolog), men for mange vil den endelige diagnosticering primært finde sted i hospitalsregi på hovedfunktionsniveau eller specialfunktionsniveau, da udredning og diagnostik af spiseforstyrrelser bør baseres på systematisk udredning med internationalt anerkendte instrumenter udført af sundhedsfagligt personale med specialiseret viden om spiseforstyrrelser. Dette kan eksempelvis være fagpersoner med viden om psykopatologi, diagnostik, udredning og behandling af spiseforstyrrelser samt fagpersoner med særlig viden om indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser.

4.1.1. Vurdering af spiseforstyrrelser i almen praksis og øvrig praksissektor

Når patienten evt. sammen med pårørende henvender sig til almen praksis med problematikker, symptomer eller bekymringer, der giver anledning til mistanke om en spiseforstyrrelse, er det den praktiserende læges opgave at vurdere, om mistanken er klinisk begrundet. Mange patienter henvender sig i første omgang med uspecifikke klager, f.eks. fysiske symptomer fra bevægeapparatet eller mave-tarm-systemet, eller psykiske symptomer. Det er derfor vigtigt, at den praktiserende læge er opmærksom på og ved, hvordan man kan afdække problematikken. Også i den øvrige praksissektor bør man være opmærksom på korrekt håndtering af problematikken.

Ved mistanke om en spiseforstyrrelse bør patienten undersøges grundigt i forhold til bl.a. symptomernes karakter og sværhedsgrad, omfanget af somatiske komplikationer, og hvorvidt vedkommende har andre samtidige, psykiske lidelser med henblik på valg af den rette indsats. Yderligere vurderes vægten og/eller vækstkurver, som led i den somatiske udredning, hvilket beskrives nærmere i afsnit 4.2.

Tabel 2 gennemgår spørgsmål, der kan anvendes til vurdering af tegn på en spiseforstyrrelse, samt supplerende undersøgelser, som bør foretages i almen praksis ved begrundet mistanke om en spiseforstyrrelse.

Tabel 2: Undersøgelse i almen praksis ved mistanke om en spiseforstyrrelse

Vurderingsspørgsmål i almen praksis:

Nedenstående spørgsmål fra SCOFF spørgeskemaet, som omhandler kernesymptomerne ved en spiseforstyrrelse, kan benyttes som led i at identificere en mulig spiseforstyrrelse. Spørgsmålene er primært målrettet vurdering af anoreksi. Der er derfor i forlængelse af spørgsmålene i SCOFF spørgeskemaet tilføjet en række spørgsmål fra EDE-Q spørgeskemaet, som inkluderer spørgsmål vedr. overspisninger og kompenserende adfærd, og derfor kan anvendes ved mistanke om bulimi samt BED (ift. overspisninger).

Spørgsmålene er vejledende og skal bruges som led i en helhedsvurdering.

Vurderingsspørgsmål fra SCOFF (primært ift. anoreksi):

- Kaster du nogensinde op, fordi du føler dig ubehageligt overfyldt?
- Er du bekymret for, at du har mistet kontrollen over, hvor meget du spiser?
- Har du for nyligt tabt dig mere end 6-7 kg på tre måneder?
- Synes du, at du er for tyk, selvom andre siger, du er tynd?
- Vil du sige, at mad dominerer (styrer) dit liv?

OBS: Hvis der svares ja til to af ovenstående spørgsmål, kan det være tegn på spiseforstyrrelse (Lichtensteina MB, Hemmingsen SD & Støving RK, Identification of eating disorder symptoms in Danish adolescents with the SCOFF questionnaire, Nordic Journal of Psychiatry, 2017(5);340-347).

Vurderingsspørgsmål fra EDE-Q (ift. bulimi eller BED):

(for alle spørgsmål gælder, at det er inden for de seneste 28 dage)

- Hvor mange gange har du spist, hvad andre mennesker (efter omstændighederne) ville betragte som en usædvanlig stor mængde mad?
- Hvor mange af disse gange har du haft en følelse af at have mistet kontrol over din spisning (på det tidspunkt, hvor du spiste)?
- Hvor mange dage har der været sådanne episoder med overspisning (dvs. hvor du har spist en usædvanlig stor mængde mad og har haft en følelse af, at du på dette tidspunkt havde mistet kontrollen)
- Hvor mange gange har du fremkaldt opkastning for at kontrollere din figur og vægt?
- Hvor mange gange har du taget afføringsmidler for at kontrollere din figur og vægt?
- Hvor mange gange har du motioneret på en "tvangsmæssig" måde for at kontrollere din vægt, figur eller fedtmængde eller for at brænde kalorier af?

Supplerende anamnesticke spørgsmål i almen praksis ved mistanke om en spiseforstyrrelse:

- Spisemønster (særligt restriktive spisevaner, ændring i spisevaner, overensstemmelse mellem fødeindtag og aktivitetsniveau - dette er især centralt i vurderingen af patienter med højt fysisk aktivitetsniveau)

- Social isolation og undgåelsesadfærd, herunder særligt i forbindelse med spisning
- Uregelmæssige eller udeblevne menstruationer
- Symptomer fra mave-tarmsystemet, herunder forstoppelse og opkastning
- Psykiske gener

Der bør ligeledes indgå en vurdering af patientens belastninger, netværk og ressourcer, herunder pårørendes ressourcer samt somatiske lidelser, der kan forklare patientens tilstand.

Supplerende undersøgelser i almen praksis ved mistanke om en spiseforstyrrelse:

Det er nødvendigt at foretage en grundig somatisk udredning for at sikre, at patienten ikke har taget alvorlig skade af spiseforstyrrelsen, herunder:

- Vægt og højde (se afsnit 4.2)
- Tegn på underernæring (lav puls, lavt blodtryk, lav temperatur, ødemer, perifer cyanose, dunbehåring, tab af underhudsfedt og muskelatrofi)
- Tandstatus (tegn på syreskader, tab af emalje på indersiden af tænder)
- Sialadenitis (en smertefri hævelse i spytkirtlerne som udvikler sig efter perioder med hyppige opkastninger)
- Parakliniske prøver, herunder elektrolytter, rødt og hvidt blodbillede, lever- og nyretal, B-glucose, CRP, total calcium, serum TSH, evt EKG.

Særlige opmærksomhedspunkter ift. børn og unge:

- Der bør være opmærksomhed på, at spørgsmålene til barnet stilles, således at de ikke ansporer til en spiseforstyrrelsesadfærd, der ikke er til stede i forvejen
- Spørgsmålene fra EDE-Q bør ikke stilles til børn og unge
- Der bør være opmærksomhed på, at vækststagnation eller manglende vægtøgning kan være symptom på spiseforstyrrelser hos børn og unge
- Vækstkurverne fra Dansk Pædiatrisk Selskab bør anvendes til vurdering af vægt hos børn og unge (disse kan findes her: <http://www.xn--vkstkurver-d6a.dk/>)

På baggrund af samtale og somatisk undersøgelse, bør det i almen praksis vurderes, hvordan patienten bedst hjælpes, herunder på hvilket niveau hjælpen bedst ydes. Børn og unge, hvor der er symptomer på eller begrundet mistanke om en spiseforstyrrelse, bør, som udgangspunkt henvises til udredning i børne- og ungdomspsykiatrien. Dog kan nogle børn og unge med lette symptomer hjælpes i almen praksis eller i kommunalt regi uden nødvendigvis at blive henvist til børne- og ungdomspsykiatrien. Det vil således være op til den alment praktiserende læge at vurdere, hvorvidt henvisning er relevant for den konkrete patient. For voksne med symptomer på spiseforstyrrelser svarende til let grad bør almen praksis vurdere, om tilstanden kan håndteres i praksis og/eller i samarbejde med kommune eller praktiserende psykiater eller psykolog, inden der henvises til udredning og behandling i hospitalsregi.

Den alment praktiserende læge kan ved behov inddrage praktiserende psykiater/psykolog i vurderingen af patienten, men bør altid selv varetage den somatiske undersøgelse, herunder vurdering af vægt og udviklingen i denne. Yderligere bør almen praksis have mulighed for at indhente faglig sparring og rådgivning i den regionale psykiatri ved behov, også i tilfælde hvor henvisning til den regionale psykiatri ikke er nødvendig.

Ved symptomer svarende til let grad af spiseforstyrrelse (se afsnit 2.12 om vurdering af sværhedsgrad) kan almen praksis tilbyde opfølgning og motiverende/støttende samtaler med fokus på adfærdsændringer, som kan understøtte en normalisering af spisning og vægt. Samtalerne bør desuden i høj grad arbejde med at fremme den enkeltes trivsel, og have et bredt fokus på at afdække de forskellige psykosociale faktorer og belastende forhold, som kan have betydning for såvel symptomerne på spiseforstyrrelser som den enkeltes trivsel generelt. Der kan i den forbindelse indgå vejledning om kommunale tilbud og støttemuligheder.

Det er vigtigt med en tæt opfølgning og en løbende vurdering af, om der er fremgang i tilstanden, herunder løbende monitorering af udviklingen i vægt, og om der senere i forløbet er behov for henvisning til den regionale psykiatri. Dette understøttes af faste og kontinuerlige tider (som minimum hver anden uge) hos egen læge. Dette skal understøtte, at lægen hurtigt ved forværring eller mangel på bedring af tilstanden kan henvise til behandling i sygehusregi. Udredningen kan således påbegyndes i almen praksis og færdiggøres i sygehusregi, hvis tilstanden er moderat-svær, mens de lette tilstande kan udredes i almen praksis.

Patienten skal henvises til specialistbehandling i den regionale psykiatri såfremt:

- der ikke opnås den forventede effekt (indenfor 6-8 uger) af indsatsen i almen praksis,
- hvis der er mistanke om andre samtidige svære psykiske lidelser
- hvis spiseforstyrrelsen vurderes at være af en karakter og sværhedsgrad, der ikke kan håndteres i almen praksis (jf. afsnit 2.12 om vurdering af sværhedsgrad)

For koordinerende indsatser og samarbejde med kommune vedr. behandling og rehabilitering henvises til kapitel 5.

4.1.2. Udredning i den regionale psykiatri

En spiseforstyrrelse er en klinisk diagnose, der stilles på baggrund af en samlet vurdering af det diagnostiske symptombillede og en somatisk undersøgelse.

Formålet med udredningen er at afklare, om der er en spiseforstyrrelse til stede, og i så fald hvilken spiseforstyrrelse, samt sværhedsgraden af denne. Idet der er evidens for forskellige interventioner, afhængig af hvilken spiseforstyrrelse en patient lider af, er udredningen ligeledes central for muligheden for at iværksætte en målrettet behandlingsindsats. Som udgangspunkt er der mange ligheder mellem udredning og behandling af spi-

seforstyrrelser blandt børn, unge og voksne. Men da børn og unge er i vækst, er det særligt vigtigt, at behandlingen sættes i gang hurtigt med fokus på vægtindhentning og normalisering af spisemønstre for at undgå varige men.

En udredning af en spiseforstyrrelse bør som minimum altid omfatte et diagnostisk interview med Eating Disorder Examination (EDE). EDE skal udføres af specialiseret sundhedsfagligt personale, som udgangspunkt læger og psykologer (i visse tilfælde specialiseret sundhedsfagligt personale med tilsvarende behandlerkompetencer og erfaring inden for spiseforstyrrelsesområdet), der er særligt oplært i at foretage interviewet. Endvidere vil en udredning omfatte en vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad (se afsnit 2.12), screening for tilstedeværelse af komorbiditet (somatisk eller psykiatrisk), og bør endvidere omfatte en grundig anamnese⁴¹, herunder psykiatrisk disposition i familie (inkl. spiseforstyrrelse) samt en somatisk undersøgelse foretaget af en læge.

Tabel 3 beskriver indholdselementerne i udredning af en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri.

Tabel 3: Udredning af en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri

Diagnostisk udredning

En spiseforstyrrelsesdiagnose bør stilles på baggrund af interview med gold-standard instrumentet Eating Disorder Examination (EDE). EDE omfatter spørgsmål om spiseforstyrrelsens aktuelle status og udvikling og tilbyder således en systematisk, ensartet afdækning af alle de symptomer, der vedrører spiseforstyrrelsesdiagnoserne. EDE omfatter således bl.a. informationer om spisemønstre, aktivitetsniveau, opkastninger, overspisninger, vægt, højde og psykologiske symptomer. Endvidere udredes for hyppighed og sværhedsgrad af symptomernes. En endelig spiseforstyrrelsesdiagnose kan stilles på baggrund af EDE, der ligeledes er handlingsvejledende for den kliniske behandling. Således kan behandlingen tilrettelægges på baggrund af den systematiske afklaring af symptomer baseret på EDE. EDE er et selvstændigt udredningsinstrument, men indgår ligeledes som en sektion i "Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi – Anamnese" (BAB-A). I BAB-A tilbydes ligeledes muligheden for at undersøge spiseforstyrrelsens debut. På baggrund af udredningen med EDE stilles diagnosen i overensstemmelse med de diagnostiske kriterier i ICD-10 (og fremtidigt ICD-11).

Somatisk undersøgelse

Den somatiske kliniske undersøgelse bør omfatte informationer om vægt (aktuelle vægt, vægtændring indenfor de seneste uger, præmorbid vægt og nadir vægt i anamnesen - læs mere i afsnit 4.2 om vurdering af vægt), højde (herunder ændringer under vækst eller som følge af vertebrale sammenfald), blodtryk, puls, temperatur, stetoskopi af hjerte og lunger, ødemer (deklivt/periorbalt), perifer cyanose og hypotermi, vurdering af Russell's tegn (skrabsår på knoerne), tab af underhudsfedt og muskelmasse, lanugobehåring, palpation af spytkirtler (parotis og submandibularis) hududslet (petekkier), erosioner på tænder og gingiva, palpation af abdomen. Her kan f.eks. anvendes en systematisk udredning,

⁴¹ Ved børn og unge: anamnese suppleret via forældrene

der inkluderer "Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi – Somatiske forhold" (BAB-S), idet instrumentet omfatter systematiske spørgsmål rettet mod patientens somatiske tilstand. I den Nationale Behandlingsvejledning findes en mere detaljeret gennemgang⁴²

Børn og unge

Udredningen af børn og unge bør omfatte de samme elementer som beskrevet ovenfor. I udredningen af de yngste patienter (eller patienter med væsentligt nedsat kognitivt funktionsniveau) kan børneversionen af EDE evt. anvendes. Alternativt kan interviewtekniske elementer fra denne anvendes under udredning med den ordinære EDE.

Ved udredning af de yngste patienter (under 18 år eller hjemmeboende unge) bør endvidere indgå et forældreinterview, hvor der dels spørges ind til barnet/den unges anamnese samt stilles spørgsmål rettet mod forældres oplevelse af spiseforstyrrelsens udvikling. Her tilbyder instrumentet "Bedømmelse af Anoreksi og Bulimi – Forældreinterview" (BAB-F) en systematiseret måde at interviewe forældrene.

Monitorering af behandling

Behandlingen monitoreres løbende ved at følge op på udviklingen i de diagnostiske spiseforstyrrelses-symptomer samt den somatiske udvikling ved opfølgende somatiske undersøgelser, herunder monitorering af vægt.

Til vurdering af spiseforstyrrelsens udvikling i monitoreringen af et behandlingsforløb kan eksempelvis anvendes EDE samt Eating Disorder Examination - Questionnaire (EDE-Q). EDE-Q, der er baseret på EDE, er et relativt kortfattet selvrapporteringsinstrument, der indsamler de væsentligste informationer om spiseforstyrrelsen fra patienten. EDE-Q kan ikke anvendes som et egentligt diagnostisk instrument. Endvidere er spørgeskemaet Eating Disorder Inventory (EDI) tilgængeligt. EDI kan evt. anvendes til opsporing (screening) af spiseforstyrrelser, men man skal være opmærksom på, at EDI ikke undersøger omfanget af adfærdssymptomer, hvilket bør indgå i en systematisk udredning og monitorering.

Ovennævnte instrumenter (EDE, EDE-Q og EDI) er alle oversat til dansk.

4.2. Vurdering af vægt

Der findes ikke en entydig definition for, hvad der anses som en sund vægt, men man ser overordnet på tidligere vækstkurve. For børn og unge er vægt- og højdekurve fra omkring skolestart ofte en god indikator for barnets "sunde" vægtudvikling. For voksne kan et Body Mass Index (BMI) inden for normalområdet være en god rettesnor (se nedenfor). Endvidere bør andre parametre, foruden kropsvægt/BMI (normalvægtsområdet i den pågældende alder), inddrages i vurderingen af sund vægt, herunder informationer såsom kliniske indtryk, endokrinologiske forhold samt menstruation. Det kan være en særlig udfordring for vurderingen af sund vægt, hvis en patient kommer fra overvægt (herunder også overvægt i førskolealderen). Her må sund vægt i højere grad baseres på vurdering

⁴² <http://www.endocrinology.dk/index.php/6-andre-endokrinologiske-sygdomme/3-anorexia-nervosa-og-andre-spiseforstyrrelser>

af ovennævnte forhold. Det er vigtigt at formidle, at den sunde vægt forandrer sig under og efter et behandlingsforløb, at vægten øges, dels når den unge vokser i højden og dels med alderen.

Både undervægt og overvægt er forbundet med øget risiko for somatiske komplikationer og følgesygdomme. At bevare normalvægten er derfor vigtigt for den enkeltes sundhed og bidrager til at forebygge en lang række sygdomme og tilstande. Risikoen for sygdomme afhænger derudover af meget mere end blot vægten, f.eks. arveanlæg, rygning, alkoholvaner, fysisk aktivitet, madvaner osv.

For voksne kan BMI anvendes til at vurdere normalvægt. BMI er et praktisk mål til at vurdere forholdet mellem vægt og højde og anvendes som et estimat for, om personen er normalvægtig, undervægtig eller overvægtig.

Det skal understreges, at BMI for alle aldersgrupper skal tolkes med forsigtighed, bl.a. fordi BMI ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler. Samtidig er det også vigtigt at være opmærksom på, at BMI-grænser ikke er det samme som grænser for normalitet. Man bør eksempelvis undgå at kategorisere borgere med overvægt som unormale, men derimod anvende et bredt normalitetsbegreb, for blandt andet at undgå stigmatisering.⁴³

Oversigt BMI

Verdenssundhedsorganisationen WHO har defineret grænseværdier for BMI hos voksne i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser:

- Undervægt: $\text{BMI} < 18,5$
- Normalvægt: $18,5 \leq \text{BMI} < 25$
- Moderat overvægt: $25 \leq \text{BMI} < 30$
- Svær overvægt: $\text{BMI} \geq 30$

Der er yderligere en række opmærksomhedspunkter ved anvendelse af BMI til vurdering af vægt. For børn og unge (under 18 år) varierer BMI med alder og pubertetens indtræden, og derfor kan BMI ikke stå alene i vurdering af vægt. BMI er også forskellig for drenge og piger, og BMI-værdierne for piger vil som udgangspunkt ligge lidt højere end for drenge (fra 7 til 16 år), mens BMI for voksne mænd er lidt højere end for kvinder. BMI er desuden ofte større hos høje end hos lave personer og kan variere i forskellige etniske

⁴³ Forebyggelsespakke- Overvægt, Sundhedsstyrelsen 2018

grupper.^{44,45,46} Endelig kan BMI ikke bruges i forhold til vægtøgning under graviditet, idet vægtændringer under graviditet ikke er afhængig af den gravides højde.

Til vurdering af spæd- og småbørn i alderen 0-24 måneder anvendes vægt-for-længde-kurver og fra 2-5 år anvendes BMI-for-alder-kurver.⁴⁷ Læs mere om anvendelse af vægt-for-længde kurver og BMI-for-alder kurver i Sundhedsstyrelsens *Monitorering af vækst hos 0-5 årige børn – Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger* (2015). Som tidligere nævnt bør vækstkurverne fra Dansk Pædiatrisk Selskab anvendes til vurdering af vægt hos børn og unge (disse kan findes her: <http://www.xn--vkstkurver-d6a.dk/>)

Til vurdering af børn og unge i alderen 5-18 år anvendes kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver (ISO-BMI/IOTF) og grænseværdier.⁴⁸ Som tidligere nævnt kan BMI imidlertid ikke stå alene i vurderingen for børn og unge. I stedet er vægtkurver og højdekurver ofte en god indikator for barnets vægt og udviklingen af denne, i takt med at barnet/den unge bliver ældre. En vækstkurve kan anvendes til at vurdere barnet/den unges højde og vægt i forhold til sin alder. I et vækstskeam indgår kurver for almindelige vækstforløb, hvor M (=50 %) står for den gennemsnitlige højde og vægt af alle børn/unge. Endvidere indgår kurver for vægt/højde over og under gennemsnittet for alderen (+SD/-SD). Vækstkurverne kan også bruges til at sige noget om barnet/den unges forventede sluthøjde.

For både børn, unge og voksne bør andre parametre end ovenstående inddrages i vurderingen af vægt. Disse parametre kan fx være yderligere informationer som kliniske indtryk og kardiologiske og/eller endokrinologiske forhold (eksempelvis menstruation). Det kan være særlig vigtigt at tage stilling til disse forhold i vurderingen, hvis en patient tidligere har været overvægtig (herunder også overvægt i førskolealderen).

4.3. Behandlingsindsatser

Som nævnt indledningsvis tager anbefalingerne om indsatser afsæt i den aktuelt bedste viden og god praksis vedrørende mennesker med spiseforstyrrelser. Behandlingen af en spiseforstyrrelse tilrettelægges i forhold til den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger og vil ofte være en kombination af:

- Motivationsfremme
- Pårørendeinddragelse
- Psykoterapi

⁴⁴ National Institute for Health and Care Excellence. Body mass index thresholds for intervening to prevent ill health among black, Asian and other minority ethnic groups. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014

⁴⁵ Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. København: Sundhedsstyrelsen; 2015

⁴⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.

⁴⁷ Sundhedsstyrelsen. Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. København: Sundhedsstyrelsen; 2015

⁴⁸ Forebyggelsespakke- Overvægt, Sundhedsstyrelsen 2018

- Psykoedukation
- Somatisk opfølgning
- Ernæringsterapi
- Farmakologisk behandling
- Fysioterapi/kropsterapi
- Socialrådgivning

Grundlaget for valg af indsatser bør være faglige anbefalinger, evidens (herunder Nationale Kliniske Retningslinjer) og/eller praksis- og forskningsbaseret viden.

I det følgende beskrives overordnet de forskellige typer af behandlingsformer, der anvendes. En beskrivelse af særskilte behandlingsindsatser for hhv. anoreksi, bulimi og BED kan findes i bilag 3. Uanset hvilken terapiform, der indgår i behandlingen af en spiseforstyrrelse, bør der altid indgå en målrettet indsats i forhold til ændring af adfærdssymptomer, herunder normalisering af spisning, vægt, ophør af overspisninger og eventuel kompenserende/udrensende adfærd. Samtidig bør behandlingen af en spiseforstyrrelse ske i et tværfagligt samarbejde af sundhedsfagligt personale med de rette kompetencer, jf. afsnit 4.6. En enkelt undtagelse kan være langtidssyge mennesker, hvor stabilisering frem for normalisering af spisning og vægt kan være målet, i hvert fald for en periode.

