

# **Rapport vedr. organiseringen af behandlingen og rehabilitering af patienter med svær spiseforstyrrelse i Region Midtjylland**

Dato 26-08-2015

Elisabeth Brix Westergaard

Tel. +4578470306

Elisabeth.Westergaard@PS.RM.DK

1-01-74-8-14

Side 1

## **1. Indledning:**

Psykiatri og socialledelsen besluttede sommeren 2014, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe, som skulle komme med forslag til den fremtidige organisering af behandling og rehabilitering af personer med svær spiseforstyrrelse. Arbejdsgruppen har været bredt sammensat af repræsentanter fra almen praksis, kommunerne, Landsforeningen mod spiseforstyrrelse, PS Landsforeningen, somatikken, de regionale sociale special tilbud , Center for Spiseforstyrrelse, børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Selv om arbejdsgruppens opdrag alene har været organisering af den tværsektorielle indsats til personer med svær spiseforstyrrelse, har arbejdsgruppen også berørt en række andre emner som faglig og brugeroplevet kvalitet, medarbejderkompetencer og ressourcer. Desuden har der i arbejdsgruppen været en stor opmærksomhed på betydningen af en tidlig indsats, hvorfor arbejdsgruppen har medtaget enkelte anbefalinger som vedrører af indsatsen personer med spiseforstyrrelse i primærsektoren.

Parallelt med forløbet i arbejdsgruppen er PS Landsforeningen og Landsforeningen mod spiseforstyrrelse fusioneret til én patient- og pårørendeorganisation og hedder fremadrettet LMS. Det betyder, at når der står LMS i rapporten, dækker det over repræsentanterne fra både den tidligere PS Landsforeningen og Landsforeningen mod Spiseforstyrrelse.

Da Region Midtjylland også varetager behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse på højt specialiseret niveau for Region Nordjylland, vil Region Nordjylland være høringspart til rapporten.

## Organisering af behandling i primærsektoren

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
1	Forløbsbeskrivelsen vedr. spiseforstyrrelse på praksis.dk skal opdateres, så det fremgår <ul style="list-style-type: none"><li>at en tidlig og rehabiliterende psykosocialindsats fra kommunal side er vigtigt at få iværksat, samtidigt med den lægelige/psykologiske behandling</li><li>hvilke tilbud som LMS kan tilbyde patienter og pårørende</li></ul>	Center for Spiseforstyrrelser	2015
2	Almenpraksis og kommunerne skal sikres adgang til rådgivning fra regionspsykiatrien vedr. mennesker med spiseforstyrrelse	Center for Spiseforstyrrelser /BUC	2015
3	Der skal være tilbud om psykoedukation til patienter og forældre, som behandles i primærsektoren	Almenpraksis Kommunerne	2015
4	Sundhedsaftalen har som indsatsområder <ul style="list-style-type: none"><li>at sikre tilgængeligheden mellem kommune og almenpraksis</li><li>at styrke samarbejdet og kommunikationen mellem kommune og almenpraksis.</li></ul> Dette skal også gælde samarbejdet omkring patienter med spiseforstyrrelse	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2015
5	Der skal udvikles indsatser til opkvalificering af kompetencerne i almenpraksis (almenpraktiserende læge og praksispersonale) f.eks. via e-learning	Psykiatri og Social	2016

## Organisering af behandling i regionspsykiatrien

	<b>Anbefalinger</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Hvornår</b>
6	Den ambulante indsats for børn og unge styrkes med etablering af Tværfagligt Udadgående Team, med henblik på at forebygge/afkorte indlæggelse. Forudsætningen herfor er bevilling fra satspuljen	BUC/ Center for Spiseforstyrrelser	2015 – 2018
7	I tilfælde af manglende sengekapaцитet i Center for Spiseforstyrrelser skal de mest syge patienter, dvs. patienter, der har behov for behandling på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau, prioriteres, herunder patienter på højt specialiseret niveau fra Region Nordjylland	BUC/ Center for Spiseforstyrrelser	2015
8	Afd. Q og Regionspsykiatrien Vest udpeger hvert et sengeafsnit til indlæggelse af patienter med spiseforstyrrelse. BUC udpeger 2 sengeafsnit - et skolebørnsafsnit og et ungeafsnit. Personalet i disse afsnit kvalificeres til opgaven og de skal sikres de nødvendige og tilstrækkelige vilkår til at kunne løse opgaven	Afd. Q, Regionspsykiatrien Vest og BUC	2015
9	Der udarbejdes en retningslinje, der beskriver visitationen, samarbejde og ansvar, hvis en patient ikke kan modtages direkte til indlæggelse i CfS eller overflyttes pga. pladsmangel i CfS. Retningslinjen skal understøtte implementeringen af anbefaling 7 og 8	Psykiatri og Social	2015
10	Når man undervejs i et udrednings- og behandlingsforløb for patienter med spiseforstyrrelse får mistanke om anden psykisk sygdom f.eks OCD, skal der indhentes faglig bistand fra den relevante enhed	Center for Spiseforstyrrelser /BUC og de øvrige enheder i Psykiatri og Social	2015
11	Samarbejdsaftalen mellem MEA AUH, Børneafdeling A, AUH og Center for Spiseforstyrrelser skal opdateres, når specialeplanerne for somatikken og psykiatrien er opdateret	Psykiatri og Social og AUH	2015
12	Det skal undersøges om MEA og Børneafdeling A AUH kan varetage behandlingen af patienter på både regionsfunktions – og højt specialiseret niveau	Psykiatri og Social og AUH	2015
13	Informationen om samarbejdsaftalerne mellem MEA og pædiatrisk afdeling AUH og CfS skal formidles bl.a. via e-dok	Psykiatri og Social og AUH	2015

## Organisering af den kommunale og regionale rehabilitering til borgere med svær spiseforstyrrelse

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
14	De nationale retningslinjer for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats over for borgere med svære spiseforstyrrelser - som er under udarbejdelse af en arbejdsgruppe i regi af Socialstyrelsen - skal danne udgangspunkt for en aftale om udvikling og organisering af den rehabiliterende indsats til borgere med spiseforstyrrelse i Region Midtjylland	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2015
15	Kommunerne opfordres til at indgå i partnerskaber med andre kommuner/regionen omkring en specialiseret psykosocial rehabiliterende indsats til personer med svær spiseforstyrrelse	Kommunerne og regionen	

## Organisering af samarbejdet med patienter og pårørendeorganisationerne

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
16	Almenpraksis, kommunerne og regionspsykiatrien skal informere patienter og pårørende om de muligheder der er for at få støtte i brugerorganisationerne	Almenpraksis Kommunerne Regionspsykiatrien	2015
17	Fastholde de kvartalsvise møder mellem Center for Spiseforstyrrelse og LMS. Afd. Q og Regionspsykiatrien Vest deltager 1 gang årligt. Ad hoc deltagelse af de regionale og kommunale specialiserede tilbud	Center for Spiseforstyrrelse	2015

## Organiseringen af det tværsektorielt samarbejde

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
18	Etablering af et vidensnetværk mellem brugerorganisationerne, den kommunale og regionale rehabiliterende indsats og regionspsykiatrien med henblik på erfaringsudveksling og udvikling af den rehabiliterende indsats til borgere med spiseforstyrrelse	Psykiatri og Social	2016
19	Der udarbejdes en delaftale til sundhedsaftalen, som omfatter borgere med spiseforstyrrelse	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2017
20	I forlængelse af en indlæggelse udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for de borgere med svær spiseforstyrrelse, der har brug for en specialiseret rehabiliterende indsats	BUC/ Center for Spiseforstyrrelse	2016

## 2. Baggrund

Behandling og rehabilitering af mennesker med spiseforstyrrelse foregår i almen praksis, kommunerne, regionale sociale tilbud regionspsykiatrien og på de somatiske hospitaler. Almenpraksis, regionspsykiatrien og de somatiske hospitaler har opgaver og ansvar for udredning, behandling og rehabilitering, mens kommunerne og de regionale sociale tilbud har opgaver og ansvar for rehabilitering og den psykosociale indsats. Desuden har patient- og pårørendeorganisationen på området en række tilbud til patienter og pårørende.

I Region Midtjylland behandles patienter med middelsvær til svær anoreksi, bulimi og andre spiseforstyrrelser uanset alder og specialiseringsniveau i Center for Spiseforstyrrelse under Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. En række konkrete sager, som blandt andet har været behandlet i medierne, gav i sommeren 2014 anledning til en dialog mellem PS Landsforeningen og psykiatri- og socialledelsen. En dialog som har tydeliggjort behovet for at beskrive og aftale en mere hensigtsmæssig organisering af behandling og rehabilitering af patienter med svær spiseforstyrrelse. I særdeleshed har der vist sig et behov, for at vurdere behandlingstilbuddet til patienter, som har en anden diagnose sammen med spiseforstyrrelsen. Det blev besluttet, at der skulle nedsættes en arbejdsgruppe med bred deltagelse fra både PS Landsforeningen, Landsforeningen mod Spiseforstyrrelse (LMS), kommuner, almenpraksis, de regionale sociale tilbud, somatikken og regionspsykiatrien. Arbejdsgruppens skulle komme med forslag/ideer til, hvordan man fremadrettet kan tilrettelægge indsatsen til mennesker med spiseforstyrrelser. Se kommissorium og arbejdsgruppens sammensætning, se bilag 1.

