



Socialstyrelsen

Nationale retningslinjer

– for rehabilitering til borgere
med svære spiseforstyrrelser

Publikationen er udgivet af
Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf: 72 42 37 00
E-mail: socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk
www.socialstyrelsen.dk

Forfatter: Socialstyrelsen
Tryk: Elektronisk version på Socialstyrelsens hjemmeside
Udgivet 2. november 2015

Layout: 4PLUS4

Download eller se sti til de nationale retningslinjer på www.socialstyrelsen.dk.
Der kan frit citeres fra de nationale retningslinjer med angivelse af kilde.

Digital ISBN: 978-87-93277-99-1

Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	6
1.1	Hvad er en national retningslinje?	7
1.2	Hvad omfatter de nationale retningslinjer?	7
1.3	Sådan anvendes de nationale retningslinjer	8
1.4	Vidensgrundlaget for de nationale retningslinjer	9
1.5	Anvendelse af lovgivning i de nationale retningslinjer	11
1.6	Læsevejledning	12
1.6.1	Sådan læses de enkelte retningslinjer	13
2.	Målgruppe	16
2.1	Afgrænsning af målgruppen	16
2.2	Hvad er en spiseforstyrrelse?	16
2.2.1	Forskellen på anoreksi og bulimi	16
2.2.2	Psykiske og fysiske symptomer og følgevirkninger	17
2.2.3	Psykisk og fysisk komorbiditet	19
2.2.4	Sociale problemer	20
2.2.5	Hvorfor opstår en spiseforstyrrelse?	20
3.	Det gode rehabiliteringsforløb	24
3.1	Principper for et godt rehabiliteringsforløb	24
3.2	Opgaver i den regionale behandling	25
3.2.1	Hvor mange er i behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri?	26
3.3	Opgaver i den kommunale rehabilitering	27
3.3.1	Rehabilitering efter serviceloven	28
3.3.2	Rehabilitering efter øvrig lovgivning	29
3.3.3	Målgruppens behov for rehabilitering	29
3.4	Varighed af forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser	32
3.4.1	Fremmende og hæmmende faktorer	32
4.	Retningslinjer for forløb	36
4.1	Borgerinddragelse	36
4.2	Netværksinddragelse	39
4.3	En motiverende tilgang	41
4.4	Forebyggelse og håndtering af tilbagefald	44
4.5	Opmærksomhed ved komorbiditet og fysiske følgevirkninger	47
4.6	Socialfaglig udredning af børn og unge	49
4.7	Socialfaglig udredning af voksne	53
4.8	Valg af indsatser og tilbud til børn og unge	57
4.9	Valg af indsatser og tilbud til voksne	60
4.10	Indsatser og tilbud til borgere som ikke ønsker behandling i den regionale psykiatri	63
4.11	Monitorering af borgerens progression	65

5.	Retningslinjer for indsatser	68
5.1	Familieintervention for børn og unge	68
5.2	Netværksintervention	71
5.3	Måltidsstøtte	74
5.4	Motion og genoptræning	79
5.5	Træning af dagligdagskompetencer for voksne og udeboende unge	81
5.6	Træning af psykologiske kompetencer	84
5.7	Træning af sociale kompetencer	87
5.8	Fritidsaktiviteter	89
5.9	Økonomi og boligforhold	91
5.10	En skolerettet indsats for børn og unge	94
5.11	En beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne	97
6.	Retningslinjer for samarbejde og koordination	102
6.1	Udarbejdelse af en koordineret indsatsplan	102
6.2	Samarbejde og koordination i den kommunale rehabilitering	105
6.3	Samarbejde og koordination med den regionale psykiatri	107
6.4	Samarbejde og koordination med almen praksis	110
6.5	Ansvarsfordeling ved samtidigt misbrug	112
7.	Retningslinjer for kompetencer og kvalitetsudvikling	116
7.1	Fagprofessionelle kompetencer	116
7.2	Evaluerings- og kvalitetssikring	120
8.	Bilag	122
8.1	Bilag 1: Begrebsdefinitioner	122
8.2	Bilag 2: Medlemmer af styre-, arbejds- og referencegruppe	124
8.3	Bilag 3: Vidensgrundlag for de nationale retningslinjer	127
8.4	Bilag 4: Oversigt over anvendte love i de nationale retningslinjer	134
8.5	Bilag 5: Oversigt over redskaber til måling af funktionsevne og progression	135
8.6	Bilag 6: Sundhedsstyrelsens kriterier for behandlingsindsats	137
9.	Referencer	144



Indledning

1. Indledning

De nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (herefter benævnt *nationale retningslinjer*) er en række *vejledende* anvisninger til, hvordan der sikres høj faglig kvalitet i tilrettelæggelsen og gennemførelsen af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Rehabiliteringsforløb kan bestå af indsatser på social-, sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet. Retningslinjerne omhandler primært indsatser og tilbud, som iværksættes efter serviceloven, men en række af anvisningerne kan også anvendes i rehabiliteringsindsatser, der iværksættes efter andre lovgivninger inden for særligt sundheds-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet.

Målgruppen, som retningslinjerne omhandler, er børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser (typisk og atypisk bulimi samt anoreksi), som har behov for rehabiliterende indsatser og tilbud på grund af svære funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer.

En svær spiseforstyrrelse er en alvorlig sygdom, som kan have svære psykiske, fysiske og sociale følger. På grund af spiseforstyrrelsers kompleksitet kan det tage mange år og kræve en højt specialiseret indsats for en borger at komme sig af en svær spiseforstyrrelse. Ofte har borgere med svære spiseforstyrrelser behov for et helhedsorienteret forløb, hvor regionens sundhedsfaglige behandlingsindsats koordineres med rehabiliterende indsatser og/eller tilbud i kommunen. Den kommunale rehabilitering kan bl.a. hjælpe borgeren til at genvinde evnen til at klare sig selv, til at trives, og til at leve et velfungerende og socialt liv med mulighed for deltagelse i arbejde eller uddannelse.

Formålet med de nationale retningslinjer er at give kommunerne et fælles grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetssikring af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, så indsatsen i højere grad bygger på dokumenteret viden om, hvad der virker og gode erfaringer fra praksis. Desuden skal retningslinjerne understøtte, at rehabiliteringsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser planlægges helhedsorienteret og koordineret med et klart sigte på, at rehabiliteringen understøtter borgerens recovery.

Borgere med svære spiseforstyrrelser udgør en relativt lille målgruppe på landsplan. Antallet af borgere i målgruppen i den enkelte kommune vil derfor være begrænset, hvilket nødvendiggør koordination, planlægning og samarbejde på tværs af kommuner og regioner for at sikre den rette faglige ekspertise i den kommunale rehabilitering. Eksempelvis kan det være nødvendigt for den enkelte kommune at benytte specialiserede tilbud til målgruppen, som er drevet af andre kommuner, private leverandører eller af regionen. Derudover kan det være nødvendigt at trække på viden og kompetencer hos fagprofessionelle uden for kommunen fx gennem den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet (herefter benævnt VISO).

De nationale retningslinjer henvender sig til beslutningstagere, ledere og medarbejdere (fagprofessionelle), som arbejder med henholdsvis at planlægge og udføre rehabiliterende indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser.

De nationale retningslinjer er igangsat som led i opfølgningen på evalueringen af kommunalreformen på det sociale område fra 2013 (1). Udover de nationale retningslinjer udsender Socialstyrelsen via den nationale koordinationsstruktur også en central udmelding. Den centrale udmelding skal sikre udbuddet af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og tilbud på det sociale område og specialundervisningsområdet, til borgere med svære spiseforstyrrelser. Desuden skal den centrale

udmelding sikre den nødvendige koordination og planlægning af indsatser og tilbud til målgruppen på tværs af kommuner og regioner.

De nationale retningslinjer er udarbejdet af Socialstyrelsen i tæt samarbejde med en arbejdsgruppe bestående af en række fagfolk fra kommuner, regioner og private tilbud samt forskere og videnspersoner på området. Til arbejdet har desuden været tilknyttet en referencegruppe med repræsentation af bl.a. interesse- og brugerorganisationer samt en styregruppe med repræsentanter fra Social- og Indenrigsministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner (se bilag 2).

1.1 Hvad er en national retningslinje?

De nationale retningslinjer består af en række systematisk udarbejdede anvisninger, der bør anvendes af ledere og medarbejdere, når de skal træffe beslutning om den rette fremgangsmåde i rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. De nationale retningslinjer er udarbejdet med inspiration fra Den Danske Kvalitetsmodels (DDKM) definition og opbygning af en retningslinje¹ (2).

Hvad er en national retningslinje?

En retningslinje er en systematisk udarbejdet handleanvisning, der bør anvendes af ledere og medarbejdere, når de skal træffe beslutning vedrørende indhold og organisering af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

1.2 Hvad omfatter de nationale retningslinjer?

De nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser giver primært anvisninger til indholdet og udførelsen af den del af et rehabiliteringsforløb, som ydes efter serviceloven. Rehabilitering efter serviceloven til denne målgruppe omfatter indsatser og tilbud, som ofte vil være højt specialiserede² og ydes af socialfaglige og/eller sundhedsfaglige medarbejdere i kommunerne og/eller eksterne leverandører (fx regionale eller private botilbud og døgninstitutioner/opholdssteder).

Selvom de nationale retningslinjer hovedsageligt fokuserer på indsatser og tilbud efter serviceloven, giver de nationale retningslinjer også anvisninger til opmærksomhedspunkter og udvalgte indsatser på beskæftigelses-, uddannelses- og undervisningsområdet. Disse indsatser ydes ganske vist under anden lovgivning end serviceloven, men da de vedrører væsentlige aspekter af det at komme sig af en svær spiseforstyrrelse, er de centrale at forholde sig til i planlægningen og udførelsen af rehabilitering

1 DDKM er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklingssystem for sundhedsvæsenet. I DDKM adskilles *retningslinjer* fra *kliniske retningslinjer*. En klinisk retningslinje defineres som: "en systematisk udarbejdet evidensbaseret anbefaling, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer". Retningslinjer defineres derimod som: "en systematisk udarbejdet anvisning, der skal anvendes af ledere og medarbejdere, når de skal træffe beslutning om den rette fremgangsmåde" (2).

2 At indsatser og tilbud er højt specialiserede vil sige, at de er rettet mod målgrupper, der er meget små, og hvor der er meget begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor der er en målgruppekompleksitet til stede, som skaber behov for faglig specialviden, herunder tværfaglig viden (3). For en nærmere definition se bilag 1. Det bør bemærkes, at højt specialiseret inden for socialområdet ikke defineres på samme måde som på sundhedsområdet.

til målgruppen. For børn og unge spiller fx indsatser efter lov om folkeskolen en vigtig rolle, idet supplerende undervisning kan være med til støtte barnet/den unge i at vende tilbage til en normal skolegang efter fravær fra skolen på grund af spiseforstyrrelsen. For voksne er det centralt, at indsatser og tilbud i rehabiliteringen understøtter borgerens mulighed for at opnå tilknytning til arbejde og/eller uddannelse.

De nationale retningslinjer indeholder *ikke* anvisninger vedrørende indholdet af den sundhedsfaglige del af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, som ydes efter sundhedsloven - hverken i regionalt eller kommunalt regi. Retningslinjer herfor udstikkes af Sundhedsstyrelsen bl.a. i forbindelse med udgivelse af nationale kliniske retningslinjer mv.³ Retningslinjerne beskriver derfor ikke systematisk mulige rehabiliteringsindsatser efter sundhedsloven, som ydes i kommunalt regi fx genoptræning og hjemmesygepleje, selvom de kan være en central del af et kommunalt rehabiliteringsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser (se afsnit 3.3.2). En række af anvisningerne kan dog anvendes i genoptrænings- og forebyggelsesforløb på sundhedsområdet. Det drejer sig især om anvisningerne for måltidsstøtte, motion og genoptræning, træning af dagligdagskompetencer for voksne og udeboende unge samt træning af psykologiske kompetencer. De nationale retningslinjer beskriver heller ikke systematisk den sundhedsfaglige behandling af svære spiseforstyrrelser, som varetages i regionalt regi, herunder behandling varetaget under en indlæggelse på hospital, ambulant eller hos en privatpraktiserende læge. 'Behandling' omfatter i henhold til sundhedslovens § 5 "undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient" (5).

Mange borgere med svære spiseforstyrrelser har én eller flere øvrige psykiske lidelser udover spiseforstyrrelsen. De nationale retningslinjer indeholder derfor anvisninger omkring, at man i både udredningen, planlægningen og udførelsen af rehabilitering bør være opmærksom på komorbiditet. De nationale retningslinjer kommer dog ikke systematisk ind på hverken indholdet eller organiseringen af indsatser for borgere med komorbiditet. Retningslinjerne giver heller ikke anvisninger i forhold til indsatsen for borgere med autisme og en samtidig spiseforstyrrelse, da denne målgruppe kræver en specialiseret indsats ydet af fagprofessionelle med kompetencer inden for autismeområdet.

De nationale retningslinjer kommer i et vist omfang ind på tertiær forebyggelse, som bl.a. har til formål at forhindre udviklingen af yderligere begrænsninger i borgerens funktionsevne. De nationale retningslinjer omhandler *derimod hverken den primære forebyggelse, som er rettet mod at forhindre, at spiseforstyrrelser opstår eller den sekundære forebyggelse, som er rettet mod at opspore og begrænse spiseforstyrrelser og relaterede risikofaktorer tidligst muligt.*

Endelig kommer de nationale retningslinjer ikke ind på, hvordan anvisningerne i retningslinjerne kan implementeres på lokalt kommunalt niveau, eller hvilke forudsætninger der skal være herfor. Retningslinjerne indeholder heller ikke samfundsøkonomiske vurderinger af indsatser og tilbud, der kan indgå i rehabiliteringen til borgere med svære spiseforstyrrelser.