I forhold til beskrivelsen af behandlingsindsatser for BED (bilag 3) er denne baseret på et sparsomt vidensgrundlag. Der bør derfor, som tidligere nævnt, igangsættes et fagligt arbejde for at afklare det mest hensigtsmæssige indhold i behandling af BED baseret på den nuværende viden fra evalueringer, forskning og praksis. Beskrivelsen af behandlingsindsatser opdateres, når der er mere forskning, viden samt erfaring fra eksisterende behandlingsindsatser på området.

4.3.1. Motivationsfremme og inddragelse af pårørende/netværkspersoner

I behandlingen af en spiseforstyrrelse er behandlingsalliancen mellem patient, pårørende og personaler afgørende, idet mange patienter kan have svær ambivalens i forhold til at arbejde imod spiseforstyrrelsen og blive raske. Spiseforstyrrelsens styrke kan være svær at forstå for både patienten selv og for de pårørende. I behandlingen vil der ofte være vekslende motivation hos patienten, hvilket er en behandlingsmæssig udfordring, der kræver veluddannet personale. Forandringsparathed kan i nogle tilfælde styrkes gennem motivationsafklarende/fremmende samtaler. Nogle behandlingssteder har indledende motivationsfremmende forløb, før den adfærdsændrende behandling påbegyndes. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at påbegyndelse af hurtig og målrettet indsats i forhold til adfærdsændring er vigtig. En motivationsfremmende indsats bør ikke forsinke andre indsatser og kan endvidere med fordel indgå som en del af/parallelt med den øvrige behandling.

Den ambivalens, som mange mennesker med en spiseforstyrrelse beskriver i forhold til at blive rask, er en komplicerende faktor i behandlingen og en væsentlig grund til, at forældrenes/pårørendes støtte og aktive deltagelse i behandlingen er væsentlig. En spiseforstyrrelse påvirker hele familien, og samtidig er familien en central ressource i forhold til

at understøtte behandlingen. Især blandt børn og unge med spiseforstyrrelser spiller familien en væsentlig rolle for patientens prognose for at blive rask. Det er derfor helt afgørende at forældre/pårørende og/eller netværkspersoner inddrages meget aktivt i behandlingen fra start. Pårørende kan ligeledes være en vigtig ressource i behandlingen af unge og voksne. Dog kan pårørendeinddragelsen være uhensigtsmæssig for den del, der har været udsat for overgreb, idet den skjulte vold og overgreb måske ikke kommer frem, når pårørende inddrages som de første.

4.3.2. Psykoterapi (gruppe og individuel)

Formålet med psykoterapi er at støtte patienten i at ændre adfærd og bedre spiseforstyrrelsessymptomer, herunder at sikre normalisering af spisning og vægt samt reduktion af eventuel kompenserende adfærd. I terapien arbejdes der løbende med ambivalens og motivationsfremme samt vedligeholdende og bagvedliggende faktorer for spiseforstyrrelsen.

Psykoterapi er en central del af spiseforstyrrelsesbehandlingen igennem hele behandlingsforløbet og anvendes på tværs af samtlige former for spiseforstyrrelser.

Blandt de hyppigst anvendte interventionsformer (terapiformer) i behandlingen af spiseforstyrrelser er

- Kognitiv adfærdsterapi til spiseforstyrrelser (CBT-E)
- Dialektisk adfærdsterapi (DAT)
- Familiebaseret behandling (FBT-E)
- Mentaliseringsbaseret terapi (MBT)
- Specialiseret støttende klinisk behandling (SSCM)
- Narrativ terapi
- Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)
- Interpersonel terapi (IPT)
- Psykodynamisk terapi

Hovedsageligt på grund af få gennemførte studier er evidensniveauet for anvendelse af de fleste terapiformer sparsomt eller ikke eksisterende. Der er dog evidens for anvendelse af CBT-E til behandling af unge og voksne med bulimi. Det kan også overvejes til voksne med anoreksi. Endvidere er der evidens for FBT-E til behandling af børn og unge med anoreksi og bulimi. SSC, MANTRA, IPT og CBT-E er testet med næsten samme effekt til voksne med anoreksi. Det er dog således, at de evidensbaserede indsatser ikke altid har effekt i det individuelle tilfælde, og det kan derfor være nødvendigt at afprøve andre former for terapi ved manglende behandlingseffekt.

De øvrige former for terapi, som finder anvendelse i klinisk praksis i dag (terapiformerne er sparsomt undersøgt og listen er ikke udtømmende), kan eksempelvis også nævnes

Kognitiv Remediationsterapi (CRT) og Cognitive Remediation and Emotion Skill Training (CREST) som "ad on" behandlingsformer, der anvendes som supplement til den øvrige behandling. En beskrivelse af de enkelte terapiformer kan ses i bilag 1.

Sædvanligvis har terapierne (med undtagelse af IPT, CREST og CRT) en fællesnævner i, at normalisering af spisning og vægt samt reduktion af kompenserende adfærd har et særligt fokus. Patientens egne ønsker, dokumenteret effekt, kompetencer på behandlingsstedet, erfaringer og patientens udvikling i forløbet er afgørende for indsatsen.

Selv de mest effektive behandlinger har et betydeligt frafald og efterlader en stor andel af patienter uden effekt af behandling til trods for bedring. Der er derfor behov for at kunne tilbyde behandlingsformer inden for forskelligartede referencerammer, samt fortsat at arbejde med nytænkning, udvikling og kombination af behandlingsformer. Ofte vil den mest syge patient have behov for en mere støttende terapi, hvor den mere stabile patient vil kunne have udbytte af mere udforskende terapi.

Terapien vil oftest bestå af ugentlige sessioner over flere måneder (typisk mindst over 4-6 måneder, men kan vare år). Normalisering af spisning og vægt samt nedbringelse af overspisninger og kompenserende adfærd vil hyppigst fylde mest i den første del af terapien, mens andre temaer og mere grundlæggende vanskeligheder kan få mere plads i takt med stabilisering af adfærdssymptomer, herunder problematiske mønstre, svære følelser og tanker. I terapien får personen støtte til at identificere disse og hjælp og støtte til langsomt at begynde at finde andre/nye måder at håndtere vanskelige følelsesmæssige situationer på.

Mennesker med langvarige, svære spiseforstyrrelser har særligt behov for vedvarende støtte til at kunne leve et værdigt liv med livskvalitet og livsindhold. Indsatsen bør derfor tage udgangspunkt i, hvor vedkommende er og tage afsæt i de ønsker, den enkelte har til livet. Selvom vedkommende ikke tidligere har været i stand til at indgå i et behandlingsforløb med positiv progression, viser erfaring fra arbejdet med målgruppen, at de dog er motiverede for at leve et liv med mindre smerte og større frihed i tanker og adfærd. Der vil således skulle arbejdes med at skabe mere livskvalitet og livsindhold, og med de områder af personens liv hvor der er basis for at øge trivsel, og hvor der kan sættes meningsfulde mål, som opleves som positive for den enkelte.

Individuelt og i miljøterapeutiske sammenhænge bør der arbejdes med emner som: egenomsorg, psykologiske kompetencer, sociale kompetencer, hverdagskompetencer, netværksmuligheder, tilknytning til det omgivende samfund, mobilitet m.m.⁴⁹

⁴⁹ Tilbud til borgere med langvarig, svær spiseforstyrrelse - Koncept for etablering af længerevarende botilbud, Askovhus – Askov-Fonden, 2019

4.3.3. Psykoedukation

Formålet med psykoedukation er at fremme patienters og pårørendes sygdomsforståelse og eget ansvar for aktivt at deltage i mestring og forebyggelse af spiseforstyrrelsen.

Psykoedukation i form af opbygning af viden om mønstre og dynamikker samt kompetencer vedr. spiseforstyrrelsen, konsekvensen af undervægt (og/eller overvægt), overspisninger og udrensende adfærd samt eventuelt brug af afføringsmidler, slankemider etc. er en vigtig del af behandlingen. Patienten (samt evt. pårørende) undervises således i sygdommen, de mest typiske symptomer samt dynamikker i disse, komplikationer, forløb og behandling. Dertil undervises patienten i normale kropsfunktioner, kroppens behov for sufficient ernæring og de psykologiske konsekvenser af at lide af en spiseforstyrrelse.

I forhold til børn bør undervisningen tilpasses barnets alder, og både patient og forældre bør undervises i sygdommens udformning, de mest typiske symptomer, komplikationer, forløb og behandling samt om normale kropsfunktioner og ernæring.

4.3.4. Somatisk opfølgning, herunder behandling af somatiske komplikationer

En spiseforstyrrelse kan give anledning til en lang række somatiske komplikationer fra flere organsystemer, se eksempler herpå i tabel 4. I behandlingen af børn, unge og voksne med spiseforstyrrelser er den primære opmærksomhed på, om patienten er somatisk stabil og uden risiko for følgetilstande. Den somatiske opfølgning/kontrol foregår løbende med vurdering af almentilstanden, måling af højde, vægt, blodtryk og puls samt monitorering af blodprøver og andre parakliniske undersøgelser efter behov.

Ved behov inddrages relevante somatiske afdelinger (fx endokrinologisk afdeling) i vurderingen og behandlingen.

Tabel 4: Eksempler på somatiske komplikationer ved spiseforstyrrelser

Somatiske komplikationer til anoreksi <ul style="list-style-type: none"> • Reernæringssyndrom • Elektrolytforstyrrelser • Kardielle komplikationer • Forsinket pubertet og sterilitet • Væksthæmning • Infektion • Komplikationer fra mave/tarmkanalen • Osteoporose 	Somatiske komplikationer til bulimi <ul style="list-style-type: none"> • Elektrolytforstyrrelser • Kardielle komplikationer • Komplikationer fra mave/tarmkanalen • Dårlig tandstatus • Infektion 	Overvægt og ledsagesygdomme til overvægt (fx hos BED patienter): <ul style="list-style-type: none"> • Type 2 diabetes • Hjerte/karsygdom • Slidgigt • Lungekomplikationer og søvnapnø • Gynækologiske komplikationer
--	--	---

4.3.5. Ernæringsterapi, herunder måltidsstøtte og spisetræning

Formålet med ernæringsterapi er at genoprette og stabilisere patientens somatiske tilstand. Hvordan den konkret skal udformes, afhænger af hvilken spiseforstyrrelse der er tale om, og hvor alvorlig den er.

Fælles for spiseforstyrrelserne gælder det, at almen ernæringslære bør inddrages løbende i behandlingen, når personens tilstand tillader det. Formålet er at erstatte misinformation, misforståelser og myter omkring sundhed og ernæring med viden og forståelse for kroppens fysiologi, da misforståelser omkring ernæring ofte sætter sig som fastlåste regler og kontroladfærd i spiseforstyrrelsen. Det kan være en fordel at inkludere pårørende i ernæringsundervisningen, så alle har hørt det samme fra fagpersonerne.

Kostplaner, måltidstræning og -støtte er vigtige redskaber i behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser. Ved indlæggelse på døgnafsnit overtager behandlerteamet helt eller delvist ansvaret for patientens spisning og fastlægger en kostplan ved ankomst, med mulighed for enkelte individuelle valg alt efter patientens tilstand. Kostplaner kan forekomme rigide, men de kan medvirke til at realitetskorrigere patientens vrangforestillinger ift. portionsstørrelse og kostens sammensætning og dermed være et nødvendigt skridt på vejen til normalisering af spisning. I forhold til behandling af de sværeste sygdomsgrader er det oftest nødvendigt med udarbejdelse af individuelle kostplaner og hyppig diætetisk opfølgning. Herudover bør patienten støttes i mekanisk spisning, indtil appetitreguleringen bedres, eller patienten er blevet bedre til at fastholde sig selv i tilstrækkelig spisning/måltidsmønster.

I den ambulante behandling kan kostplaner ligeledes være hjælpsomme til at guide og fastholde et sundere måltidsmønster for nogle, men for andre kan de være u hensigtsmæssige. I den ambulante behandling kan det derfor være mere hensigtsmæssigt, at patienten vejledes, undervises og støttes til at arbejde med individuelle handlepunkter fra gang til gang som alternativ til kostplanen. Den vejledende ambulante behandling kan med fordel suppleres af små supplerende gruppeforløb med undervisning i fysiologi og praktisk måltidshåndtering.

Der arbejdes målrettet på at lægge ansvaret for personens spisning tilbage til vedkommende igen, skridt for skridt, og allerede fra starten af behandlingsforløbet fokuseres på forholdene efter udskrivelse, så patienten støttes bedst muligt til at fastholde det nye, sundere spisemønster efter udskrivelse. Dette understøttes eventuelt af en videreførsel af måltidsstøtte i kommunen (se mere i kapitel 5 om kommunal indsats). Det er vigtigt, den initiale kostplan tilpasses den personlige udvikling som led i behandlingen, og at personen får støtte til selv at kunne administrere kostplanen – herunder inkludere alle fødevarer og at afmåle de rette mængder – samt at personen hjælpes til at blive mindre afhængig, og at kunne afvige fra kostplanen f.eks. ved udgang til hjemmemiljøet.

I behandlingen af børn og unge med spiseforstyrrelser inddrages forældrene aktivt i behandlingen, således at forældrene tager medansvar for barnets spising efter kostplanen, svarende til personalet på afdelingen. Forældrene vejledes og støttes af personalet.

4.3.6. Psykofarmakologisk behandling

Psykofarmakologisk behandling bør aldrig stå alene ved behandling af en spiseforstyrrelse, men kan overvejes som et supplement til de øvrige behandlingsindsatser. Der er ikke evidens for psykofarmakologisk behandling til anoreksi, men nogen effekt for bulimi. Hyppigst anvendes psykofarmakologisk behandling i forhold til den psykiatriske komorbiditet, der ofte ses hos patienter med en spiseforstyrrelse, f.eks. angst, OCD eller depression, mhp. at reducere symptomerne og gøre patienten i stand til at indgå i spiseforstyrrelsesbehandlingen. Behandlingsansvarlig læge bør løbende følge op i forhold til bivirkninger og effekt af den farmakologiske behandling herunder samspillet med øvrige behandlingsindsatser.

4.3.7. Fysioterapi/kropsterapi

Fysioterapi/kropsterapi tilbydes patienten mhp. at lære kroppen og dens behov at kende samt at opnå sunde vaner omkring krop og motion, blandt andet med fokus på adfærd ændring.

Den bedst afprøvede kropsterapeutiske behandling som led i spiseforstyrrelsesbehandlingen er B-BAT (Basic Body Awareness Therapy). I kropsterapien vil der gennem små siddende, stående og liggende øvelser arbejdes med at vende blikket indad og lægge mærke til kroppens signaler og sansninger på en ikke-dømmende måde. Et mål er at skabe en større accept af kroppen og en større bevidsthed om og forståelse af, hvad der foregår i kroppen. Det kan støtte personen i at mærke grænser og identificere følelser i kroppen. Styrketræning, aerob fitness og afspænding har endvidere vist sig at have god effekt på depression, angst og generel livskvalitet⁵⁰. Desuden kan fysisk aktivitet skabe frirum for negative tanker, bidrage positivt til affektregulering samt have en positiv effekt på somatiske gener (NKR 2016).

Fagpersoner bør løbende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge om at vurdere, om patientens sundhedstilstand og energiindtag tillader patienten at dyrke motion. Indholdet i og graden af den fysioterapeutiske indsats skal vurderes og tilpasses den enkelte patient, herunder patientens somatiske tilstand, psykologiske tilstand og mentale ressourcer. Fysisk aktivitet bør foregå under tæt vejledning og løbende monitoreres af personale med relevant kompetence.

Patienter med svære spiseforstyrrelser kan ud fra en faglig vurdering tilbydes fysisk træning af kroppen og/eller vejledning til vedligeholdelse af den fysiske funktionsevne for derigennem at opnå en bedre kropsfølelse. Patienter med svære spiseforstyr-

⁵⁰ Physiotherapy improves eating disorders and quality of life in bulimia and anorexia nervosa, Gustavo C Machado, Manuela L Ferreira, Br J Sports Med, 2014

relser, der efter en sygehusindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, kan få udarbejdet en genoptræningsplan på hospitalet. Genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning, der ydes efter serviceloven, bør koordineres hermed. Det er centralt, at det er fysioterapeuter med viden om fysisk aktivitet hos mennesker med blandt andet anoreksi, der introducerer og øver normal træningsadfærd for patienter, der har eller har haft tendens til fx tvangsmotion (NKR anoreksi 2016). Desuden kan praktiserende fysioterapeuter i tæt samarbejde med de praktiserende læger have en vigtig rolle i tidlig opsporing af patienter med spiseforstyrrelser.

4.3.8. Socialrådgivning

Formålet med socialrådgivning er tilbyde almindelig socialfaglig råd og vejledning til patienten og dennes netværk, herunder lovgivningens muligheder og rammer samt at understøtte samarbejdet om patienten mellem den regionale psykiatri og relevante kommunale forvaltninger.

En socialrådgiver (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) ansat i sundhedsvæsenet bør så tidligt som muligt i en patients behandlingsforløb etablere kontakten til de kommunale forvaltninger, så den kommunale sagsbehandler, når det er relevant, kan vurdere, om der er behov for en konkret indsats, som der dermed kan visiteres til. Den tidlige kontakt skal være med til at skabe de bedst mulige forudsætninger for, at rehabilitering i kommunalt regi kan påbegyndes rettidigt og i et integreret og koordineret samarbejde med den regionale behandlingsindsats.

Som led i socialrådgivningen tilbydes almindelig socialfaglig råd og vejledning til patienten og dennes netværk, primært om lovgivningens muligheder og rammer uden for den regionale psykiatri, eksempelvis at sikre forsørgelse, muligheder for støtte i familien, rehabiliterende indsatser, kontakt til bruger- og pårørendeforening, beskæftigelse, skole og uddannelse, boligforhold osv. I nogle tilfælde vil råd og vejledning være tilstrækkelig – i andre tilfælde vil der være behov for, at socialrådgiveren er behjælpelig ift. kontakten til de relevante myndigheder, eksempelvis hvis der skal påbegyndes en visitation til en kommunal rehabiliterende indsats.

På det sociale område er det afgørende, at patienten og dennes netværk medvirker aktivt ift. planlægningen af sociale og rehabiliterende indsatser. Socialrådgivere ansat i sundhedsvæsenet er bekendt med den sociale lovgivnings principper ift. medbestemmelse og kan derfor fungere som bindeled og brobygger mellem den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder, som er underlagt forskellig lovgivning og praksis. Udover at orientere den kommunale forvaltning, bør socialrådgiveren ved behov være initiativtager til møder ift. koordinerede indsatsplaner og/eller netværksmøder, hvor dialog og samarbejde mellem parterne påbegyndes og dermed være med til at understøtte et velfungerende samarbejde om og med patienten med fælles målsætninger og tæt koordination. Det er et fælles ansvar for region og kommune at sikre, at patientens/borgerens overgang mellem sektorer bliver så smidig som mulig.

4.4. Behandlingsniveau i den regionale psykiatri

Behandlingen i den regionale psykiatri kan både foregå ambulant, i daghospital eller under døgnindlæggelse, se tabel 5. Behandlingen kan varetages på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Behandlingsindsatsen bør vurderes på baggrund af den diagnostiske udredning og sværhedsgrad og bør revurderes i forløbet. Som udgangspunkt bør patienten altid tilbydes en indsats på mindst indgribende niveau, se også afsnit 3.2 om graduerede indsatser.

Beskrivelsen af behandlingsniveauet i nedenstående tabel 5 er overordnede beskrivelser og vejledende i forhold til indholdet af behandlingen på de forskellige niveauer. Behandlingen bør således være fleksibel og tilrettelægges i forhold til den enkelte patient.

For patienter med svære spiseforstyrrelser og langvarige forløb vil det ofte ikke være muligt eksempelvis at opnå de vejledende mål for vægtøgning under ambulant behandling eller indlæggelse. Her kan det være relevant med en ikke-kurativ tilgang, hvor der fortsat bør arbejdes med at skabe positiv forandring mht. vægtøgning, men med forståelse for, at processen vil være langsommere end den angivne vejledende tidsramme. Indledningsvis bør fokus for behandling derfor i stedet være på vægtstabilisering og nedbringelse af øvrige spiseforstyrrelsessymptomer, herunder fokus på skadesreduktion, minimering af indlæggelser og øget livskvalitet.

Læs mere om den kommunale indsats til mennesker med svær spiseforstyrrelse i afsnit 5.3.2.

Tabel 5: Behandlingsniveau i den regionale psykiatri

Behandlingsniveau i den regionale psykiatri:

Ambulant behandling

Langt de fleste voksne patienter behandles ambulant, når de er henvist til specialiseret behandling i hospitalsregi for en spiseforstyrrelse. Det gælder for næsten alle med bulimi og selv svært syge patienter med anoreksi, som er motiveret for behandling. Som i anden behandling for spiseforstyrrelse er den ambulante behandling tværfaglig med grundig psykoedukation om spiseforstyrrelsens funktion og følger. Somatisk monitorering er afgørende. Der er fokus på ernæringsfysiologisk vejledning om kroppens behov, og et bærende element er det psykoterapeutiske forløb. I dette arbejdes med de følelsesmæssige udfordringer i forhold til at ændre på spiseforstyrrelsesadfærden, der ofte har haft et affektregulerende øjemed. I det ambulante forløb arbejdes med at motivere til ændringer i form af regelmæssig, tilstrækkelig og varieret spisning, udskydelse og senere ophør med overspisninger og opkastninger samt anden kompenserende adfærd f.eks. tvangsmotion og misbrug af afføringsmidler.

En del af patienterne i ambulant regi er undervægtige og skal normalisere deres spisning og vægt. Ideelt planlægges en vægtøgning svarende til gennemsnitligt $\frac{1}{2}$ -1 kg om ugen for undervægtige patienter, der er i kurativ behandling.

Patienterne har oftest et kritisk kropssyn og har usikkerhed i forhold til at tolke kroppens signaler, hvilket der kan arbejdes med i kropsterapi.

For patienter med svære spiseforstyrrelser og langvarige forløb vil det ofte ikke være muligt eksempelvis at opnå de vejledende mål for vægtøgning under ambulant behandling eller indlæggelse. Her kan det være relevant med en ikke-kurativ tilgang, hvor der fortsat bør arbejdes med at skabe positiv forandring mht. vægtøgning, men med forståelse for, at processen vil være langsommere end den angivne vejledende tidsramme.

Varigheden af ambulant behandling er meget forskellig afhængig af patientens sygdomsgrad og sygdomsforløb. For mange patienter med grad 2-3 sværhedsgrad er det ambulante forløb af ca 1 års varighed. Med stigende sygdomsgrad er der behov for længere behandling. Selv for patienter med grad 2-3 kan der på et senere tidspunkt være behov for et nyt forløb, dels fordi spiseforstyrrelsen kan recidivere, og dels fordi der kan være restsymptomer.