På nationalt plan har regeringen, som det fremgår af handleplanen "*Lige værd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – En langsigtet plan*" besluttet, at der som et element i opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen, skal udarbejdes nationale retningslinjer for behandling, rehabilitering og organisering af den specialiserede indsats for mennesker med svær spiseforstyrrelse.

Dette er baggrunden for, at Socialstyrelsen har nedsat en national arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til nationale retningslinjer for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats overfor borgere med svær spiseforstyrrelse. Arbejdsgruppen er sammensat af tværfaglige og tværsektorielle repræsentanter fra såvel private, kommunale og regionale tilbud til unge og voksne med en spiseforstyrrelse, børne- og voksenpsykiatrien, forskere fra Københavns, Odense og Århus Universitet samt repræsentanter fra interesseorganisationer.

Af rapporteringen fra den nationale arbejdsgruppe forventes at blive offentliggjort medio juni 2015

### 2.1 Arbejdsgruppens proces

### 2.2 Afklaring af begreber

#### Behandling:

Sundhedsloven indeholder ikke en egentlig definition af sygehusbehandling, men "sygehusbehandling" anvendes om undersøgelse, behandling, specialiseret genoptræning mv., som varetages ambulant eller under indlæggelse på et sygehus<sup>1</sup>.

### Rehabilitering:

Marselisborg Centeret har i Hvidbog om Rehabilitering, 2004, formuleret en definition af rehabilitering, som Danske Selskab for Psykosocial Rehabilitering tilslutter sig som gældende også for psykosociale rehabiliteringsindsatser:

*" 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 meningsfyldt liv. Rehabilitering baseres på borgernes hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

## **3. Lovgivning ift. udredning, behandling og rehabilitering**

### **3.1 Ret til hurtig udredning og differentieret behandling<sup>2</sup>**

Folketinget har i juni 2014 vedtaget en ændring af sundhedsloven, der giver patienter med psykiske lidelser samme rettigheder som patienter med fysiske lidelser i forhold til frit sygehusvalg, ret til hurtig udredning og differentieret ret til behandling.

#### **3.1.1 Ret til hurtig udredning**

Rettighederne gælder for børn, unge og voksne med psykisk sygdom og indebærer med virkning fra 1. september 2014 en ret til hurtig udredning inden for 2 måneder (60 dage). Fra 1. september 2015 ændres retten til hurtig udredning til én måned (30 dage).

#### **3.1.2 Hvad indeholder rettighederne i forhold til patienter henvist til behandling?**

Ret til differentieret behandling betyder, at patienten har ret til udvidet frit sygehusvalg, hvis regionen ikke kan tilbyde behandling indenfor fristen. Fristen er på 30 dage i de tilfælde, hvor patienten er alvorlig syg, og 60 dage i tilfælde hvor patienten er mindre alvorlig syg.

Vurderingen af alvorlighed vil altid være en individuel lægefaglig vurdering uanset diagnose, men til støtte anbefales følgende generelle kriterier gældende for både børne- & ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien:

- De tilstande, hvor man forventer en alvorlig forværring af patientens tilstand fra en til to måneder (fare for patientens liv og levned) skal behandles indenfor 1 måned
- Patienter med mistanke om psykose, svær depression og patienter med spiseforstyrrelse med alvorlighedsgrad 4 og 5<sup>3</sup> behandles inden for 1 måned (30 dage)
- Øvrige patienter behandles inden for 2 måneder (60 dage)

#### **3.1.3 Frit sygehusvalg**

Personer henvist til udredning har ifølge loven ret til frit sygehusvalg.

---

<sup>1</sup> <http://www.ft.dk/samling/20111/lovforslag/l48/spm/1/svar/843168/1056457.pdf>

<sup>2</sup> Regionernes vejledning til håndtering af ret til hurtig udredning og differentieret behandling i psykiatrien

<sup>3</sup> Her refereres til den graduering i alvorlighedsgrad af sygdom, som er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005: "Spiseforstyrrelse. Anbefalinger for organisation og behandling", s. 42 og 43.



Såfremt patienten vælger at blive udredt på et bestemt offentligt sygehus, hvor udredningen ikke kan udføres indenfor gældende tidsfrist, skal patienten oplyses om dette, samt om på hvilket sygehus eller klinik udredningen i stedet kan foregå inden for tidsfristen.

Regionens forpligtelse er, at give patienten et tilbud om udredning inden for den gældende tidsfrist. Det er så op til patienten, om man vil gøre brug af tilbuddet, eller om man vil benytte sig af sin ret til frit sygehusvalg, som kan betyde at udredningen overstiger en måned (indtil 1. september 2015 2 måneder). Hvis patienten vælger dette, vil det tilsidesætte regionens forpligtelse til udredning indenfor en måned, men ikke regionens forpligtelse til at oplyse om dette.

Det skal bemærkes, at sundhedsloven giver patienten ret til frit sygehusvalg, men ikke udvidet frit sygehusvalg, dvs. at patienten ikke får ret til at vælge udredning på et privathospital. I lovgivningen ligger dog en forpligtelse til, at bopælsregionen afsøger andre regioner og det private marked for udredning, hvis der ikke er kapacitet i egen region.

### **3.2 Rehabilitering.**

Kommunerne<sup>4</sup> er hovedaktør på rehabiliteringsområdet, idet ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte primært er forankret i kommunerne.

Kommunerne har efter gældende lovgivning mulighed for at iværksætte ydelser og tilbud (se bilag 2) inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb. Det er således kommunerne, der indenfor de overordnede rammer, tilrettelægger et rehabiliteringsforløb, hvor der er sammenhæng og koordination i indsatserne fra de forskellige kommunale områder.

Sygehuse og praksissektor er også væsentlige aktører og samarbejdspartner i den sundhedsfaglige rehabiliteringsindsats. Sygehusene har fx ansvar for behandling, genoptræning og patientrettet forebyggelse under indlæggelse, mens sundhedspersoner i praksissektoren, fx alment praktiserende læger og fysioterapeuter, kan yde relevante tilbud i det sundhedsfaglige rehabiliteringsforløb. Sammenhæng mellem den kommunale rehabilitering, det være sig både den sundhedsfaglige og den psykosociale rehabilitering og indsatser i det regionale sundhedsvæsen – sygehuse og almen praksis – er derfor en vigtig forudsætning for gode rehabiliteringsforløb.

Sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser retter sig således oftest mod at bedre de skadede fysiske funktionsnedsættelser (herunder mentale/kognitive funktioner), som er opstået i forbindelse med sygdom og ulykker. Formålet er at bedre den samlede funktionsevne. Det at genvinde kroppens funktioner ses som en forudsætning for aktivitet og deltagelse.

Den sundhedsfaglige del af rehabilitering kan ofte deles op i en akut behandlingsfase på sygehus, i en fase med behandling og rehabilitering ambulant eller under indlæggelse på sygehus og siden en rehabiliteringsfase forankret i det primære sundhedsvæsen (kommuner og praktiserende sundhedspersoner fx praktiserende læger og fysioterapeuter).

---

<sup>4</sup> [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx)

## **4. De overordnede rammer for organiseringen af behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse**

I behandlingen og rehabiliteringen af mennesker med spiseforstyrrelse er der en lang række aktører på banen; patienter og pårørende, almenpraksis, privatpraktiserende psykologer og speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri, den hospitalsbaserede behandling, såvel den psykiatriske, som den somatiske, den kommunale indsats på en række områder; sundhedsfagligt, socialt, undervisnings- og beskæftigelsesområdet, den regionale specialiserede sociale indsats, samt brugerorganisationerne.

De overordnede rammer for organiseringen af udredning, behandling og rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse er defineret af nedenstående dokumenter:

1. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning 1. gang 2010
2. Sundhedsaftalerne 2015 – 2018 (hovedpunkter)

### **4.1 Sundhedsstyrelsens specialevejledning**

Tidligere var Sundhedsstyrelsens anbefalinger til organisering af indsatsen til mennesker med spiseforstyrrelse beskrevet i rapporten "Spiseforstyrrelser, Anbefalinger for organisation og behandling fra 2005. Rapporten indeholder bl.a. en beskrivelse, hvor spiseforstyrrelsens alvorlighed er graderet fra 1 til 5, som vejledende kriterier for valg af behandlingsindsats. Anbefalingerne er efterfølgende suppleret (erstattet) med den specialevejledning, som Sundhedsstyrelsen kom med i 2010 for de 36 lægespecialer på sygehusene.

Af specialevejledningen fremgår Sundhedsstyrelsens anbefalinger for hovedfunktionerne i specialet, samt krav til og placeringen af specialets specialfunktioner (regions- og højt specialiserede funktioner).