1.3 Sådan anvendes de nationale retningslinjer

Retningslinjerne er Socialstyrelsens anbefalinger til, hvordan rehabiliteringsindsatser og tilbud efter serviceloven til borgere med svære spiseforstyrrelser bør tilrettelægges og gennemføres for at sikre høj faglig kvalitet i rehabiliteringen. De nationale retningslinjer er *vejledende* og forpligter ikke den enkelte kommune til fastsættelse af et specifikt serviceniveau.

3 Sundhedsstyrelsen har blandt andet i 2015 udgivet en national klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi (4), som kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sundhedsstyrelsen.dk. Derudover arbejder Sundhedsstyrelsen pt. på en national klinisk retningslinje for behandling af anoreksi.

Kommunale beslutningstagere kan anvende de nationale retningslinjer til at planlægge organiseringen af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. Fx kan det, for at sikre den rette faglige ekspertise i indsatser og tilbud til målgruppen, være nødvendigt at samarbejde og koordinere på tværs af kommuner og regioner, ligesom der kan være brug for at trække på ekspertviden uden for kommunen (fx gennem VISO).

Ledere kan anvende de nationale retningslinjer til at kvalitetssikre indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser bl.a. ved at understøtte, at der er det rette faglige indhold i indsatser og tilbud til målgruppen, samt at medarbejderne har de rette kompetencer og modtager den nødvendige supervision.

Fagprofessionelle kan anvende de nationale retningslinjer som et opslagsværk til at finde viden om metoder og arbejdsgange, som understøtter en effektiv og helhedsorienteret rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

1.4 Vidensgrundlaget for de nationale retningslinjer

De nationale retningslinjer er systematisk udarbejdede på baggrund af viden fra forskning om, hvad der virker i rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, erfaringer fra praksis, viden fra nationale og internationale retningslinjer, samt viden om dokumenterede metoder, som har vist sig effektive i rehabilitering til lignende målgrupper af borgere med andre psykiske lidelser.

Alle anvisningerne bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for, hvad der er god praksis for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. Anbefalingerne er indsamlet og godkendt på en række arbejdsgruppemøder, som Socialstyrelsen har afholdt i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer (se bilag 2).

Da de nationale retningslinjer er af vejledende karakter, og da der er et begrænset omfang af forskningsbaseret viden om rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, anvendes generelt formuleringen ”bør” om de anbefalede fremgangsmåder. Desuden bruges formuleringen ”kan” i anvisninger omkring metoder/indsatser, hvor der endnu ikke er entydig dokumentation for, at en metode/indsats virker bedre end andre i arbejdet med målgruppen. Alle anvisninger i de nationale retningslinjer er baseret på aktuelt bedste viden på området og bør derfor indgå i den kommunale planlægning og gennemførelse af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

For hver anvisning markerer følgende symboler, hvilken type af viden anvisningen bygger på:



= Anvisningen bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for god praksis.

Anvisningerne bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for god praksis, og er desuden i nogle tilfælde underbygget af referencer til litteratur om dokumenteret god praksis. Det kan fx være publicerede artikler eller rapporter, som er baseret på kvantitative eller kvalitative data fra monitorering eller evaluering, men som ikke lever op til de kriterier, der er opstillet nedenfor for ”forskning” på området.

Litteraturen er indsamlet ved en litteratursøgning på relevante emner, som er gennemført i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer (se bilag 3).



= Anvisningen er underbygget af forskning på området.

Anvisningerne bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for god praksis, og er desuden underbygget af forskning på området. Forskningsresultaterne er indsamlet ved en litteratursøgning på relevante emner, som er gennemført i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer (se bilag 3). Referencer til den relevante forskning er angivet i anvisningen. Forskningen omhandler enten indsatser/metoder, som har været afprøvet over for målgruppen eller viden om karakteristika ved målgruppen, som det kan være relevant at adressere i rehabiliteringen.

For at blive kategoriseret som ”forskning om indsatser/metoder” skal følgende kriterier være opfyldt:

- Indsatsen/metoden skal være afprøvet over for borgere med svære spiseforstyrrelser.
- En positiv effekt af indsatsen/metoden skal være dokumenteret i én eller flere systematiske eksterne evalueringer med eller uden brug af en kontrolgruppe.
- Indsatsen skal have været afprøvet på en tilstrækkelig stor population, så sandsynligheden for type 1 og type 2 fejl er reduceret⁴.
- Indsatsen skal være beskrevet i en form, der præciserer dens væsentligste komponenter, herunder målgruppe, formål, grundlag, intensitet, varighed, kompetencer og kvalitetssikring.

For at blive kategoriseret som ”forskning om målgruppen”, skal følgende kriterier være opfyldt:

- Viden om målgruppen skal være dokumenteret ved en systematisk undersøgelse, som påviser repræsentative karakteristika ved målgruppen.
- Undersøgelsen skal være foretaget blandt en tilstrækkelig stor population, så sandsynligheden for type 1 og type 2 fejl er reduceret.



= Anvisningen bygger på nationale og internationale retningslinjer.

Anvisningerne bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for god praksis for borgere med svære spiseforstyrrelser samt nationale og internationale retningslinjer om indsatsen for borgere med spiseforstyrrelser. De internationale retningslinjer er indsamlet ved en litteratursøgning på relevante søgeord, som er gennemført i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer (se bilag 3). Referencer til de relevante retningslinjer er angivet i anvisningen.

Følgende retningslinjer er anvendt:

- Hay, P.; Chinn, D.; Forbes, D.; Madden, S.; Newton, R.; Sugenor, L.; Touyz, S. Ward, W. (2014): *Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2014; 48(11):977-1008.
- Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. (2011) *Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders*. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(40): 678–85.
- National Collaboration Centre for Mental Health (2004): *Eating Disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorder*.
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians London, College Report CR189 (2014): *Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa*, 2nd edition.
- Royal College of Psychiatrists Junior MARSIPAN (2011): *Management of Really Sick Patients Under 18 with Anorexia Nervosa*.

4 Inden for statistikken opererer man med begreberne type 1 og type 2 fejl til at beskrive mulige fejl i en statistisk beslutningsproces. En type 1 fejl vil sige, at man forkaster en hypotese, selvom den er sand. En type 2 fejl vil sige, at man accepterer en hypotese, selvom den er falsk.

- Statens Helsetilsyn (2000): *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i specialisthelsetjenesten.*
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Spiseforstyrrelser. Anbefaling for organisation og behandling.* København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2015): *National Klinisk Retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi.* København: Sundhedsstyrelsen.



= **Anvisningen omtaler en dokumenteret metode, som har vist positiv effekt i arbejdet med målgrupper af borgere med andre psykiske lidelser, men hvis effekt i forhold til borgere med svære spiseforstyrrelser ikke er dokumenteret.**

Anvisningerne bygger på arbejdsgruppens anbefalinger for god praksis samt viden om metoder, som har vist positiv effekt i arbejdet med lignende målgrupper af borgere med psykiske lidelser. Viden er indsamlet i forbindelse med Socialstyrelsens generelle vidensarbejde omkring indsatsen for mennesker med andre psykiske lidelser.

For at blive kategoriseret som en ”dokumenteret metode” skal følgende kriterier være opfyldt:

- Metoden skal være afprøvet over for borgere med psykiske lidelser.
- En positiv effekt af metoden skal være dokumenteret i én eller flere systematiske eksterne evalueringer med brug af en kontrolgruppe.
- Indsatsen skal have været gentaget på mere end én lokalitet og være afprøvet på en tilstrækkelig stor population, så sandsynligheden for type 1 og type 2 fejl er reduceret.
- Indsatsen skal være beskrevet i en form, der præciserer dens væsentligste komponenter, herunder målgruppe, formål, grundlag, intensitet, varighed, kompetencer og kvalitetssikring.

1.5 Anvendelse af lovgivning i de nationale retningslinjer

For alle retningslinjerne gælder forvaltningslovens regler, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), lov om offentlighed i forvaltning (offentlighedsloven) og lov om behandling af personoplysninger (persondataloven). Herunder kan følgende paragraffer særligt være relevante at forholde sig til:

§ LOVGIVNING

- **Forvaltningslovens §§ 7, 8, 9 og 19**
Vejledning, repræsentation, retten til aktindsigt og partshøring
- **Forvaltningslovens §§ 22, 23, 24 og 25**
Skriftlig og mundtlig afgørelse, henvisning til retsregler i henhold til hvilke afgørelsen er truffet og begrundelse for administrativt skøn og klagevejledning
- **Forvaltningslovens §§ 27, 28 og 29**
Tavshedspligt, videregivelse af oplysninger (samtykke) og indhentelse af oplysninger
- **Offentlighedslovens §§ 13 og 15**
Notatpligt og journalisering
- **Persondatalovens §§ 5 og 6**
God databehandlingsskik og behandling af oplysninger
- **Retssikkerhedslovens § 1, nr. 3**
Myndighedernes pligt til at tilrettelægge en tidlig helhedsorienteret hjælp
- **Retssikkerhedslovens §§ 4 og 5**
Borgerens mulighed for at medvirke ved sagen og helhedsorienteret sagsbehandling
- **Retssikkerhedslovens §§ 10, 11, 11c og 12**
Oplysningspligt, samtykke, fravigelse af krav om samtykke og myndighedernes oplysningspligt

Udover de nævnte love gælder proportionalitetsprincippet, som er en forvaltningsretlig grundsætning. Når en lov overlader forvaltningen et skøn, begrænses dette skøn af proportionalitetsprincippet. Det vil sige, at indgrebet, herunder tilbud og indsatser, skal være nødvendigt, forholdsmæssigt og egnet. Det betyder, at indgreb kun må anvendes, hvis de er nødvendige, og afgørelsens indhold (retsfølgen) skal være forholdsmæssigt til opnåelse af målet. Hvis forvaltningen kan vælge mellem flere retsfølger, så skal det mindst indgribende som udgangspunkt vælges, men forvaltningen skal ikke nødvendigvis altid anvende det mindst indgribende, hvis det ikke i den konkrete sag kan antages at være tilstrækkeligt (egnet) (6).

Under hver retningslinje er oplistet konkrete paragraffer, der er relevante for indholdet i de ovenstående anvisninger i retningslinjen. Listerne er ikke udtømmende, og der skal gøres opmærksom på, at lovgivningen løbende vil ændre sig, og at der altid skal tages udgangspunkt i den gældende lovgivning.

I retningslinjerne anvendes lovenes populærtitler. I bilag 4 findes en samlet oversigt over lovenes fulde titler med angivelse af lovnummer mv.

Det juridiske indhold i retningslinjerne er kvalitetssikret af Ankestyrelsen. I retningslinjer, som indeholder områder, der ligger uden for Ankestyrelsens område, er den juridiske kvalitetssikring foretaget af henholdsvis Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Børn, Undervisning og Ligestilling og Styrelsen for Videregående Uddannelser.

1.6 Læsevejledning

Retningslinjerne består af en række forskellige afsnit, som er opdelt i forhold til forskellige faglige temaer og indsatsområder. Retningslinjerne kan både læses i sin helhed eller bruges som opslagsværk i forhold til anbefalinger indenfor et konkret fagligt tema eller indsatsområde for målgruppen af borgere med svære spiseforstyrrelser. Da der er tale om et opslagsværk, vil nogle anvisninger, som er relevante for flere temaer/indsatsområder, optræde i mere end én retningslinje.

AFSNIT I DE NATIONALE RETNINGSLINJER

- 1. Indledning**
Indeholder en introduktion til de nationale retningslinjers indhold.
- 2. Målgruppe**
Indeholder en beskrivelse af målgruppen for de nationale retningslinjer.
- 3. Det gode rehabiliteringsforløb**
Indeholder en række principper for et godt rehabiliteringsforløb for borgere med svære spiseforstyrrelser. Gennemgår desuden opgaver i henholdsvis den regionale behandlingsindsats og den kommunale rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.
- 4. Retningslinjer for forløb**
Omfatter retningslinjer omkring rehabiliteringsforløb efter serviceloven for borgere med svære spiseforstyrrelser fra den indledende udredning af en borger, til valg af indsatser og tilbud samt planlægning og opfølgning på forløbet.
- 5. Retningslinjer for indsatser**
Omfatter retningslinjer for rehabiliterende indsatser, primært efter serviceloven.
- 6. Retningslinjer for samarbejde og koordination**
Omfatter retningslinjer for samarbejdet mellem relevante aktører i rehabiliteringen til borgere med svære spiseforstyrrelser.
- 7. Retningslinjer for kompetencer og kvalitet**
Omfatter retningslinjer for hvilke kompetencer, der bør være til stede blandt fagprofessionelle, der arbejder med rehabiliterende indsatser og/eller tilbud efter serviceloven samt i nogle tilfælde efter andre lovgivninger til borgere med svære spiseforstyrrelser samt retningslinjer for evaluering og kvalitetsudvikling af indsatser og tilbud til målgruppen.
- 8. Bilag**
- 9. Referencer**

1.6.1 Sådan læses de enkelte retningslinjer

Hver retningslinje indeholder punkterne:

- Formål med retningslinjen
- Målgruppe
- Definition af centrale begreber (hvis relevant)
- Anvisninger
- Lovgivning

De fleste af retningslinjerne er gældende for både børn, unge og voksne, da mange af anvisningerne er relevante for borgere i alle aldre. Hvis særlige forhold derudover gør sig særligt gældende for børn og unge, er det angivet nederst i retningslinjen.