Rådgivning og måltidsstøtte kan ydes ambulant eller ved hjemmebesøg. For børn og unge tager indsatsen udgangspunkt i principper for familiebaseret behandling (se desuden afsnit 4.3.5), og man forsøger så vidt muligt at tilbyde indsatsen i barnets eget miljø for at begrænse isolation og undgå tilbagefald i overgangen mellem behandlingen og hjemmet. Behandlerne rådgiver og støtter forældrene i at tilrettelægge og sikre, at den unge spiser tilstrækkeligt til vægtøgning. En kostplan kan være et holdepunkt for forældrene og kan hjælpe til at stå fast over for den unge, men oftest er støtte til at håndtere måltider og konflikter tilstrækkeligt. Behandlerne skal hjælpe med at sikre en ernæringsrigtig kost, og der stiles mod at opstille specifikke mål for vægtindhentning jf. National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa⁵¹, indtil vægten er normaliseret. Den daglige fødeindtagelse justeres efter behov og rummer sædvanligvis tre hovedmåltider og to-tre mellemmåltider. Når patienten er i bedring, rådgives patient og familie om vægtstabiliserende kost og normalt spisemønster.

Særligt gældende for gravide patienter med en spiseforstyrrelse, bør netværk inkl. jordemoder og sundhedsplejerske og evt. spædbørnsambulatorium inddrages efter patientens ønske. Se mere om indsatsen for gravide i afsnit 2.10.

Daghospitalsbehandling

Daghospitalet kan tilbyde forløb til patienter, som ikke profiterer af ambulant behandling, eller patienter som er udskrevet fra døgnafsnit. Intensitet/frekvens af kontakten beror på en faglig vurdering af patientens samlede behov fx i forhold til, om patienten er i stand til at håndtere spiseforstyrrelsen uden for hospitalet, herunder om patienten er i stand til at spise selv osv. I daghospitalet får patienterne flere dage om ugen støtte til flere måltider samt mulighed for at arbejde psykoterapeutisk og praktisk med sine vanskeligheder. Såfremt patienten har lav vægt, vil patienten som udgangspunkt

⁵¹National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa, Sundhedsstyrelsen, 2016

skulle vægtøge ½-1 kg om ugen. Særligt vedr. børn vil dette dog også afhænge af alder og højde/vægt.

Indlæggelse

Indlagte patienter på de specialiserede døgnafsnit har oftest komplicerede sygdomsforløb. Ofte er patienterne meget undervægtige og kan have betydelig psykiatrisk komorbiditet, hvilket vanskeliggør behandlingsforløbet. Patienter kan også være normalvægtige, men eksempelvis have udtalt opkastningsadfærd. Under indlæggelsen har patienterne behov for tværfaglig indsats med megen støtte. Der er fortsat behov for somatisk monitorering, ernæringsfysiologisk vurdering og råd, støtte til at spise, til at bekæmpe angst, til at undlade kompenserende adfærd i form af opkastninger og tvangsmotion. Undervægtige patienter skal ideelt set tage 1 kg på om ugen under indlæggelse.

Patienterne arbejder under indlæggelsen i forskellige terapigrupper mhp. bedring af funktionsniveau, at takle emotionelle vanskeligheder og at opnå forståelse af sygdommen. Det er afgørende for behandlingen, at behandlingsforløbet under indlæggelse foregår ud fra effektiv kommunikation mellem kommunen, familien og netværket. Tidligere iværksatte indsatser i kommunen fortsættes, hvis der fortsat er behov. Kommunen bør løbende informeres om forløbet, herunder særligt informeres om fund i forbindelse med udredningen, og iværksættelse/tilretning af relevante indsatser i kommunen initieres. Se desuden kapitel 5 for en uddybning af anbefalinger om tværsektorielt samarbejde.

Bilag 2 beskriver vejledende indikationer for indlæggelse, herunder akut indlæggelse.

4.5. Anvendelse af tvang

Frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling må kun ske i hht. psykiatriloven. Det følger af 'mindste-middelsprincippet', at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige til at opnå formålet med behandlingen, skal disse anvendes. Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensynstagen til patienten.

Frihedsberøvelse, herunder tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse, kan foretages såfremt en patient er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforvarsligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling, fordi 1) udsigten til helbredelse i givet fald vil være væsentligt forringet eller 2) den pågældende vil frembyde nærliggende fare for sig selv eller andre. I bemærkningerne til loven er anoreksi med svær afkræftelse og mulig livsfare til følge specifikt nævnt som en tilstand, der kan sidestilles med en psykotisk tilstand.

Tvangsbehandling kan kun anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Tvangsbehandling i form af eksempelvis tvangsernæring skal besluttet af den psykiatriske overlæge, der samtidig træffer bestemmelse om, og i hvilket

omfang der, om fornødent, kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse, fx bæltefiksering.

For nærmere anvisninger i forhold anvendelse og registrering af tvang henvises til Sundhedsstyrelsens vejledninger⁵², ⁵³.

Særligt vedrørende børn og unge

For så vidt angår mindreårige, skal der tages hensyn til deres alder, hvis tvang kommer på tale. F.eks. bør et alvorligt indgreb som tvangsfiksering i udgangspunktet ikke anvendes for patienter under 15 år.

Af forældreansvarslovens § 1 a fremgår det, at børn og unge under 18 år er under forældremyndighed, medmindre de har indgået ægteskab. Dette indebærer ifølge § 2, at forældremyndighedens indehaver skal drage omsorg for barnet og træffe afgørelser vedrørende barnets personlige forhold ud fra barnets interesser og behov, herunder afgørelser vedrørende sygdomsbehandling. Det myndighedsretlige udgangspunkt er således, at det er forældrene, der skal give et informeret samtykke, når patienten er mindreårig.

Sundhedsloven⁵⁴ fraviger dette retlige udgangspunkt, idet det fremgår af sundhedslovens § 17, stk. 1, at en patient, der er mellem 15-17 år, selv kan give informeret samtykke til behandling. Forældremyndighedens indehavere skal modtage information og inddrages i den unges stillingtagen, men beslutningskompetencen ligger hos den unge selv. Det fremgår dog af sundhedslovens § 17, stk. 2, at forældremyndighedens indehavere kan give informeret samtykke i de situationer, hvor en sundhedsperson skønner, at den mindreårige mellem 15-17 år ikke selv er i stand til at forstå konsekvenserne af sin stillingtagen. Det fremgår af sundhedslovens § 20, stk. 1, at patienter, som ikke kan give et informeret samtykke, skal informeres og inddrages i behandlingen i det omfang, den mindreårige forstår behandlingssituationen, medmindre dette kan skade patienten.

Det følger som ovenfor nævnt af sundhedsloven, at forældremyndighedens indehavere kan give informeret samtykke til behandling af patienter under 15 år. Patienter under 15 år, hvor forældremyndighedsindehaverene ikke har samtykket til indlæggelse, vil således ikke kunne frihedsberøves dvs. beholdes på afdelingen mod sin vilje, med mindre psykiatrilovens betingelser herfor er opfyldt.

Psykiatrisk behandling af patienter under 15 år, som iværksættes uden informeret samtykke fra forældremyndighedens indehavere, vil være tvangsbehandling og skal altid ske inden for rammerne af psykiatriloven. Dette gælder også, når forældremyndighedens indehavere har undladt at tage stilling.

⁵² VEJ nr 9778 af 02/08/2016 Vejledning om forhåndstillkendelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Til psykiatriske afdelinger)

⁵³ VEJ nr 9798 af 16/08/2016 Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaftaler/koordinationsplaner (Til psykiatriske afdelinger)

⁵⁴ Bekendtgørelse af sundhedsloven, jf. LBK nr. 903 af 26. august 2019.

Patienter mellem 15 -17 år kan selv give informeret samtykke til behandling, men forældremyndighedens indehavere skal som udgangspunkt have information og inddrages i den mindreåriges stillingtagen, således at de kan varetage deres omsorgspligt, jf. sundhedslovens § 17, stk. 1. Tavshedspligt over for forældremyndighedens indehavere kan dog være nødvendig ved afgørende hensyn til patienten, f.eks. hvis videregivelse af visse oplysninger vil give anledning til voldsomme konflikter, herunder særlige forhold som f.eks. abort, prævention m.v.

For alle patienter over 15 år, uanset om de har den fornødne modenhed, vil der være tale om tvang, hvis patienten ikke giver samtykke til behandlingen, og betingelser for anvendelse af de enkelte tvangsforanstaltninger er opfyldt.

4.6. Kompetencer

Et fagligt stærkt arbejdsmiljø er en forudsætning for at levere en behandling af høj kvalitet for mennesker med spiseforstyrrelser. Det sundhedsfaglige personale, som arbejder med mennesker med spiseforstyrrelser, bør derfor have erfaring med området og samtidig have løbende mulighed for faglig udvikling. Det angår dels formaliseret kompetenceudvikling ved eksempelvis kurser og efteruddannelse, dels at der samtidig er fokus på faglig udvikling i den kliniske praksis gennem bl.a. vejledning, studiebesøg, supervision mv.

Indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser består af en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, hvor mange forskellige faggrupper bidrager til at skabe den bedste indsats for den enkelte. Det er vigtigt, at man understøtter det tværfaglige samarbejde, da et stærkt samarbejde på tværs af forskellige faggrupper er med til at sikre en tværfaglig forståelse og behandlingsindsats og øge kvaliteten i behandlingen.

Faglig udvikling opnås endvidere gennem et veletableret forskningsmiljø, som samtidig er med til at sikre kvaliteten i indsatsen gennem anvendelse af ny viden i praksis. Det er i den forbindelse vigtigt, at man understøtter arbejdet med anvendelsen af forskningsviden i praksis, og har fokus på at bidrage med forskning, som kan skabe ny viden til gavn for mennesker med spiseforstyrrelser i spændingsfeltet mellem forskellige faglige perspektiver.⁵⁵

Opsamlende anbefalinger for kapitel 4 om udredning og behandling

På baggrund af ovenstående anbefales det, at:

⁵⁵ Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser - en national strategi. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold og Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015

- Udredning af en patient med en mulig spiseforstyrrelse kan påbegyndes i almen praksis, men den endelige diagnosticering vil primært finde sted i hospitalsregi, da udredning og diagnostik af spiseforstyrrelser bør baseres på systematisk udredning med internationalt anerkendte instrumenter udført af sundhedsfagligt personale med specialiseret viden om spiseforstyrrelser.
- Almen praksis kan behandle symptomer svarende til en let grad af spiseforstyrrelse hos voksne, men patienten skal henvises til den regionale psykiatri, såfremt der
 - 1) ikke opnås den forventede effekt af indsatsen i almen praksis indenfor 6-8 uger, 2) mistænkes andre samtidige svære psykiske lidelser, eller
 - 3) hvis spiseforstyrrelsen vurderes at være af en karakter og sværhedsgrad, der ikke kan håndteres i almen praksis.
- Ved behandling af symptomer svarende til en let spiseforstyrrelse i almen praksis foretages der en tæt opfølgning (minimum hver anden uge) med løbende vurdering af, om der er fremgang i tilstanden, herunder monitorering af udviklingen i vægt, mhp. løbende vurdering af behov for henvisning til den regionale psykiatri.
- Almen praksis bør have mulighed for at indhente faglig sparring og rådgivning i den regionale psykiatri ved behov, også i tilfælde hvor henvisning til den regionale psykiatri ikke er nødvendig.
- En udredning af en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri bør altid omfatte diagnostisk interview med et internationalt anerkendt instrument (fx EDE). Endvidere skal udredningen omfatte en vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, tilstedeværelse af komorbiditet og bør endvidere omfatte en grundig anamnese samt en somatisk vurdering.
- Behandlingen af en spiseforstyrrelse bør foregå i et tværfagligt samarbejde og tilrettelægges i forhold til den enkelte patients ressourcer, behov og målsætninger og bør omfatte en kombination af flere typer af behandling, herunder motivationsfremme, psykoterapi, psykoedukation, somatisk opfølgning, ernæringsterapi, farmakologisk behandling, fysioterapi og socialrådgivning. Se i øvrigt de diagnosespecifikke behandlingsindsatser i bilag 3.
- Grundlaget for valg af behandlingsindsatser baseres på faglige anbefalinger, evidens (herunder Nationale Kliniske Retningslinjer) og/eller praksis- og forskningsbaseret viden samt effekt af tidligere afprøvede behandlingsindsatser ved den enkelte. Da det faglige evidensgrundlag for behandling af BED fortsat er begrænset bør der igangsættes et fagligt arbejde, som beskriver indholdet i behandling af BED baseret på den nuværende viden fra evalueringer, forskning og praksis.
- Valg af behandlingstilbud og behandlingsform, f.eks. ambulant, dagbehandling eller døgnindlæggelse baseres på en konkret faglig vurdering og afhænger af den aktuelle problematik.
- Der sikres et tilstrækkeligt kompetenceniveau blandt det sundhedsfaglige personale gennem opbygning af et fagligt stærkt arbejdsmiljø med løbende mulighed for faglig udvikling gennem eksempelvis kurser og efteruddannelse samt faglig udvikling i den kliniske praksis gennem bl.a. vejledning, studiebesøg, supervision mv.

5. Tidlig indsats og rehabilitering i kommunen

I dette afsnit beskrives den tidlige indsats for mennesker med begyndende tegn på spiseforstyrrelser, herunder opsporing af spiseforstyrrelser samt handlingsanvisninger i forbindelse med fagligt begrundet mistanke om spiseforstyrrelser. Efterfølgende beskrives den rehabiliterende indsats i kommunen i forbindelse med et behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Til sidst beskrives det, hvordan kommunerne kan arbejde med opbygning af kompetencer til arbejdet med målgruppen i kommunen, samt hvordan kommunerne blandt andet kan indhente den nødvendige viden i samarbejdet med den regionale psykiatri og øvrige aktører på området.

Idet kommunen er ansvarlig for sociale indsatser for mennesker med spiseforstyrrelser, som ofte vil forløbe samtidig med et behandlingsforløb i den regionale psykiatri, spiller kommunen en vigtig rolle i forhold til at sikre et sammenhængende forløb for den enkelte – også under et eventuelt behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Denne koordinerende funktion og mulighederne for at understøtte samarbejdet på tværs beskrives i kapitel 3 om organisering og samarbejde.

Det anbefales, at kommunerne har taget stilling til, hvordan man vil arbejde med gruppen af mennesker med spiseforstyrrelser, at man i kommunen får lavet en kortlægning af relevante tilgængelige tilbud, og at der ved behov etableres supplerende tilbud. Yderligere bør kommunen arbejde med at opbygge vidensmiljøer bestående af udpegede relevante ressourcepersoner, som kan varetage og/eller tilrettelægge indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser.

5.1. Mental sundhedsfremme og alment forebyggende indsatser

I kommunerne betegnes de indsatser, der har fokus på at undgå mistrivsel, som alment forebyggende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig, og mere omfattende indsatser bliver nødvendige. Alment forebyggende indsatser er derfor vigtige, men mistrivsel kan ikke altid undgås ved forebyggende indsatser⁵⁶. De alment forebyggende indsatser i kommunen er således væsentlige for, at tegn på spiseforstyrrelser kan opdaiges tidligt i forløbet.

Kommunerne har, jf. sundhedsloven, ansvaret for at skabe rammer for en sund levevis og bidrage til sund opvækst for børn og unge og skabe gode forudsætninger for en sund

⁵⁶ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen, 2017

voksentilværelse. Kommunerne arbejder som led i denne opgave med at fremme borgerenes mentale sundhed. Mental sundhedsfremme er en vigtig del af en kommunal indsats, som dels skal være med til at fremme trivsel og sundhed og dels være med til at hindre, at eventuelle vanskeligheder bliver mere omfattende. Denne del af indsatsen beskrives ikke nærmere i disse anbefalinger, men man kan læse mere om det i blandt andet Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser og forebyggelsespakke for mental sundhed.⁵⁷

Som led i at skabe rammerne for en sund levevis og opvækst og arbejdet med at forebygge udviklingen af psykiske lidelser, kan kommunerne yderligere arbejde konkret med nogle af de faktorer, som kan bidrage til blandt andet udviklingen af en spiseforstyrrelse, jf. afsnit 2.1 om disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer. Det kan eksempelvis være forebyggende og støttende indsatser til familier med alkoholmisbrug eller svær psykisk sygdom eller indsatser til at forebygge sociokulturelle forhold, som disponerer til spiseforstyrrelser, som for eksempel selvværd, holdninger til udseende og vægt, høje krav til præstationer mv.

5.2. Tidlig indsats og opsporing af spiseforstyrrelser

For at styrke indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser er det afgørende, at mennesker med tidlige tegn eller begyndende symptomer på en spiseforstyrrelse identificeres og tilbydes en indsats så tidligt som muligt, så spiseforstyrrelsen ikke udvikler sig. Dermed kan man styrke mulighederne for at forebygge, at der bliver behov for mere indgribende indsatser. Det er i den forbindelse vigtigt, at der ved mistanke om en spiseforstyrrelse opfordres til at tage kontakt til egen læge, som kan foretage en somatisk undersøgelse og vurdere behovet for en behandlingsindsats og henvise til den regionale psykiatri, jf. afsnit 4.1.1 om vurdering af spiseforstyrrelser i almen praksis. Ved behov kan sagsbehandleren i kommunen eller øvrige fagpersoner tæt på borgeren støtte den enkelte i at tage kontakt til egen læge.

Som led i de kommunale forebyggende indsatser, jf. afsnit 5.1., arbejder kommunerne med identificering af og tidlig indsats for mennesker i psykisk mistrivsel. Det kommunale fagpersonale, fx sundhedsplejersker, pædagoger, lærere, personale i ungdomsklubber, sagsbehandlere mv., spiller en vigtig rolle i forhold til opsporing af mennesker med tegn på psykisk mistrivsel. Der er imidlertid forskel på generel mistrivsel og begyndende symptomer på psykisk sygdom, som fx en spiseforstyrrelse⁵⁸. Samtidig kan der være en glidende overgang mellem mistrivsel og begyndende symptomer på spiseforstyrrelser, og risikofaktorer og tidlige tegn vil ofte være tilstede en lang periode før, at en konkret spiseforstyrrelse udvikles og kan diagnosticeres.

⁵⁷ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx?la=da&hash=1FCEFD423EB5FF97D1A6611C545B10079DBD8F>

⁵⁸ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017, samt Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for mental sundhed <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-mental-sundhed>

Graden af kompleksitet kan hurtigt eskalere som led i udviklingen af en eventuel spiseforstyrrelse, og det er derfor vigtigt, at pårørende og fagpersonale, fx sundhedsplejersker, pædagoger, sagsbehandlere og støttekontaktpersoner, reagerer hurtigt ved mistanke om en spiseforstyrrelse og begyndende symptomer herpå. Samtidig identificerer mennesker med spiseforstyrrelser typisk ikke egne symptomer eller tegn på spiseforstyrrelser og søger derfor ikke altid selv hjælp, og det er derfor vigtigt, at personen bliver opfordret til eller støttet i at kontakte egen læge. Boks 1 oplister særlige opmærksomhedspunkter og tegn på spiseforstyrrelser.

Boks 1: Opmærksomhedspunkter og tegn på spiseforstyrrelser

Tidlige tegn på en spiseforstyrrelse kan være relativt diffuse symptomer og bestå af et kontinuum af tegn/symptomer, der spænder vidt. Generelle symptomer og tegn på spiseforstyrrelse kan fx være:

- Ændret forhold til mad og spisning
- Vægtændringer
- Ændringer i aktivitet, herunder eventuelt et overdrevent fysisk aktivitetsniveau og 'sundhedsadfærd'
- Overoptagethed af krop, vægt, sund mad og træning
- Isolation og undgåelsesadfærd, særligt omkring måltider
- Tristhed (følelse af tomhed) og ensomhed
- Nedsat trivsel, energi og lyst
- Irritabilitet
- Mavepine (herunder forstoppelse)
- Hovedpine
- Træthed og søvnproblemer
- Lavt blodtryk, evt. besvimelse og svimmelhed

Det er derfor vigtigt at være opmærksom på både psykologiske, fysiske og adfærdsmæssige symptomer, da det er det samlede symptom billede, som bør give anledning til skærpet opmærksomhed på tidlige tegn på en spiseforstyrrelse

Yderligere bør der udvises en særlig opmærksomhed i forhold til sammenhængen mellem BED og overvægt. Det anslås, at op mod 50 % af de borgere, der har spiseforstyrrelsen tvangsoverspisning (BED), har svær overvægt, og at næsten 30 % af borgere med svær overvægt, der søger hjælp til vægttab i eksempelvis kommunerne, også har BED.

Kilder: Stunkard AJ AK. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes* 2003;27:1-12 og Thornton et al. Binge Eating Disorder in Swedish National Registers: Somatic comorbidity. *Int J Eating Disorders* 2017;50(1):58-65

Det er vigtigt, at der på det almene område i kommunen foreligger klare handlingsanvisninger ved fagligt begrundet mistanke om spiseforstyrrelser, som angiver, at borgeren

skal opfordres til og støttes i at tage kontakt til den egen læge. Ved mistanke blandt børn og unge er det vigtigt, at de kommunale fagpersoner så tidligt som muligt inddrager forældrene og orienterer om mistanken og opfordrer dem til at tage kontakt til egen læge. De klare handlingsanvisninger kan understøttes ved, at man i kommunen har en eller flere ressourcepersoner på området, som fagpersonale i nærmiljøet, pårørende, kollegaer mv. kan rette henvendelse til ved en mistanke om spiseforstyrrelse. Ressourcepersonerne kan etableres som en del af de højt specialiserede sociale rehabiliteringstilbud og vidensmiljøer for målgruppen (jf. Socialstyrelsens centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser) og ved behov etableres på tværs af flere kommuner, fx i klyngesamarbejdet. Læs mere om ressourcepersoner, vidensmiljøer og klyngesamarbejde i afsnit 5.4 om kompetencer i kommunerne.

De kommunale medarbejdere, som arbejder med den kommunale indsats for målgruppen (fx ressourcepersoner) bør have en grundlæggende viden om spiseforstyrrelser og kompetencerne til at foretage en indledende vurdering af alvorsgraden af problemerne og behovet for hjælp, så den rette indsats iværksættes så tidligt som muligt.⁵⁹ Som led i denne vurdering er det vigtigt, at disse fagpersoner har kompetencerne til at tage en indledende dialog med den pågældende ved mistanke om spiseforstyrrelse. Læs mere om særlige opmærksomhedspunkter i forhold til den indledende dialog i boks 2.

⁵⁹ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017

Boks 2: Indledende dialog ved mistanke om spiseforstyrrelser

Det er vigtigt, at fagpersoner, som indleder en dialog ved mistanke om spiseforstyrrelse, ikke er berøringsangste, og at de kan stille konkrete spørgsmål til tidlige tegn på spiseforstyrrelse, også selvom vedkommende opsøger fagpersonen af andre grunde.