Specialiseringen i sygehusvæsenet er delt og både børn, unge og voksne med spiseforstyrrelse behandles på alle 3 niveauer:

- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau

#### **4.1.1 Børn og unge med spiseforstyrrelse<sup>5</sup>**

Hovedfunktionsniveau:

Behandling på hovedfunktionsniveau omfatter udredning og behandling af sygdomme og tilstande, der er så svære og komplekse, at det kræver diagnostisk udredning og behandling, herunder tværfaglig indsats i sygehusregi, men som ikke samtidig kræver varetagelse på specialfunktionsniveau (regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau). Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Regionsfunktionsniveau:

Det er karakteristisk for psykiske sygdomme, at den enkelte sygdom varierer i sværhedsgrad – også hos den enkelte patient. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvornår en psykisk

---

<sup>5</sup> Revideret specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri (version til ansøgning), 17-04-2015, Sundhedsstyrelsen Side 10

sygdom er af en sådan sværhedsgrad, at patientens skal henvises fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau.

Nedenstående kriterier anvendes for udvalgte regionsfunktioner til at skelne mellem, hvornår patienter kan behandles på hovedfunktion, og hvornår de skal henvises til regionsfunktionsniveau. I tilfælde, hvor disse kriterier anvendes, fremgår det af beskrivelsen af regionsfunktionen.

Kriterier for at henvises fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau:

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt

og/eller

4. Patienter med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

Specifikt for patienter med spiseforstyrrelser gælder det

At patienter på 12 år og ældre, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt, herunder ved manglende bedring i løbet af et par måneder under behandling på hovedfunktionsniveau, skal behandles på regionsfunktionsniveau

På regionsfunktionsniveau skal der være særlig viden om psykopatologi, særlige kompetence indenfor behandling, herunder psykoterapi, psykofarmakologi, miljø-terapi, psykoedukation og samtidig behandling af somatisk og psykisk lidelse samt mulighed for døgnindlæggelse.

Behandlingen varetages i tæt samarbejde med pædiatri, intern medicin: endokrinologi og intern medicin: kardiologi. Der skal etableres lokale retningslinjer for tilsyn.

Når patienten er udredt og den fortsatte behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau, kan regionsfunktionsniveauet tilbagehenvise patienten til hovedfunktionsniveauet.

Højt specialiseret niveau:

Kriterier for at henvise fra regionsfunktionsniveau til højt specialiseret funktionsniveau:

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på højt specialiseret funktionsniveau

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning på regionsfunktionsniveau. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den højt specialiserede funktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på regionsfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt

og/eller

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

Specifikt for patienter med spiseforstyrrelser gælder det

At patienter på 4-11 år samt spiseforstyrrelser hos patienter på 12 år og ældre, hvor et/flere af overstående kriterier 1-4 er opfyldt skal behandles på højt specialiseret niveau

Behandlingen varetages i tæt samarbejde med pædiatri og intern medicin: endokrinologi. Der skal etableres lokale retningslinjer for tilsyn.

Når patienten er udredt på højt specialiseret niveau og den fortsatte behandling kan varetages på et lavere specialiseringsniveau, kan patienten tilbagehenvises til det relevante specialiseringsniveau.

#### **4.1.2 Voksne med spiseforstyrrelse<sup>6</sup>**

Hovedfunktionsniveau

Behandling på hovedfunktionsniveau omfatter udredning og behandling, hvor sværhedsgraden af spiseforstyrrelsen ikke kræver, at patienten behandles på regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau. Hvis en påbegyndt udredning på hovedfunktionsniveauet giver begrundet mistanke om, at patientens sygdom skal varetages på regionsfunktions- eller højt specialiseret niveau, henvises patienten til et sygehus, der er godkendt hertil.

Regionsfunktionsniveau

Det er karakteristisk for psykiske sygdomme, at den enkelte sygdom varierer i sværhedsgrad – også hos den enkelte patient. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvornår en psykisk sygdom er af en sådan sværhedsgrad, at patienten skal henvises fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau. Nedenstående kriterier anvendes til at skelne mellem, hvornår

<sup>6</sup> Revideret specialevejledning for psykiatri (version til ansøgning), 17-04-2015, Sundhedsstyrelsen

patienter kan behandles på hovedfunktion og hvornår de skal henvises til regionsfunktionsniveau.

Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau:

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interview som fx SCAN/PSE. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt

og/eller

4. Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau

Særligt for patienter med spiseforstyrrelse:

1. At patienten opfylder et eller flere af ovenstående kriterier

eller

2. BMI er < 16.

Behandlingen varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi, helst på samme matrikel. Der skal etableres lokales retningslinjer for tilsyn.

Når patienten er udredt og den fortsatte behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau, kan regionsfunktionsniveauet tilbagehenvise patienten til hovedfunktionsniveauet.

Højst specialiseret niveau:

Målgruppen for behandling af voksne med spiseforstyrrelse på højt specialiseret niveau er at patienten opfylder et af ovenstående kriterier og

- Hvor patienten har været igennem et relevant behandlingsforløb på regionsfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt.

Behandlingen varetages i tæt samarbejde med intern medicin: endokrinologi, helst på samme matrikel. Der skal etableres lokales retningslinjer for tilsyn.

#### 4.2 Sundhedsaftale 2015 – 2018 – hovedpunkter:

Vigtige indsatsområder i den kommende sundhedsaftale:

Differentieret samarbejdsintensitet afhængig af borgerens behov:

- Dvs. en graderet indsats, således at de borgere, der kan selv – skal selv, mens de mest sårbare borgere, som ikke selv kan sikre sig de nødvendige sundhedstilbud, skal have en tæt koordineret tværsektoriel indsats. Modellen skal desuden sikre en gensidig forventningsafstemning til samarbejdet og en mere effektiv brug af de fælles ressourcer

Styrket samarbejde mellem almenpraksis og kommunerne – specielt børn og unge

- Der skal i aftale perioden udvikles og afprøves nye modeller for samarbejde

Øget gensidig tilgængelighed:

- Det skal være let og entydigt, hvordan man kommer i kontakt med hinanden på tværs af sektorer

Psykiatrien skal understøtte inklusionsdagsorden og arbejdsmarkedsperspektivet

- Målet er at understøtte at flest mulige borgere er inkluderet og som voksen får eller fastholder tilknytning til uddannelse eller arbejdsmarkedet

Forebyggelse af somatisk sygdom hos borgere med psykisk sygdom

- Tættere samarbejde mellem psykiatrien (den kommunale og regionale) og somatikken og kommunernes sundhedsområde

Psykiatrien skal være tilgængelig med rådgivning af primærsektoren

Udvikling af kvaliteten af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

- Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal være et dynamisk samarbejdsredskab. Derfor er det nødvendigt med tidlig inddragelse af samarbejdsparter. Desuden skal udskrivningsaftaler og koordinationsplaner også indeholde vigtig somatisk behandling

Sammenhængende rehabiliteringsforløb

- Der skal i aftale perioden udvikles og afprøves nye metoder, som i højere grad understøtter integrerede forløb

## **5. Målgruppebeskrivelse for patienter med spiseforstyrrelse**

Ca 75.000<sup>7</sup> danskere vurderes i dag at leve med en spiseforstyrrelse (diagnostiske kriterier for spiseforstyrrelse se bilag 3), heraf har ca. 5.000 anoreksi og ca. 30.000 bulimi. De resterende 40.000 lever med anden spiseforstyrrelse herunder overspisningslidelse (Binge Eating Disorder, BED).

Der findes ikke en entydig målgruppe beskrivelse for behandling af patienter med spiseforstyrrelse i henholdsvis primærsektoren og det sekundære sundhedsvæsen. Derfor vil det følgende tage udgangspunkt i dels den niveaudeling, som Sundhedsstyrelsen har med i sine anbefalinger i rapporten fra 2005 og dels den målgruppebeskrivelse, som regionerne har udarbejdet i fællesskab i forbindelse med implementeringen af udrednings- og behandlingsretten.

---

<sup>7</sup> **Et liv til forskel** – bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse, Danske Regioner 2012

## 5.1. Målgruppebeskrivelse for behandling i primærsektoren

Der findes ikke en egentlig målgruppebeskrivelse for behandling af patienter med spiseforstyrrelse i primærsektoren, men nedenstående tager som nævnt ovenfor afsæt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra rapporten "Spiseforstyrrelse, Anbefalinger for organisation og behandling fra 2005. Rapporten beskriver behandlingsindsatsen på niveau 1, som den behandling, der kan gives af behandlere uden særlig erfaring med spiseforstyrrelse, f. eks den almenpraktiserende læge.

Behandlingsopgaven for den almenpraktiserende læge er at

- kunne motivere og rådgive patienten
- opdage spiseforstyrrelsen
- foretage den nødvendige initiale somatiske udredning
- iværksætte vægtkontrol
- påbegynde behandling og behandle ukomplicerede tilfælde af spiseforstyrrelse
- tvangsindlægge
- efterbehandle og opdage evt. recidiv.

Center for spiseforstyrrelse har udarbejdet en forløbsbeskrivelse vedr. spiseforstyrrelse til brug for de almenpraktiserende læger – forløbsbeskrivelsen findes på [praksis.dk](http://praksis.dk).