Mange borgere med svære spiseforstyrrelser er unge, når spiseforstyrrelsen opstår, og har derfor kontakt til det kommunale system både før og efter, de fylder 18 år og går fra børne- til voksenområdet i lovgivningen og i den kommunale forvaltning. For at sikre en glidende overgang fra børne- og ungeområdet til voksenområdet, er det vigtigt, at fagprofessionelle er opmærksomme på, hvordan der arbejdes, og hvilke indsatser der kan være relevante både for børn, unge og voksne.

Enkelte af retningslinjerne gælder dog kun for børn og unge under 18 år, mens enkelte kun gælder for voksne borgere på 18 år eller derover. Baggrunden herfor er, at de konkrete indsatser, lovgivningen på området samt organiseringen af et rehabiliteringsforløb i nogle tilfælde er meget afhængig af, hvorvidt borgeren er over eller under 18 år. Det har dog også stor betydning, hvorvidt borgeren stadig bor hos sine forældre, eller om borgeren er flyttet hjemmefra. I nogle tilfælde påpeges det derfor i retningslinjerne, hvis særlige forhold gør sig gældende for unge under 18 år, som er flyttet hjemmefra.

Hvor det er relevant, er der under de enkelte retningslinjer defineret centrale begreber⁵. Ud for hver anvisning i retningslinjen er vidensgrundlaget for anvisningen markeret med et symbol (se afsnit 1.4). Under hver retningslinje er henvisninger til centrale love og paragraffer anført på henholdsvis børne- og ungeområdet og voksenområdet (se afsnit 1.5).

5 En definition af mere generelle begreber som anvendes i de nationale retningslinjer er samlet i bilag 1.



Målgruppe

2. Målgruppe

I det følgende afsnit afgrænses den målgruppe, som er omfattet af de nationale retningslinjer. Desuden introduceres det kort i de efterfølgende afsnit, hvad det vil sige at have en spiseforstyrrelse, samt hvilke risikofaktorer der kan påvirke udviklingen af en spiseforstyrrelse.

2.1 Afgrænsning af målgruppen

Målgruppen for de nationale retningslinjer er børn, unge og voksne, som har *svære* spiseforstyrrelser, og som har behov for rehabilitering for at genvinde evnen til at klare sig selv, trives og leve et velfungerende hverdagsliv med mulighed at deltage i sociale aktiviteter samt mulighed for arbejde eller uddannelse.

I de nationale retningslinjer er spiseforstyrrelser afgrænset til at være spiseforstyrrelser af typerne typisk og atypisk anoreksia nervosa (herefter benævnt anoreksi) samt typisk og atypisk bulimia nervosa (herefter benævnt bulimi). Desuden er *svære* spiseforstyrrelser i de nationale retningslinjer afgrænset til at være spiseforstyrrelser af sværhedsgrad 3, 4 og 5 i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledende kriterier for behandlingsindsats ved henholdsvis anoreksi og bulimi (se bilag 6)⁶. Svære spiseforstyrrelser er dels kendetegnet ved, at borgeren har svære symptomer på spiseforstyrrelsen, og dels at borgerens samlede situation har en høj grad af kompleksitet. Fx er borgere med svære spiseforstyrrelser oftest meget ambivalente i forhold til at slippe spiseforstyrrelsen og opnå bedring og kan desuden udover spiseforstyrrelsen have psykisk komorbiditet og/eller sociale problemer.

Målgruppen for de nationale retningslinjer vil oftest være i behandling eller have afsluttet et behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Det gælder dog ikke alle borgere i målgruppen, da nogle borgere ikke ønsker den behandling, de tilbydes i den regionale psykiatri, eller afsluttes i behandlingen, fordi borgeren ikke er modtagelig eller responderer ordentligt på behandlingen.

2.2 Hvad er en spiseforstyrrelse?

I det følgende gennemgås først den grundlæggende forskel på diagnoserne anoreksi og bulimi. Dernæst oplyses typiske psykiske og fysiske symptomer og følgevirkninger. Desuden gennemgås hvilke typer af komorbiditet og sociale problemer, som borgere med svære spiseforstyrrelser typisk kan have udover spiseforstyrrelsen, og som kan være med til at komplicere borgerens forløb.

2.2.1 Forskellen på anoreksi og bulimi

Spiseforstyrrelser er kendetegnet ved, at borgeren har en forstyrret måde at føle, tænke og handle på i forhold til mad, spisning, vægt og figur (7). En spiseforstyrrelse handler dog om meget mere end mad. Borgere med spiseforstyrrelser mistrives ofte og/eller har en række underliggende psykiske problemer. En spiseforstyrrelse kan være borgerens måde at håndtere disse vanskeligheder på (8,9).

6 De nationale retningslinjer omhandler ikke rehabilitering til borgere med lettere anoreksi eller bulimi af sværhedsgrad 1 og 2 i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledende kriterier for regional behandlingsindsats (7) eller for borgere med andre typer af spiseforstyrrelser såsom binge eating disorder, ortoreksi eller megareksia, der ikke er selvstændige diagnoser i de to mest anerkendte diagnosesystemer ICD-10 (WHO's International Classification of Diseases) og DSM IV (den amerikanske psykiatrisammenslutnings Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health).

Borgere med *anoreksi* er voldsomt optagede af mad og udseende, har et intenst ønske om vægttab samt et forstyrret forhold til krop og vægt, hvorfor de oplever kroppen som tyk, selvom den kan være svært undervægtig. De forsøger derfor at have en konstant negativ energibalance ved eksempelvis at undlade at spise, udøve overdreven træning, anvende afføringsmidler/vanddrivende medicin eller kaste op. Fortsætter sygdommen over længere tid, kan anoreksi føre til en livstruende tilstand af underernæring. Borgere med anoreksi har ifølge danske undersøgelser en 10 gange øget dødelighed i forhold til den øvrige befolkning⁷, hvilket gør spiseforstyrrelser til den psykiske lidelse med højest dødelighed i Danmark (10-13). Anoreksi udvikler sig typisk hos unge mellem 13-20 år, men kan dog også debutere i præ- og postpuberteten (7).

Borgere med *bulimi* oplever en tvangsmæssig og ukontrollabel trang til overspisning efterfulgt af vægtregulerende/kompensatorisk adfærd som eksempelvis opkastning, fastekure eller overdreven motion (7). Hvor borgere med anoreksi er kendetegnet ved at være meget undervægtige, er borgere med bulimi typisk normalvægtige men kan have en meget svingende vægt. Selvværdsfølelsen hos borgere med bulimi er ofte i overdreven grad påvirket af skam og tanker om vægt/figur. Bulimi udvikler sig typisk hos unge mellem 16-20 år, men kan også debutere hos børn helt ned til 12 år og blandt voksne over 20 år (7).

2.2.2 Psykiske og fysiske symptomer og følger

Tabel 1 og 2 giver et overblik over typiske psykiske symptomer samt fysiske symptomer og følger blandt borgere med svære spiseforstyrrelser. Listerne er ikke udtømmende.

Tabel 1: Psykiske symptomer blandt borgere med svære spiseforstyrrelser (7,14)

Psykiske symptomer
Ambivalens i forhold til at slippe spiseforstyrrelsen
Dårligt selvværd
Forvrænget kropsopfattelse
Følelse af skam
Følelsesmæssig ustabilitet
Irritabilitet og depressiv sindsstemning
Manglende erkendelse af at være syg og have behov for behandling/støtte
Perfektionisme med et stærkt behov for at kontrollere madindtag, vægt, motion mv.
Sløvhed
Suicidale tanker, planer eller impulser
Kognitive vanskeligheder som svigtende koncentrationsevne, nedsat hukommelse, nedsat abstraktionsevne samt langsom tankegang og reaktion
Tvangsadfærd og -tanker
Øget optagethed af mad, vægt og figur

En spiseforstyrrelse kan have store psykiske følger, men kan derudover også medføre en række alvorlige fysiske symptomer og følger. Fx kan borgere med langvarig bulimi udvikle forstyrrelser i væske- og saltbalancen (elektrolytforstyrrelser), der bl.a. kan forårsage hjertestop

7 Standardiseret mortalitetsrate.

(pludselig død) og nyresvigt (7). Desuden er hyppige skadevirkninger af daglige opkastninger gennem længere tid mavesmerter, tandskader, tandkødsbetændelse og kronisk betændelsestilstand i spytkirtlerne (7).

Nogle af de fysiske symptomer ophører i takt med, at de øvrige symptomer på spiseforstyrrelsen aftager, og borgerens vægt og spiseadfærd normaliseres. En svær spiseforstyrrelse kan dog have fysiske følgevirkninger, som er mere langvarige og i nogle tilfælde kan forblive permanente. Fx kan mangeårig underernæring hos borgere med anoreksi indebære en risiko for varige skader i borgerens kognitive funktioner bl.a. nedsat hukommelse (7).

Tablet 2: Fysiske symptomer og følgevirkninger blandt borgere med svære spiseforstyrrelser (7,14)

Fysiske symptomer og følgevirkninger blandt børn, unge og voksne
Belastningsskader pga. tvangsmæssig motion
Dehydrering
Elektrolytforstyrrelser
Nedsat eller manglende produktion af kønshormoner, nedsat kønsdrift og menstruationsforstyrrelser/ udebleven menstruation
Hovedpine
Muskelsvækkelse
Nedsat knoglemineralisering/afkalkning af knogler/knogleskørhed
Skader på hjernen (hjerneatrofi) og risiko for udvikling af demens
Skader på organer (fx hjerte, muskler, lever og nyre)
Smerter i spiserør/mave, forstoppelse eller oppustethed
Tandskader samt sår i mundvigen, på fingre og på håndryggen pga. opkastninger
Træthed
Søvnforstyrrelser
Ændringer i hud og hårvækst
Ændringer på puls, blodtryk, stofskifte og legemstemperatur
Ødemer og hævelser
Særligt for børn og unge
Væksthæmning

Spiseforstyrrelser forekommer typisk hos unge piger og kvinder, men kan forekomme hos borgere i alle aldre og af begge køn. Mænd og kvinder udviser generelt de samme symptomer på at have en spiseforstyrrelse. For mænd kan et specifikt symptom dog være manglende potens, mens det for kvinder kan være udebleven menstruation (7).

Udover at have psykiske og fysiske følger kan en spiseforstyrrelse også have en lang række sociale følger. For mange borgere med svære spiseforstyrrelser begynder sygdommen i puberteten, og det betyder, at ikke kun den fysiske og den psykiske, men også den sociale udvikling går i stå i nogle vigtige udviklingsår. Da borgere med svære spiseforstyrrelser derudover ofte isolerer sig fra socialt samvær, bliver borgerens sociale kompetencer ikke udviklet tilstrækkeligt (8). For en nærmere beskrivelse af

hvordan borgere med svære spiseforstyrrelser kan opleve at være begrænset i deres sociale aktivitet og deltagelse se afsnit 3.2 om målgruppens behov for rehabilitering.

2.2.3 Psykisk og fysisk komorbiditet

Udover at have en svær spiseforstyrrelse har borgere med svære spiseforstyrrelser ofte også andre psykiske lidelser (psykisk komorbiditet) (15,16). Sundhedsstyrelsen vurderer, at mellem 50-75 % af voksne med anoreksi eller bulimi på et tidspunkt i deres sygdomsforløb oplever en behandlingskrævende tilstand af depression eller dystymi⁸, hver fjerde har eller udvikler en tvangstilstand, og op mod hver tredje opfylder kriterierne for én eller flere personlighedsforstyrrelser (7,9,17). Borgere med spiseforstyrrelser har derudover en forøget risiko for at udvikle direkte selvskadende adfærd (18). Desuden peger studier på en øget forekomst af ADHD blandt borgere med bulimi end i den øvrige befolkning (19-21). Hos børn og unge med spiseforstyrrelser ses en særlig høj forekomst af depressive symptomer, angst og OCD (7).

De mest typiske former for psykisk komorbiditet blandt borgere med anoreksi og bulimi fremgår af tabel 3. Listen er ikke udtømmende.

Tabel 3: Psykisk komorbiditet blandt borgere med svære spiseforstyrrelser (7,22)

Typiske øvrige psykiske lidelser
ADHD
Angst (fx social angst)
Depression eller dystymi
OCD (obsessive compulsive disorder)
Personlighedsforstyrrelse
Direkte selvskadende adfærd*

*Note: Bemærk at direkte selvskadende adfærd ikke er en diagnose, hvorfor det i voksenudredningsmetoden (VUM) ikke defineres som en komorbid lidelse men et socialt problem.

Psykisk komorbiditet kan have været til stede før eller sideløbende med spiseforstyrrelsen eller opstå efter, at borgeren er kommet sig af spiseforstyrrelsen. For nogle borgere kan spiseforstyrrelsen være en måde at forsøge at undertrykke den/de komorbide psykiske lidelse(r) (15). Hos andre er neurobiologiske og psykosociale konsekvenser af spiseforstyrrelsen medvirkende til udviklingen af komorbiditet. Et alvorligt vægttab kan forstærke eller fremkalde psykiske symptomer. Nogle borgere med svære spiseforstyrrelser kan derfor udvise symptomer på psykisk komorbiditet, uden at der er tale om egentlig komorbiditet, fordi symptomerne aftager i takt med, at borgerens spiseforstyrrelse bedres, og borgeren tager på og/eller opnår en stabil vægt (7).

Forskningen viser også, at der kan være en sammenhæng mellem autisme og anoreksi (23), idet borgere med autisme kan udvikle særlige madvaner, som på sigt kan udvikle sig til en spiseforstyrrelse. Autismen er dog ikke nævnt i tabel 3, da autisme ikke er en psykisk lidelse, men en udviklingsforstyrrelse.

Hos børn og unge samt voksne med spiseforstyrrelser kan der desuden forekomme fysisk komorbiditet, fx diabetes (7).