Det er vigtigt, at man sætter klare rammer for samtalen, herunder formålet med samtalen, og at man er åben og ærlig om rammerne og formålet for at understøtte en fortrolighed mellem fagperson og den pågældende.

I den indledende dialog bør fagpersonerne være særligt opmærksomme på:

- At udtrykke bekymring og forståelse frem for at virke dømmende og konfronterende.
- Lytte aktivt og give plads til, at personen kan tale om de emner, som har betydning for den enkelte
- Spørge nysgerrigt ind til relevante områder som trivsel, selvværd, kropsopfatelse og sociale relationer samt spisemønstre, forhold til mad, vægttab og fysiske symptomer som mavepine, manglende søvn mv.

I forbindelse med den indledende dialog og vurdering af behov for indsats er et vigtigt opmærksomhedspunkt i forhold til børn og unge, at der udvises varsomhed i forhold til, at man som fagperson kan komme til at forstærke en eventuel begyndende spiseforstyrrelse hos barnet/den unge ved, på et for tidligt stadie, at fokusere entydigt på eksempelvis spisning og kropsfokus frem for mere generelt fokus på mistrivsel. Yderligere er et særligt opmærksomhedspunkt for børn og unge, at forældrene inddrages så tidligt som muligt ved mistanke om spiseforstyrrelse.

Yderligere kan ressourcepersoner i kommunen understøtte relevante kommunale fagpersoner i borgernes nærmiljø, som fx arbejder med trivsel, udvikling og sundhed blandt børn, unge og voksne til at tage en indledende dialog ved mistanke om spiseforstyrrelse og opbygge deres kompetencer til at have særlig opmærksomhed på tidlige tegn på spiseforstyrrelser. For børn og unge kan fagpersoner i nærmiljøet eksempelvis være sundhedsplejersker, pædagoger, lærere og AKT-lærere, klub- og fritidsmedarbejdere eller PPR-medarbejdere. For voksne kan socialrådgivere, sagsbehandlere, tandlæger, eller medarbejdere på jobcentre være relevante fagpersoner.

Ved fagligt begrundet mistanke om en spiseforstyrrelse skal den pågældende opfordres til at tage kontakt til den alment praktiserende læge og ved behov have støtte til at tage kontakt fra den person, som har foretaget den faglige vurdering. Hvis der er tale om et barn/ung, tages desuden kontakt til forældre med henblik på at inddrage dem og opfordre

til at tage kontakt til deres alment praktiserende læge. Som beskrevet i målgruppeafsnittet er en spiseforstyrrelse ofte forbundet med en stor grad af ambivalens eksempelvis i forhold til at indgå i behandling. Det er derfor vigtigt, at hvis man som fagperson i kommunen kommer i kontakt med en person med en spiseforstyrrelse, løbende arbejder med at motivere den pågældende til at opsøge egen læge og modtage eventuel behandling, jf. afsnit 4.2.1 om motivationsfremme og inddragelse af pårørende.

Den praktiserende læge vurderer (jf. afsnit 4.1.1. vurdering af spiseforstyrrelse i almen praksis), om der er behov for henvisning til udredning og behandling i den regionale psykiatri, eller om der er behov for iværksættelse af samtaler og opfølgning ved alment praktiserende læge (evt. i samarbejde med praktiserende psykolog eller psykiater), eller om der på nuværende tidspunkt ikke er behov for en indsats i hverken praksissektoren eller den regionale psykiatri. Med afsæt i vurderingen fra egen læge, bør der i kommunen følges op på, om der er behov for iværksættelse af en kommunal indsats for borgeren – eventuelt som supplement til en egentlig behandlingsindsats i praksissektoren eller i den regionale psykiatri.

I den indledende faglige vurdering af behovet for iværksættelse af en social eller sundhedsfaglig indsats i kommunen, vil der være behov for at se på hele borgerens situation og eventuelle bagvedliggende årsager til spiseproblemerne eller –forstyrrelsen, før den rette indsats kan tilrettelægges. Ud over forholdet til mad og spisning er det også vigtigt at afdække en række øvrige forhold som fx fysisk og mental sundhed, udvikling og adfærd, sociale relationer (fx skole, arbejde, fritid, nærmiljø) og familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk samt evt. misbrug, psykiske vanskeligheder mv.). Det vil således være nødvendigt at indhente relevant viden fra en række aktører og ved behov indhente råd og vejledning fra den regionale psykiatri i vurderingen af borgeren.

Såfremt det vurderes, at der skal iværksættes en tidlig indsats i kommunen, skal det yderligere besluttes, hvilken type af indsats(er) der iværksættes, og forløbet planlægges, jf. kapitel 3 om organisering og samarbejde. Hvis indsatsen ikke har den ønskede effekt på en eventuel begyndende eller egentlig spiseforstyrrelse inden for kort varighed, bør det sikres, at der træder en anden indsats i stedet for. I den forbindelse bør det vurderes, om der er behov for at støtte op om, at der tages kontakt til egen læge, som ved behov kan henvise til behandling i den regionale psykiatri.⁶⁰

Behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser er overordnet et lægeligt ansvar, og såfremt der iværksættes en behandlingsindsats ved alment praktiserende læge eller i den regionale psykiatri, vil disse være ansvarlige for behandlingen af den pågældende, mens socialområdet i kommunen har til opgave at understøtte denne behandling med relevante supplerende socialfaglige eller sundhedsfaglige indsatser, hvilket beskrives nærmere i det følgende afsnit 5.3. om opfølgning og rehabiliterende indsats i kommunen.

⁶⁰ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017

Kommunen har derfor også et vigtigt medansvar i forhold til at sikre samspil i de forskellige indsatser og at koordinere samarbejdet på tværs. Det betyder eksempelvis, at hvis der allerede er igangsat et forløb for borgeren inden for kommunens socialområde, fx bostøtte, er det vigtigt at disse koordineres med de øvrige fagpersoner, som eventuelt inddrages i forløbet, fx den alment praktiserende læge og fagpersonalet i den regionale psykiatri.

5.3. Opfølgning og rehabiliterende indsats i kommunen

Kommunerne er som tidligere beskrevet ansvarlige for rehabiliteringsindsatser til mennesker med spiseforstyrrelser både før, under og efter et behandlingsforløb på et hospital, jf. serviceloven. Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på hele borgerens livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.⁶¹

En rehabiliteringsindsats i kommunalt regi er en helhedsorienteret indsats, der adresserer de samlede vanskeligheder, borgeren oplever. Det primære formål med en indsats vil være, at borgeren kan opnå eller genvinde evnen til at trives og leve et velfungerende hverdagsliv med mulighed for at deltage i sociale aktiviteter, arbejde og/eller uddannelse.

En spiseforstyrrelse er ofte forbundet med fysiske, psykiske og sociale følger, som kan påvirke borgerens funktionsevne (se afsnit 5.3.1 for uddybning af funktionsevne). Et rehabiliteringsforløb fokuserer derfor ikke alene på borgerens forhold til spisning og mad, men støtter borgeren i forhold til mestring af livet og trivsel generelt, til at indgå i sociale fællesskaber og opnå et velfungerende socialt liv og til at vedligeholde eller opnå tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarked mv.

Indsatserne vil ofte have karakter af et udslusningsforløb fra hospital til eget hjem eller til et døgntilbud med fokus på at støtte den enkelte i at kunne leve et selvstændigt liv.⁶² Et afgørende mål for indsatsen er, at den enkelte undgår tilbagefald, fastholder funktionsevniveauet og understøttes i at mestre hverdagen. Derfor bør behandling og rehabiliterende indsatser iværksættes ud fra en individuel vurdering og etableres integreret og koordineret med et forløb i den regionale psykiatri.

De kommunale indsatser til målgruppen kan både være indsatser på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet, og de kan bl.a. omfatte måltidsstøtte (enten ved dag- eller døgntilbud eller i eget hjem, eller gennem støtte til at forældre kan støtte barnet/den unge i spisning), træning af psykologiske kompetencer, psykoedukation

⁶¹ Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark, Marselisborgcentret, 2004

⁶² Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser. Socialstyrelsen, 2015.

(både rettet mod den enkelte og pårørende), dag- eller døgntilbud, familieinterventioner, opstilling af progressionsmål og støtte i forhold til hverdagsmestring, fx støtte til fritidsaktiviteter, skolerettet indsats mv. Der arbejdes blandt andet ud fra en motiverende tilgang og med inddragelse af den enkelte og familien/netværket. Det er vigtigt at støtte pårørende og fagpersonerne omkring den enkelte i at holde fast i hensigtsmæssige strategier. Jf. Socialstyrelsens nationale retningslinjer for mennesker med svære spiseforstyrrelser har kommunerne efter gældende lovgivning mulighed for at iværksætte rehabiliterende indsatser og tilbud inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb for borgere med svære spiseforstyrrelser. Kommunerne har således rammerne til at tilrettelægge rehabiliteringsforløb, så der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder.⁶³

Almen praksis kan inddrages til at varetage den somatiske opfølgning og ved behov efterbehandling (enten ved egen læge eller ved praktiserende speciallæge eller psykolog) med henblik på at undgå eventuelle tilbagefald.

Der bør løbende følges op på indsatserne i forhold til, om det er de rette indsatser, der er igangsat, og om de eventuelt skal tilpasses. Efter endt forløb i psykiatrien eller hos praktiserende speciallæger skal kommune og almen praksis fortsat have mulighed for at kunne henvende sig i psykiatrien eller hos praktiserende speciallæger med henblik på råd og vejledning.

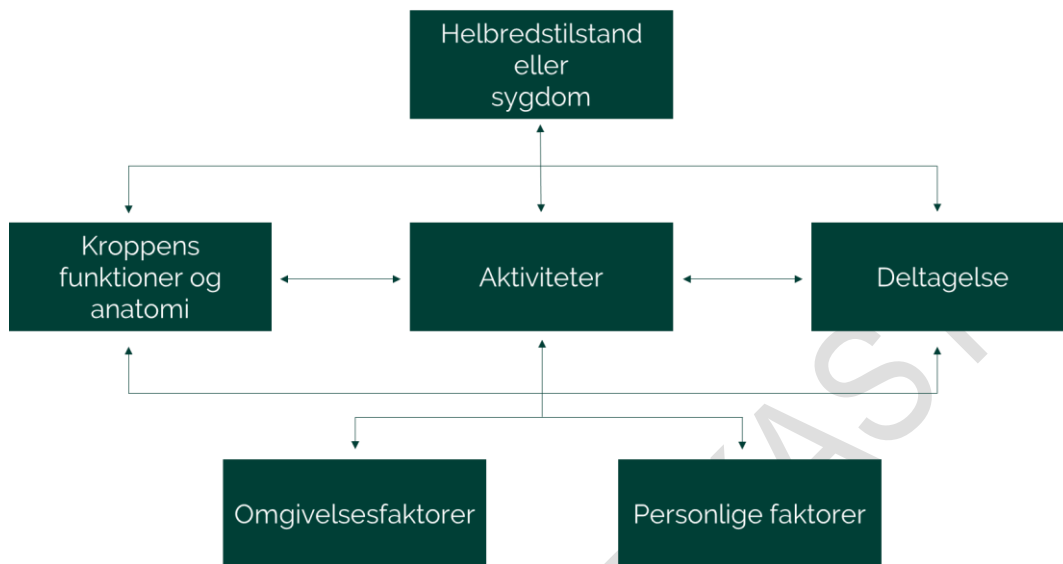
5.3.1. Funktionsevne

Begrebet funktionsevne anvendes i henhold til WHO's Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF-klassifikationen), og er baseret på WHO's bio-psyko-sociale begrebsmodel. Modellen fokuserer på et helhedsorienteret perspektiv på en borger/patient, hvor komponenterne påvirker hinanden gensidigt, dvs. at den samlede funktionsevne er i samspil med og påvirkes af omgivelserfaktorer, personlige faktorer og helbredsmæssige faktorer⁶⁴. Funktionsevnen omfatter ifølge ICF-modellen kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter samt deltagelse, som det illustreres i figuren nedenfor:

⁶³ Nationale retningslinjer for borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen 2015

⁶⁴ ICF til vurdering af funktionsevne anvendes på voksenområdet, for børn og unge er udviklet en version (ICF-CY) målrettet denne gruppe

Figur 3: ICF-modellen



Vurdering af funktionsevnen kan indgå i en beskrivelse af en persons ressourcer og/eller begrænsninger. I forhold til spiseforstyrrelser kan det derfor være særlig vigtigt som en del af udredningen at vurdere personens funktionsevne i forhold til spiseadfærd, herunder evnen til at spise, bevare koncentration, relation til omgivelserne (fx om der er social tilbagetrækning) osv. Det er væsentligt at være opmærksom på, at mennesker med spiseforstyrrelser kan håndtere eksempelvis job og uddannelse, men samtidig have et lavt funktionsniveau og store udfordringer inden for andre områder, der relaterer sig direkte til spiseforstyrrelsen.

Indsatser og tilbud på socialområdet bevilges på baggrund af borgerens funktionsevne og ikke på baggrund af borgerens diagnosticerede spiseforstyrrelse. Borgerens funktionsevne er et udtryk for borgerens evne til at fungere i de sammenhænge, borgeren lever i og er en del af. Vurderingen af borgerens behov for indsatser og tilbud sker i forbindelse med en socialfaglig udredning, hvor der foretages en konkret individuel vurdering af borgerens funktionsevne og behov for støtte, som tager hensyn til borgerens problemer samt borgerens og netværkets behov, ressourcer og ønsker. Som et led i visitationen til den rehabiliterende indsats på socialområdet opstilles der mål for indsatsen. Det kan være mål på kort og lang sigt som fx at opbygge et forbedret selvbillede, at fastholde motivationen for ikke at falde tilbage, deltage i sociale relationer og sammenhænge, deltage i fritidsaktiviteter på egen hånd, træning i at spise selv, holde en stabil vægt, undgå kompenserende adfærd. Indsatsen på socialområdet tager afsæt i de opstillede mål.

5.3.2. Rehabilitering til mennesker med svære spiseforstyrrelser

Mennesker med svær grad af spiseforstyrrelser og langvarige forløb har ofte behov for rehabiliterende indsatser, herunder en højt specialiseret social rehabiliteringsindsats, hvor tæt koordination og samarbejde mellem den regionale psykiatri, almen praksis og kommunale aktører er nødvendig.

Den rehabiliterende indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser beskrives i Socialstyrelsens nationale retningslinje for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser⁶⁵ samt i Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med spiseforstyrrelse⁶⁶. Mennesker med svære spiseforstyrrelser, der udskrives efter behandling eller behandles i ambulant regi, har behov for rehabilitering for at genvinde evnen til at klare sig selv, trives og leve et velfungerende hverdagsliv med mulighed for at deltage i sociale aktiviteter samt mulighed for arbejde eller uddannelse.

Socialstyrelsens retningslinjer rummer bl.a. anbefalinger til de mest grundlæggende principper for det gode rehabiliteringsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser:

Det gode rehabiliteringsforløb er kendetegnet ved:

- at det adresserer borgerens samlede udfordringer – som kan være både psykiske, fysiske og sociale – ved at bestå af indsatser og tilbud på tværs af lovgivningsområder, fagområder og sektorer
- at det er koordineret og sammenhængende
- at borgeren trinvist udsluses fra indsatser og tilbud
- at der er opsat fælles og tidsbestemte progressionsmål for borgerens forløb med et klart sigte på at støtte borgeren i at komme sig af spiseforstyrrelsen og blive i stand til at leve et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.

Se beskrivelser af de enkelte anbefalinger i den samlede udgivelse.

5.4. Kompetencer i kommunerne

Kvaliteten af den kommunalt tilrettelagte indsats til mennesker med spiseforstyrrelser afhænger i høj grad af, at de fagpersoner, som den enkelte møder i sit forløb, har de rette kompetencer til at håndtere mennesker med spiseforstyrrelser. Det er derfor nødvendigt, at kommunerne arbejder for at opbygge et vidensmiljø om spiseforstyrrelser.

⁶⁵Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, 2015.

⁶⁶Central udmelding for borgere med spiseforstyrrelse, Socialstyrelsen, 2020

I det følgende beskrives, hvordan kommunerne kan arbejde med at opbygge fagligt stærke vidensmiljøer og de nødvendige kompetencer til at yde en indsats af høj faglig kvalitet til mennesker med spiseforstyrrelser.

Da spiseforstyrrelser fortsat er sjældent forekommende, kan det være uhensigtsmæssigt og meget ressourcekrævende for mindre kommuner at have et tilbud af fornøden kvalitet til målgruppen i egen kommune. Her kan det være hensigtsmæssigt, at kommunerne går sammen i klyngesamarbejder om både tidlige og rehabiliterende indsatser til målgruppen. Inden for klyngen, eller i den enkelte kommune, kan der udpeges en eller flere resourcepersoner, der har viden om spiseforstyrrelser, og som kan tilrettelægge et forløb for mennesker med spiseforstyrrelser, som tilbydes i klyngen. Klyngen kan i den forbindelse vælge at tilbyde kompetenceudvikling til udvalgte medarbejdere eller indhente relevante kompetencer udefra, f.eks. hos Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO) eller relevante patientforeninger og aktører på området.

Ressourcepersonerne kan rådgive og vejlede ved mistanke om eventuel spiseforstyrrelse og være i stand til at vurdere, hvorvidt den pågældende kan tilbydes en indsats i kommunalt regi, eller om borgeren skal opfordres til eller støttes i at gå til alment praktiserende læge, som kan vurdere behov for at henvise til indsats i psykiatrien.

Det er yderligere centralt, at ressourcepersonerne har de nødvendige kompetencer til at yde relevante rehabiliterende tilbud målrettet mennesker med spiseforstyrrelser, herunder psykoedukation og måltidstøtte, jf. afsnit 3.5 om opfølgning og rehabiliterende indsatser i kommunerne. Opgaven vedrørende måltidsstøtte kan varetages enten kommunalt (hvis kompetencerne er til stede) eller ambulant, alternativt i et samarbejde mellem kommunen og den ambulante regionale psykiatri.

Ressourcepersonerne indgår i et samarbejde med relevante aktører på området, herunder den regionale psykiatri, øvrige kommunale forvaltninger samt patientforeninger og andre aktører i civilsamfundet med henblik på at danne et overblik over relevante tilbud, sikre samarbejde på tværs og ved behov indhente råd og vejledning omkring målgruppen.

I tilfælde af manglende viden eller erfaring er det centralt, at ressourcepersonerne er op søgende i forhold til at indhente den nødvendige specialiserede viden fra eksempelvis psykiatrien, hvor fagpersonerne kan rådgive i forhold til eksempelvis psykopatologi, sværhedsgrad, borgerens støttebehov, indsatsmuligheder, herunder måltidstøtte og psykoterapi mv. Yderligere kan opbygningen af vidensmiljøet understøttes, ved at relevante kommunale indsatser modtager rådgivning på fra det specialiserede socialområde af Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO).

Ressourcepersonernes kompetencer understøttes af relevant erfaring, oplæring, kompetenceudvikling ved eksempelvis relevante kurser og løbende supervision ved fagpersoner med erfaring på området. Et stærkt fagligt miljø kan desuden understøttes af samar-

bejde på tværs af psykiatri og kommune, herunder ved netværksmøder, besøg på psykiatrisk afdeling og fælles undervisning/kurser. Undervisning, efteruddannelse osv. med specialiseret viden er helt nødvendig og gælder ikke kun for kommunale indsatser, men også for behandlere i regioner eller private organisationer.

Ifølge Socialstyrelsens centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser skal tilbud om måltidsstøtte og træning af psykologiske kompetencer udgå fra et højt specialiseret tilbud eller vidensmiljø i kommunen. Man kan læse mere om de højt specialiserede tilbud eller vidensmiljøer i Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser⁶⁷, herunder kriterier ift. frekvens, årsværk samt erfarings- og uddannelsesniveau for medarbejdere. De højt specialiserede tilbud og vidensmiljøer kan ud over at varetage konkrete tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser fungere som kompetencecentre, idet flere af de højt specialiserede tilbud leverer gratis rådgivning på socialområdet i regi af VISO. Rådgivningen kan blandt andet omfatte specialviden om spiseforstyrrelser, kombinationsproblemstillinger og udredning af spiseforstyrrelser. Særligt i forbindelse med måltidsstøtte er det vigtigt, at der er en række kompetencer og metoder til stede, som beskrives i boks 3.

⁶⁷ Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen, 2020

Boks 3: Særlige kompetencer i forbindelse med måltidstøtte

Støtten består i konkrete og fokuserede tiltag med henblik på at sikre, at den enkelte får spist tilstrækkeligt og sammensat inden for en normal tidsramme. Under støtten er det derfor vigtigt, at personen, som yder støtten (for eksempel forældre eller fagperson i kommunen), ved, hvordan han eller hun skal agere og handle – også hvis det bliver svært, og personen med spiseforstyrrelse fx nægter at gennemføre og bliver angst, mut og vred eller går fra bordet.

Overordnet bør man ifølge engelsk litteratur på området tage udgangspunkt i de 4 c'ere (1. *remain calm*, 2) *be confident*, 3) *be consistent* og 4) *be compassionate*), som kan oversættes til:

- Bevar roen
- Vær fortrøstningsfuld og sikker (signaler, at du ved, at det kan lade sig gøre)
- Vær konsistent (og skift ikke mening eller kurs)
- Vær omsorgsfuld

Det er vigtigt, at der sættes nogle konkrete rammer op for måltidet, herunder at man forbereder og aftaler:

- hvad der skal spises (mængder og indhold),
- rammer for måltidet (sted, tidspunkt og varighed)
- hvilken konkret støtte, der er relevant (fx opmuntring, afledning mv.).

Forskellige greb, som kan være brugbare at anvende under støtten kan eksempelvis være:

- Konkrete afledningsmanøvrer, hvor fokus flyttes væk fra mad og følelser ved at tale om neutrale og positive ting (eller ved børn kan det fx være at spille et spil, mens man spiser)
- Konkret vejledning i at føre bestikket op til munden og fortsætte med den næste bid

Efter måltidet kan nogle have behov for at evaluere måltidet og situationen, og herefter er det vigtigt, at man flytter sig fra bordet og går i gang med en anden aktivitet for at afslutte måltidet.

Kilde: Birgitte Hartvig Schousboe, Loa Clausen, René Klinkby Støving og Lene Kiib Hecht, Kort&Godt om spiseforstyrrelser, Dansk Psykologisk Forlag, 2020.

5.5. Samarbejde med patientforeninger og øvrige private aktører

Eksisterende patientforeninger og andre private aktører råder over en række tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser, eksempelvis telefonrådgivning, samtaler, gruppeforløb, botilbud mv., som kan spille en væsentlig rolle i forløbet for mennesker med spiseforstyrrelser. Det kan eksempelvis være patientforeninger eller private botilbud eller opholdssteder.