Forløbsbeskrivelsen indeholder følgende emner:

- Ætiologi, forekomst og risikofaktorer
- Definition af spiseforstyrrelser (ICD-10 kriterier)
- Udredning og diagnostik i almen praksis
- Behandling i almen praksis
- Henvisning til Center for Spiseforstyrrelser
- Målgruppe, udredning og behandling på Center for Spiseforstyrrelser
- Henvisning sendes til - praktiske oplysninger
- Yderligere information
- ICPC

Link til forløbsbeskrivelsen:

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/midtjylland/patientforloeb/forloebbeskrivelser/p-psykisk/spiseforstyrrelser/>

## 5.2 Målgruppebeskrivelse for behandling i sekundærsektoren, herunder afslutningskriterier

De danske regioner har i fællesskab udarbejdet en målgruppebeskrivelse for hvilke patienter, der skal behandles i det sekundære sundhedsvæsen. Målgruppebeskrivelsen er fælles for alle psykiske sygdomme uanset om det drejer sig om børn og unge eller voksne.

Regionspsykiatrien tilbyder hospitalsbaseret udredning og behandling til patienter med psykisk sygdom, der opfylder følgende kriterier:

Symptomer og adfærd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betydelig forværring i symptomer</li> <li>• Betydelig forpintethed</li> <li>• Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskade og/eller selvmordsrisiko, samt truende adfærd</li> <li>• Nyopstået psykotiske symptomer</li> </ul>
Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Betydelig nedsættelse i funktion, hvad angår sociale og skole/arbejds-mæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom</li> </ul>
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostisk uklarhed evt. pga. komorbiditet eller manglende mental udvikling</li> </ul>
Behandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i primærsektoren</li> <li>• Ustabil samarbejde om vedligeholdelsesbehandling</li> <li>• Visse nærmere definerede patientgrupper, der bør udredes og behandles i sygehuspsykiatrien</li> </ul>

Desuden er det aftalt, at man i Regions Midtjylland afprøver følgende kriterier for afslutning af patienter:

Patienterne behandles i den hospitalsbaserede psykiatri (ambulant og stationær) så længe:

- Målgruppebeskrivelsen stadig er opfyldt
- Patientens sygdom er i væsentlig positiv udvikling
- Afslutning medfører betydelig risiko for patientens liv og levned.

## 6. Organisering af behandling i primærsektoren

Mange patienter med spiseforstyrrelse behandles i primærsektoren. Hvis det drejer sig om børn og unge vil det oftest være forældrene eller skolen/PPR, som bliver opmærksom på problematikken. Børnene er dog oftest henvist til PPR af anden årsag.

Diagnosticeringen sker hos egen læge, som ofte indleder behandlingen. Men det er vigtigt at være opmærksom, at den enkelte almenpraktiserende læge kun har ganske få patienter med spiseforstyrrelse i sin praksis. Behandlingen i almenpraksis kan indeholde vægtkontrol, kostvejledning og samtaleforløb. Nogle patienter henvises til privatpraktiserende psykologer eller privatpraktiserende psykiatere. For nogle patienter f.eks. unge på kontakthjælp vil det ikke være muligt selv at betale for psykologbehandling. For unge under uddannelse findes flere muligheder for at få bevilget mentorstøtte eller psykologhjælp via deres uddannelsesinstitution.

Desuden har kommunerne, når det drejer sig om børn og unge med psykisk sygdomme, en række behandlingsopgaver i form af pædagogisk, psykologisk og social udredning, socialpædagogisk behandling, familiebehandling og psykoterapi<sup>8</sup>

BUC etablerede for et års tid siden et projekt, hvor man hver måned tilbyder videorådgivning til hver enkelt kommune. BUC har endvidere gennem det sidste halve år arbejdet på at udvikle en model, som giver mulighed for rådgivning af de almenpraktiserende læger, f.eks. ved telefonisk kontakt, når børn og unge afsluttes efter en enkelt afklarende samtale. Center for

<sup>8</sup> Sundhedsstyrelsen: Børne- og ungdomspsykiatri: oversigtsrapport – arbejdsrapport dateret 13. nov. 2014.



Spiseforstyrrelser driver en landsdækkende anonym telefonrådgivning, hvor patienter og pårørende kan søge råd om undersøgelse og behandling. Fagprofessionelle bruger også denne mulighed, men derudover har Center for Spiseforstyrrelser løbende rådgivning af praktiserende læger, der hyppigt kontakter læger i Center for Spiseforstyrrelser.

BUC har i november 2014 søgt satspuljemidler til et Tværfagligt udadgående team (TUT), som skal styrke og intensivere behandlingen af børn- og unge med spiseforstyrrelse i patientens hverdag. Teamet vil også tilbyde undervisning, rådgivning og sparring til de kommunale samarbejdspartner og almenpraksis.

LMS fik i 2013 projektmidler til en 3-årig uddannelsesindsats om spiseforstyrrelse og selvskade rettet mod personale i kommunerne og fagprofessionelle (læger, lærer og sundhedsplejersker m.m.). De første kommuner indgår i projektet fra 2015.

### 6.1 Udfordringer

Uanset om patienten behandles i primærsektoren eller sekundærsektoren er det vigtigt at være opmærksom på behovet for en samtidig kommunal psykosocialindsats, både som en tidlig og forebyggende indsats eller som en rehabiliterende indsats, som kan understøtte patientens muligheder for at komme sig og blive rask.

Et samarbejde mellem almenpraksis og kommunen kan være vanskeligt at få etableret, specielt når det drejer sig om børn og unge. For mange almenpraktiserende læger er det en udfordring at have kendskab til muligheder i det kommunale system. Desuden er der forældre som ikke ønsker involvering af kommunen, muligvis fordi de ikke har tilstrækkelig viden om, hvilken betydning en psykosocial indsats kan have for deres barns mulighed for at komme sig.

Mange patienter og pårørende bliver først sent i et sygdomsforløb opmærksomme på de muligheder som LMS kan tilbyde i form af bl.a. rådgivning, støtte og gruppeforløb. Ligesom der er mange almenpraktiserende læger, der ikke kender tilbuddene.

Der er ikke etableret mere formaliserede projekter til rådgivning og vejledning af kommuner og almenpraksis, når det drejers sig om voksne med spiseforstyrrelse.

### 6.2 Anbefalinger

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
1	Forløbsbeskrivelsen vedr. spiseforstyrrelse på praksis.dk skal opdateres, så det fremgår <ul style="list-style-type: none"> <li>at en tidlig og rehabiliterende psykosocialindsats fra kommunal side er vigtigt at få iværksat, samtidigt med den lægelige/psykologiske behandling</li> <li>hvilke tilbud som LMS kan tilbyde patienter og pårørende</li> </ul>	Center for Spiseforstyrrelser	2015
2	Almenpraksis og kommunerne skal sikres adgang	Center for Spiseforstyrrelser	2015

	til rådgivning fra regionspsykiatrien vedr. mennesker med spiseforstyrrelse	/BUC	
3	Der skal være tilbud om psykoedukation til patienter og forældre, som behandles i primærsektoren	Almenpraksis Kommunerne	2015
4	Sundhedsaftalen har som indsatsområder <ul style="list-style-type: none"> <li>• at sikre tilgængeligheden mellem kommune og almenpraksis</li> <li>• at styrke samarbejdet og kommunikationen mellem kommune og almenpraksis.</li> </ul> Dette skal også gælde samarbejdet omkring patienter med spiseforstyrrelse	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2015
5	Der skal udvikles indsatser til opkvalificering af kompetencerne i almenpraksis (almenpraktiserende læge og praksispersonale) f.eks. via e-learning	Psykiatri og Social	2016

## 7. Organisering af behandling i regionspsykiatrien

### 7.1 Patienter med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose

I Region Midtjylland varetages behandlingen af patienter med middelsvær til svær spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose – uanset alder – i Center for Spiseforstyrrelse. Både den ambulante og den stationære behandling og på alle specialiseringsniveauer: hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau. Børn og unge indlægges kun på regionsfunktionsniveau. Center for Spiseforstyrrelse har 14 sengepladser i alt. En patient med spiseforstyrrelse kan indlægges i en anden afdeling, når alle senge i Center for Spiseforstyrrelser er belagt

Behandlingen under indlæggelse i Center for Spiseforstyrrelser forløber efter et specialiseret program med en målrettet tilrettelagt miljøterapi. Center for Spiseforstyrrelser har ambulante og stationære enheder i AUH Risskov og en ambulante enhed i BUC Herning.

Center for Spiseforstyrrelser har en samarbejdsaftale med Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA), og Børneafdeling A, AUH om akut vurdering og behandling af den somatisk truede patient med spiseforstyrrelse. Aftalen gælder patienter, som kræver somatisk behandling på et højt specialiseret niveau. De nye specialeplaner for somatikken lægger op til at somatisk behandling af svær anoreksi er en højt specialiseret funktion, som kun skal ske 3 steder i landet, bl.a. MEA AUH. Det er endnu ikke afklaret, hvordan organiseringen er i somatikken omkring børn og unge med svær spiseforstyrrelse, som kræver somatisk behandling på højt specialiseret niveau.