8 Dystymi er en tilstand præget af langvarig forstemthed med depressive symptomer. Symptomerne er dog ikke så alvorlige, at tilstanden kan diagnosticeres som en klinisk depression.

2.2.4 Sociale problemer

Borgere med svære spiseforstyrrelser kan udover en spiseforstyrrelse også have forskellige sociale problemer⁹. Nogle af de sociale problemer kan have været til stede forud for spiseforstyrrelsen, mens andre sociale problemer kan udvikle sig som en følge af spiseforstyrrelsen.

Et udbredt socialt problem blandt borgere med svære spiseforstyrrelser er social isolation (7). Flere borgere med svære spiseforstyrrelser har desuden været udsat for omsorgssvigt og/eller psykiske eller fysiske overgreb i hjemmet sammenlignet med den øvrige befolkning (7). Derudover har nogle borgere selvmordstanker og/eller impulser (7).

Borgere med svære spiseforstyrrelser har en markant øget risiko for at udvikle et alkohol- eller stofmisbrug (7,25). Dette gælder særligt for borgere med bulimi (26-28). En del borgere med svære spiseforstyrrelser misbruger desuden afføringsmidler med det formål at regulere deres vægt (7). I nogle tilfælde bruges rusmidler som amfetamin, ecstasy og nye narkotiske stoffer også som slankemidler (8). Nogle borgere med bulimi udvikler et problem med at begå tyveri for at få mad til at gennemføre overspisninger (29,30).

Tabel 4 giver et overblik over typiske sociale problemer blandt borgere med svære spiseforstyrrelser. Listen er ikke udtømmende.

Tabel 4: Sociale problemer blandt borgere med svære spiseforstyrrelser

Sociale problemer
Misbrug*
Omsorgssvigt
Psykiske eller fysiske overgreb i familien
Selvmodstanker eller -forsøg**
Social isolation
Tyveri

*Note: Misbrug defineres i voksendredningsmetoden VUM som et socialt problem og ikke en komorbid lidelse (24).

**Note: Selvmordstanker eller -forsøg defineres i voksendredningsmetoden VUM som et socialsocial problem (24).

2.2.5 Hvorfor opstår en spiseforstyrrelse?

Udviklingen af en spiseforstyrrelse kan ikke forklares ved forekomsten af én risikofaktor¹⁰, men må i stedet forklares af et samspil mellem multiple kulturelle, biologiske, psykologiske og sociale faktorer (31).

Disponerende faktorer kan være kulturelle forhold omkring krops- og skønhedsideal, som påvirker individets forhold til sin egen krop (7,8). Derudover kan fokus på slankekure i familien og kritiske kommentarer fra familiemedlemmer eller andre nærtstående personer om vægt og udseende medføre en øget risiko for udviklingen af en spiseforstyrrelse (7). Disponerende faktorer kan også være mere individuelle forhold som genetisk sårbarhed og psykologiske karakteristika som udpræget perfektionisme, et lavt selvværd eller rigide/tvangsprægede karaktertræk (7,8,22,32,33).

9 Et socialt problem defineres her som "en tilstand, som er kendetegnet ved, at en person er, eller er i fare for at blive marginaliseret" (24). Et socialt problem udgør sammen med nedsat psykisk funktionsevne (fx på grund af en spiseforstyrrelse) og nedsat fysisk funktionsevne (fx. på grund af fysiske følger af en spiseforstyrrelse) de tre overordnede målgrupper, som kan modtage ydelser efter serviceloven. For en yderligere definition se bilag 1.

10 Risikofaktorer er her, begivenheder eller forhold i en borgers liv, der øger sandsynligheden for udvikling af en spiseforstyrrelse.

Desuden har familieforhold også en betydning¹¹. Fx har børn og unge af forældre, som har haft en spiseforstyrrelse, en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse (34-36). Derudover kan psykiske lidelser, misbrug af rusmidler, omsorgssvigt eller overgreb i familien også være en risikofaktor (7,8). Endelig er eliteidrætsudøvere, dansere og fotomodeller i en særlig risikogruppe i forhold til at udvikle spiseforstyrrelser (8,37).

Udløsende faktorer kan være belastende begivenheder som fx (7,8):

- brud i vigtige relationer (familie, venner, kæreste etc.)
- et større vægttab i forbindelse med slankekur, sport eller sygdom
- længerevarende stress
- mobning
- omvæltninger i livet (fyring, nyt job/uddannelse, flytning)
- pubertet.

¹¹ En dansk undersøgelse foretaget af SFI peger på, at belastningsfaktorer i familien ikke har samme betydning for udviklingen af en spiseforstyrrelse, som det har for udviklingen af direkte selvskadende adfærd (32). Generelt viser undersøgelsen, at psykiske og sociale belastninger inklusiv psykisk eller fysisk misbrug i familien og mobning i skolen kun kan forklare omkring 25 % af tilfælde af spiseforstyrrelser.



Det gode rehabiliteringsforløb

3. Det gode rehabiliteringsforløb

I det følgende afsnit introduceres først en række grundlæggende principper for et godt rehabiliteringsforløb for borgere med svære spiseforstyrrelser. Dernæst beskrives hvilke opgaver, der er placeret i den sundhedsfaglige behandlingsindsats i regionen, samt hvor mange borgere der er i behandling for en spiseforstyrrelse i regionen. Desuden beskrives, hvilke opgaver der er placeret i den kommunale rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. Herunder vil der hovedsageligt være fokus på at beskrive rehabilitering efter serviceloven, som de nationale retningslinjer primært omhandler¹². I afsnittet beskrives også hvilke typiske behov for støtte i rehabiliteringen, som borgere med svære spiseforstyrrelser kan have. Endelig beskrives det hvilke faktorer, som kan have betydning for varigheden og kompleksiteten af borgerens samlede forløb.

3.1 Principper for et godt rehabiliteringsforløb

Rehabilitering omhandler målrettede og tidsbestemte forløb af koordinerede ydelser og tilbud på sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, som har til formål, at borgeren erhverver samme grad af funktionsevne som tidligere eller bedst mulige funktionsevne, så borgeren kan leve et så selvstændigt og meningsfuldt hverdagsliv som muligt¹³ (38).

Det gode rehabiliteringsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser består af en række koordinerede og tværfaglige indsatser og tilbud, som matcher borgerens behov for støtte til at komme sig af spiseforstyrrelsen og opnå et velfungerende, selvstændigt og socialt liv med mulighed for arbejde eller uddannelse.

Borgere, som ikke længere har symptomer på en spiseforstyrrelse i klinisk forstand, kan stadig opleve psykiske og/eller sociale vanskeligheder, som gør det vanskeligt at fastholde et job eller indgå i sociale relationer (39-42). Det at genvinde sin funktionsevne efter en svær spiseforstyrrelse kræver derfor ikke kun en stabilisering af vægt og normalisering af spisevaner. Det kræver også, at borgerens uhensigtsmæssige tanke- og handlemønstre ændres, og at borgeren opbygger eller genetablerer et velfungerende socialt liv. (43). Kvalitative studier peger på, at borgere med svære spiseforstyrrelser selv vurderer, at faktorer som at få et afslappet forhold til indtagelse af mad, at få et sundt forhold til sin krop, at få et bedre selvværd og at kunne indgå i sociale relationer alle er vigtige i forhold til at komme sig af en spiseforstyrrelse (44). Ligeledes vil der ofte være behov for genoptræning af en række funktioner og færdigheder.

Borgere med svære spiseforstyrrelser har derfor behov for indsatser, som adresserer både de psykiske, fysiske og sociale følger af det at have en spiseforstyrrelse. Det gode forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser bør derfor bestå af en kombination af:

- **Sundhedsfaglig behandling** som hovedsageligt har til formål at reducere borgerens fysiske og psykiske symptomer på spiseforstyrrelsen samt eventuelt komorbiditet.

12 De nationale retningslinjer omhandler primært rehabiliterende indsatser og tilbud efter serviceloven. De nationale retningslinjer vil derfor ikke systematisk beskrive indsatser efter øvrig lovgivning, fx sundhedsloven (se afsnit 1.2).

13 I Danmark findes der ikke én officiel men flere forskellige definitioner af begrebet rehabilitering. De mest anvendte definitioner er Sundhedsstyrelsens oversættelse af WHO's internationale definition og Rehabiliteringsforum Danmarks definition fra "Hvidbog om rehabilitering" (38).

- **Rehabiliterende indsatser og tilbud** på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet som har til formål at støtte borgeren i at opnå et velfungerende, selvstændigt og socialt liv med mulighed for arbejde og uddannelse.

Borgere med svære spiseforstyrrelser er ofte i behandling i mange år og oplever i nogle tilfælde flere perioder med bedring og tilbagefald. I det gode rehabiliteringsforløb bør indsatser og tilbud på tværs af lovgivningsområder, fagområder og sektorer derfor planlægges og udføres koordineret og ofte sideløbende, så borgeren samtidig med at modtage behandling også får støtte til at genoptage eller opbygge en hverdag og fx trives i skolen, deltage i sociale aktiviteter eller starte i job/uddannelse.

Koordination og samarbejde skal sikre, at borgeren modtager de indsatser og tilbud, der bedst svarer til borgerens behov, samt at de forskellige indsatser understøtter hinanden bedst muligt i forhold til opnå effekter for borgeren. Endelig skal det sikre, at borgeren oplever et sammenhængende forløb. Det gælder særligt ved overgange i borgerens forløb, fx når en borger går fra at være indlagt til at modtage ambulans behandling og rehabiliterende indsatser i eget hjem. Her bør anvendes en tilgang, hvor borgeren trinvist udsluses fra indsatser og tilbud (45).

De mest grundlæggende principper for et godt rehabiliteringsforløb til borgere med svære spiseforstyrrelser er samlet nedenfor.

Det gode rehabiliteringsforløb

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 (1,45).

3.2 Opgaver i den regionale behandling

Den sundhedsfaglige behandlingsindsats varetages i regionen og omfatter forebyggelse, diagnostik og behandling af borgerens symptomer på en svær spiseforstyrrelse (5). Indsatsen omfatter også diagnostik og behandling af eventuelle komorbide lidelser. Opgaver i den regionale behandling dækker både over opgaver varetaget i den regionale psykiatri¹⁴ samt opgaver varetaget i praksissektoren¹⁵.

¹⁴ Den regionale psykiatri dækker over sygehusbaseret psykiatri, lokalpsykiatri, distriktskykiatri mv. En mindre andel af borgere med svære spiseforstyrrelser kan være indlagt på pædiatrisk eller medicinsk afdeling, hvilket i de nationale retningslinjer også vil blive betegnet som den regionale psykiatri.

¹⁵ Praksissektoren dækker over borgerens praktiserende læge eller øvrige privat praktiserende læger

Ved mistanke om at en borger lider af en spiseforstyrrelse, er det borgerens praktiserende læge, der skal vurdere, om borgerens spiseforstyrrelse er af en sådan grad, at lægen vil henvise borgeren til psykiatrisk udredning og behandling (7). Det samme gør sig gældende ved mistanke om, at en borger med en svær spiseforstyrrelse har en komorbid lidelse.

Borgere med en spiseforstyrrelse af sværhedsgrad 3-5, som er i målgruppen for de nationale retningslinjer, vil ofte have behov for behandling på et sygehus med regionsfunktion eller højt specialiseret funktion, jf. Sundhedsstyrelsens specialeplan¹⁶.

Behandling af en spiseforstyrrelse kan bestå af en kombination af forskellige behandlingsformer som psykoterapi (herunder bl.a. krops- og familierapi), psykoedukation, diætistvejledning, behandling af fysiske symptomer og følgevirkninger samt psykofarmakologi (7).

Behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri kan varetages som ambulante behandling, intensivt ambulante behandling (dagtilbud) eller som en hospitalsindlæggelse. Valget af behandlingsform afhænger blandt andet af sværhedsgraden af spiseforstyrrelsen, eventuelle komorbide lidelser, borgerens motivation for at blive rask og ressourcer i borgerens netværk (7) (se bilag 6). Generelt anbefaler Sundhedsstyrelsen, at borgere med spiseforstyrrelser behandles med den mindst indgribende indsats, der har effekt, og så vidt muligt behandles ambulante (7). Det gælder også for borgere, som har en svær spiseforstyrrelse af grad 3, 4 og 5¹⁷. Manglende effekt af ambulante behandling eller alvorlige psykiatriske eller fysiske symptomer og følgevirkninger kan dog nødvendiggøre en indlæggelse (7).

Udskrivning fra en hospitalsindlæggelse kan ske, hvis en indlæggelse ikke længere er en forudsætning for den videre behandling, eller hvis en borger efter lægefaglig vurdering ikke længere har brug for behandling. Udskrivelse kan desuden ske, hvis borgeren selv ønsker sig udskrevet, og det ikke vurderes, at kriterierne for en tvangstilbageholdelse efter psykiatriloven er opfyldt.

Borgere med svære spiseforstyrrelser vil efter udskrivelse fra en hospitalsindlæggelse ofte stadig have et behov for behandling i den regionale psykiatri, der kan varetages i intensivt ambulante behandling (dagtilbud) eller i et mindre intensivt ambulante behandlingstilbud. Opfølgning kan i nogle tilfælde varetages af borgerens praktiserende læge.

Borgere med svære spiseforstyrrelser, som udskrives fra en hospitalsindlæggelse, har ret til en genoptræningsplan, hvis de har et lægefagligt begrundet behov herfor¹⁸. Genoptræning efter udskrivning varetages som udgangspunkt af kommunerne (se afsnit 3.3.2).