Landforeningen for Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS) er en central aktør i forhold til mennesker med spiseforstyrrelser og deres pårørende, fordi de tilbyder rådgivning, aktiviteter, støtte og behandling. Tilbud i dette regi kan supplere tilbud i det etablerede sundhedsvæsen.

Det er vigtigt, at kommunerne har overblik over relevante tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser i deres kommune og vurderer, i hvilket omfang disse tilbud kan supplere de eksisterende tilbud i kommunen. Kommunen kan i den forbindelse indgå samarbejde med de relevante aktører om at varetage forskellige rehabiliterende eller tidlige indsatser til mennesker med spiseforstyrrelser. Eksempelvis kan Askovfondens indsats Askovhus understøtte rehabilitering og behandling gennem fx botilbud, dagtilbud og terapi målrettet mennesker med spiseforstyrrelser. Kommunerne kan således bevilge rehabiliterende indsatser til relevante aktører på området, men har fortsat det overordnede ansvar for rehabiliteringsforløbet.

Patientforeninger og andre relevante aktører på området kan desuden være med til at opbygge kommunens kompetencer og viden inden for området. Relevante patientforeninger mv. kan således fungere som faglig sparringspart på området og kan rådgive i forhold til det faglige arbejde med målgruppen.

Opsamlende anbefalinger til kapitel 5 om tidlig indsatser og rehabilitering i kommunen

På baggrund af ovenstående anbefales det, at

- Kommunen har taget stilling til, hvordan man vil arbejde med gruppen af mennesker med spiseforstyrrelser, og at man i kommunen får lavet en kortlægning af relevante tilgængelige tilbud, og at der ved behov etableres manglende tilbud. Dette kan ved behov understøttes af klyngesamarbejdet.
- Kommunen opbygger/fortsætter udviklingen af vidensmiljøer om spiseforstyrrelser, bestående af udpegede relevante ressourcepersoner, som kan varetage og tilrettelægge indsatsen for mennesker med spiseforstyrrelser. Dette kan eksempelvis etableres som en del af de højt specialiserede sociale rehabiliteringstilbud

og vidensmiljøer for målgruppen⁶⁸, og ved behov etableres på tværs af flere kommuner, fx i klyngesamarbejdet samt tværsektorielt.

- Ressourcepersonerne har viden om og erfaring med spiseforstyrrelser, herunder viden om tidlige tegn, samt de nødvendige kompetencer til at tage en indledende dialog ud fra en mistanke om spiseforstyrrelser.
- Ved fagligt begrundet mistanke om en spiseforstyrrelse skal fagpersoner i kommunerne reagere hurtigt og henvise til vurdering af en eventuel spiseforstyrrelse i almen praksis. Ressourcepersonerne kan i den forbindelse rådgive og vejlede ved mistanke om en eventuel spiseforstyrrelse, og om personen skal opfordres til eller støttes i at gå til alment praktiserende læge, som kan vurdere behov for at henvise til indsats i psykiatrien
- Kommuner og almen praksis vurderer løbende i samarbejde med relevante fagpersoner omkring mennesker med spiseforstyrrelser behovet for rehabiliterende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet – eventuelt som supplement til en egentlig behandlingsindsats i praksissektoren eller i den regionale psykiatri.
- Ressourcepersonerne har de nødvendige kompetencer til at varetage relevante rehabiliterende tilbud målrettet mennesker med spiseforstyrrelser, herunder psykoedukation, måltidstøtte mv.
- Ressourcepersonernes kompetencer understøttes af relevant erfaring, oplæring, kompetenceudvikling ved eksempelvis relevante kurser samt løbende supervision ved fagpersoner med erfaring på området.
- Kommuner og regioner indgår samarbejdsaftaler omkring indhentning af råd og gensidig vejledning omkring mennesker med spiseforstyrrelser, blandt andet mhp. at understøtte kommunale vidensmiljøer
- Kommuner tilrettelægger rehabiliteringsindsatser til mennesker med svære spiseforstyrrelser ud fra Socialstyrelsens retningslinjer

⁶⁸ Jf. Socialstyrelsens centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser, 2019.

Referenceliste

Socialstyrelsens centrale udmelding om borgere med svære spiseforstyrrelser, 2020.

Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen 2017

Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen 2015

Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. Oktober 2013.

Behandling af Binge Eating Disorder (BED). Sammenfatning af resultater fra to satspuljeprosjekter, Sundhedsstyrelsen, 2016

<https://www.who.int/classifications/icd/en/>

Gældende specialeplan for psykiatri: <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplan-laegning/gaeldende-specialeplan> (Sundhedsstyrelsen, 2018)

Forebyggelsespakke: Mental Sundhed, Sundhedsstyrelsen 2018

Mistrivsel blandt skolebørn, Sundhedsstyrelsen, 2011

Mental sundhed blandt voksne danskere, Sundhedsstyrelsen, 2010

Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer, Sundhedsstyrelsen, 2009

Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter, Sundhedsstyrelsen, 2008

Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018, Sundhedsdatastyrelsen 2020

Garner DM, Garfinkel PE. Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med 1980; 10(4):647-656.

Duncan et al. Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. Am J Psychiatry. 2017;174(9):850-858

Psychopathology of eating disorders, G. Castellini F. Trisolini, V. Ricca, Journal of Psychopathology 2014;20:461-470

Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know, Cynthia M. Bulik, Jehannine Austin, Psychiatric Clinics of North America, March 2019, Volume 42, Issue 1, Pages 59–73, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007>

Steinhausen HC, Jakobsen H, Helenius D, et al. A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *Int J Eat Disord* 2015; 48:1.

The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. Martinussen, Monica ; Friberg, Oddgeir ; Schmierer, Phöbe ; Kaiser, Sabine ; Øvergård, Karl ; Neunhoeffer, Anna-Lena ; Martinsen, Egil ; Rosenvinge, Jan; ; *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2017, Vol.22(2), pp.201-209

Larsen et al. Early childhood adversities and risk of eating disorders in women: A Danish register-based cohort study. *Int J Eat Disord*. 2017;50:1404–1412 mfl.

Dingemans, A. E. & van Furth, E. F. Binge eating disorder psychopathology in normal weight and obese individuals. *Int. J. Eat. Disord*. 45, 135–138 (2012).

Kjaersdam Telléus et al. Cognitive Profile of Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Eur Eat Disord Rev*. 2015 Jan; 23(1): 34–42.

Tomiyama. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Med* 2018.

Micali N, Stemann Larsen P, Strandberg-Larsen K, Nybo Andersen AM. Size at birth and preterm birth in women with lifetime eating disorders: a prospective population-based study. *Bjog*. 2016;123(8):1301-10

Bansil P., Kuklina EV, Whiteman MK, Kourtis AP, Posner SF, Johnson CH, et al. Eating disorders among delivery hospitalizations: Prevalence and outcomes. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov; 17(9):1523-8

Micali N, De Stavola B, dos-Santos-Silva I, Steenweg-de Graaff J, Jansen PW, Jaddoe VW, et al. Perinatal outcomes and gestational weight gain in women with eating disorders: A population-based cohort study. *BJOG*. 2012 Nov; 119(12):1493-502.

Watson HJ, Zerwas S, Torgersen L, Gustavson K, Diemer EW, Knudsen GP, et al. Maternal eating disorders and perinatal outcomes: A three-generation study in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *J Abnorm Psychol*. 2017;126(5):552-64.

Micali N, Simonoff E, Treasure J. Infant feeding and weight in the first year of life in babies of women with eating disorders. *J Pediatr*. 2009 Jan; 154(1):55-60

Madsen IR, Hørder K, Støving RK. Remission of eating disorder during pregnancy: five cases and brief clinical review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009 Jun;30(2):122-6. doi: 10.1080/01674820902789217. Review. PubMed PMID: 19533492.

Cecilia Brundin Pettersson & Modjtaba Zandian & David Clinton: Eating disorder symptoms pre- and postpartum, *Arch Womens Ment Health* (2016) 19:675–680. DOI 10.1007/s00737-016-0619-3

Morgan JF, Lacey JH, Sedgwick PM. Impact of pregnancy on bulimia nervosa. Br J Psychiatry. 1999 Feb; 174:135-40

Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen, 2015

Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi, Sundhedsstyrelsen, 2020

Forebyggelsespakke - Overvægt, Sundhedsstyrelsen 2018

National Behandlingsvejledning – Anorexia Nervosa og andre spiseforstyrrelser:
<http://www.endocrinology.dk/index.php/6-andre-endokrinologiske-sygdomme/3-anorexia-nervosa-og-andre-spiseforstyrrelser>

National Institute for Health and Care Excellence. Body mass index thresholds for intervening to prevent ill health among black, Asian and other minority ethnic groups. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014

Monitorering af vækst hos 0-5-årige børn. Vejledning til sundhedsplejersker og praktiserende læger. Sundhedsstyrelsen, 2015

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. Dansk Selskab for Almen Medicin, Sundhedsstyrelsen, 2009.

Gustavo C Machado, Manuela L Ferreira: Physiotherapy improves eating disorders and quality of life in bulimia and anorexia nervosa, Br J Sports Med, 2014

VEJ nr 9778 af 02/08/2016 Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Til psykiatriske afdelinger)

VEJ nr 9798 af 16/08/2016 Vejledning om udfyldelse af tvangsprotokoller (registrering af anvendelse af tvang i psykiatrien) samt registrering af anvendelse af udskrivningsaf-taler/koordinationsplaner (Til psykiatriske afdelinger)

Bekendtgørelse af sundhedsloven, jf. LBK nr. 903 af 26. august 2019.

Forskning til gavn for mennesker med psykiske lidelser - en national strategi. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold og Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2015

Stunkard AJ AK. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. Int J Obes 2003;27:1-12

Thornton et al. Binge Eating Disorder in Swedish National Registers: Somatic comorbidity. Int J Eating Disorders 2017;50(1):58-65

Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet - Rehabilitering i Danmark, Marselisborgcentret, 2004

Birgitte Hartvig Schousboe, Loa Clausen, René Klinkby Støving og Lene Kiib Hecht:
Kort&Godt om spiseforstyrrelser, Dansk Psykologisk Forlag, 2020.

HØRINGSUDKAST

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Oversigt over psykoterapiformer i behandlingen af en spiseforstyrrelse
- Bilag 2:** Vejledende indikationer for indlæggelse, herunder akut indlæggelse
- Bilag 3:** Beskrivelse af behandlingsindsats ved anoreksi, bulimi og BED
- Bilag 4:** Kommissorium for arbejdsgruppen
- Bilag 5:** Kommissorium for referencegruppen
- Bilag 6:** Referencegruppens medlemmer

Bilag 1: Oversigt over psykoterapiformer i behandlingen af en spiseforstyrrelse

Kognitiv adfærdsterapi (CBT-E)

Kognitiv adfærdsterapi tilbydes i forskellige varianter rundt omkring i Danmark. Fælles for dem alle er, at der er fokus på her-og-nu, på at ændre adfærd og undersøge uhensigtsmæssige kognitive skemata. Det foretages ved gradvis eksponering, dvs. normalisering af spisning, nedbringelsen af kompenserende adfærd, samtidig med at et menneskes typiske tankemønstre udfordres og søges erstattet med mere hensigtsmæssige tankemønstre. Samspillet mellem tanker, følelser og handlinger samt spiseforstyrrelsessymptomerne undersøges løbende mhp. adfærdsændring.

Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

Dialektisk Adfærdsterapi⁶⁹ skal bidrage til, at mennesket med en spiseforstyrrelse får indsigt i og færdigheder til at håndtere de svære følelser og tanker, der er med til at vedligeholde den spiseforstyrrede adfærd. Der vil blandt andet blive arbejdet med færdigheder til at håndtere følelser og tanker omkring spisning, krop og vægt, færdigheder til at håndtere impulser til selvdestruktiv og spiseforstyrret adfærd, færdigheder til at håndtere svære relationer og mindfulnessfærdigheder. Dialektisk adfærdsterapi består typisk af en færdighedstræningsgruppe, individuel terapi, mulighed for kontakt til en krisetelefon uden for terapien og et tæt samarbejde mellem de forskellige behandlere i et DAT team.

Familieterapi / Familiebaseret behandling (FBT-E)

Manualiseret familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling har vist sig at være den mest effektive terapiform til børn og unge med anoreksi. Forældre vejledes i at overtage ansvaret for spisning og reernæring af deres syge barn, begrænse spiseforstyrret adfærd og arbejde sammen som et team. Familiebaseret behandling kan have forskellige former og er beskrevet i de diagnosespecifikke afsnit i bilag 3.

Mentaliseringsbaseret terapi (MBT)

Mentalisering handler om at kunne forestille sig egne og andre menneskers tanker, følelser, behov og antagelser, og at disse hænger sammen med ens egne og andres handlinger. Mentaliseringsevnen sætter personen med en spiseforstyrrelse i stand til at forstå mellemmenneskelige samspil og sammenhænge mellem adfærd og mentale tilstande.

Specialiseret støttende klinisk behandling (SSCM)

SSCM er en manualiseret behandling, der via støttende samtaler, psykoedukation og symptommonitorering søger at skabe bedring af spiseforstyrrelsessymptomerne, samti-

⁶⁹ Linehan, M. M. (1993). Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press. Og Linehan, MM (2015). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder (2. udgave). New York: Guilford Press.

dig med at den enkelte kan bringe andre psykologiske eller interpersonelle vanskeligheder op i terapien.⁷⁰ Terapeuten har en støttende og vejledende stil mhp. at anerkende, vejlede og motivere til normalisering af spisning.

Narrativ terapi

Den narrative tilgang gør brug af eksternalisering. At eksternalisere spiseforstyrrelsen er en velafprøvet sproglig konstruktion, hvor man taler om personen adskilt fra spiseforstyrrelsen. Modsætningen er at internalisere spiseforstyrrelsen og se den som identisk med personen. Når man eksternaliserer spiseforstyrrelsen, kan der tales om den, som noget vi kan betragte udefra og forholde os til. Personen kan begynde at bekæmpe spiseforstyrrelsen frem for sig selv og blive opmærksom på, hvornår spiseforstyrrelsen har hjulpet med noget, og hvornår spiseforstyrrelsen har været begrænsende.

En anden central tilgang inden for narrativ terapi er bevidning. Bevidning er en særlig responsform, som personer i en gruppeterapi giver til den, der har fortalt om sin historie om de problemer, personen har. Man tager udgangspunkt i noget af det, et gruppemedlem har fortalt, som særlig har berørt én som vidne til fortællingen. Det centrale begreb i denne praksis er resonans. Det er en slags genklang, noget man som gruppemedlem kan associere til i sit eget liv. Som gruppemedlem skal man altså involvere sig selv og sine egne erfaringer i sin bevidning. Når gruppemedlemmerne tager afsæt i noget, de har hørt hinanden sige, har det den effekt, at de gensidigt føler sig set og genkendt.

MANTRA

MANTRA er en terapi, som bygger på elementer fra særligt CBT og IPT.⁷¹ Den sætter særligt fokus på at ændre på de fastholdende mekanismer ved anoreksi, det være sig de spiseforstyrrelsesspecifikke som utilstrækkelig spisning, undervægt og uhensigtsmæssige kropsopfattelse, de kognitive som fx rigid og konkret tænkning, og den undgående og ikke-ekspressive stil når det gælder følelser og relationer.

Interpersonel terapi (IPT)

Interpersonel psykoterapi blev oprindeligt udviklet til behandling af depression, men bliver nu også brugt til behandling af fx bulimi og BED. Behandlingsmetoden fokuserer på at hjælpe personen med at identificere og adressere 4 typer problemer: Interpersonel underskud, rollekonflikter, rolletransitioner og sorg/tab. Behandleren hjælper mennesket med at håndtere og udtrykke følelser samt forbedre interpersonelle færdigheder. Behandlingen fokuserer således ikke direkte på overspisningsepisoderne.

⁷⁰ McIntosh et al 2006 Specialist supportive Clinical Management for Anorexia Nervosa. Int J Eat Disord, 39, 625-32

⁷¹ Schmidt et al. (2015) The Maudsley outpatient study of treatments for AN and related conditions (MOSAIC) Comparison of the MANTRA with SSCM in outpatients with broadly defined AN: A randomized controlled trial. Journal of consulting and clinical psychology, 83, 796-807

Psykodynamisk terapi

Spiseforstyrrelsen forstås psykodynamisk som et selvopretholdende forsvar mod "noget der er værre" end symptomet. Det, der er værre hos disse patienter, er psykisk lidelse i form af uregulerede selv- og affektiltstande – f.eks. stærkt negativt selvbillede, intense og smertefulde affektive tilstande (angst, desperation, kaos, tomhed) – og usikker tilknytning. Det selvopretholdende forsvar formår både at beskytte, isolere og standse psykisk udvikling, så i terapien er der fokus på at hjælpe patienten ud af spiseforstyrrelsen ved at mindske brugen af det spiseforstyrrede forsvar, etablere regelmæssig spisning og normal vægt, og der er fokus på at udvikle andre måder at regulere selv- og affektiltstande end gennem spiseforstyrrelsesadfærd. I forhold til behandling af mennesker med spiseforstyrrelse er der fokus på opbygning af en positiv overføring og tryk relation med terapeuten som en tydelig og stabil empatisk person. I den psykodynamiske terapi forsøger man at forbedre patientens mentaliseringsevne, hvor patienten støttes i at sætte ord på egne følelser, fornemmelser og oplevelser, man forsøger at hjælpe patienten til at forstå sig selv og udvikle sin evne til at tænke meningsfuldt, nuanceret og realistisk omkring sin egen reaktion, adfærd og samspil med andre mennesker, herunder at forholde sig til hvorfor andre mennesker reagerer og handler, som de gør. I psykodynamisk terapi er målet både at opløse symptomerne men også at udvikle personligheden ved hjælp af mere positive objektrelationer og et nyt og mere hensigtsmæssigt sprog for følelser og tanker.

Bilag 2: Vejledende indikationer for indlæggelse, herunder akut indlæggelse

Indikationer for indlæggelse er beskrevet i nedenstående tabel 6. Det bemærkes, at de beskrevne indikationer kun er vejledende og ikke kan erstatte den individuelle kliniske vurdering. Indikationen for indlæggelse vil ofte være sammensat af flere af de beskrevne problemstillinger/indikationer, og ofte på premissen af at ambulant- eller dag-hospital behandling er uden effekt.

Tabel 6: Vejledende indikationer for indlæggelse (voksne):

- Vægt:
Meget lav vægt, dvs. BMI < ca. 15kg/m²
Hurtigt vægttab, mere end 30 % over 3 måneder eller mere end 4kg/4uger.
 - Medicinske komplikationer*:
Specifikke tegn på organsvigt, fx leukopeni, svær leverpåvirkning eller lignende
Hypoglykæmi
Systolisk BT < 60 – 80 mmHg
Puls < 40-50/min
Temperatur < 36,0 C
Elektrolytforstyrrelser (serum kalium <2,5 – 3,0 mmol/l)
EKG forandringer (QT-forlængelse, arytmie)
Bevidsthedspåvirkning (absolut indikation for akut indlæggelse)
 - Øvrige faktorer:
Manglende effekt af ambulant- eller daghospitalsbehandling
Mange overspisninger og/eller episoder med udrensende adfærd (flere gange dagligt)
Svær psykiatrisk komorbiditet, herunder misbrug samt suicidalfare
Nedsat evne til at spise normalt / tage på i vægt, med behov for tæt observation
Nedsat motivation for behandling, herunder nedsat psykologisk indsigt / sygdomsindsigt
Nedsat støtte fra omgivelserne, herunder manglende social støtte og/eller alvorlige hjemlige problemer
Behandlingshistorik, herunder hvorvidt patienten tidligere har profiteret af indlæggelse eller ej
- * Patienter med svære medicinske komplikationer, herunder hypotension (systolisk BT < 60 – 80 mmHg), svær bradykardi (puls < 40/min), leverpåvirkning (fx ALAT >300), elektrolytforstyrrelser (hypokaliæmi < 2,5 mmol/l, hypofosfatæmi < 0,3 – 0,4 mmol/l), syrebaseforstyrrelser eller hypoalbuminæmi (<25) må betragtes som livstruede og bør **indlægges akut** på nærmeste somatiske akutmodtagelse.

Jf. tabel 1, som beskriver kriterier for behandlingsindsats og sværhedsgrader, vil det være patienter med en spiseforstyrrelse svarende til sværhedsgrad 3-5, som kan have behov for indlæggelse.

Ved indlæggelsens start bør målet for indlæggelsen præciseres, herunder om der er tale om:

- Akut indlæggelse mhp. somatisk stabilisering eller en bestemt vægtøgning
- En indlæggelse mhp. vægtindhentning til målvægt eller en anden klart defineret vægt
- Støtte til spisning eller nedbringelse af overspisning og kompenserende adfærd
- Nedbringelse af suicidalfare eller selvskadende adfærd
- Det bør skønnes, hvornår udskrivelse forventes at finder sted, og/eller hvornår effekten af indlæggelsen senest skal revurderes
- Andet

Særligt vedrørende børn og unge

Indikationer for indlæggelse af børn er på mange områder de samme, som gælder for voksne. Dog bør børn indlægges på snævrere somatisk indikation. Dette skyldes bl.a., at reduceret fødeindtagelse hos børn fører til hurtigere underernæring og dehydrering og dermed helbreds- og livsfare, samt at børn er i vækst og udvikling, hvorfor længevarende underernæring kan have alvorligere konsekvenser for børn end for voksne. Manglende respons på ambulant behandling bør hurtigere medføre intensivering af behandlingen i form af indlæggelse.

De værdier for puls, BT og BMI, der er angivet som vejledende for akut indlæggelse for voksne, gælder ikke på samme måde for børn. Ved en alvorlig spiseforstyrrelse bør barnet jævnligt tilses af en pædiater, der vurderer barnets somatiske tilstand og værdier i forhold til barnets alder.

Varigheden af en indlæggelse bør så vidt muligt begrænses. Når den somatiske tilstand er stabiliseret, og det vurderes forsvarligt, bør indlæggelse ændres til dagbehandling eller ambulant behandling.

Bilag 3: Beskrivelse af behandlingsindsats ved anoreksi, bulimi og BED

I dette bilag beskrives behandlingsindsatser ved hhv. anoreksi, bulimi og BED. Der er i dette bilag særskilt fokus på de forskellige opmærksomhedspunkter ved behandling af de forskellige spiseforstyrrelser. For en overordnet beskrivelse af indholdet i behandlingsindsatserne henvises til kapitel 4.

For anoreksi og bulimi præsenteres de nationale kliniske retningslinjer på området. Nedenstående tabel 7 er en overordnet læsevejledning til nationale kliniske retningslinjer.

Tabel 7: Nationale kliniske retningslinjer og læsevejledning

Kvaliteten af evidens for de forskellige anbefalinger i de kliniske retningslinjer er angivet på følgende fire niveauer, som indikerer styrken af anbefalingerne:

↑↑ = en stærk anbefaling for

↓↓ = en stærk anbefaling imod

↑ = en svag/betinget anbefaling for

↓ = en svag/betinget anbefaling imod

Symbolet (v) står for god praksis. Symbolet bliver brugt i tilfælde, hvor der ikke er evidens på området, men hvor arbejdsgruppen ønsker at fremhæve særlige aspekter af anerkendt klinisk praksis.