Implementeringen af udrednings- og behandlingsretten betyder, at der ikke længere er ventetid på et ambulante udredningsforløb for spiseforstyrrelse.

Hvis en patient med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose indlægges akut, og der ikke er plads på Center for Spiseforstyrrelser, indlægges patienten på et andet sengeafsnit i BUC eller en voksenpsykiatriske afdeling. Behandlingen indledes med rådgivning fra Center for Spiseforstyrrelser.

Data for ambulante forløb og indlæggelsesforløb fra 2012 og 2013 (se bilag 4) viser, at sengekapaciteten i Center for Spiseforstyrrelser ikke altid udnyttes, ligesom data viser, at der i perioder er behov for ekstra sengekapacitet.

### **7.2 Patienter med spiseforstyrrelse som bidiagnose**

Patienter med en anden psykisk sygdom som aktionsdiagnose, ofte skizofreni, bipolar lidelse, alvorlig personlighedsforstyrrelse, alvorlig nonsuicidal selvskade og suicidal adfærd skal fortsat behandles i de enheder, der er specialiseret i forhold til patientens aktionsdiagnose og problemstilling. Center for Spiseforstyrrelser har en rådgivende funktion over for disse afdelinger.

I tilfælde af uenighed om, hvorvidt en patient har spiseforstyrrelse som aktions- eller bidiagnose drøftes dette med inddragelse af de relevante afdelingsledelser. Ved fortsat uenighed forelægges sagen for psykiatri- og socialledelsen, som herefter træffer beslutning

### **7.3 Udfordringer**

Lige nu er det sådan, at patienter med spiseforstyrrelse hovedfunktionsniveau kan indlægges på alle voksenpsykiatriske afdelinger i regionen. Det giver væsentlige udfordringer for afdelingerne, dels for at sikre kompetencer på de voksenpsykiatriske afdelinger i behandling af patienter med spiseforstyrrelse og dels betyder det rigtig mange samarbejdsparter for Center for Spiseforstyrrelser, som er forpligtiget til at yde rådgivning og evt. tilsyn til de sengeafsnit, som har patienter med spiseforstyrrelse indlagt.

For patienter med spiseforstyrrelse og mistanke om anden psykisk diagnose er det en udfordring, hvis der er ventetid på at komme i udredning og behandling i en anden behandlingsenhed. Ventetiden betyder usikkerhed og dermed ofte en oplussen i spiseforstyrrelsen, der i værste fald kan betyde, at patienten afvises.

Det er en udfordring, hvis Center for Spiseforstyrrelser skal samarbejde med flere pædiatriske og endokrinologiske afdelinger rundt om i regionen, når det drejer sig om patienter på regionsfunktionsniveau.

Region Midtjylland har indgået en aftale med Region Nordjylland om at varetage den højt specialiserede funktion for patienter for Region Nordjylland. Konsekvensen af aftalen er, at patienter fra Region Nordjylland, som har behov for indlæggelse på højt specialiseret niveau skal ligestilles med patienter som har behov for indlæggelse på højt specialiseret niveau fra Region Midtjylland. Aktuelt har Region Midtjylland visse udfordringer med at opfylde forpligtelserne over for Region Nordjylland

### **7.4 Anbefalinger:**

	<b>Anbefalinger</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Hvornår</b>
6	Den ambulante indsats for børn og unge styrkes med etablering af Tværfagligt Udadgående Team, med henblik på at forebygge/afkorte indlæggelse. Forudsætningen herfor er bevilling fra satspuljen	BUC/ Center for Spiseforstyrrelser	2015 - 2018
7	I tilfælde af manglende sengekapaцитet i Center for Spiseforstyrrelser skal de mest syge patienter, dvs. patienter, der har behov for behandling på regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau, prioriteres, herunder patienter på højt specialiseret niveau fra Region Nordjylland	BUC/ Center for Spiseforstyrrelser	2015
8	Afd. Q og Regionspsykiatrien Vest udpeger hvert et sengeafsnit til indlæggelse af patienter med spiseforstyrrelse. BUC udpeger 2 sengeafsnit - et skolebørnsafsnit og et ungeafsnit. Personalet i disse afsnit kvalificeres til opgaven og de skal sikres de nødvendige og tilstrækkelige vilkår til at kunne løse opgaven	Afd. Q, Regionspsykiatrien Vest og BUC	2015
9	Der udarbejdes en retningslinje, der beskriver visitationen, samarbejde og ansvar, hvis en patient ikke kan modtages direkte til indlæggelse i CfS eller overflyttes pga. pladsmangel i CfS. Retningslinjen skal understøtte implementeringen af anbefaling 7 og 8	Psykiatri og Social	2015
10	Når man undervejs i et udrednings- og behandlingsforløb for patienter med spiseforstyrrelse får mistanke om anden psykisk sygdom f.eks OCD, skal der indhentes faglig bistand fra den relevante enhed	Center for Spiseforstyrrelser /BUC og de øvrige enheder i Psykiatri og Social	2015
11	Samarbejdsaftalen mellem MEA AUH, Børneafdeling A, AUH og Center for Spiseforstyrrelser skal opdateres, når specialeplanerne for somatikken og psykiatrien er opdateret	Psykiatri og Social og AUH	2015
12	Det skal undersøges om MEA og Børneafdeling A AUH kan varetage behandlingen af patienter på både regionsfunktions – og højt specialiseret niveau	Psykiatri og Social og AUH	2015
13	Informationen om samarbejdsaftalerne mellem MEA og pædiatrisk afdeling AUH og CfS skal formidles bl.a. via e-dok	Psykiatri og Social og AUH	2015

## **8. Organisering af den kommunale og regionale rehabilitering til borgere med svær spiseforstyrrelse**

Det er kommunerne, der har den primære forpligtelse i forhold til rehabilitering og kommunerne, der er den visiterende myndighed. Den forpligtelse og myndighed kan resultere i rehabiliteringstiltag i kommunalt, regionalt eller privat regi. Det vigtigste er, at det er et specialiseret og fagligt kvalificeret tilbud.

Rehabilitering af personer med spiseforstyrrelse er en meget kompleks opgave, da det omfatter personer med en stor aldersspredning, med stor spredning af sværhedsgraden af spiseforstyrrelsen og på mange forskellige stadier i sygdomsforløbet fra unge, som er helt nydiagnostiserede til voksne som har haft spiseforstyrrelse i mange år og som er meget svækkede. Da den enkelte kommune – afhængig af størrelse – kun har et begrænset antal borgere med spiseforstyrrelse er det en stor opgave at sikre viden på et tilstrækkeligt højt niveau i forhold til denne gruppe af kommunens borgere. LMS har lavet en undersøgelse<sup>9</sup> på landsplan, der viser at kun 23 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelse, mens det ift. de voksne kun drejer sig om 13 %. I Region Midtjylland er tallene, at 35 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelse, mens det for voksne er 29 %.

### **8.1 Udfordringer**

Mange personer med spiseforstyrrelse har ikke brug for flere eller længere indlæggelser, men i højere grad nogle rehabiliteringstilbud, som kan støtte personens proces hen mod at komme sig. Erfaringen viser, at der er god effekt både af behandling og rehabiliteringen, når indsatserne kan supplere hinanden. Men netop fordi rehabiliteringen af og med personer med spiseforstyrrelser er kompleks, skal de kommunale psykosociale rehabiliterende tilbud til personer med spiseforstyrrelser være specialiserede. Det kan de fleste kommuners befolkningsunderlag ikke "leve" op til, hvorfor det kunne styrke fagligheden, at kommunerne indgik i mellemkommunale partnerskaber eller i samarbejde med regionen omkring etablering af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser og i støtte- og undervisningstilbud i forhold til spiseforstyrrede borgere og deres pårørende - gerne i samarbejde LMS. En oversigt over de specialiserede sociale tilbud til voksne med spiseforstyrrelse kan ses af bilag 5.

På nuværende tidspunkt er der samlet set, i kommunerne og regionen, ikke en tilstrækkelig kapacitet i de specialiserede rehabiliterende tilbud til personer med spiseforstyrrelse (bilag 5 viser en oversigt over regionale og kommunale specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelse).

Der kan være behov for at kunne niveauopdele den rehabiliterende indsats, så den modsvarer den behandlingsmæssige niveauopdeling. Dvs. en skelnen mellem lettere specialiseret, specialiseret og højt specialiseret psykosocial rehabilitering. Spørgsmålet er om niveaudelingen af indsatsen skal foregå inden for det samme rehabiliteringstilbud eller personen skal flytte sig mellem tilbud afhængig af behovet. Det er forskelligt, hvordan det er organiseret i udlandet. Men der er erfaringer med begge dele.

---

<sup>9</sup> ViOSS – Videnscenter om spiseforstyrrelse og selvskade: Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelse eller selvskade, februar 2013

Et af de tilbud, der efterlyses er en form for half-way-houses, som både kunne være et alternativt og forebyggende tilbud i stedet for indlæggelse, men også om en del af et udslusningstilbud – en mellemstation.

Der mangler beskrivelser af, hvad indholdet skal være i en bostøtte eller et andet tilbud til personer med spiseforstyrrelse, hvis den rehabiliterende indsats skal være målrettet i forhold til de behov personer med spiseforstyrrelse har.