3.2.1 Hvor mange er i behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri?

I 2014 modtog 3.641 borgere behandling for anoreksi eller bulimi i den regionale psykiatri. For godt 3.000 af disse borgere var spiseforstyrrelsen den primære årsag til mindst én hospitalskontakt¹⁹ (48). Figur 1 viser fordelingen af alder, køn og diagnoser blandt de borgere, der har været i behandling i den regionale psykiatri for anoreksi eller bulimi i 2014.

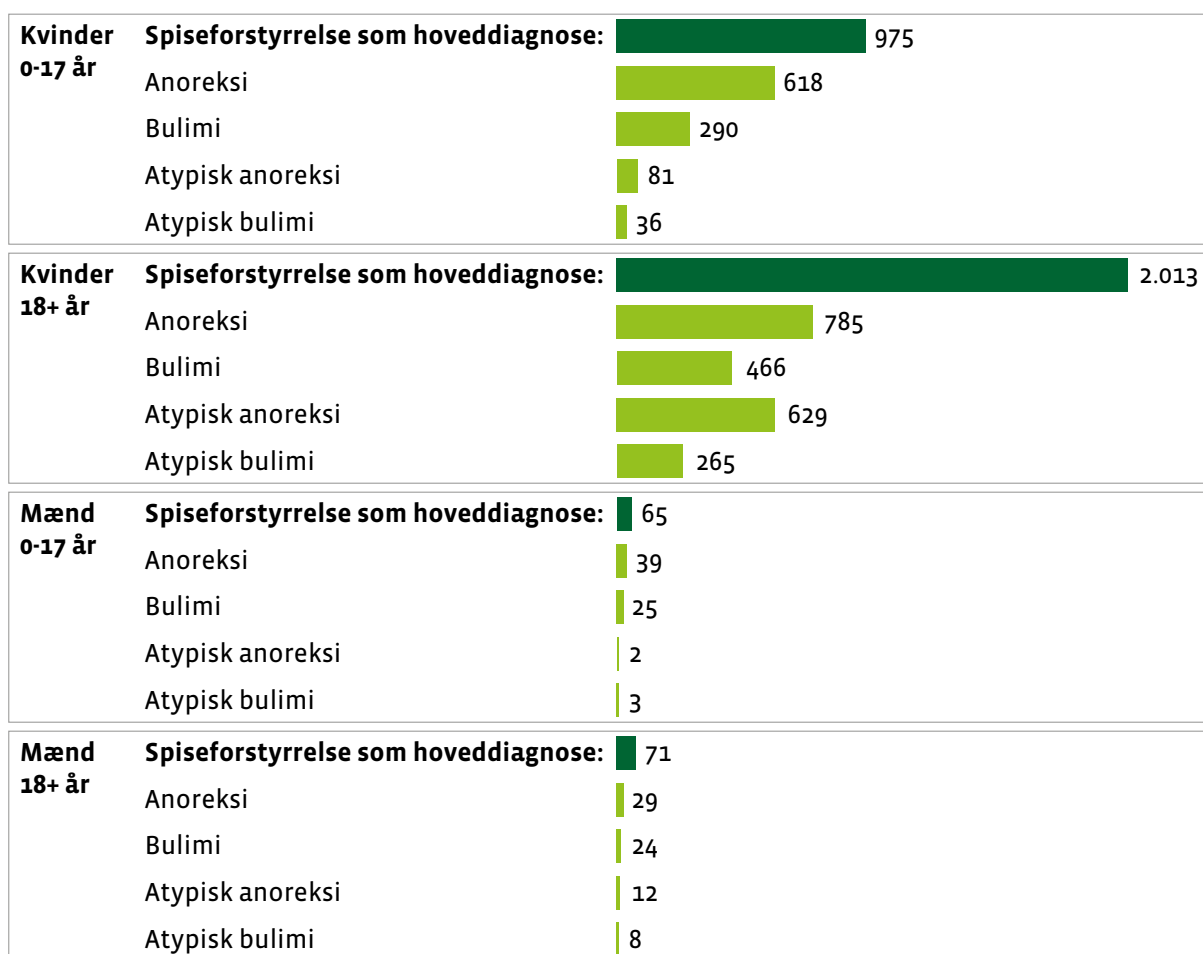
16 Specialfunktioner skal råde over flere specifikke behandlingsmodaliteter, herunder fx mulighed for hospitalsindlæggelse.

17 Sundhedsstyrelsen har sendt følgende tilføjelse til retningslinjen fra 2005 til Socialstyrelsen: Siden retningslinjen blev publiceret, er der sket en udvikling i behandlingsmuligheder, som har betydet, at behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser primært varetages ambulante. Det gælder også for patienter, som har en spiseforstyrrelse af grad 4 og 5.

18 Borgerens ret til genoptræning og genoptræningsplan er beskrevet i sundhedslovens §§ 84 og 140 (5).

19 Tallet dækker ikke nødvendigvis over, hvor mange borgere der reelt havde brug for behandling, da mange borgere lever med spiseforstyrrelser uden at søge lægelig behandling blandt andet på grund af tabu og skam forbundet med lidelsen. Især er der risiko for underdiagnosticering af mænd, da mænd sjældnere end kvinder søger lægelig behandling for deres spiseforstyrrelse (7,46,47).

Figur 1: Antal borgere, der har været i behandling i den regionale psykiatri for anoreksi og bulimi som hoveddiagnose i 2014²⁰ (48)



De fleste borgere, som er i behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri, er kvinder, og af dem har de fleste borgere anoreksi²¹. Dette gælder især for piger under 18 år, hvor borgere med anoreksi udgør næsten to tredjedele af pigerne (48). Nogle borgere er i behandling for mere end én type af spiseforstyrrelse i løbet af et år (48).

3.3 Opgaver i den kommunale rehabilitering

Kommunerne har 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 (49).

I det følgende beskrives først og fremmest hvilke opgaver, der ligger i rehabilitering efter serviceloven, som de nationale retningslinjer primært omhandler. Dernæst vil det kort blive beskrevet, hvilke

²⁰ Enkelte borgere blev i løbet af 2014 registreret som havende flere forskellige diagnoser, hvorfor tallene for de enkelte diagnoser ikke summerer op til det samlede antal med en spiseforstyrrelse som hoveddiagnose.

²¹ Denne fordeling gælder kun blandt de borgere som er i regional behandling for en spiseforstyrrelse. Generelt er andelen af borgere med bulimi og overspisningsforstyrrelser langt større end andelen af borgere med anoreksi (8).

rehabiliterende indsatser efter øvrig lovgivning, der kan være relevante for målgruppen. Endelig vil det blive beskrevet, hvilke behov for støtte borgere med svære spiseforstyrrelser typisk vil have under et rehabiliteringsforløb.

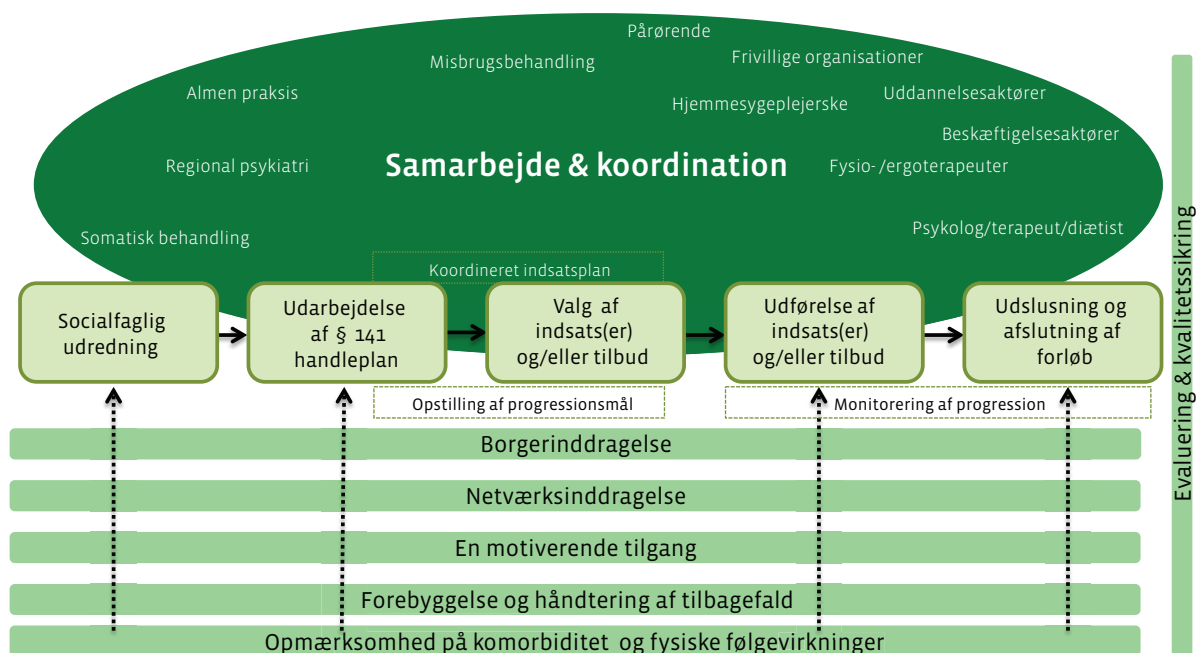
3.3.1 Rehabilitering efter serviceloven

Rehabiliterende indsatser og tilbud efter serviceloven varetages af kommunen evt. ved brug af eksterne leverandører (fx regionale eller private botilbud eller døgninstitutioner/opholdssteder).

Rehabilitering efter serviceloven har til formål at forbedre og/eller vedligeholde borgerens funktionsevne. Det kan enten være ved at genoptræne eksisterende eller opbygge nye funktioner og færdigheder. Det kan også være ved at forebygge en forværring af borgerens funktionsevnedensættelse.

Nedenstående figur 2 illustrerer et typisk rehabiliteringsforløb efter serviceloven for en voksen borger med en svær spiseforstyrrelse. Borgere med svære spiseforstyrrelser har meget forskellige og individuelle behov for støtte og derved også forskellige behov i forhold til, hvordan rehabiliteringsforløbet bør se ud. Der er dog en række elementer, der typisk bør indgå i et rehabiliteringsforløb. Disse elementer er illustreret i figur 2. Øverst i figuren er det illustreret, hvilke andre aktører det kan være relevant at samarbejde og koordinere med i forhold til planlægningen og udførelsen af rehabilitering efter serviceloven.

Figur 2: Et rehabiliteringsforløb efter serviceloven



Figuren illustrerer et forløb for en voksen borger. Forløb for børn og unge under 18 år adskiller sig dog ikke væsentligt herfra, idet det er de samme overordnede elementer, der indgår i forløb for børn og unge som for voksne. I forløb for børn og unge findes dog en række andre samarbejdspartnere (fx skole, PPR, sundhedsplejerske), og barnet/den unges familie inddrages i langt højere grad, ligesom flere indsatser er målrettet familien som helhed og ikke kun det enkelte barn/den enkelte unge.

3.3.2 Rehabilitering efter øvrig lovgivning

For borgere med svære spiseforstyrrelser vil en række kommunale indsatser efter anden lovgivning end serviceloven ofte være relevant. Fx vil en del borgere med svære spiseforstyrrelser efter udskrivelse fra en hospitalsindlæggelse få en genoptræningsplan efter sundhedsloven med henblik på genoptræning i kommunalt regi. Borgere med svære spiseforstyrrelser kan ligeledes henvises til hjemmesygeplejen, hvis der er behov for det. På beskæftigelses- og uddannelsesområdet kan der være behov for rehabiliterende indsatser, der støtter borgeren i at opnå eller bevare tilknytning til arbejde/uddannelse under eller umiddelbart efter et sygdomsforløb. Særligt for børn og unge kan der være behov for skolerettede indsatser, som sikrer, at barnet trives både fagligt og socialt i skolen og henvises til et skoletilbud, der matcher barnets/den unges behov. Der kan i den forbindelse også være behov for inddragelse af den kommunale sundhedspleje.

3.3.3 Målgruppens behov for rehabilitering

I det følgende beskrives, hvilke behov for støtte borgere med svære spiseforstyrrelser typisk kan have under et rehabiliteringsforløb.

Indsatser og tilbud efter serviceloven bevilges ikke på baggrund af borgerens diagnosticerede spiseforstyrrelse. I stedet vurderes borgerens behov for indsatser og tilbud på baggrund af borgerens funktionsevne, som er et udtryk for borgers evne til at fungere i de sammenhænge, borgeren lever i og er en del af²² (38).

Overordnet kan siges, at jo sværere graden af en spiseforstyrrelse er, jo vanskeligere kan det være for borgeren at deltage i samfundslivet og leve et almindeligt velfungerende, selvstændigt og socialt liv med mulighed for arbejde og uddannelse. Desuden har mange borgere med svære spiseforstyrrelser udover en spiseforstyrrelse også psykisk og/eller fysisk komorbiditet samt sociale problemer, som kan påvirke borgerens evne til at trives og have en velfungerende hverdag. Mange borgere med svære spiseforstyrrelser oplever derfor en væsentlig forringet livskvalitet (50-54).

Borgere med svære spiseforstyrrelser har dog meget forskellige og individuelle behov, som bl.a. kan afhænge af kompleksiteten af borgerens samlede situation. Eksempelvis kan der være stor forskel på, hvilken indsats der er brug for, afhængig af om der er tale om en borger, som har været syg gennem mange år, og som ikke er motiveret for at slippe spiseforstyrrelsen, eller om en ung borger som har været igennem et velfungerende behandlingsforløb, og som er ved at komme sig af spiseforstyrrelsen. I alle tilfælde bør der i forbindelse med den socialfaglige udredning 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.