Efter anbefalingerne er angivet følgende symboler, som indikerer styrken af den bagvedliggende evidens – fra høj til meget lav:

(⊕⊕⊕⊕) = høj

(⊕⊕⊕□) = moderat

(⊕⊕□□) = lav

(⊕□□□) = meget lav.

Hvor der ingen evidens er, er der ikke angivet noget symbol efter anbefalingen. Dette gælder anbefalinger om god praksis.

Behandling af anoreksi

Formål med behandling

Behandlingsmålet for behandling af patienter med anoreksi er som det første at reducere patientens risiko for fysiske skader relateret til underernæring, hvilket kræver nøje somatisk monitorering. Et andet mål for behandlingen er helbredelse, hvilket indebærer normalisering af spisning, vægtøgning samt psykologisk arbejde med de specifikke og generelle psykologiske vanskeligheder, såsom kropskritiske tanker, frygt for vægtøgning, trang til at tabe sig, angst, tristhed og lavt selvværd. For mange mennesker med anoreksi kræver det langvarig behandling. Vejen derhen udgøres af skridt med adfærdsændring, der opnås gennem samarbejde med patienten om hver enkelt ændring. Adfærdsændringer er typisk forbundet med megen angst og kan udelukkende opnås i en behandlingsalliance mellem patient og behandler, som er præget af respekt, faglighed og tryghed.

Viden om effekt af indsatser

Sundhedsstyrelsen har i 2016 udarbejdet en national klinisk retningslinje for behandling af børn, unge og voksne med anoreksi.⁷²

Anbefalingerne er opsummeret i følgende skema. Læsevejledning findes i den indledende beskrivelse af bilag 3.

Døgnbehandling af kortere varighed	
↑↑	Børn og unge: Udskriv børn og unge med anoreksi til fortsat specialiseret behandling i dagtilbud eller ambulant regi snarest muligt efter påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning (⊕⊕⊕□)
√	Voksne: Det er god praksis at lade påbegyndt vægtindhentning ved selvstændig spisning være bestemmende for varigheden af indlæggelse af voksne med anoreksi.
Gruppebaseret og individuel psykoterapeutisk behandling	
↑	Psykoterapeutisk behandling i gruppe samt individuel psykoterapeutisk behandling kan begge overvejes som førstevalg i behandlingen af patienter med anoreksi, da der ikke er fundet forskel på effekten af disse (⊕□□□).
Skift af behandlingsstrategi	
√	Børn og unge: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og familien med henblik på intensivering eller skift, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 1-2 måneder.

⁷² <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/nkr-behandling-af-anorexia-nervosa>

✓	Voksne: Det er god praksis, at en behandling for anoreksi evalueres sammen med patienten og pårørende med henblik på evt. intensivering, skift eller afslutning, hvis der ikke ses en effekt, fortrinsvis i form af vægtindhentning, inden for de første 6-12 sessioner/1-3 måneder. Dette gælder også for langvarigt, alvorligt syge patienter.
Fokus på kernesymptomer⁷³	
↑	Børn og unge: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne ved anoreksi hos børn og unge (⊕⊕□□).
↑	Voksne: Overvej at tilbyde behandling med fokus på kernesymptomerne og med et bredere fokus ved anoreksi hos voksne (⊕⊕□□).
Specifikke mål for vægtindhentning	
✓	Børn og unge: Det er god praksis at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af børn og unge med anoreksi.
↑	Voksne: Overvej at opstille specifikke mål for vægtindhentning i behandlingen af voksne med anoreksi, da dette kan øge vægtindhentning og symptomreduktion (⊕□□□).
Vægtmæssigt mål for behandlingen	
✓	Børn og unge: Det er god praksis, at behandlingen af børn og unge med anoreksi stiler mod at ramme barnets/den unges tidligere vækstkurve eller - hvis denne ikke kendes – omkring 50-percentilen på højde-vægt-kurven for børn og unge. Menstruation/libido og øvrig kropsudvikling skal endvidere normaliseres.
✓	Voksne: Det er god praksis, at behandlingen af voksne med anoreksi stiler mod et BMI på 20-25 kg/m ² for kvinder og et BMI på 21-26 kg/m ² for mænd samt normalisering af menstruation/libido og fedtprocent.
Familiebaseret behandling	
↑	Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling som førstevalg til børn og unge med anoreksi (⊕⊕□□).
Inddragelse af pårørende/netværk	

⁷³ Behandling med fokus på kernesymptomer forstås som behandling med fokus på både vægt samt de psykologiske og adfærdsmæssige symptomer på anoreksi

↑	Overvej ud fra individuelle hensyn at tilbyde voksne med anoreksi en behandlingsform, der inddrager voksne pårørende/netværk som en aktiv del af behandlingen (⊕□□□).
Måltidsstøtte/spisetræning	
√	Det er god praksis at tilbyde måltidsstøtte/spisetræning som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi i ambulant regi.
Fysisk aktivitet	
↑	Overvej at tilbyde fysisk aktivitet under vejledning i vægtøgningsfasen som supplement til vanlig behandling af patienter med anoreksi (⊕□□□).

Behandlingsniveau

Patienter med anoreksi kan behandles i henholdsvis ambulant regi, daghospital og under døgnindlæggelse afhængigt af sygdommens sværhedsgrad, somatiske komplikationer og funktionsniveau, herunder evnen til at spise selv. Se nederst i bilag skema til vurdering af sværhedsgrad.

Behandlingsindsatser

Et behandlingsforløb for anoreksi vil typisk indeholde følgende indsatser:

- Somatisk monitorering
- Farmakologisk behandling
- Psykoterapi
- Ernæringsterapi
- Psykoedukation
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Kropsterapi
- Pårørendeinddragelse
- Familiebaseret behandling (børn og unge)

Centrale elementer i behandlingen

Mennesker med anoreksi har ofte stor ambivalens i forhold til behandling og adfærdss ændring, idet det anorektiske spisemønster har været en effektiv mestringsstrategi i forhold til at dæmpe angst og give fornemmelse af kontrol, tryghed og identitet hos en person, der ofte er præget af selvusikkerhed. I behandlingen er det derfor vigtigt, at der løbende arbejdes med at fremme den enkeltes motivation ved eksempelvis at hjælpe patienten med at få indsigt i følelsesmæssige og relationelle problemstillinger, som spiseforstyrrelsen hænger sammen med og se, hvordan spiseforstyrrelsen er blevet en måde at håndtere livet på.

En overordnet forudsætning for at kunne tilbyde effektiv behandling til patienter med anoreksi, er at der er vedtagne rammer/aftaler såkaldte NN's (*non negotiables*), som præsenteres for patienten, og som patienten accepterer, at der arbejdes indenfor. Disse *non negotiables* udarbejdes på hvert enkelt specialiseret behandlingssted på baggrund af faglig vurdering og klinisk praksis. Inden for disse rammer kan fagpersonen og patient selv finde veje at gå for at nå målet. NNs er med til at sikre både samarbejdet i behandlerteamet samt samarbejdet med patienten, idet det giver en frihed inden for rammerne, som til gengæld står indiskutable. De aftalte rammer kan indeholde regler for fremmøde, arbejde med kostdagbog, deltagelse i måltider, spisning på given tid, erstatningsernæringsdrik ved manglende spisning, rammer for vægtøgningsskrav samt rammer for adfærd i afsnit sammen med medpatienter. Disse rammer er en integreret del af det miljøterapeutiske arbejde i daghospital og døgnafsnit og også gældende for ambulant behandling.

Somatisk monitorering

Anoreksi kan give anledning til en lang række akutte og ikke-akutte somatiske følgevirkninger fra flere organsystemer (se oversigt i kapitel 4), og det er derfor afgørende, at man som led i behandlingen løbende følger patientens somatiske tilstand. Formålet med den somatiske monitorering er dermed at afbøde de eventuelle somatiske følgevirkninger og sikre at disse bliver behandlet.

Den somatiske monitorering, herunder hyppigheden af eventuelle undersøgelser og prøver, skal tilpasses den enkelte patients tilstand. Monitoreringen vil overordnet bestå af objektive somatiske undersøgelser, blodprøver samt EKG.

Den objektive somatiske undersøgelse tilpasses tilstanden hos den enkelte patient og kan indeholde følgende elementer:

- Måling/vurdering af vægt og højde (evt. vækstkurver ved børn)
- Puls og temperaturmålinger
- Blodtryksmålinger
- Stetoskopi af hjerter og lunger
- Undersøgelse for ødemer (deklitivt/peiorbitalt), perifer cyanose, hypotermi, palpation af spytkirtler (parotis og submandibularis) samt abdomen, tab af underhudsfedt og muskelmasse, lanugobehåring, hududslet (petekkier) samt erosioner på tænder og tandkød
- Vurdering af Russell's tegn (skrabesår på knoerne)⁷⁴

De typiske parakliniske fund hos anoreksipatienter omfatter sinusbradycardi, lavt vitamin B og vitamin D, jernmangel og zinkmangel. Derfor skal man være opmærksom på, hvad

⁷⁴ Daluiski A1, Rahbar B, Meals RA. Russell's sign. Subtle hand changes in patients with bulimia nervosa., Clin Orthop Relat Res, 1997(343):107-9.

der skal substitueres og ordineres. Yderligere kan der typisk findes lave perifere thyreoideahormoner (T3 og T4). Det er i den forbindelse vigtigt at være opmærksom på, at der ved normalt/lavt TSH (euthyroid sick syndrom) ikke skal behandles, ligesom der ikke skal hormonsubstitueres ved amenoré. Se eventuelt nationale behandlingsvejledninger for endokrinologi⁷⁵.

Særlig opmærksomhed på risiko for reernæringssyndrom

Hos patienter med svær grad af anoreksi er der i overgangsfasen fra faste/svær underernæring til øget ernæringsindtag risiko for reernæringssyndrom, hvor kroppen går fra katabol til anabol tilstand. Reernæringssyndromet forebygges gennem forsigtig/langsom reernæring. Det er en sjælden men alvorlig tilstand forårsaget af hurtige ændringer i glukose-, fedt- og proteinstofskifte, der fører til akut udvikling af elektrolytmangel, væskeretention og forskydelse i glukosehomøostasen. Tilstanden kan føre til dødsfald, og derfor skal reernæring ved alvorlig underernæring, drastisk vægttab eller langvarig faste startes meget forsigtigt og med monitorering af væskebalance, herunder væsketal og mineraler (fosfat, magnesium). I sjældne tilfælde må reernæring påbegyndes under indlæggelse på endokrinologisk afdeling. Tabel 8 viser en oversigt over patienter med anoreksi, som er i øget risiko for udvikle reernæringssyndrom.

Tabel 8. Patienter med anoreksi, som er i øget risiko for at udvikle reernæringssyndromet
<ul style="list-style-type: none">• BMI < 16 kg/m²• Vægttab på > 15 % i de sidste 3-6 måneder• Intet eller kun spist meget lidt i mere end 10 dage• Lave plasmaniveauer af kalium, fosfat og magnesium før reernæringen påbegyndes

Farmakologisk behandling

Der findes på nuværende tidspunkt ikke medicin, som specifikt påvirker den anorektiske psykopatologi. For patienter med anoreksi vil der til gengæld ofte være behov for tilførsel af vitaminer og mineraler samt korrektion af elektrolytter. Før reernæring skal patienter uanset blodprøver påbegynde behandling med tiamin mhp at undgå Wernickes syndrom.

Mange patienter med anoreksi har komorbiditet i form af angst, depression, OCD mv. Disse gener vil ofte forbedres i takt med, at spiseforstyrrelsesbehandling og vægtøgning påbegyndes. I mange tilfælde vil der dog være behov for at behandle den komorbide sygdom med henblik på at reducere lidelse og gøre patienten i stand til at indgå i spiseforstyrrelsesbehandlingen.

Psykoterapi

Det overordnede formål med psykoterapi er at styrke behandlingsalliancen, at patienten udvikler indsigt i spiseforstyrrelsens funktion, at fastholde patienten i behandlingen og

⁷⁵ <http://www.endocrinology.dk/index.php/nbv hovedmenu>

hjælpe patienten i at kunne foretage ændringer. Fælles for de fleste psykoterapiretninger er, at de vægter adfærdsændringer i begyndelsen af behandlingen, og at de psykologiske temaer kommer til at fylde mere og mere, når spisningen og den almen tilstand er mere stabil. Terapien skal være med til at støtte patienten i at magte angst og uro, styrke deres selvværd, at de får forståelse for udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen og udvikler nye mestringsstrategier og afprøver disse. Yderligere skal det understøtte patienten i at arbejde med relationel adfærd og vanskeligheder, og at der opnås en bedre social funktion.

Beskrivelse af hyppigt anvendte terapiformer findes i kapitel 4 samt bilag 1.

Ernæringsterapi

Formålet med ernæringsterapi til anoreksipatienter er at vejlede og støtte patienten i ernæringsrigtig og tilstrækkelig spisning ud fra kroppens fysiologi og behov, herunder at øge vægten til normalvægt og ophøre med kompenserende adfærd.

Diætisten indleder med at optage en kostanamnese i forhold til spisevaner, fødevarer typer, frekvens og mængder, undgåelse af bestemte fødevarer samt vurdering af aktivitetsniveau. Efterfølgende psykoedukerer diætisten patienten i kroppens fysiologi og behov. Mange patienter med spiseforstyrrelser har interesse for og en vis viden om kost og ernæringsindhold, men de er ofte farvet af forskellige/tilfældige trends, ligesom de ofte har en sort/hvid holdning i forhold til egen spisning.

Diætisten vurderer patientens behov for ernæring sammenholdt med krav om vægtøgning og hjælper til at bryde onde cirkler og fokusere på normalisering. Hos nogle patienter, specielt under indlæggelse, udarbejdes en kostplan, som løbende revideres. Hos andre, specielt i ambulant behandling, kan kostplaner minde for meget om rigide regler og slankekur, og de vil profitere mere af at arbejde med delmål og individuelle fokuspunkter fra gang til gang. Det er vigtigt, at diætisten har specialiseret viden om spiseforstyrrelsens natur, herunder den ofte massive ambivalens og de betydelige følelsesmæssige reaktioner, som patienterne kan udvise, når de skal øge/ændre spisningen.

Måltidsstøtte og spisetræning

Formålet med måltidsstøtte til patienter med anoreksi er, at de får færdigheder i gradvist at tage mere ansvar for spisningen, opnå og vedligeholde en sund vægt og regelmæssigt spisemønster samt evt. at forebygge døgnindlæggelse og/eller genindlæggelse. Det er i forbindelse med måltidsstøtten afgørende, at der opstilles fælles mål for støtten og træningen, og at alliancen om opgaven er tilstede både med patienten og for børn og unges vedkommende i særlig grad med forældrene.

Indholdet i måltidsstøtten til voksne og udeboende unge kan eksempelvis bestå af støtte til planlægning og udførelse af indkøb, støtte til madlavning og indtagelse af måltidet og desuden også støtte til at håndtere de svære følelser og tanker, der indtræder før og under måltidet og også følger efter indtagelse af måltidet. Det er vigtigt, at måltidsstøtten tager afsæt i den enkelte patients individuelle vanskeligheder og ønsker for støtten, med

det formål at patienten bliver selvhjulpnen i forhold til selv at opnå og opretholde en normal vægt og et sundt måltidsmønster.

For børn og unge bør fokus særligt være på at vejlede og træne forældrene eller anden primær omsorgsperson i at yde måltidsstøtte, herunder at reducere niveauet af konflikt og stærke udtryk for negative følelser samt at håndtere barnets/den unges modstand mod spisning. Indholdet i træningen af forældre og andre omsorgspersoner i forhold til at yde måltidsstøtte har ligeledes fokus på interventioner og støtte før, under og efter måltidet. Måltidsstøtte eller spisetræning med forældre/ primær omsorgsgiver bør varetages af personale, som har kompetencer i støtte til og behandling af anoreksi. Det er afgørende, at personalet kender de mekanismer og den dynamik, der er på spil før, under og efter måltidet, kan adressere og håndtere ambivalensen i en rolig, anerkendende og varm atmosfære og samtidig stå fast og være tydelig på de planer, der er lagt og de mål for fremtiden, patienten har defineret.

Kropsterapi

Formål med kropsterapi er, at patienten lærer kroppen samt kroppens behov og signaler at kende, og får sunde vaner omkring krop og motion. Du kan læse mere om indholdet i kropsterapi i kapitel 4.

Pårørendeinddragelse

Det overordnede formål med pårørendeinddragelse er at skabe forståelse og støtte i den enkelte patients netværk ved at inddrage de pårørende aktivt i behandlingsforløbet

For børn og unge inddrages familien aktivt i behandlingen, se familiebaseret behandling nedenfor. For voksne med anoreksi vil der ofte også være behov for støtte fra pårørende, der kan have svært ved at forstå spiseforstyrrelsen karakter og funktion, samtidig med at de er bekymrede på grund af eksempelvis patientens lave vægt og mistrivsel.

Psykoedukation af patienter og deres pårørende i forståelse af spiseforstyrrelsen (opståen, spiseforstyrrelsens funktion, vedligeholdende faktorer mv.) og behandlingens elementer, giver de pårørende større mulighed for at kunne støtte patienten i behandlingen.

Det er vigtigt at have særligt fokus på de patienter, hvis behandling overgår fra børne- og ungdomspsykiatrisk regi til voksenpsykiatrisk regi. I børne- og ungdomspsykiatrien vil særligt familien være tæt inddraget i behandlingen, mens den voksne patient efter overgang til psykiatrien selv skal tage ansvar for sin spisning og har behov for en anderledes støtte end et barn/en ung.

Familiebaseret behandling (børn og unge)

Formålet med familiebaseret behandling er at sætte familien i stand til at bekæmpe spiseforstyrrelsen i fællesskab og understøtte, at barn og familie efterfølgende genoptager den hverdag og det udviklingsspor, som midlertidigt er sat på pause grundet anoreksien.

I behandlingens første fase vejledes forældre i at overtage ansvaret for reernæring af deres barn, begrænse spiseforstyrreret adfærd og arbejde sammen som et team. Yderligere lægges der vægt på en begrebsmæssig adskillelse mellem anoreksi og barn for at minimere eskalering af kritiske og aggressive samspil – f.eks. ved at præcisere, at det er anoreksien, der får barnet til at skjule mad, og ikke barnet der vil snyde forældrene. Først når spisning og vægtindhentning er sikret via forældrenes intervention, kan der fokuseres på gradvist at give ansvaret tilbage til barnet/ den unge selv, hvilket der fokuseres på i behandlingens anden fase. Målet er, at barnet gradvist og med forældrenes støtte eksponeres for at træffe sunde valg, der trodser den spiseforstyrrede impuls – f.eks. at vælge en snack eller at spise sin madpakke i stedet for at smide den ud. For nogle indebærer det også et familierapeutisk arbejde med at afhjælpe det, som barnet ellers kæmper med, og som spiseforstyrrelsen for en tid er blevet et svar på.

I behandlingens sidste fase fokuseres der på forebyggelse af tilbagefald og på at normalisere de almindelige ungdomsudfordringer, som familien og den unge står overfor. Terapeuterne arbejder løbende med at hjælpe de enkelte familiemedlemmer med f.eks. at håndtere konflikter eller vanskelige følelser, når disse problematikker vanskeliggør bedringsprocessen. Yderligere hjælpes familien med at tilsidesætte naturlig teenageudvikling af selvstændighed og løsrivelse i den akutte sygdomsfase og til gradvist at normalisere roller og samspil igen, når undervægt og restriktiv spisning er ophørt.

Vurdering af sværhedsgrad af anoreksi

Tabel 1 viser et skema, som kan vejlede i forhold til vurdering af sværhedsgraden af anoreksi. I differentieringen af sygdomsgraderne indgår en række forskellige parametre, herunder sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomerne, motivation for behandling, psykologisk indsigt, psykiatrisk komorbiditet mv.

Skemaet kan inddrages vejledende i den samlede vurdering af sværhedsgraden af anoreksi.

Behandling af bulimi

Formål med behandling

Behandlingsmålet for behandling af patienter med bulimi er som det første at reducere patientens risiko for fysiske skader forbundet med den kompenserende adfærd. Et andet mål for behandlingen er helbredelse, hvilket indebærer normalisering af spisning, ophør med overspisninger, ophør med kompenserende adfærd, vægtstabilisering samt psykologisk arbejde med de specifikke og generelle psykologiske vanskeligheder, såsom kropskritiske tanker, frygt for vægtøgning, trangen til at tabe sig, angst, tristhed og lavt selv-værd. Dette kræver gradvise adfærdsændringer, som jævnlige er forbundet med usikkerhed og angst. Disse forandringer kan udelukkende opnås i en behandlingsalliance mellem patient og behandler, som er præget af respekt, faglighed og tryghed.

Viden om effekt af indsatser

Der er i 2015 udarbejdet en national klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.⁷⁶

Anbefalingerne er opsummeret i følgende skema. Læsevejledning findes i den indledende beskrivelse af bilag 3.

Psykot terapi til voksne	
↑↑	Anvend kognitiv adfærdsterapi (CBT-BN) som førstevalg i behandlingen af voksne med moderat og svær bulimi (⊕⊕□□).
↑	Individuel psykot terapi samt psykot terapi i gruppe kan begge overvejes i behandlingen af voksne med moderat og svær bulimi, idet der ikke kan dokumenteres forskel på behandlingsformernes effekt (⊕⊕□□).
Psykot terapi til børn og unge	
↑	Overvej individuel kognitiv adfærdsterapi (CBT-BN) til børn og unge med moderat og svær bulimi (⊕⊕□□).
↑	Overvej familiebaseret spiseforstyrrelsesbehandling (FBT-BN) til børn og hjem-meboende unge med moderat og svær bulimi (⊕⊕□□).
Behandlingsformat	

⁷⁶ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Bulimi/NKR-behandling-af-moderat-og-sv%C3%A6r-bulimi.ashx>

√	Det er god praksis at genoverveje behandlingsform og -intensitet ved utilstrækkelig behandlingseffekt hos patienter med moderat og svær bulimi.
Farmakologisk behandling	
↓	Anvend kun efter nøje overvejelse selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) ved behandlingsstart til behandling af de bulimiske adfærdssymptomer hos voksne (⊕⊕□□).
Ernærings- og motivationsfremmende intervention	
√	Det er god praksis, at patienter med moderat og svær bulimi tilbydes en ernæringsintervention, som kan være individualiseret eller standardiseret.
↓	Tilbyd kun efter nøje overvejelse en motivationsfremmende intervention forud for opstart af psykoterapeutisk behandling af voksne med moderat og svær bulimi (⊕⊕□□).
Monitorering og tilbagefaldsforebyggelse	
√	Det er god praksis at evaluere behandlingseffekten ved systematisk at monitorere bulimipatienternes spiseforstyrrelsessymptomer på fastlagte tidspunkter undervejs i behandlingsforløbet
√	Det er god praksis, at patienter tilbydes at fortsætte i et stabiliserende behandlingsforløb efter spiseforstyrrelsesadfærden er ophørt mhp. tilbagefaldsforebyggelse.