Der er i regi af Socialstyrelsen nedsat en national arbejdsgruppe hvis opdrag er at komme med anbefalinger til retningslinjer for den specialiserede rehabilitering til personer med svær spiseforstyrrelse. Det er forventningen, at den nationale arbejdsgruppe vil komme med et bud på indholdet til den samlede vifte af rehabiliterende tilbud til personer med svær spiseforstyrrelse.

Desuden er det en udfordring for indsatsen i kommunerne, men også patienter og pårørende, at der er en del personer med spiseforstyrrelse som ikke ønsker eller magter den meget høje behandlingsintensitet, som indgår i behandlingstilbuddet i Center for Spiseforstyrrelse.

## 8.2 Anbefalinger:

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
14	De nationale retningslinjer for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats over for borgere med svære spiseforstyrrelser - som er under udarbejdelse af en arbejdsgruppe i regi af Socialstyrelsen - skal danne udgangspunkt for en aftale om udvikling og organisering af den rehabiliterende indsats til borgere med spiseforstyrrelse i Region Midtjylland	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2015
15	Kommunerne opfordres til at indgå i partnerskaber med andre kommuner/regionen omkring en specialiseret psykosocial rehabiliterende indsats til personer med svær spiseforstyrrelse	Kommunerne og regionen	

## 9. Organisering af samarbejdet med patienter og pårørendeorganisationerne.

LMS leverer en lang række tilbud til patienter og pårørende:

- Åben rådgivning af henholdsvis patienter og pårørende
- Gruppeforløb for patienter og pårørende
- Mentorordning
- Temadage og undervisning
- Sparring til professionelle
- Salg af ydelser til kommunerne

Desuden har LMS fået satspuljemidler til et undervisnings-/opkvalificering forløb for kommunale medarbejdere i 50 kommuner i 2015. De resterende kommuner får tilbuddet i 2016.

LMS løfter store opgaver på området for et relativt begrænset budget.

På baggrund af de henvendelser brugerorganisationerne får fra patienter og pårørende, har de en masse viden om, hvor og hvordan patienter og pårørende oplever udfordringerne er i de nuværende behandlings- og rehabiliterings tilbud. Dette er en viden, der kunne gøres mere aktiv for alle involverede parter.

### 9.1 Udfordringer

Det er en udfordring, at patienter og pårørende først sent i et sygdomsforløb bliver vidende om de tilbud, som brugerorganisationerne kan støtte med.

Det har vist sig, at der er behov for at få skabt nogle dialogfora på tværs af region, kommuner og brugerorganisationer, som kan sikre en tidlig dialog for at forebygge u hensigtsmæssige samarbejdsrelationer.

### 9.2 anbefalinger

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
16	Almenpraksis, kommunerne og regionspsykiatrien skal informere patienter og pårørende om de muligheder der er for at få støtte i brugerorganisationerne	Almenpraksis Kommunerne Regionspsykiatrien	2015
17	Fastholde de kvartalsvise møder mellem Center for Spiseforstyrrelse og LMS. Afd. Q og Regionspsykiatrien Vest deltager 1 gang årligt. Ad hoc deltagelse af de regionale og kommunale specialiserede tilbud	Center for Spiseforstyrrelse	2015

## 10. Organiseringen af det tværsektorielt samarbejde

Forudsætningen for at kunne få effekt af behandling og rehabilitering til mennesker med svær spiseforstyrrelse er, at der er en koordineret og sammenhængende indsats på tværs af region og kommune.

Brugerorganisationerne har meget viden om, hvor udfordringerne er i det tværsektorielle samarbejde.

En lang række borgere, der er modtagere af ydelser fra arbejdsmarkedsområdet er som noget nyt berettiget til en mentor i forbindelse med udskrivelse fra psykiatrisk indlæggelse. En mentor, som skal hjælpe borgeren med at finde fodfæste i hverdagslivet igen, overvejende

med et arbejdsmarkedsrettet perspektiv. En funktion, der kan være med til at støtte og gå ved siden af borgeren i overgangen fra indlæggelse til at være tilbage i hverdagen.

### 10.1 Udfordringer:

Mange pårørende oplever, ifølge brugerorganisationerne, at sker en markant ændring i den måde de bliver involveret i behandlingsforløbet på, når den unge bliver 18 år, hvilket kan være svært udfordrende ikke mindst, hvis den unge stadig bor hjemme og forældrene har et medansvar og en opgave i forhold til behandlingen. På sammen måde sker der en ændring i de tilbud den unge får i kommunalt regi, når de bliver 18 år.

### 10.2 Anbefalinger:

	Anbefalinger	Ansvarlig	Hvornår
18	Etablering af et vidensnetværk mellem brugerorganisationerne, den kommunale og regionale rehabiliterende indsats og regionspsykiatrien med henblik på erfaringsudveksling og udvikling af den rehabiliterende indsats til borgere med spiseforstyrrelse	Psykiatri og Social	2016
19	Der udarbejdes en delaftale til sundhedsaftalen, som omfatter borgere med spiseforstyrrelse	Styregrupperne for børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri	2017
20	I forlængelse af en indlæggelse udarbejdes en udskrivningsaftale eller koordinationsplan for de borgere med svær spiseforstyrrelse, der har brug for en specialiseret rehabiliterende indsats	BUC/ Center for Spiseforstyrrelse	2016



# BILAG

## Bilag 1:

### Kommissorium for arbejdsgruppe vedr. organisering af samarbejdet om behandling og rehabilitering af patienter med svær spiseforstyrrelse i Region Midtjylland

#### Baggrund

Behandling og rehabilitering af mennesker med spiseforstyrrelse foregår i almen praksis, kommunerne, regionspsykiatrien og på de somatiske hospitaler. Almenpraksis, regionspsykiatrien og de somatiske hospitaler har opgaver og ansvar for udredning, behandling og rehabilitering, mens kommunerne har opgaver og ansvar for rehabilitering og den sociale indsats.

I regionspsykiatrien blev behandlingen af børn og unge med anoreksi, bulimi og andre spiseforstyrrelser med etablering af det regionsdækkende Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, samlet i Center for Spiseforstyrrelse. For yderligere at styrke den faglige tilgang i behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse blev Center for Spiseforstyrrelser i forbindelse med implementering af psykiatriplanen fra 2008 udbygget til at varetage behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose – uanset alder.

Målgruppen for den regionale behandling er patienter med moderat til svær spiseforstyrrelse. Patienter med moderat til svær spiseforstyrrelse behandles i Center for Spiseforstyrrelser. Hvis spiseforstyrrelsen er sekundær til en primær lidelse f.eks. skizofreni, affektiv lidelse, OCD, angstlidelse eller alvorlig personlighedsforstyrrelse behandles patienter, der hvor man er specialiseret ift. den primære lidelse. I disse tilfælde tilbyder Center for Spiseforstyrrelse rådgivning ift. behandlingen af spiseforstyrrelsen.

Den samlede behandlingsopgave i forhold til patienter med spiseforstyrrelse er opdelt på 4 specialiseringsniveauer:

- Primærsektor-niveau
- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau.

Hvilket specialiseringsniveau den konkrete patient skal behandles på, afhænger en række faktorer f.eks. hastigheden på vægttab og om tilstanden er kombineret med overspisning/opkastninger, om der er behov for tvangsforanstaltninger, compliance, grad af komorbiditet, somatiske komplikationer samt den sociale situation.

Der har gennem den sidste tid været fokus på behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse, ligesom der har været en dialog med PS Landsforeningen om konkrete sager. Det er på den baggrund besluttet, at der er behov for at beskrive og aftale en hensigtsmæssig organisering af behandling og rehabilitering af patienter med svær spiseforstyrrelse. I særdeleshed kan der være behov for at vurdere behandlingstilbuddet til patienter, som har en anden diagnose sammen med spiseforstyrrelsen. Region Midtjylland har derfor besluttet, at der skal nedsættes en arbejdsgruppe med bred deltagelse fra både PS Landsforeningen, kommuner, almenpraksis, somatikken og regionspsykiatrien.

## **Formål**

En kvalificeret behandling og rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse kan kun ske ved en integreret indsats fra de forskellige sektorer. Det er derfor væsentligt set fra et patientsynspunkt, at der er fokus på det samlede tilbud, dvs både den regionale indsats, den kommunale indsats, indsatsen fra den praktiserende læge og indsatsen fra private organisationer.

Der skal nedsættes en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag/ideer til hvordan man fremadrettet kan tilrettelægge indsatsen til mennesker med spiseforstyrrelser.

## **Opgave:**

Arbejdsgruppens opgave er at udarbejde forslag til:

- Målgruppebeskrivelse for behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser i primærsektoren, på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau og højt specialiseret niveau.
- Organisering af behandlingen for de sværest syge patienter med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose med udgangspunkt i Center for Spiseforstyrrelse som hovedaktør
- Organisering af behandlingen for patienter med spiseforstyrrelse som bi-diagnose
- Samarbejdet internt i regionspsykiatrien i forhold til patienter med spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose, som ikke er i behandling i Center for Spiseforstyrrelse
- Samarbejdet eksternt med almen praksis, kommunerne, somatisk hospital, andre regioner og patienter og pårørende (PS-landsforeningen)

Arbejdsgruppen kan nedsætte underarbejdsgrupper ift. konkrete emner/opgaver.