3.3.3.1 Behov for rehabilitering blandt børn og unge

Nedenstående tabel viser de mest typiske funktionsevnenedsættelser blandt børn og unge med svære spiseforstyrrelser og giver et overblik over, inden for hvilke områder børn og unge med svære spiseforstyrrelser typisk har behov for støtte i rehabiliteringen. Tabellen omfatter problemstillinger, som ikke alene kan varetages ved rehabilitering i henhold til serviceloven.

Tabellen er struktureret omkring temaerne i Integrated Children System's (ICS), som er en udredningsmetode, der anvendes i mange danske kommuner (se retningslinje for socialfaglig udredning af børn og unge). Tabellen er ikke udtømmende.

22 For en nærmere definition af begrebet funktionsevne se bilag 1.

Tabel 5: Typiske funktionsevnedesættelser blandt børn og unge med svære spiseforstyrrelser

ICS tema	Funktionsevnedesættelser
Sundhedsforhold	<ul style="list-style-type: none">• Ambivalens ift. at opnå bedring og slippe spiseforstyrrelsen• Vanskeligheder ved at kunne spise den rette mængde mad uden at over- eller underspise• Hyppig kompenserende adfærd fx overdreven motion, opkast, brug af afføringsmidler, selvskade, selektiv og/eller sær kost• Vanskeligheder ved at anerkende og håndtere de fysiske følger af spiseforstyrrelsen• Vanskeligheder ved at håndtere komorbide psykiske (fx depression eller angst) og/eller fysiske lidelser (fx diabetes)• Vanskeligheder ved at opbygge sunde kost- og motionsvaner• Vanskeligheder ved at gå og sidde ned som følge af spiseforstyrrelsens påvirkning af kroppens funktioner• Kognitive vanskeligheder (fx manglende overblik, nedsat hukommelse, forringet koncentrationsevne samt langsom tankegang og reaktion) som følge af meget lav eller svingende vægt.
Skoleforhold og læring	<ul style="list-style-type: none">• Vanskeligheder ved at starte op i og/eller fastholde skolegang (fx på grund af kognitive vanskeligheder som følge af spiseforstyrrelsen, samt vanskeligheder ved at gennemføre måltider i skolen og deltage i det sociale liv)• Manglende aldersvarende fagligt og socialt niveau i skolen pga. et langt sygdomsforløb, hvor barnet/den unge har været fraværende fra skolen• Overdreven brug af tid på skolerelateret arbejde.
Fritidsforhold og venskaber	<ul style="list-style-type: none">• Vanskeligheder ved at deltage i sociale aktiviteter der bryder hverdagens struktur, særligt aktiviteter som indebærer spisning (fx fødselsdage, biografture) og/eller ikke på forhånd kendte forhold• Manglende evne til at opretholde eller genoptage kontakt med venner• Vanskeligheder ved at begå sig i sociale sammenhænge pga. social umodenhed• Begrænset deltagelse i sociale aktiviteter der ikke er relateret til spiseforstyrrelsesmiljøet.
Udvikling og adfærd	<ul style="list-style-type: none">• Forsinket eller manglende fysisk udvikling• Vanskeligheder med egenomsorg (fx ved at mærke og/eller tage vare på egne behov ift. at spise, sove, dyrke overdreven motion eller håndtere konflikter), selvværd og selvstændighed ift. jævnaldrende• Forvrænget kropsopfattelse som medfører vanskeligheder med at gå i bad, klæde sig på og udføre anden personlig pleje og/eller hygiejne• Manglende erfaring med at slappe af alene, uden at tiden anvendes på selvdestruktiv adfærd.
Familieforhold	<ul style="list-style-type: none">• Begrænsede ressourcer i familien fx fordi familien er udmattet efter et langt sygdomsforløb• Højt konfliktniveau og/eller dårlig trivsel i familien fordi spiseforstyrrelsen fylder meget• Vanskeligheder ved at sætte grænser ift. barnet/den unges spiseforstyrrede adfærd• Vanskeligheder ved at se, høre, møde barnet/den unge for det barnet/den unge er, i stedet for det barnet/den unge opnår• Vanskeligheder i familien med at italesætte tanker og følelser bl.a. om spiseforstyrrelsen• Vanskeligheder i familien fordi søskende også er begyndt at udvise spiseforstyrret adfærd eller anden uhensigtsmæssig adfærd• Højt konfliktniveau forældrene imellem, fx i forbindelse med delt forældremyndighed.
Andre relevante forhold	<ul style="list-style-type: none">• Problematisk tilgang til sundhed i familien (fx har en af forældrene selv en spiseforstyrrelse), som gør det vanskeligt for barnet/den unge at komme sig af spiseforstyrrelsen• Psykiske lidelser eller sociale problemer i familien (fx misbrug af alkohol eller andre rusmidler)• Begrænset støtte fra familiens netværk efter et langt sygdomsforløb• Problemer med familiens økonomiske situation.

3.3.3.2 Behov for rehabilitering blandt voksne

Nedenstående tabel viser de mest typiske funktionsevnenedsættelser blandt voksne med svære spiseforstyrrelser og giver et overblik over, inden for hvilke områder voksne borgere med svære spiseforstyrrelser typisk har behov for støtte i rehabiliteringen. Tabellen omfatter problemstillinger, som ikke alene kan varetages ved rehabilitering i henhold til serviceloven.

Tabellen er struktureret omkring de temaer, som findes i voksendredningsmetoden (VUM), som er en udredningsmetode, der anvendes i mange danske kommuner (se retningslinje for socialfaglig udredning af voksne). Tabellen er ikke udtømmende.

Table 6: Typiske funktionsevnenedsættelser blandt voksne med svære spiseforstyrrelser

VUM tema	Funktionsevnenedsættelser
Egenomsorg	<ul style="list-style-type: none">• Ambivalens ift. at opnå bedring og slippe spiseforstyrrelsen• Vanskeligheder ved at kunne spise den rette mængde mad uden at over- eller underspise• Hyppig kompenserende adfærd, fx overdreven motion, opkast, brug af afføringsmidler, selvskaade, selektiv og/eller sær kost• Forvrænget kropsopfattelse som medfører vanskeligheder med at gå i bad, klæde sig på og udføre anden personlig pleje og/eller hygiejne• Problemer med at slappe af alene uden at tiden anvendes på selvdestruktiv adfærd• Vanskeligheder ved at mærke og tage vare på egne behov, fx træthed, smerter ved overdreven motion og andre af kroppens signaler• Vanskeligheder ved at håndtere følelser på en hensigtsmæssig måde.
Praktiske opgaver i hjemmet	<ul style="list-style-type: none">• Vanskeligheder ved at klare daglige gøremål relateret til mad fx at skrive en relevant indkøbsliste, at kunne købe ind, at kunne købe relevant ind, at røre ved mad samt at tilberede et relevant måltid• Vanskeligheder ved at klare almen daglig livsførelse, fx rengøring• Overoptaget af praktiske opgaver i hjemmet, fx at lave budgetter og gøre rent.
Socialt liv	<ul style="list-style-type: none">• Manglende overskud til at interessere sig for og forstå sine omgivelser, fordi spiseforstyrrelsen fylder meget• Vanskeligheder ved at deltage i sociale aktiviteter, der bryder hverdagens struktur, særligt aktiviteter som indebærer spisning (fx fødselsdage, biografture) og/eller ikke på forhånd kendte forhold• Ensomhed på grund af social isolation• Vanskeligheder ved at begå sig i sociale sammenhænge pga. manglende social erfaring• Begrænset deltagelse i sociale aktiviteter uden for spiseforstyrrelsesmiljøet• Begrænset social støtte fra netværk, fx fordi netværket er drænet for overskud efter at have været tæt på borgeren under et langt sygdomsforløb• U hensigtsmæssige mønstre i borgerens familie, som kan være med til at vedligeholde borgerens spiseforstyrrede adfærd og tanker• Vanskeligheder (hos unge voksne) ved at frigøre sig fra forældrene på en alderssvarende måde.
Samfundsliv	<ul style="list-style-type: none">• Vanskeligheder ved at starte op i og/eller fastholde arbejde/uddannelse, fx på grund af vanskeligheder ved at gennemføre måltider på arbejdspladsen/uddannelsen, deltage i det sociale liv, kognitive vanskeligheder (fx nedsat hukommelse, langsom tankegang og reaktion samt forringet koncentrationsevne som følge af meget lav eller svingende vægt) samt psykiske og fysiske symptomer på spiseforstyrrelsen• Vanskeligheder ved at overkomme økonomiske problemer som følge af spiseforstyrrelsen, fx fordi borgeren er på offentlig forsørgelse, bliver forsørgt af sine forældre eller har en gæld på grund af et overdrevent madforbrug eller tandlægeregninger efter tandskader som følge af spiseforstyrrelsen• Usikre boligforhold på grund af langvarig indlæggelse, ødelagt økonomi eller manglende ressourcer i familien (blandt unge voksne).
	Fortsættes på næste side →

VUM tema	Funktionsevned sættelser
	← Fortsat fra forrige side
Kommu- nikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskeligheder ved at kunne udtrykke sig og forstå andres udtryk både verbalt og gennem kropssprog pga. kognitive vanskeligheder som følge af spiseforstyrrelsen • Vanskeligheder ved at sætte grænser eller omvendt at sætte for rigide grænser op for sig selv og andre på grund af den spiseforstyrrede adfærd • Manglende redskaber til at håndtere konflikter.
Sundhed	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskeligheder ved at anerkende og håndtere de fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen • Vanskeligheder ved at håndtere komorbide psykiske (fx depression eller angst) og/eller fysiske lidelser (fx diabetes). • Vanskeligheder ved at opbygge sunde kost- og motionsvaner.
Mobilitet	<ul style="list-style-type: none"> • Vanskeligheder ved at gå og sidde ned, som følge af spiseforstyrrelsens påvirkning af kroppens funktioner • Vanskeligheder ved at bruge offentlige/private transportmidler på grund af komorbide psykiske lidelser (fx angst eller OCD).

3.4 Varighed af forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser

Et forløb med en svær spiseforstyrrelse kan have forskellig karakter og varighed afhængig af borgerens situation og spiseforstyrrelsens sværhedsgrad. Borgere med anoreksi har typisk et gennemsnitligt forløb på 3-6 år²³, fra lidelsen bliver diagnosticeret (7). For borgere med svære spiseforstyrrelser kan forløbet dog være meget langvarigt, og sygdommen kan være tilbagevendende. Op mod 50 % af borgere med spiseforstyrrelser oplever ét eller flere tilbagefald på vejen mod at komme sig af spiseforstyrrelsen (55-62).

I et 10-års perspektiv bliver omkring halvdelen af borgere med anoreksi eller bulimi helt fri af spiseforstyrrelsen, mens den resterende halvdel fortsat oplever moderate eller alvorlige symptomer på spiseforstyrrelsen (7,33,63-67). Typisk har borgere med anoreksi længere og mere alvorlige forløb end borgere med bulimi (67).

Over tid udvikler mange borgere udover den diagnosticerede spiseforstyrrelse også andre psykiske lidelser, et misbrug eller andre typer af spiseforstyrrelser (39,40,68,69). Især er der mange borgere med anoreksi, som begynder at udvise symptomer på bulimi (39,40,68).

3.4.1 Fremmende og hæmmende faktorer

Internationale kvantitative og kvalitative studier peger på forskellige faktorer, som kan være relevante at adressere i et rehabiliteringsforløb, da de kan have betydning for forløbet af en spiseforstyrrelse. Tabel 7 viser en oversigt over nogle af de faktorer, som kan virke enten fremmende eller hæmmende for borgerens mulighed for at komme sig.

Forskellige fysiske, psykiske og adfærdsmæssige faktorer kan desuden påvirke forløbet, fordi de er med til at fastholde borgeren i spiseforstyrrelsen (8,70). Eksempelvis ser man, at underernæring samt overspisning og udrensede adfærd i sig selv er med til at fastholde og intensivere en borgers spiseforstyrrede tanker, følelser og adfærd. Konflikter med familie og venner samt social isolation kan også være med til at fastholde borgeren i den spiseforstyrrede adfærd (9,32). I nogle tilfælde kan kontrollen med egen vægt desuden give borgeren en oplevelse af succes, og borgeren kan udvikle en stærk sygdomsidentitet, som gør det svært for borgeren at slippe spiseforstyrrelsen (9,22,32,71).

23 Samme specifikke viden eksisterer ikke om forløb for borgere med bulimi.

Tabel 7: Oversigt over fremmende og hæmmende faktorer

Fremmende faktorer	Hæmmende faktorer
<ul style="list-style-type: none">• At borgeren er motiveret for at komme sig af spiseforstyrrelsen• At der er en god relation mellem borgeren og de fagprofessionelle• At de fagprofessionelle som skal samarbejde med borgeren udviser autenticitet, respekt, vedholdenhed og rummelighed• At borgeren får opbygget et bedre selvværd• At borgeren får dannet relationer og deltager i sociale aktiviteter uden for spiseforstyrrelsesmiljøet• At borgeren modtager en opfølgende indsats efter endt behandling• At borgeren får støtte fra sit sociale netværk (forældre, partnere, venner mv.)• At borgeren modtager tidlig behandling• At borgeren udvikler en identitet og et meningsfuldt liv, som er uafhængigt af spiseforstyrrelsen• At borgeren udvikler kompetencer til at registrere og regulere følelser <p>(7,72,73)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Afslutning af behandling på et tidspunkt hvor borgeren stadig oplever svære spiseforstyrrelsessymptomer (fx lav vægt, opkastninger, dårligt selvværd med forvrængede tanker om krop og vægt, overdreven træningstrang)• At borgeren har et meget lavt kalorieindtag eller en høj frekvens af opkastninger inden behandlingsstart• At borgeren har en forringet evne til at håndtere psykosocial stress i hverdagen• At borgeren har været igennem gentagende behandlingsforløb og/eller indlæggelser• At borgeren har lav motivation for at få det bedre• At borgere har psykosociale og emotionelle vanskeligheder samt manglende støtte fra det sociale netværk• At borgeren kommer ud for stressende begivenheder eller oplevelser• At borgeren har svær komorbiditet eller misbrug• At borgeren har urealistiske forventninger til rehabiliteringsforløbet og eget behov for hjælp <p>(7-9,15,72,74-80).</p>



Retningslinjer for forløb

4. Retningslinjer for forløb

4.1 Borgerinddragelse

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgeren inddrages i sit rehabiliteringsforløb, så rehabiliteringen udformes i overensstemmelse med borgerens ønsker, ressourcer, erfaringer og behov.




Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser.

Definition af centrale begreber

Borgerinddragelse: En proces som gør borgeren i stand til aktivt og reelt at involvere sig i sit eget rehabiliteringsforløb.

Selvbestemmelse: Friheden til at forme sit liv i overensstemmelse med egne ønsker og behov (81).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.1.1	Borgerens ret til selvbestemmelse og mulighed for at tage ansvar for sit eget liv bør understøttes og styrkes både i udredningen, i valget af indsatser, i udførelsen af indsatserne samt i opfølgningen på forløbet (22).	
4.1.2	Rehabiliteringsforløb bør tilrettelægges, så borgeren bliver og oplever sig hørt og set gennem hele processen. For både børn, unge og voksne kan inddragelse af borgerens erfaringer, præferencer og perspektiv på situationen bidrage til at fremme borgerens motivation og handlekraft i recoveryprocessen (82,83).	
4.1.3	Rehabiliteringsforløb bør tilrettelægges og udføres koordineret i forhold til borgerens hverdagsliv (84). Rehabiliteringsforløbet bør være koordineret i forhold til borgerens arbejde/uddannelse, sociale liv, økonomiske situation og øvrige forpligtigelser samt i forhold til en evt. behandlingsindsats, som borgeren modtager i regionalt regi.	

- 4.1.4 **Spiseforstyrret adfærd kan have alvorlige fysiske følger, som i værste fald kan være livsfarlige for borgeren (7). Hvis en borgers selvbestemmelse medfører, at borgerens liv er eller vil komme i fare, bør de fagprofessionelle opfordre borgeren og/eller dennes netværk til omgående at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge (fx en læge i den regionale psykiatri eller borgerens praktiserende læge), eller støtte borgeren i at henvende sig på psykiatrisk skadestue. Søger en borger, der må antages at være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, ikke selv fornøden behandling, har de nærmeste pligt til at tilkalde en læge. Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette (jf. psykiatriloven § 6).**



Ved en borgers nærmeste forstås i første række personens ægtefælle, samlever, forældre, voksne børn og personer, der hører til den pågældendes husstand. Hvis borgeren opholder sig i institution (fx botilbud eller anbringelsessted), påhviler pligten til at tilkalde læge institutionens personale. (jf. §§ 1 stk. 2 og § 2 Bekendtgørelse nr. 1340 af 02.12.2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser).

Indsatser

- 4.1.5 **Borgeren kan tilbydes psykoedukative indsatser med henblik på at styrke borgerens evne til at tage en aktiv og ansvarlig rolle i sit eget liv (76).**

Psykoedukation er en betegnelse for systematisk undervisning af borgere i emner relateret til konkrete psykiske lidelser. Psykoedukative indsatser har i internationale studier vist positiv effekt i forhold til at styrke borgere med psykiske lidelser i at samarbejde med fagprofessionelle og personer i eget netværk omkring at opnå så gode livsvilkår som muligt (85,86). Psykoedukative indsatser forventes også at have en positiv effekt for borgere med svære spiseforstyrrelser.



Metoder

- 4.1.6 **Feedback Informed Treatment (FIT) kan anvendes som metode til systematisk at inddrage borgerens oplevelse af indsatser i rehabiliteringen.**

FIT har i internationale studier vist positiv effekt i samarbejdet mellem fagprofessionelle og borgere med forskellige psykiske lidelser (87). Foreløbige resultater indikerer, at FIT også kan have en positiv effekt for borgere med svære spiseforstyrrelser (88).



Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
4.1.7	Rehabiliteringsforløb bør tilrettelægges så børn og unge bliver og oplever sig inddraget på en måde, der tager hensyn til barnets/den unges alder og modenhed.	



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 12 – Rådgivning voksne

Serviceoven § 81 – Helhedsorienteret indsats afpasset borgerens behov

Serviceoven § 102 – Behandling

Serviceoven § 141 – Handleplan voksne

Psykiatriloven §§ 4-6 – Tvangsindlæggelse

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 11 – Rådgivning børn, unge og forældre

Serviceoven § 46, stk. 3 – Inddragelse af barnets/den unges synspunkter

Serviceoven § 48 – Børnesamtale

Serviceoven § 140 – Handleplan børn og unge

Psykiatriloven §§ 4-6 – Tvangsindlæggelse

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

4.2 Netværksinddragelse

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgerens netværk inddrages i borgerens rehabiliteringsforløb i den udstrækning, det er til gavn for borgeren og i overensstemmelse med netværkets ønsker, ressourcer, erfaringer og behov.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser og deres netværk.

Definition af centrale begreber

Netværk: Borgerens netværk er en eller flere personer, der giver borgeren praktisk eller følelsesmæssig støtte, omsorg, beskyttelse, hjælp og kontakt (89). For børn vil det typisk være forældre og søskende, der er det nærmeste netværk, mens det for unge og voksne udover familie også kan være en partner, venner, naboer, kollegaer mv.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.2.1	Borgerens netværk bør systematisk inddrages som en ressource i borgerens forløb (76). Støtte fra det sociale netværk kan være afgørende for, at en borger kommer sig af en svær spiseforstyrrelse og kan reducere sandsynligheden for, at borgeren oplever tilbagefald under sit forløb (73,76,86,90). I rehabiliteringsforløbet bør der derfor systematisk arbejdes med (86): <ul style="list-style-type: none">• at samarbejde med borgerens netværk og inddrage netværkets ressourcer og erfaringer i indsatsen• at sikre dialog med borgeren om hvordan samarbejdet og inddragelsen af netværket bedst kan foregå.	
4.2.2	Borgeren bør løbende tilskyndes og motiveres til at inddrage sit netværk. De fagprofessionelle bør dog være opmærksomme på, at det ikke nødvendigvis er alle i borgerens netværk, der er ressourcepersoner. I nogle tilfælde kan det være u hensigtsmæssigt at inddrage borgerens netværk. Nogle borgere med spiseforstyrrelser kan fx have været udsat for fysiske og/eller psykiske overgreb i hjemmet (7), hvilket gør det problematisk at inddrage forældrene. I tilfælde hvor borgeren ikke ønsker at inddrage netværket, kan personer i netværket alligevel have brug for at blive inddraget. De fagprofessionelle har uden at overtræde tavshedspligten mulighed for at lytte til og gå i dialog med de pårørende om generelle forhold vedrørende borgeren fx pårørendes muligheder for at yde og få støtte generelt og pårørendes oplevelse af situationen (86).	
4.2.3	Der bør løbende arbejdes med at afdække og styrke borgerens sociale netværk. Mange borgere med svære spiseforstyrrelser har et begrænset socialt netværk og oplever manglende støtte fra forældre, venner, partnere mv. (91,92).	

Metoder

4.2.4 **Et netværkskort kan anvendes som metode til at afdække borgerens netværk.**

Der er god erfaring med at anvende et netværkskort til at gå i dialog med borgere med forskellige psykiske lidelser om, hvem borgeren har i sit netværk (93). Metoden forventes også at kunne have positiv effekt i forhold til at afdække netværket hos borgere med svære spiseforstyrrelser.



4.2.5 **Netværksmøder kan anvendes som metode til at inddrage borgerens netværk.**

Under netværksmøder mødes borgeren med udvalgte personer i sit netværk og centrale fagprofessionelle omkring borgeren for at drøfte borgerens sag (94). Der er god erfaring med at anvende metoden i forhold til borgere med forskellige psykiske lidelser. Metoden forventes også at kunne have positiv effekt i forhold til inddragelse af netværket til borgere med svære spiseforstyrrelser.



4.2.6 **Åben Dialog kan anvendes som tilgang til at afholde netværksmøder.**

Åben Dialog har i internationale studier vist positiv effekt i indsatsen til borgere med forskellige psykiske lidelser (95). Metoden forventes også at kunne have positiv effekt i forhold til inddragelse af netværket til borgere med svære spiseforstyrrelser.



4.2.7 **Familierådslagning til børn og unge og netværksrådslagning til voksne kan anvendes som metode til at inddrage borgerens netværk.**

Der er god erfaring med, at familie-/netværksrådslagning kan skabe bedre samarbejde mellem de kommunale fagprofessionelle og familien omkring borgere med psykiske lidelser (86,96). Metoden forventes også at kunne have positiv effekt i forhold til inddragelse af netværket til borgere med svære spiseforstyrrelser.



Nr. Anvisninger særligt for børn og unge under 18 år

Vidensgrundlag

4.2.8 **Rehabiliteringsforløb for børn og unge bør ikke blot inddrage netværket, men tilrettelægges som en samlet indsats for både barnet/den unge og den øvrige familie.**

(Se retningslinje for familieintervention for børn og unge).



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 46 – Formålsbestemmelse

Serviceoven § 47 – Systematisk inddragelse af familie og netværk

4.3 En motiverende tilgang

Formål





Formålet med retningslinjen er at sikre, at der i rehabiliteringsforløb for borgere med svære spiseforstyrrelser arbejdes med at understøtte borgerens motivation for at komme sig af spiseforstyrrelsen.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser.

Definition af centrale begreber

En motiverende tilgang: En tilgang der har til hensigt at støtte borgeren i at opnå parathed til, villighed til og mulighed for forandring.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.3.1	Der bør systematisk arbejdes med en motiverende tilgang, som understøtter borgerens motivation for at opnå bedring. Borgere med svære spiseforstyrrelser er typisk meget ambivalente og derfor svingende i deres motivation for at komme sig af spiseforstyrrelsen (7). Borgerens motivation for at deltage i behandling og opnå bedring har imidlertid betydning for borgerens mulighed for at komme sig, risikoen for at borgeren oplever et tilbagefald samt for effekten af indsatserne. (73,90,97,98). Borgerens motivation er derfor et vigtigt indsatsområde i rehabiliteringen.	
4.3.2	Borgerens individuelle håb og drømme for fremtiden såvel som oplevede forhindringer for at komme sig af spiseforstyrrelsen bør adresseres og afspejles i opstilling af mål samt valg indsatser og tilbud. Borgere med svære spiseforstyrrelser kan have mange forskellige grunde til at være ambivalente i forhold til at komme sig af spiseforstyrrelsen (fx manglende sygdomserkendelse eller en positiv oplevelse af kontrol/succes ved udførelse af spiseforstyrret adfærd) og omvendt forskellige motivationsfaktorer for at opnå bedring (fx drømmen om at stifte familie eller at få en uddannelse) (71,99,100). For borgere, som ikke er motiveret for at deltage i behandling eller for at ændre på den spiseforstyrrede adfærd, er det særlig vigtigt at identificere, hvad der kan motivere borgeren til at komme sig af spiseforstyrrelsen. Disse motivationsfaktorer kan udgøre trinvis mål for bedring af borgerens funktionsevne.	
4.3.3	For borgere, som ikke umiddelbart er motiveret for at opnå bedring, er et vigtigt mål i rehabiliteringen at understøtte en stabilisering af borgerens situation, så denne ikke forværres.	
4.3.4	De fagprofessionelle bør, i det omfang borgeren samtykker til det, samarbejde med borgerens netværk om at øge og fastholde borgerens motivation for at opnå bedring.	

Indsatser

4.3.5 **Psykoedukative indsatser kan anvendes til at understøtte borgerens og/eller netværkets motivation (22).**

Psykoedukative indsatser kan motivere borgere med svære spiseforstyrrelser og deres netværk til at skabe forandringer, bl.a. ved at få borgeren/netværket til at forstå alvoren og de negative konsekvenser ved borgerens spiseforstyrrelse.



Psykoedukation har i internationale studier vist positiv effekt i forhold til at styrke borgere med psykiske lidelser i at indtage en aktiv og ansvarlig rolle i deres eget liv (85). Psykoedukative indsatser forventes også at have en positiv effekt i forhold til at motivere borgere med svære spiseforstyrrelser.

Metoder

4.3.6 **Motivational Interviewing (MI) kan anvendes som metode til at understøtte borgerens motivation (22).**

MI er en borgercentreret og guidende tilgang, der i internationale studier har vist positiv effekt i forhold til at øge paratheden til forandring over for en bestemt uhensigtsmæssig adfærd (fx ophør af misbrug) (101,102). Foreløbige resultater indikerer, at MI også kan have en positiv effekt over for borgere med spiseforstyrrelser (103).



4.3.7 **At arbejde med eksternalisering af spiseforstyrrelsen kan være en metode til at understøtte borgerens motivation (104).**

At arbejde med eksternalisering, hvor spiseforstyrrelsen italesættes som adskilt fra borgeren, giver mulighed for, at borgeren og den fagprofessionelle sammen kan arbejde i retning af, at borgeren udvikler en identitet, som er uafhængig af spiseforstyrrelsen (105,106).



Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
-----	--------------------------------------	----------------

4.3.8	For børn og unge bør en motiverende tilgang også indebære et systematisk arbejde med at motivere forældrene til at forstå alvoren ved barnet/den unges spiseforstyrrelse og til at engagere sig i barnet/den unges forløb.	
-------	---	--

4.3.9	Hvis et barn/en ung med en svær spiseforstyrrelse ikke er motiveret for at opnå bedring, bør de fagprofessionelle samarbejde med forældrene om kontinuerligt at understøtte barnet/den unges motivation. Desuden bør de fagprofessionelle vejlede og klæde forældrene på til at varetage en myndig rolle i spisesituationer derhjemme, som sikrer, at barnet undgår at over- eller underspise.	
-------	---	--

(Se retningslinje for måltidsstøtte).