Behandlingsniveau

Patienter med bulimi behandles typisk i ambulant regi eller daghospital. Kun i sjældne tilfælde kan der være behov for døgnindlæggelse, jf. skema til vurdering af sværhedsgrad nederst i afsnit om behandling af bulimi. Lette tilfælde kan i nogle tilfælde behandles hos praktiserende læge eventuelt sammen med privat praktiserende psykolog.

Behandlingsindsatser

Et behandlingsforløb for bulimi vil typisk indeholde følgende indsatser:

- Somatisk monitorering
- Farmakologisk behandling
- Psykoterapi

- Ernæringsterapi
- Psykoedukation
- Kropsterapi
- Pårørendeinddragelse
- Familiebaseret behandling (børn og unge)

Centrale elementer i behandlingen

Mennesker med bulimi har ofte stor ambivalens i forhold til behandling og adfærdssændring, idet det bulimiske spisemønster har været en effektiv mestringsstrategi i forhold til at dæmpe angst og give fornemmelse af kontrol, tryghed og identitet hos en person, der ofte er præget af selvusikkerhed. I behandlingen er det derfor vigtigt, at der løbende arbejdes med at fremme den enkeltes motivation ved eksempelvis at hjælpe patienten med at få indsigt i følelsesmæssige og relationelle problemstillinger, som spiseforstyrrelsen hænger sammen med og se, hvordan spiseforstyrrelsen er blevet en måde at håndtere livet på.

Det er dog erfaringen, at ambivalensen hos patienter med bulimi ikke har samme grad som ambivalensen hos patienter med anoreksi, hvilket givetvis hænger sammen med, at patienter med bulimi ikke står overfor at skulle øge vægten, da de sædvanligvis er normalvægtige.

En overordnet forudsætning for at kunne tilbyde effektiv behandling til patienter med bulimi er, at der er vedtagne rammer/aftaler, såkaldte NN's (non negotiables), som præsenteres for patienten, og som patienten accepterer, at der arbejdes indenfor.

Disse non negotiables udarbejdes på hver enkelt specialiseret behandlingssted på baggrund af faglig vurdering og klinisk praksis. Indenfor disse rammer kan fagperson og patient selv finde veje at gå for at nå målet. NN's er med til at sikre både samarbejdet i behandlerteamet samt samarbejdet med patienten, idet det giver en frihed inden for rammerne, som til gengæld står indiskutable. De aftalte rammer kan være regler for fremmøde, udfyldelse af kostdagbog, gradvis indførelse af regelmæssig/mekanisk spisning, gradvis ophør med kompenserende adfærd (opkastninger, laksantia, tvangsmotion, fasten mv.) samt vægtstabilitet. Kostdagbogen udfyldes, så venstre side indeholder oplysninger om indtagelse af mad, overspisninger, udrensende adfærd og motion. På højre side skriver patienten om tanker, følelser og oplevelser i løbet af dagen. På den måde kan kostdagbogen bidrage til forståelsen af sammenhæng mellem begivenheder i løbet af dagen og spisningen.

I behandlingen af bulimi arbejdes der yderligere med mekanisk spisning, som er en metode til at genetablere et regelmæssigt måltidsmønster og dermed vænne kroppen til at registrere sult- og mæthedssignaler. Arbejdet med mekanisk spisning har til formål at fjerne fokus på slankekure, og i stedet arbejde med et tilstrækkeligt, varieret spisemønster. Det er i den forbindelse vigtigt, at patienten får hjælp og støtte til at praktisere metoden, så den ikke misforstås som en rigid regel.

Somatisk monitorering

Bulimi kan give anledning til en lang række akutte og ikke-akutte somatiske følgevirkninger fra flere organsystemer (se oversigt i kapitel 4), og det er derfor afgørende, at man som led i behandlingen løbende følger patientens somatiske tilstand. Formålet med den somatiske monitorering er dermed at afbøde de eventuelle somatiske følgevirkninger og sikre at disse bliver behandlet.

De fleste patienter med bulimi har normalvægt og dermed ikke de samme alvorlige somatiske komplikationer, som gælder for patienter med anoreksi. De somatiske komplikationer hos patienter med bulimi stammer ofte fra den systematiske kompenserende adfærd, især opkastninger, brug af afføringsmidler, brug af vanddrivende midler, brug af slankemidler eller thyreoideahormon og tvangsmotion.

De somatiske konsekvenser som følge af den kompenserende adfærd vil ofte omhandle ubalancer i elektrolytter især i form af hypokalæmi (pga. opkastninger og misbrug af laksantia), der kan medføre farlige tilstande med hjerterytmeforstyrrelser. I langt de fleste tilfælde lader hypokalæmi sig korrigere uden vanskeligheder, hvis samarbejde med patienten om dette opnås. For børn og unge vil den kompenserende adfærd typisk være faste, opkastninger eller tvangsmotion, mens misbrug af medicin forekommer mere sjældent.

Den somatiske monitorering, herunder hyppigheden af eventuelle undersøgelser og prøver, skal tilpasses den enkelte patients tilstand. Monitoreringen vil overordnet ofte bestå af objektive somatiske undersøgelser, blodprøver samt EKG.

Den objektive somatiske undersøgelse tilpasses tilstanden hos den enkelte patient og kan indeholde følgende elementer:

- Måling/vurdering af vægt og højde (evt. vækstkurver ved børn)
- Puls og temperaturmålinger
- Blodtryksmålinger
- Stetoskopi af hjerter og lunger
- Undersøgelse for ødemer (deklitivt/peiorbitalt), hypotermi, palpation af spytkirtler (parotis og submandibularis) samt abdomen, hududslet (petekkier) samt erosioner på tænder og tandkød
- Vurdering af Russell's tegn (skrabesår på knoerne)⁷⁷

⁷⁷ Daluiski A1, Rahbar B, Meals RA. Russell's sign. Subtle hand changes in patients with bulimia nervosa., Clin Orthop Relat Res, 1997(343):107-9.

De typiske parakliniske fund hos bulimipatienter omfatter lav D-vitamin samt hypokaliæmi. Ved lav D-vitamin anbefales tilskud, mens der ved hypokaliæmi korrigeres og efterfølgende kontrolleres. Hos patienter, der ikke kaster op dagligt, ses ofte (bevaret) normal kalium.

Farmakologisk behandling

Der findes på nuværende tidspunkt ikke medicin, som specifikt påvirker den bulimiske psykopatologi. Der findes studier, som viser, at SSRI behandling hos nogle kan reducere trangen til overspisninger. Den psykofarmakologiske behandling kan dog aldrig stå alene, men ledsages af psykoterapi.

For patienter med bulimi vil der til gengæld ofte være behov for tilførsel af vitaminer og mineraler samt korrektion af elektrolytter, især kalium.

Mange patienter med bulimi har komorbiditet i form af angst, depression, OCD mv. Disse gener vil ofte forbedres i takt med, at spiseforstyrrelsesbehandling og adfærdsændringer påbegyndes. I mange tilfælde vil der dog være behov at behandle den komorbide sygdom med henblik på at reducere lidelse og gøre patienten i stand til at indgå i spiseforstyrrelsesbehandlingen.

Psykoterapi

Det overordnede formål med psykoterapi er at styrke behandlingsalliancen, at patienten udvikler indsigt i spiseforstyrrelsens funktion, at fastholde patienten i behandlingen og hjælpe patienten i at kunne foretage ændringer. Fælles for de fleste psykoterapiretninger er, at de vægter adfærdsændringer i begyndelsen af behandlingen og at de psykologiske temaer kommer til at fylde mere og mere, når spisningen og den almene tilstand er mere stabil. Terapien skal være med til at støtte patienten i at magte angst og uro, styrke deres selvværd, at de får forståelse for udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen og udvikler nye mestringsstrategier samt afprøver disse. Yderligere skal det understøtte patienten i at arbejde med relationel adfærd og vanskeligheder, således at der opnås en bedre social funktion.

Beskrivelse af hyppigt anvendte terapiformer findes i kapitel 4. I forhold til bulimi har CBT-E vist særligt gode resultater.⁷⁸ De kognitive elementer er delvist integreret i flere andre terapiformer. Det drejer sig om registrering af spisning og dagens gøremål, tanker, følelser samt at etablere en regelmæssig spisning og søge at udskyde/ undgå den kompenserende adfærd. Også i denne behandling arbejdes der senere i behandlingen med de specifikke psykologiske temaer i forhold til spiseforstyrrelser herunder patientens overevaluering af betydningen af krop og vægt.

⁷⁸ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2015/-/media/Udgivelser/2015/NKR-Bulimi/NKR-behandling-af-moderat-og-sv%C3%A6r-bulimi.ashx>

Ernæringsterapi

Formålet med ernæringsterapi til bulimipatienter er at vejlede og støtte patienten i ernæringsrigtig og tilstrækkelig spisning ud fra kroppens fysiologi og behov, herunder at opføre sig med overspisninger samt kompenserende adfærd.

Diætisten indleder med at foretage en kostanamnese i forhold til spisevaner, fødevarer typer, frekvens og mængder, undgåelse af bestemte fødevarer samt vurdering af aktivitetsniveau. Efterfølgendepsykoedukerer diætisten patienten i kroppens fysiologi og behov. Mange patienter med spiseforstyrrelser har interesse for og en vis viden om kost og ernæringsindhold, men de er ofte farvet af forskellige/tilfældige trends. Ligesom de ofte har en sort/hvid holdning i forhold til egen spisning.

Diætisten vurderer patientens behov for ernæring og hjælper til at bryde onde cirkler og fokusere på normalisering. Mange patienter har mistet sædvanlig oplevelse af sult og mæthedsfornemmelse, hvilket er baggrunden for at erstatte disse med regelmæssig/ mekanisk spisning på faste tidspunkter.

Patienten og diætisten samarbejder om at opstille delmål og individuelle fokuspunkter fra gang til gang, fx indførelse af morgenmad, undgåelse af at springe måltider over, indførelse af mellemmåltider med henblik på at undgå/udskyde de overspisninger, som er fysiologisk udløste. Det er vigtigt, at diætisten har specialiseret viden om spiseforstyrrelsens natur herunder den ofte massive ambivalens og de betydelige følelsesmæssige reaktioner, som patienterne kan udvise når de skal ændre spisningen. Alternativt kan den diætiske indsats til mange patienter bestå i en standardkostplan udarbejdet af en diætist, som kan træde i stedet for den direkte kontakt, såfremt patientens sundhedsfaglige behandler er i stand til at give den fornødne vejledning.

Kropsterapi

Formål med kropsterapi er, at patienten lærer kroppen samt dens behov og signaler at kende, og får sunde vaner omkring krop og motion. Læs mere om indholdet i kropsterapi i kapitel 4.

Pårørendeinddragelse

Det overordnede formål med pårørendeinddragelse er at skabe forståelse og støtte i den enkelte patients netværk ved at inddrage de pårørende aktivt i behandlingsforløbet

For børn og unge inddrages familien aktivt i behandlingen, se familiebaseret behandling nedenfor. For voksne med bulimi vil der ofte også være behov for støtte fra pårørende, som kan hjælpe med at bryde onde cirkler. Imidlertid vil mange voksne med bulimi ikke på forhånd have fortalt de pårørende om deres situation, idet der er stor skam forbundet med den bulimiske lidelse.

Psykoedukation af patienter og deres pårørende i forståelse af spiseforstyrrelsen (opståen, spiseforstyrrelsens funktion, vedligeholdende faktorer mv.) og behandlingens elementer, giver de pårørende større mulighed for at kunne støtte patienten i behandlingen.

Familiebaseret behandling (børn og unge)

Formålet familiebaseret behandling af bulimi er – som ved anoreksi - at sætte familien i stand til at bekæmpe spiseforstyrrelsen i fællesskab og understøtte, at barn og familie efterfølgende genoptager den hverdag og det udviklingsspor, som midlertidigt er sat på pause grundet bulimien. I modsætning til familiebaseret terapi til anoreksi lægges der større vægt på at opnå en samarbejdende og aftalebaseret indsats mod den spiseforstyrrede adfærd. Det skyldes dels, at den unge ofte er mere motiveret til at få hjælp med at undgå overspisninger, og dels at det er meget svært helt at forhindre opkastning uden samarbejde fra den unges side.

I behandlingens første fase vejledes forældre i at sikre regelmæssig spisning, beskytte den unge mod situationer, der kan udløse overspisning og være sammen efter måltider for at forhindre opkastninger. I anden fase, når spisemønsteret er normaliseret, og bulimiske episoder er ophørt eller mindsket betydeligt via forældrenes intervention, kan der fokuseres på gradvist at lade den unge på egen hånd tackle de situationer, der før ville kunne udløse bulimiske episoder. Familien støttes i at skabe en fælles forståelse for udløsende mekanismer, så der kan afprøves andre strategier i risikable situationer. I behandlingens sidste fase fokuseres der på forebyggelse af tilbagefald og på at normalisere de almindelige ungdomsudfordringer, som familien og den unge står overfor.

Terapeuterne arbejder løbende med at hjælpe de enkelte familiemedlemmer med f.eks. at håndtere konflikter eller vanskelige følelser, når disse problematikker vanskeliggør bedringsprocessen. Yderligere hjælpes familien med at tilsidesætte naturlig teenageudvikling af selvstændighed og løsrivelse i den akutte sygdomsfase, og til gradvist at normalisere roller og samspil igen, når bulimiske episoder er ophørt.

Vurdering af sværhedsgrad af bulimi

Tabel 1 viser et skema, som kan vejlede i forhold til vurdering af sværhedsgraden af bulimi. I differentieringen af sygdomsgraderne indgår en række forskellige parametre, herunder sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomerne, motivation for behandling, psykologisk indsigt, psykiatrisk komorbiditet mv.

Skemaet kan inddrages vejledende i den samlede vurdering af sværhedsgraden af anoreksi.

Behandling af tvangsoverspisning/Binge Eating Disorder (BED)

Formål med behandling

Behandlingsmålene for behandling af patienter med BED er primært at reducere antallet af overspisninger, etablere et regelmæssigt spisemønster, stabilisere vægten, reducere psykologiske spiseforstyrrelsessymptomer, herunder bekymringer om figur, vægt og madindtag samt at øge trivsel og kropssaccept.

Viden om effekt af indsatser

Overordnet tyder den nuværende erfaring med behandling af BED på, at der er god effekt af behandlingsforløb, der indeholder en bred række indsatser. Dog er erfaringer med behandling af BED relativt sparsomme i en dansk kontekst, og det er endnu ikke muligt at identificere, hvilke enkelte elementer i behandlingsindsatsen der har en effekt. Det er derfor nødvendigt med flere undersøgelser og forskningsprojekter, der kan tilvejebringe viden om området, herunder hvilke behandlingsformer der er de mest effektive.

Rammerne for behandling beskrevet i dette afsnit bygger derfor i høj grad på praksiserfaring fra eksisterende indsatser for mennesker med BED samt en evaluering af to satspuljeprosjekter, som er afprøvet i en dansk kontekst⁷⁹. Yderligere er der med aftalen om finansloven for 2018 over perioden 2019-2021 afsat i alt 61,7 mio. kr. til at udvide behandlingsskapaciteten til personer med spiseforstyrrelser, herunder BED, i den regionale psykiatri og hos private aktører. Der er givet midler til i alt 8 projekter på tværs af landet, som bliver evalueret enkeltvist og opsamlet i en tværgående evaluering. Som led i dette afprøves en række forskellige indsatser til mennesker med BED, herunder telepsykiatri.

Behandlingsniveau

Den sparsomme erfaring på området tyder indtil videre på, at behandlingen af mennesker med let til moderat BED med fordel kan varetages af aktører uden for den regionale psykiatri med specialviden om BED og specifikke kompetencer til behandling heraf. Behandlingen kan med fordel varetages af et tværfagligt team (eksempelvis psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere) i samarbejde med den alment praktiserende læge.

Behandling af patienter med moderat til svær BED og evt. komorbiditet kræver som udgangspunkt et intensivt, tværfagligt tilbud i regi af den regionale psykiatri. Dette kan med fordel organisatorisk placeres i de funktioner, der allerede varetager behandling af spiseforstyrrelser, forestået af fagprofessionelle med særlig viden om BED. Behandlingen vil som udgangspunkt være ambulant, med mindre komorbiditet (psykiatrisk eller somatisk) gør indlæggelse nødvendig.

⁷⁹ Behandling af Binge Eating Disorder (BED) - SAMMENFATNING AF RESULTATER FRA TO SATSPULJEPROSJEKTER, Sundhedsstyrelsen, 2016

Hvis behandlingen ikke foretages i den regionale psykiatri, er det vigtigt, at behovet for en lægefaglig vurdering løbende vurderes, og det er vigtigt, at den praktiserende læge inddrages i forhold til undersøgelse af eventuel komorbiditet (fx somatisk komorbiditet). Ved behov kan der sparreres med den regionale psykiatri om konkrete patientforløb.

De nødvendige organisatoriske rammer, ressourcer og kompetencer vedr. målrettet behandling af mennesker med BED bør afklares og sikres. Dette både ift. tilbud til målgruppen uden for sygehusregi (lavintensitetstilbud) og i sygehusregi (specialiseret behandling). Det bør sikres, at regioner, kommuner og almen praksis tilbyder en relevant indsats til mennesker med BED, og det anbefales på den baggrund, at indsatsen til mennesker med BED beskrives nærmere.

Behandlingsindsatser

Et behandlingsforløb for patienter med BED bør som udgangspunkt indeholde følgende indsatser:

- Psykoterapi, herunder dialektisk adfærdsterapi, narrativ terapi eller interpersonel terapi
- Psykoedukation
- Diætistvejledning
- Vægtmonitorering med fokus på vægtstabilitet
- Pårørendeinddragelse

Yderligere kan behandlingen suppleres med følgende indsatser efter behov:

- Socialrådgivning
- Kropsterapi

Centrale redskaber i behandlingen

Centrale elementer i behandlingen af mennesker med BED er *mekanisk spisning* og *kostdagbog*.

Mekanisk spisning

Mekanisk spisning er en metode til at genetablere et regelmæssigt måltidsmønster og dermed vænne kroppen til at registrere sult- og mæthedssignaler. Arbejdet med mekanisk spisning har til formål at fjerne fokus fra slankekure, og i stedet arbejde med et tilstrækkeligt, varieret spisemønster som kan sikre vægtstabilitet for mennesket med BED. Det er i den forbindelse vigtigt, at mennesket med BED får hjælp og støtte til at praktisere metoden, så den ikke misforstås som en rigid regel.

Kostdagbog

Ved anvendelse af kostdagbog inviteres patienterne til at registrere, hvad og hvornår de spiser og drikker, motionerer og sover samt overspisninger. Endvidere noteres øvrige elementer fra deres liv fx tanker, følelser, konflikter, ensomhed, samvær med mennesker, selvkritiske tanker eller eventuelt historier fra vedkommendes liv, som kan have relation til spiseforstyrrelsen.

Kostdagbogen benyttes som et centralt redskab i behandlingen til at se mulige sammenhænge mellem, hvordan vedkommende har det, og hvordan det eventuelt viser sig i måden vedkommende spiser eller overspiser på. Kostdagbogen er ofte med til at gøre arbejdet med spiseforstyrrelsen mere konkret og overskueligt for den enkelte og kan hjælpe vedkommende til at se sammenhænge mellem mad og følelser samt egen udvikling og fremskridt i behandlingen. Derudover kan kostdagbogen være med til at tematisere terapi-sessioner, idet dens indhold typisk tager afsæt i, hvad der er vigtigt for vedkommende at have fokus på.

Psykoterapi

Psykoterapi kan tilbydes patienter med BED som:

- Gruppebehandling
- Individuelle samtaler
- Gruppebehandling suppleret med individuelle samtaler⁸⁰

Gruppebehandlingen består dels af psykoterapi og diætistbehandling (se længere nede for information om diætistbehandling). Gruppebehandlingen bør strække sig over et længere forløb på eksempelvis 4-6 måneder med ugentlige sessioner. I den første del af behandlingen er fokus primært på at etablere et regelmæssigt spisemønster. Gradvist flyttes fokus til at identificere og håndtere de psykologiske og følelsesmæssige aspekter ved spisningen.

Gruppebehandlingen suppleres med individuelle samtaler/individuelle terapiforløb, som blandt andet kan supplere med en monitorering af overspisningsadfærd, kost og vægt med henblik på at understøtte tilstrækkelig, mekanisk spisning og sikre vægstabilitet igennem behandlingen.

Der er hertil gode erfaringer med internetbaseret behandling til nogle mennesker med let til moderat BED, hvor der tilbydes et online psykologstøttet program baseret på kognitiv adfærdsterapi.⁸¹

De hyppigst anvendte terapiformer er dialektisk adfærdsterapi og narrativ terapi. Anvendelsen af disse i behandlingen af mennesker med BED er beskrevet i det følgende.

Yderligere er anvendelse af interpersonel terapi i behandlingen af mennesker med BED

⁸⁰ Danske effekstudier har fundet symptomreduktion ved gruppebehandling suppleret med individuelle samtaler, læs mere i Behandling af Binge Eating Disorder (BED) - SAMMENFATNING AF RESULTATER FRA TO SATSPULJEPROJEKTER, Sundhedsstyrelsen, 2016

⁸¹ <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm512838>

afprøvet i en international kontekst^{82,83}, men der er fortsat mindre erfaring med dette i en dansk kontekst.

Dialektisk adfærdsterapi (DAT)

Dialektisk adfærdsterapi er en evidensbaseret metode udviklet til at støtte mennesker, der har udfordringer med følelsesmæssig dysregulering. Det blev oprindeligt udviklet til behandling af mennesker med personlighedsforstyrrelser, men der er vist god effekt ved brug af metoden til behandling af mennesker med BED.⁸⁴

Dialektisk adfærdsterapi hjælper med at styrke forskellige typer af færdigheder og kan bidrage til, at mennesket med BED får en øget forståelse af, hvordan spisning og forskellige emotionelle faktorer kan bidrage til overspisninger. Igennem kæde- og løsningsanalyser støttes vedkommende til at undgå sult samt til at regulere de følelser, som kan være med til at udløse overspisninger.

Narrativ terapi

Der er gode erfaringer med at arbejde med elementer fra den narrative teori i behandlingen af BED⁸⁵.

Den narrative tilgang anvender blandt andet *eksternalisering* og *bevidning*. Eksternalisering anvendes til at hjælpe mennesker med BED med at bekæmpe sygdommen frem for sig selv, gennem en sproglig konstruktion, hvor der tales om mennesket adskilt fra spiseforstyrrelsen.