Forslagen skal udarbejdes inden for rammerne af det udkast til sundhedsaftalen for 2015 – 2018, som er i høring i efteråret 2014.

## **Tværasektoriel arbejdsgruppes sammensætning**

### **PS Landsforeningen**

- Dorte Nielsen  
Kirsten Kallesøe

### **LMS – landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade**

- Steen Andersen, Generalsekretær

### **Almenpraksis**

- Praksiskoordinator: Henrik Nordentoft

### **Kommunerne:**

- Esper Sørensen, leder af Skiftesporet, Herning Kommune  
Bo Bjerrum, områdeleder, Favrskov Kommune

Marianne Brix Hvillum, Projektleder Familie, Børn og Unge, Aarhus KOMmune

### Regionspsykiatrien

- Kristian Rokkedal, overlæge, Center for Spiseforstyrrelse
- Annette Husum, Afd. Spl. Center for Spiseforstyrrelse
- Jens Buchhave, ledende centeroverlæge
- Asger Bjerre, ledende oversygeplejerske, Afd. Q
- Inge Lund Petersen, ledende overlæge, Regionspsykiatrien Vest

### Det regionale socialområde:

- Birte Lausch, souschef, Holmstrupgård
- Judith Pedersen, faglig områdeleder, Specialområdet for socialpsykiatri

### Somatikken

- Bjørn Richelsen, professor, MEA, AUH

### Formænd:

- Per Jørgensen, lægefaglig direktør, Psykiatri og Social
- Ann-Britt Wetcher, socialdirektør, Psykiatri og Social

### Sekretariat:

- Elisabeth Westergaard, Psykiatriplanlægning, Psykiatri og Social

Tidsplan	Tværasektoriel arbejdsgruppe	
Tidspunkt	Hvad	Hvem/ansvarlig
Uge 27	Kommissoriet udsendes med henblik på udpegning af deltagere i arbejdsgruppen. Kosu anmodes om at udpege de kommunale repræsentanter til arbejdsgruppen Deadline for udpegning 1. september 2014	Psyk.plan
25. august og 3. september	Kommissorium præsenteres på styregrupperne for det tværasektorielle samarbejde	Psyk.Plan
4. kvartal	Den tværasektorielle arbejdsgruppe arbejder. Mødedatoer: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5. nov. kl 9 – 15</li><li>• 19. nov. kl 12 - 15</li><li>• 11. dec. kl. 8.30 – 11.30</li></ul> Alle møderne foregår i Risskov	Formand/Psyk.Plan
Primo 2015	Aftaler vedr. den interne opgave og ansvarsfordeling i regionspsykiatrien behandles på et møde i afdelingsledelseskredsen og besluttet af PSL	
Primo 2015	Forslag fra den tværasektorielle arbejdsgruppe vedr. det tværasektorielle samarbejde omkring behandling og rehabilitering af borgere med spiseforstyrrelse	Psyk.Plan

	præsenteres og drøftes på styregruppemøderne for børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.	
1. halvår af 2015	Evt. aftaler vedr. det tværsektorielle samarbejde godkendes af Sundhedstyregruppen	Psyk.Plan/Nære Sundhedstilbud

## Referencer

Den tværsektorielle arbejdsgruppe refererer til psykiatri- og socialledelsen

## Nationale initiativer

Som opfølgning på regeringens handleplan *"Ligeværd – nyt fokus for indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – En langsigtet plan"* har regeringen besluttet, at de som et element i opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen vil udarbejde nationale retningslinjer for behandling, rehabilitering og organisering af den specialiserede indsats for mennesker med svær spiseforstyrrelse.

Det er baggrunden for at Socialstyrelsen har nedsat en national arbejdsgruppe, som skal komme med forslag til nationale retningslinjer for den specialiserede sociale rehabiliteringsindsats overfor borgere med svær spiseforstyrrelse. Arbejdsgruppen er sammensat af tværfaglige og tværsektorielle repræsentanter fra såvel private, kommunale og regionale tilbud til unge og voksne med en spiseforstyrrelse, børne- og voksenpsykiatrien, forskere fra Københavns-, Odense- og Århus Universitet samt repræsentanter fra interesseorganisationer.

Resultaterne fra arbejdsgruppens indsats forventes at blive offentliggjort medio juni 2015

## **BILAG 2:**

### **Kommunale rehabiliterings indsatser<sup>10</sup>:**

#### Rådgivning, behandling og undersøgelse af børn efter servicelovens § 11, stk. 4 og 5

Kommunen er forpligtet til at yde gratis rådgivning til børn, unge og deres familier. Kommunen skal endvidere tilbyde gratis undersøgelse og behandling af børn og unge med adfærdsvanskeligheder eller nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

#### Træning i bl.a. særlige dagtilbud og hjemmetræning af børn og unge efter servicelovens § 32

Børn og unge med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne har mulighed for at modtage træning, behandling mv. i særlige dagtilbud og/eller ved forældrenes træning af barnet eller den unge i hjemmet, hvis de har et sådant behov for støtte og behandling, at der skal iværksættes et særligt tilbud til barnet eller den unge. Sigtet med bestemmelserne er, at denne målgruppe får gode muligheder for udvikling og trivsel.

#### Foranstaltninger til børn og unge efter servicelovens § 52

Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets eller den unges særlige behov for støtte. Støttende foranstaltninger til barnet eller den unge kan bl.a. bestå af forskellige former for ydelser med et rehabiliterende sigte, og de kan iværksættes inden for en række tilbud.

#### Socialpædagogisk bistand til voksne efter servicelovens § 85

Formålet med indsatsen er at bevare eller forbedre psykiske, fysiske eller sociale funktioner og bidrage til at skabe en tilværelse for den enkelte på egne præmisser og således at den enkelte bliver i stand til at leve et så selvstændigt liv så muligt. Socialpædagogisk bistand kan være relevant for fx borgere, der som følge af en sygdom eller en ulykke har behov for et rehabiliteringsforløb af længere varighed. Der kan være tale om et bredt spektrum af både socialpædagogiske og andre støtteforanstaltninger

#### Behandling m.v. efter servicelovens § 102 og § 104

Kommunen har mulighed for at give tilbud af behandlingsmæssig karakter til borgere, der har en betydelig og varig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer. Det er dog en betingelse, at behandlingen ikke kan opnås gennem de behandlingstilbud, der kan tilbydes efter anden lovgivning, og behandlingen kan derfor kun ydes, når behandlingstilbuddene inden for det sædvanlige behandlingssystem må anses for at være udtømte.

Udgangspunktet er således, at det sædvanlige behandlingssystem efter sundhedsloven skal anvendes, men at der kan være borgere, som kræver en særlig indsats, specialviden eller en særlig indretning af behandlingstilbuddet. Det kan fx være borgere med alvorlige handicap, sindslidelser, misbrug, senfølger af seksuelle overgreb, borgere med spiseforstyrrelser, tvangshandlinger mv.

Målet med behandlingsindsatsen efter serviceloven er at bevare eller forbedre borgerens fysiske, psykiske eller sociale funktioner, og tilbuddet kan være psykologisk, psykoterapeutisk, sygeplejemæssigt eller relatere sig til anden behandling.

---

<sup>10</sup> [http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2011/Kommunal%20rehab/rehab.ashx)

### Midlertidige botilbud til voksne efter servicelovens § 107

Kommunen skal tilbyde midlertidigt ophold i botilbud til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende hjælp til almindelige daglige funktioner eller for pleje, eller som i en periode har behov for særlig behandlingsmæssig støtte.

Bestemmelsen sikrer kommunerne mulighed for at tilbyde midlertidige ophold af forskellig varighed, herunder weekendophold, til borgere med behov for bl.a. optræning, afprøvning af fremtidige bomuligheder og udslusning. Der kan ikke sættes bestemte tidsmæssige grænser for midlertidige botilbud. Det afgørende for opholdets varighed er, at formålet med opholdet er opfyldt, og at den pågældende efter opholdet kan klare sig uden den støtte, der ydes i den midlertidige boform og derfor skal tilbage til den oprindelige bolig igen eller til en anden bolig, herunder have tilbud om ophold i længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 eller have tilbud om en bolig efter almenboligloven.

### Beskæftigelseslovgivningen

Rehabilitering – set i et beskæftigelsesmæssigt perspektiv – vil ofte begynde, når en person som følge af fysiske, psykiske og/eller sociale årsager er i risiko for at miste eller har mistet tilknytningen til arbejdsmarkedet. Oftest er baggrunden sygdom eller ulykke, hvor borgeren forud for den beskæftigelsesrettede indsats har fået eller er i gang med en behandling eller genoptræning i sundhedsvæsenet og evt. i det sociale system. Beskæftigelsesindsatsen vil ofte blive påbegyndt som led i opfølgningen af en sygedagpengesag.