Bevidning er en særlig responsform, som menneskerne i en gruppeterapi giver til den, der har fortalt sin historie om de problemer, vedkommende har. Man tager udgangspunkt i noget af det, et gruppemedlem har fortalt, som særlig har berørt én som vidne til fortællingen. Det centrale begreb i denne praksis er resonans. Det er en slags genklang, noget man som gruppedeltager kan associere til i sit eget liv. Når gruppemedlemmerne tager afsæt i noget, de har hørt hinanden sige, har det den effekt, at de gensidigt føler sig set og genkendt. Denne terapeutiske ramme kan være med til at understøtte en samarbejdende, ligeværdig og ikke dømmende tilgang, som kan have gavnlig effekt på deltagerne.

Diætistbehandling

Formålet med diætistbehandlingen er at indarbejde mad- og måltidsvaner, som kan modvirke overspisning ved dels at forebygge for stor sult ved stabilisering af måltidsmønstret, og dels at dække kroppens basale behov for essentielle næringsstoffer og forebygge fejlnæring. Det er i den forbindelse vigtigt, at behandlingen fokuserer på sundhed i bred

⁸² Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. Br J Psychiatry. 2012; 200(3):232-237.

⁸³ Wilson GT, Wilfley DE et al Psychological treatments of binge eating disorder. Arch gen psychiatry. 2010;67(1): 94-101

⁸⁴ Safer D. L., Telch C. F. & Chen, E. Y: Dialectical behavior therapy for Binge eating and Bulimia (2009)

⁸⁵ Behandling af Binge Eating Disorder (BED)- SAMMENFATNING AF RESULTATER FRA TO SATSPULJEPROJEKTER, Sundhedsstyrelsen, 2016

forstand både fysiologisk og psykologisk, herunder ernæring, søvn og fysisk aktivitet samt social funktion og psykisk trivsel.

Mange mennesker med BED har vanskeligt ved at registrere normal sult og mæthedssignaler og kan kun registrere ekstrem sult og mæthed. Det ses ofte, at mennesker med BED spiser restriktivt i dele af dagen, og dermed opbygger sult og uregelmæssig tilførsel af næringsstoffer – ligesom at mange kan have en urealistisk ide om kroppens behov samt normale portionsstørrelser. Det uregelmæssige måltidsmønster kan medføre stor sult, som kan understøtte overspisningsanfald.

Der er god erfaring med at integrere diætistbehandlingen i gruppeforløbet, da der opstår en fælles læring og anderledes tilgang til sundhed i gruppen, end menneskerne med BED har været vant til tidligere i livet, hvor deres problemstilling typisk er blevet set og behandlet som overvægt eller fedme.

Vægtmonitorering med fokus på vægtstabilitet

I behandlingen af mennesker med BED er det vigtigt at være opmærksom på, at nuværende erfaringer viser, at det ikke er hensigtsmæssigt at arbejde med vægttab, idet vægtstigmatisering og vægtreducerende behandling typisk er centrale problemstillinger i såvel årsagssammenhænge som vedligeholdende faktorer og tilbagefaldsrisiko, og det vil derfor meget ofte forværre spiseforstyrrelsessymptomerne at have fokus på vægttab og slankekure.

I stedet bør målet med behandlingen og vægtmonitoreringen være vægtstabilitet gennem fokus på tilstrækkelig, varieret spisning, og minimering af yderligere vægtøgning ved reduktion af de bulimiske overspisningsanfald. Vægtstabilitet igennem behandlingsforløbet kan i stedet understøtte, at man undgår at trigge overspisningstrang grundet sult, samt gør det muligt at fokusere på bagvedliggende årsager til overspisninger.

Ifølge den tidligere nævnte evaluering af satspuljeprojekterne fra 2016 bør vægttab først forsøges, når spiseforstyrrelsen har været i ro gennem længere tid. Evalueringen viste samtidig, at vægttab hos tidligere BED-patienter er en specialopgave, der bedst varetages af fagpersoner med kendskab til BED.

Pårørendeinddragelse

Der er gode erfaringer med inddragelse af pårørende særligt i forhold til psykoedukation, som kan være med til at give deltagerne og deres netværk samme grundforståelse og tilgang til spiseforstyrrelsen. Dette kan suppleres med, at de pårørende får gode råd og anbefalinger til, hvordan de kan støtte den ramte undervejs i forløbet. Formålet med inddragelsen er at skabe forståelse og støtte i den enkeltes netværk, at forebygge tilbagefald, samt at sikre overførsel af viden fra behandlingen til hverdagen.

Socialrådgivning

Der vil i nogle tilfælde være behov for at supplere behandlingen af BED med socialrådgivning, eksempelvis hvis personen har brug for støtte og råd i forhold til beskæftigelse,

boligforhold, muligheder for støtte i kommunen mv. En socialrådgiver kan i disse tilfælde tilknyttes og hjælpe med almindelig socialfaglig råd og vejledning til mennesket med BED og dennes netværk, primært om lovgivningens muligheder og rammer. Læs mere om socialrådgivning i afsnit 4.3.8.

Kropsterapi

Mennesker med BED har ofte problemer med kropsfølelse, -kontakt og -accept, og den nuværende erfaring er, at en del kan have god effekt af et supplerende tilbud med kropsterapi til den øvrige behandling. Den bedst afprøvede kropsterapeutiske behandling som led i spiseforstyrrelsesbehandlingen er B-BAT (Basic Body Awareness Therapy). I kropsterapien vil der gennem små siddende, stående og liggende øvelser arbejdes med at vende blikket indad og lægge mærke til kroppens signaler og sansninger på en ikke-dømmende måde. Et mål er at skabe en større selvaccept, og accept af kroppen og en større bevidsthed om, hvad der foregår i kroppen. Det kan støtte personen i at mærke grænser og identificere følelser.

Vurdering af sværhedsgrad

Tabel 9 viser et skema, som kan vejlede i forhold til vurdering af sværhedsgraden af BED. I differentieringen af sygdomsgraderne indgår en række forskellige parametre, herunder sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomerne, hyppighed af overspisninger, motivation for behandling, psykologisk indsigt, psykiatrisk komorbiditet mv.

Skemaet kan inddrages vejledende i den samlede vurdering af sværhedsgraden af BED.

Tabel 9: Sværhedsgrader ved BED

Sygdommens intensitet	Grad 1 (let BED)	Grad 2 (let/moderat BED)	Grad 3 (moderat BED)	Grad 4 (moderat/svær BED)	Grad 5 (svær/lisvtruende BED)
	Tværfaglig ambulant behandling i eller udenfor hospital	Tværfaglig ambulant behandling i eller udenfor hospital	Tværfaglig ambulant behandling i eller udenfor hospital	Intensiv behandling på hospital (ambulant, daghospital eller indlæggelse)	Intensiv behandling på hospital (indlæggelse)
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis	Delvis eller dårlig	Dårlig, evt. delvis
Evne til at spise normalt	Selvhjælpen med støtte	Selvhjælpen med støtte	Behøver støtte og struktur		
Hyppighed af overspisninger	<2 gange/uge	2-6 gange(uge, men ikke dagligt	1-5 gange dagligt	>6 gange/dag	Talrige gange dagligt
Omgivelsernes støtte	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte		Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte, bor evt. alene
Sucidaltru	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impulser
Psykiatrisk komorbiditet Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet (nedenstående er vejledende)					
Misbrug	-	-	-	x	x

Depression	-	(x)	x	x	x
Angst	-	(x)	x	x	x
Personlighedsforstyrrelse	-	-	x	x	x

HØRINGSUDKAST

Bilag 4: Kommissorium for arbejdsgruppen

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav i 2005 rapporten *Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser*, som fagligt grundlag for den kliniske vurdering og behandling af spiseforstyrrelser og anbefalinger for organisationen heraf. Derudover har Sundhedsstyrelsen arbejdet på at styrke området gennem retningslinjer for tidlige tegn på og forebyggelse af spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen 2000), samt nationale kliniske retningslinjer for spiseforstyrrelserne bulimi (Sundhedsstyrelsen 2015) og anoreksi (Sundhedsstyrelsen 2016), og i 2017 udkom forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse. Senest er der iværksat initiativer via satspuljemidlerne for 2018-2021 vedrørende behandling af personer med spiseforstyrrelser og selvskade til blandt andet at udvide kapaciteten i tilbud i den regionale psykiatri og hos private leverandører, samt til at kvalitetsudvikle eksisterende behandlingstilbud.

Arbejdet ses i sammenhæng med Socialstyrelsens arbejde med nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (Socialstyrelsen 2015), Sundhedsstyrelsens evaluering af behandling af tvangsoverspisning/Binge Eating Disorder (Sundhedsstyrelsen 2016), samt Sundhedsstyrelsens specialevejledning, som beskriver hvilke sygehuse, der må varetage specialfunktioner i forhold til behandling af mennesker med spiseforstyrrelser, samt krav til varetagelse heraf⁸⁶. Derudover koordineres arbejdet med en række øvrige initiativer, såsom satspuljeaftalen for sundhedsområdet 2019-2022, der har fokus på styrket indsats i psykiatrien, Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med BED og de afsatte puljemidler til området, samt Sundhedsstyrelsens arbejde med fremme af mental sundhed⁸⁷.

Organisatorisk er der sket en markant udvikling i sundhedsvæsenet, siden anbefalingerne udkom i 2005, hvor blandt andet kommunerne har udvidet og udviklet deres sundhedsopgaver, i takt med specialiseringen af sygehusvæsenets opgaver. Antallet af personer registreret med spiseforstyrrelser er desuden stigende, hvor børn og unge udgør en særlig risikogruppe⁸⁸— dette på trods af, at der formentlig sker en underrapportering af antal personer, som bliver diagnosticerede med spiseforstyrrelse⁸⁹.

⁸⁶ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan> (Sundhedsstyrelsen 2018)

⁸⁷ Mistrivsel blandt skolebørn (Sundhedsstyrelsen 2011), Mental sundhed blandt voksne danskere (Sundhedsstyrelsen 2010), Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer (Sundhedsstyrelsen 2009), Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter (Sundhedsstyrelsen 2008).

⁸⁸ Carsten Bøcker Pedersen; Ole Mors; Aksel Bertelsen; Berit Lindum Waltoft; Esben Agerbo; John J. McGrath; Preben Bo Mortensen; William W. Eaton, 2014: A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. JAMA Psychiatry. 2014;71(5):573- 581.

⁸⁹ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen, 2017

For at styrke planlægningsgrundlaget de kommende år for tilbud til mennesker med spiseforstyrrelser, vil Sundhedsstyrelsen udarbejde anbefalinger for tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser, med udgangspunkt i rapporten fra 2005, så indholdet fagligt og organisatorisk matcher udviklingen på området. Anbefalingerne vil være en revision og opdatering af vejledningen fra 2005, som de derfor erstatter.

Formål

Formålet med anbefalingerne er at bidrage til en ensartet høj kvalitet i indsatsen på tværs af faggrupper og sektorer ved at give anbefalinger til det samlede forløb fra tidlig opsporing, udredning, diagnostik og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering og opfølgning. Endvidere vil anbefalinger til organisering, herunder rolle- og ansvarsfordeling indgå.

Anbefalingerne vil omfatte børn, unge og voksne med en spiseforstyrrelse og har fokus på sundhedsfagligt indhold.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalingerne nedsætter Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe. Desuden nedsættes en referencegruppe med relevante parter, som vil følge arbejdet undervejs i processen og rådgive Sundhedsstyrelsen.

Arbejdsgruppens opgaver

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i arbejdet ved at drøfte og kvalificere oplæg i udarbejdelsen af anbefalinger, som forventes at omfatte:

- tidlig opsporing og indsats
- diagnostik
- udredning og behandling
- sundhedsfaglig rehabilitering
- opfølgning
- ansvars- og rollefordeling

Arbejdsgruppen kan bistå Sundhedsstyrelsen med skriftlige bidrag.

Arbejdet forventes afsluttet primo 2020.

Arbejdsgruppens sammensætning

Arbejdsgruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Birgitte Munch Jensen, overlæge og speciallæge i psykiatri samt almen medicin (Psykoteraapeutisk Center Stolpegård)
- Gry Kjærdsdam Telléus, psykolog og post.doc (Aalborg Universitetshospital, forskningsenhed for Børne- og Ungdomspsykiatrien)
- Helen F. Kock, sundhedsfaglig konsulent og sygeplejerske (Gladsaxe kommune)
- Jan Magnus Sjögren, overlæge og speciallæge i psykiatri, samt forskningslektor (Psykiatrisk Center Ballerup)

- Julie Munck, psykolog (Rådgivnings- og behandlingsenheden for unge med spiseforstyrrelser, Københavns kommune)
- Kristian Rokkedal, overlæge og speciallæge i psykiatri (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Risskov)
- Line Sidenius, direktør og kandidat i pædagogisk psykologi (Askovhus - specialiseret tilbud til mennesker med spiseforstyrrelse, København)
- Lisette Kaptain, souschef (Platangårdens Ungdomscenter, Region Sjælland)
- Loa Clausen, psykolog og forsker (Aarhus Universitet)
- Mette Waadegaard, overlæge og speciallæge i psykiatri (Psykiatrisk Center Ballerup)
- René Støving, speciallæge i endokrinologi og professor (Odense Universitetshospital, Center for Spiseforstyrrelser)
- Sabine Elm Klinker, vicedirektør og sociolog (Landforeningen mod Spiseforstyrrelser og selvskade)
- Solveig Christensen, leder (Team for Spiseforstyrrelser, Århus kommune)
- Susanne Lunn, psykolog og forsker (Københavns Universitet)
- Ulla Moslet, overlæge og speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri samt almen medicin (Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center Bispebjerg); desuden formand i bestyrelsen for Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Gosia Frosz (Dansk Selskab for Almen Medicin)

Sundhedsstyrelsen kan løbende inddrage øvrig faglig ekspertise efter behov, eksempelvis vil Sundhedsdatastyrelsen blive inddraget efter behov i forhold til data vedrørende arbejdet.

Arbejdsgruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne som arbejdsgruppen drøfter og kvalificerer.

Dagsorden og beslutningsreferat udsendes ca. en uge før og efter mødernes afholdelse.

Der forventes afholdt fire møder i arbejdsgruppen i perioden april til februar 2020.

Bilag 5: Kommissorium for referencegruppen

Baggrund

Sundhedsstyrelsen udgav i 2005 rapporten *Spiseforstyrrelser - anbefalinger for organisation og behandling af spiseforstyrrelser*, som fagligt grundlag for den kliniske vurdering og behandling af spiseforstyrrelser og anbefalinger for organisationen heraf. Derudover har Sundhedsstyrelsen arbejdet på at styrke området gennem retningslinjer for tidlige tegn på og forebyggelse af spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen 2000), samt nationale kliniske retningslinjer for spiseforstyrrelserne bulimi (Sundhedsstyrelsen 2015) og anoreksi (Sundhedsstyrelsen 2016), og i 2017 udkom forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse. Senest er der iværksat initiativer via satspuljemidlerne for 2018-2021 vedrørende behandling af personer med spiseforstyrrelser og selvskade til blandt andet at udvide kapaciteten i tilbud i den regionale psykiatri og hos private leverandører, samt til at kvalitetsudvikle eksisterende behandlingstilbud.

Arbejdet ses i sammenhæng med Socialstyrelsens arbejde med nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (Socialstyrelsen 2015), Sundhedsstyrelsens evaluering af behandling af tvangsoverspisning/Binge Eating Disorder (Sundhedsstyrelsen 2016), samt Sundhedsstyrelsen specialevejledning, som beskriver hvilke sygehuse, der må varetage specialfunktioner i forhold til behandling af mennesker med spiseforstyrrelser, samt krav til varetagelse heraf⁹⁰. Derudover koordineres arbejdet med en række øvrige initiativer, såsom satspuljeaftalen for sundhedsområdet 2019-2022, der har fokus på styrket indsats i psykiatrien, Sundheds- og Ældreministeriets arbejde med BED og de afsatte puljemidler til området, samt Sundhedsstyrelsens arbejde med fremme af mental sundhed⁹¹.

Organisatorisk er der sket en markant udvikling i sundhedsvæsenet siden anbefalingerne udkom i 2005, hvor blandt andet kommunerne har udvidet og udviklet deres sundhedsopgaver, i takt med specialiseringen af sygehusvæsenets opgaver. Antallet af personer registreret med spiseforstyrrelser er desuden stigende, hvor børn og unge udgør en særlig

⁹⁰ <https://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/gaeldende-specialeplan> (Sundhedsstyrelsen 2018)

⁹¹ Mistrivsel blandt skolebørn (Sundhedsstyrelsen 2011), Mental sundhed blandt voksne danskere (Sundhedsstyrelsen 2010), Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer (Sundhedsstyrelsen 2009), Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter (Sundhedsstyrelsen 2008).

risikogruppe⁹²— dette på trods af, at der formentlig sker en underrapportering af antal personer, som bliver diagnosticerede med spiseforstyrrelse⁹³.

For at styrke planlægningsgrundlaget de kommende år for tilbud til mennesker med spiseforstyrrelse, vil Sundhedsstyrelsen udarbejde anbefalinger for tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelse, med udgangspunkt i rapporten fra 2005, så indholdet fagligt og organisatorisk matcher udviklingen på området. Anbefalingerne vil være en revision og opdatering af vejledningen fra 2005, som de derfor erstatter.

Formål

Formålet med anbefalingerne er at bidrage til en ensartet høj kvalitet i indsatsen på tværs af faggrupper og sektorer ved at give anbefalinger til det samlede forløb fra tidlig opsporing, udredning, diagnostik og behandling, til sundhedsfaglig rehabilitering og opfølgning. Endvidere vil anbefalinger til organisering, herunder rolle- og ansvarsfordeling indgå.

Anbefalingerne vil omfatte børn, unge og voksne med en spiseforstyrrelse og har fokus på sundhedsfagligt indhold.

I forbindelse med udarbejdelsen af anbefalingerne nedsætter Sundhedsstyrelsen en referencegruppe med relevante parter, som vil følge arbejdet undervejs i processen og rådgive Sundhedsstyrelsen. Desuden nedsættes en arbejdsgruppe, som vil rådgive Sundhedsstyrelsen i arbejdet ved at drøfte og kvalificere oplæg i udarbejdelsen af anbefalinger.

Referencegruppens opgaver

Referencegruppen skal løbende følge udarbejdelsen af anbefalinger og rådgive Sundhedsstyrelsen omkring arbejdets overordnede ramme og indhold.

Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

- Rådgivning i forhold til afgrænsning og fagligt indhold i anbefalingerne
- Bidrag med relevant faglig og organisatorisk viden
- Kommentering på udkast til anbefalinger, inden de sendes i høring

Arbejdet forventes afsluttet primo 2020.

Referencegruppens sammensætning

⁹² Carsten Bøcker Pedersen; Ole Mors; Aksel Bertelsen; Berit Lindum Waltoft; Esben Agerbo; John J. McGrath; Preben Bo Mortensen; William W. Eaton, 2014: A Comprehensive Nationwide Study of the Incidence Rate and Lifetime Risk for Treated Mental Disorders. JAMA Psychiatry. 2014;71(5):573- 581.

⁹³ Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen, 2017

Referencegruppen består af følgende repræsentanter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Ergoterapeutforeningen (1)
- Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (1)
- Kost og ernæringsforbundet (1)
- Dansk Cardiologisk Selskab (1)
- Dansk Endokrinologisk Selskab (1)
- Dansk Neurologisk Selskab (1)
- Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser (1)
- Dansk Psykiatrisk Selskab (1)
- Dansk Psykolog Forening (2)
- Dansk Pædiatrisk Selskab (1)
- Dansk Socialrådgiverforening (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Danske Patienter (1)
- Danske Handicaporganisationer (1)
- Socialpædagogernes Landsforbund (1)
- Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker (1)
- KL/kommuner (1/2)
- Danske Regioner/regioner (1/2)
- Socialstyrelsen (1)
- Styrelsen for Undervisning og Kvalitet (1)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)

Danske Regioner og KL anmodes om at udpege de regionale og kommunale repræsentanter og Dansk Psykolog Forening anmodes om at udpege repræsentanter fra relevante psykologiske selskaber.

Sundhedsdatastyrelsen vil blive inddraget efter behov i forhold til data vedrørende arbejdet.

Referencegruppens møder

Sundhedsstyrelsen udarbejder oplæg til møderne som referencegruppen drøfter og kvalificerer.

Dagsorden og beslutningsreferat udsendes ca. en uge før og efter mødernes afholdelse.

Der forventes afholdt tre møder i referencegruppen i perioden april til februar 2020.

Bilag 6: Referencegruppens medlemmer

Laila Winther	Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade Udpeget af Danske Patienter
Thomas Brinck Speciallæge i Psykiatri	Dansk Psykiatrisk Selskab
Susanne Vinkel Koch Overlæge PhD	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
Mette Bentz	Dansk Psykolog Forening
Louise Reinert	Dansk Psykolog Forening
Kathrine Vogn Konsulent	Danske Regioner
Maria Mercedes Guala Overlæge i Team for Spiseforstyrrelser	Region Syddanmark Udpeget via Danske Regioner
Katrin Frimann Larsen Afdelingssygeplejerske i Børne- og ungdoms-psykiatrisk Center	Region Hovedstaden Udpeget via Danske Regioner
Lea Pedersen Faglig konsulen	Socialchefforeningen
Trine Muckert Cand.Scient.Fys., Adjunkt	Dansk Selskab for Fysioterapi
Inger Becker Ambulatoriesygeplejerske	Dansk Sygepleje Selskab
Sascha Damsgaard Petersen Ergoterapeut	Ergoterapeutforeningen
Tina Levysohn Chefkonsulent	KL
Susi Pedersen Klinisk diætist, Cand.Scient i Klinisk Ernæring	Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
Julie Navne-van Vliet Klinisk diætist, specialiseret i spiseforstyrrelsesbehandling	Kost og ernæringsforbundet
Nikolaj Thura Krarup	Dansk Cardiologisk Selskab
Rene Klinkby Støving Professor	Dansk Endokrinologisk Selskab
Pernille Vieth	Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge	
Sussi Harpøth Afdelingsleder og Forløbskoordinator	Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser Askovhus
Karin Lassen Overlæge Specialeansvarlig for socialpædiatri	Dansk Pædiatrisk Selskab
Bettina Skovmand	Dansk Socialrådgiverforening
Kirsten Kallesøe	SIND Udpeget af Danske Handicaporganisationer
Louise Boye Larsen Socialfaglig konsulent	Socialpædagogernes Landsforbund
Benedicte Engstrup	Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
Preben Bøgelund	Århus Kommune Udpeget via KL
Helle Schultz Psykiatri- og handicapchef	Sønderborg Kommune Udpeget via KL
Anette Holm Socialchef	Holstebro Kommune Udpeget via KL
Anton Rasmussen	Børne- og Kulturchefforeningen
Mette Milling Mortensen Fuldmægtig	Socialstyrelsen
Charlotte Mackeprang Fuldmægtig	Styrelsen for Undervisning og Kvalitet
Martin Zohar Fuldmægtig	Sundheds- og Ældreministeriet