## Kort om spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser er en samlebetegnelse for flere beslægtede psykiatriske tilstande med varierende alvor:

- Anorexia Nervosa (AN) eller nervøs spiseværing (F50.0)
- Bulimia Nervosa (BN) eller nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (F50.2)
- Atypisk Anorexia Nervosa og Bulimia Nervosa (F50.1 og F50.3)
- Andre spiseforstyrrelse (F50.8 og F50.9)
- Binge- Eating Disorder (BED) – overspining eller tvangsspising er ikke omfattet af målgruppen.

Fælles for de nævnte lidelser er et forstyrret forhold til fødeindtagelse, mad, vægt og krop. Anoreksi og bulimi rammer oftest piger og kvinder i 14 – 40 års alderen, men ses også hos drenge og mænd.

### Anorexia Nervosa (AN) eller nervøs spiseværing (F50.0)

Diagnostiske kriterier ICD 10:

- a) Vægttab, hos børn manglende vægtøgning, førende til legemsvægt  $\geq 15$  % under forventet normalvægt
- b) Undgåelse af fedende føde
- c) Forstyrret legemsopfattelse med følelse af at være for tyk og med frygt for fedme
- d) Endokrine forstyrrelser af hypothalamiske-hypofysæregionadale system med amenorrhoea, svækket libido og potens
- e) Bulimi ikke tilstede

### Bulimia Nervosa (BN) eller nervøs spiseanfaldstilbøjelighed (F50.2)

Diagnostiske kriterier ICD 10:

- f) Spiseanfald  $\geq 3$  gange ugentligt i  $\geq 3$  måneder
- g) Spisetrang (craving)
- h) Forsøg på at modvirke vægtøgning ved  $\geq 1$  af følgende:
  1. Opkastning
  2. Laxation
  3. Fasten
  4. Afmagringspiller, diuretika, thyreoidin
- i) Forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme

### Komorbiditet og psykiatriske differentialdiagnoser<sup>11</sup>

Hos patienter med anoreksi og bulimi har 50 – 75 % i deres livsforløb behandlingskrævende depression og dystymi. Ca en tredjedel opfylder kriterierne for en eller flere personlighedsforstyrrelser, ca. en fjerdedel har en livstidsprævalens for tvangstilstande og en del af patientgruppen, specielt med bulimi har alkoholmisbrug.

Alvorligt vægttab ved anoreksi kan i sig selv forstærke eller fremkalde psykiatriske symptomer.

De vigtigste differentialdiagnostiske diagnoser ved anoreksi er depression, skizofreniform eller paranoid psykose, OCD og personlighedsforstyrrelse. Mens det ved bulimi er alvorlig

<sup>11</sup> Sundhedsstyrelsen 2005: "Spiseforstyrrelser, Anbefalinger for organisation og behandling"

depression eller personlighedsforstyrrelsen. Hos mange kan der være en anamnese med fysiske og seksuelle overgreb, hvorfor PTSD også er aktuel som komorbiditet eller differetialdiagnose.

## **BILAG 4**



**Nedenstående tabeller med aktivitetsdata er opdateret 26. august 2015 ift. den udgave af rapporten, der er dateret d. 20. maj 2015.**

Nedenstående tabel er ny og viser hvor mange patienter (unikke cpr.nr), der har været i kontakt med regionspsykiatrien i Region Midtjylland i 2012, 2013 og 2014

Tabel 1 (ny tabel):

	<b>Spiseforstyrrelse Aktions-diagnose</b>	<b>Spiseforstyrrelse Bi-diagnose</b>	<b>Ialt</b>
2012	679	232	853
2013	705	248	893
2014	800	302	1025

Kriterier:

A- og/eller bi\_diagnose = DF50\*

Patienter, som har haft enten amb.besøg, hjemmebesøg, udebesøg, skadestuekontakt eller indlæggelse i det enkelte år.

Stamsgh. = Psyk.Reg.Midt

Kilde: eSundhed hhv. den 26/5.2015 og 9/9.2014 via SAS den 25.08.2015 (RO)

Nedenstående tabel viser hvor mange ambulante forløb, der opstartet i regionspsykiatrien i Region Midtjylland for patienter, som havde spiseforstyrrelse som enten aktions-diagnose eller bi-diagnose i 2012, 2013 og 2014.

Tabel 2 (opdateret tabel):

Behandling	2012			2013			2014		
	Spiseforstyrrelse Aktionsdiagnose	Spiseforstyrrelse Bidiagnose	Ialt	Spiseforstyrrelse Aktionsdiagnose	Spiseforstyrrelse Bidiagnose	Ialt	Spiseforstyrrelse Aktionsdiagnose	Spiseforstyrrelse Bidiagnose	Ialt
Ambulante	Antal ambulante forløb	Antal ambulante forløb		Antal ambulante forløb	Antal ambulante forløb		Antal ambulante forløb	Antal ambulante forløb	
<b>CFS</b>	379	2	381	389	2	391	510	4	514
<b>CFS – afklarende og vurderende samtaler</b>				186		186	201		201
<b>børne- og ungdomspsykiatrien - øvrige afsnit</b>	3	24	27	20	18	38	32	30	62
<b>Øvrige voksenpsyk. afd.</b>	33	140	173	29	125	152	50	181	231
<b>I alt opstartede ambulante forløb</b>	415	166	581	624	143	767	793	215	1008

*Kriterier:*

A- og/eller bi\_diagnose = DF50\*

Opstartede forløb i det enkelte år.

Stamsgh. = Psyk.Reg.Midt

Kilde: Regionen SAS datawarehouse (dm\_sund) opdateret pr. 14/03-15 hhv. via SAS den 25.08.2015

Oversigt over antal indlæggelser, sengedage i henholdsvis 2012, 2013 og 2014 fordelt på patienter med spiseforstyrrelse som henholdsvis aktionsdiagnose eller bidiagnose

Tabel 3 (opdateret tabel):

Stationær	2012				2013				2014			
	Spisefor- styrrede	Antal senge- dage	Gns. Senge dage pr. forløb	Antal senge pr. år*	Spisefor- styrrede	Antal senge- dage	Gns. Senge dage pr. forløb	Antal senge pr. år*	Spisefor- styrrede	Antal senge- dage*	Gns. Senge dage pr. forløb	Antal senge pr. år*
<b>CfS</b>	<b>42</b>	<b>4.926</b>	<b>117,3</b>	<b>13,5</b>	<b>49</b>	<b>4.709</b>	<b>96,1</b>	<b>12,9</b>	<b>48</b>	<b>4503</b>	<b>93,8</b>	<b>12,3</b>
A diagnose	39	4557	116,9	12,5	49	4.709	96,1	12,9	48	4503	93,8	12,3
B diagnose	3	369	123	1,01	0	0	0	0	0	0		0
<b>BUC – øvrige afsnit</b>	<b>15</b>	<b>1.149</b>	<b>76,6</b>	<b>3,2</b>	<b>24</b>	<b>1.173</b>	<b>48,9</b>	<b>3,2</b>	<b>42</b>	<b>1310</b>	<b>31,2</b>	<b>3,6</b>
A diagnose	4	703	175,8	2,0	3	242	80,7	0,7	13	669	51,5	1,8
B diagnose	11	446	40,6	1,2	21	931	44,3	2,6	29	641	22,1	1,8
<b>Øvrige voksenpsy- k. afd.</b>	<b>77</b>	<b>2.495</b>	<b>32,4</b>	<b>6,8</b>	<b>68</b>	<b>2.091</b>	<b>30,8</b>	<b>5,7</b>	<b>71</b>	<b>2807</b>	<b>39,5</b>	<b>8,0</b>
A diagnose	20	983	49,2	2,7	26	861	33,1	2,4	26	1562	60,1	4,3
B diagnose	57	1512	26,5	4,1	42	1269	30,2	3,5	45	1245	27,7	3,4
<b>I alt stationær.</b>	<b>134</b>	<b>8.570</b>	<b>64,0</b>	<b>23,5</b>	<b>141</b>	<b>7973</b>	<b>56,5</b>	<b>21,8</b>	<b>161</b>	<b>8620</b>	<b>53,5</b>	<b>26,6</b>

\* = Antal sengedage delt med 365 – dvs. antallet af forbrugte senge er sat lavt, da det forudsætter 100% belægning

\*\* Antal forbrugte sengedage af patienter, der endnu ikke er udskrevet er medtaget i opgørelsen for 2014.

Kriterier:

A- og/eller bi\_diagnose = DF50\*

Opstartede forløb i det enkelte år.

Stamsgh. = Psyk.Reg.Midt

Kilde: Regionen SAS datawarehouse (dm\_sund) opdateret pr. 14/03-15 hhv. via SAS den 25.08.2015

## **Bilag 5**

Der findes følgende specialiserede sociale tilbud til borgere med spiseforstyrrelse:

Kommunale:

- Horisont/Skiftesporet i Herning i Herning Kommune
- Winsor i Aarhus Kommune
- Specialiseret bostøttekorps i Aarhus Kommune

Regionale:

- Sønderparken, Hornsly
- Holmstrupgaard, Aarhus

Private:

- STOA, Skanderborg