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 10 – Rådgivning

Serviceoven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceoven § 102 – Behandling

Serviceoven § 141 – Handleplan



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 11 – Sammenhængende indsats og rådgivning

Serviceoven § 140 – Handleplan

4.4 Forebyggelse og håndtering af tilbagefald

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at der i rehabiliteringsforløb for borgere med svære spiseforstyrrelser arbejdes med at forebygge tilbagefald, samt at borgere, der oplever tilbagefald og/eller tegn på tilbagefald, modtager den nødvendige støtte.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, som har opnået bedring, men er i risiko for at opleve et tilbagefald.

Definition af centrale begreber

Tilbagefald (engelsk: relapse): Et tilbagefald er en tilbagevenden til en adfærd/tilstand (fx spiseforstyrret adfærd), som borgeren ellers har forladt. Et tilbagefald kan fx opstå, mens borgeren går i ambulant behandling og kan betyde, at behandlingen må intensiveres. Et tilbagefald kan også opstå efter et afsluttet behandlingsforløb og betyde, at borgeren må genoptage behandlingen. I værste fald kan et tilbagefald betyde, at borgeren må genindlægges.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.4.1	Der bør være opmærksomhed på at forebygge og håndtere tilbagefald. Studier viser, at op mod 50 % af borgere med spiseforstyrrelser oplever et tilbagefald efter endt behandling (74,79). I Danmark betyder det, at nær hver anden borger med spiseforstyrrelser, som har været indlagt i den regionale psykiatri, indlægges mere end én gang under sit forløb (48). Risikoen for tilbagefald er størst det første år efter endt behandling, men tilbagefald kan også forekomme senere (62,80,98).	
4.4.2	For borgere, som har været eller stadig er i behandling i den regionale psykiatri, bør der være fokus på, hvordan den regionale psykiatri og de fagprofessionelle i det kommunale rehabiliteringsforløb bedst samarbejder om at forebygge tilbagefald. Det er herunder vigtigt, at der (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) sker en grundig overlevering af viden om borgerens forløb mellem behandlere i psykiatrien og de relevante fagprofessionelle i rehabiliteringen (se retningslinje for koordination og samarbejde med den regionale psykiatri).	
4.4.3	Der bør fastsættes realistiske mål for borgerens rehabiliteringsforløb, som tager højde for borgerens motivation og ressourcer. Borgere med svære spiseforstyrrelser kan have lange og komplicerede forløb. Urealistiske mål og forventninger til forløbet kan have en modsatrettet effekt i forhold til at komme sig af spiseforstyrrelsen (9).	

- 4.4.4 **Som et forebyggende tiltag bør der ved overgange og afslutning af indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser anvendes en tilgang, hvor omfanget og/eller graden af støtte justeres trinvist i takt med borgerens progression. Borgerens progression bør være stabil over en periode, før støtten gradueres (22,76).**

Gradvis udslusning kan fx være relevant ved:

- overgang fra botilbud til eget hjem
- tilbagevenden til skole, uddannelse eller beskæftigelse (se retningslinjer for en skolerettet indsats for børn og unge samt en beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne)
- udskrivning fra en hospitalsindlæggelse
- afslutning af rehabiliterende indsatser
- afslutning af behandling i den regionale psykiatri.



- 4.4.5 **Som et forebyggende tiltag bør der udarbejdes en individuelt tilrettelagt plan for, hvordan borgeren og de fagprofessionelle kan forebygge og håndtere tegn på tilbagefald.**

Planen bør udarbejdes i et samarbejde mellem borgeren, relevante personer i borgerens netværk, kommunale fagprofessionelle og evt. borgerens behandler i den regionale psykiatri og/eller borgerens praktiserende læge. Planen bør understøtte, at borgeren og de fagprofessionelle bliver opmærksomme på, hvad der udgør ressourcer og risikofaktorer i forhold til at forebygge tilbagefald. Planen kan med fordel indgå i en koordineret indsatsplan (se retningslinje for udarbejdelse af en koordineret indsatsplan). Planen kan desuden med fordel være digital.



Planen kan indeholde (60):



- borgerens vurdering af hvilke faktorer og situationer, som kan være udløsende for et tilbagefald
- borgerens vurdering af hvilke tidlige tegn på et tilbagefald, som borgeren selv og de fagprofessionelle skal være opmærksomme på
- en plan for hvad borgeren selv, borgerens netværk og de fagprofessionelle kan gøre for at forebygge tilbagefald
- en plan for hvad der skal ske, hvis borgeren udviser tegn på tilbagefald.


- 4.4.6 **Ved tegn på tilbagefald bør de fagprofessionelle støtte borgeren i at tage kontakt til den behandlingsansvarlige læge (fx en læge i den regionale psykiatri eller borgerens praktiserende læge).**

De første tegn på tilbagefald hos en borger med svær spiseforstyrrelse kan være, at borgeren:

- begynder at motionere eller øger sin træningsintensitet
- begynder at spise mindre, springe måltider over eller undgår at spise sammen med andre
- oplever angst eller depressive symptomer
- har ophør i sin menstruation
- har tanker der kredser om mad og vægt
- ikke møder op til aftaler eller på arbejde/ i skole
- ikke vil tale om fremadrettede mål for sit forløb
- taber sig eller har svingende vægt
- trækker sig fra sociale sammenhænge.



4.4.7	Hvis en borger oplever tilbagefald i en grad, hvor borgerens tilstand bliver livstruende, bør kommunen opfordre borgeren og/eller dennes netværk til omgående at tage kontakt til borgerens egen læge eller støtte borgeren i at henvende sig på psykiatrisk skadestue.	
4.4.8	Søger en borger, der må antages at være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, ikke selv fornøden sundhedsmæssig behandling, har de nærmeste pligt til at tilkalde en læge. Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette (jf. psykiatriloven § 6). For en nærmere beskrivelse af lovgivning på området se retningslinje for borgerinddragelse.	

Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
4.4.9	For børn og unge bør forældrene inddrages i forebyggelsen og håndteringen af tilbagefald. (Se retningslinje for familieintervention for børn og unge).	



LOVGIVNING - VOKSNE

Serviceoven § 81, nr. 1 – Forebygge at problemer forværres

Psykiatriloven § 4-6 – Tvangsindlæggelse

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Psykiatriloven § 4-6 – Tvangsindlæggelse

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

4.5 Opmærksomhed ved komorbiditet og fysiske følgevirkninger

Formål

Formålet med retningslinjen er at understøtte, at rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser tilrettelægges og udføres med hensyntagen til eventuelle komorbide lidelser samt med hensyntagen til fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, som oplever komorbide lidelser og/eller fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
Generelt		
4.5.1	Der bør være opmærksomhed på, hvorvidt borgeren oplever komorbide lidelser og/eller fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen (7,9,22,45,107,108). En svær spiseforstyrrelse kan have alvorlige fysiske følgevirkninger. Desuden forekommer komorbiditet ofte blandt borgere med svære spiseforstyrrelser. Nogle borgere med svære spiseforstyrrelser kan dog udvise symptomer på psykisk komorbiditet, uden at der reelt er tale om en egentlig komorbid psykisk lidelse, idet symptomerne herpå aftager i takt med at graden af spiseforstyrrelsen aftager, og borgeren tager på og/eller opnår stabil vægt (7).	
4.5.2	Der bør være opmærksomhed på, hvorvidt borgeren udviser selvskadende og/eller selvmordstruende adfærd. Borgere med svære spiseforstyrrelser har øget risiko for at udvikle direkte selvskadende adfærd (18,109). Derudover har nogle borgere i målgruppen selvmordstanker og/eller selvmordsimpulser (7).	
Fysiske følgevirkninger		
4.5.3	For borgere som oplever fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen bør rehabiliteringen koordineres tæt med den behandlingsansvarlige læge (fx en læge i den regionale psykiatri eller borgerens praktiserende læge). Hvis borgeren har en genoptræningsplan, bør samarbejdet følge de almindelige rammer for samarbejde på sundhedsområdet. Borgere med svære spiseforstyrrelser oplever ofte fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen, der i værste fald kan være dødelige. Det er i sådanne tilfælde vigtigt, at rehabiliteringen tilrettelægges koordineret med den sundhedsfaglige behandling. Rehabiliteringsindsatsen bør som minimum understøtte, at borgeren går til regelmæssig opfølgning hos den behandlingsansvarlige læge (se retningslinjer for samarbejde og koordination med den regionale psykiatri og med almen praksis).	

Fysisk komorbiditet

- 4.5.4 **Hvis borgeren udover en svær spiseforstyrrelse også har type-1 diabetes, bør de fagprofessionelle være særlig opmærksomme på og understøtte, at borgeren modtager relevant lægelig behandling og opfølgning (76).**

Risikoen for tilbagefald samt for et fatalt forløb stiger markant ved fysisk komorbiditet. Både danske og udenlandske studier viser, at der især blandt borgere med svære spiseforstyrrelser og type-1 diabetes er kraftig øget dødelighed (76,110-112).



Psykisk komorbiditet

- 4.5.5 **Indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser og psykisk komorbiditet bør være tilpasset og adressere de samlede psykiske vanskeligheder, som den enkelte borger oplever.**



Autisme

- 4.5.6 **Hos både børn, unge og voksne bør der være opmærksomhed på, hvorvidt borgeren udover spiseforstyrrelsen har autisme.**

Autisme kan være så indgribende for borgerens funktionsevne, at iværksættelse af indsatser målrettet spiseforstyrrelsen skal udføres i en anden form end overfor borgere med svære spiseforstyrrelser uden autisme. Det gælder bl.a. måltidsstøtte, hvor der bør udarbejdes en individuel mål- og tidsplan tilpasset den autistiske profil.



LOVGIVNING – BØRN, UNGE OG VOKSNE

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

Sundhedsloven § 84 – Genoptræningsplan

4.6 Socialfaglig udredning af børn og unge

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre højst mulig kvalitet i den socialfaglige udredning af børn og unge med svære spiseforstyrrelser samt deres familier og dermed sikre, at børn og unge visiteres til indsatser og/eller tilbud, der matcher den enkeltes funktionsevne og behov.


Målgruppe

Børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser, som skal udredes i socialfagligt regi.

Definition af centrale begreber

Socialfaglig udredning: En udredning i socialfagligt regi i kommunen som har et helhedsorienteret perspektiv og belyser, synliggør og afklarer barnets/den unges samt familiens ressourcer og udfordringer på en systematisk måde, hvorved der skabes grundlag for at visiteres til de rette indsatser og/eller tilbud.

Sundhedsfaglig udredning: En udredning i sundhedsfagligt regi som afklarer barnets/den unges helbredsrelaterede funktionsevne og behov for sundhedsfaglige indsatser. Dette med henblik på diagnosticering og/eller planlægning af en sundhedsfaglig indsats.

Nr.	Anvisninger for børn og unge	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.6.1	I rehabiliteringsforløb for børn og unge med svære spiseforstyrrelser bør der gennemføres en socialfaglig udredning af barnets/den unges psykiske og fysiske funktionsevne samt sociale problemer, herunder familiens ressourcer samt eventuelle sociale problemer og/eller andre problematikker i familien (76).	
	Udredningen bør danne udgangspunkt for en vurdering af hvilken type og grad af støtte, som barnet/den unge og familien skal visiteres til (se retningslinje for valg af indsatser og tilbud til børn og unge).	
4.6.2	Udredningen af børn og unge med svære spiseforstyrrelser kan ske i forbindelse med den børnefaglige undersøgelse efter serviceloven.	
	En socialfaglig udredning af børn og unge kan være i form af en børnefaglig undersøgelse efter § 50 i serviceloven, men der er også sager, hvor udredningen ikke viser behov for en børnefaglig undersøgelse, fx hvis problemstillingen er afgrænset, og det vurderes, at en mindre, forebyggende indsats er tilstrækkelig.	
4.6.3	Udredningen bør som udgangspunkt altid foregå i tæt samarbejde med barnet/den unge og dennes familie (22).	
	Både barnet/den unge og forældrene bør opleve, at de bliver inddraget i og informeret om udredningen (113). Der bør dog være opmærksomhed på, at afdække familiens interne relationer og ressourcer samt evt. sociale problemer, da der kan være særlige tilfælde, hvor det ikke vil være hensigtsmæssigt, at forældrene inddrages i et tæt samarbejde omkring udredningen.	

-
- 4.6.4 **Hvis et barn/en ung med en svær spiseforstyrrelse i løbet af sit forløb hospitalsindlægges, bør vurderingen af barnet/den unges behov for rehabiliterende indsatser og/eller tilbud efter udskrivelse påbegyndes så tidligt som muligt, og gerne mens barnet/den unge stadig er indlagt. Der bør være opmærksomhed på, at barnet/den unge efter udskrivelse har ret til en genoptræningsplan efter sundhedsloven, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov herfor.**



Hvis barnet/den unge vurderes at have behov for anbringelse på en døgninstitution, opholdssted eller anden form for anbringelsessted, er det særlig vigtigt, at udredningen er afsluttet, og at en aftale med anbringelsesstedet er på plads inden udskrivelse.

-
- 4.6.5 **Der bør i forbindelse med den socialfaglige udredning af børn og unge med svære spiseforstyrrelser være tæt samarbejde og koordination mellem relevante fagprofessionelle aktører på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Hvis barnet/den unge er eller har været i behandling i regionen, er det særligt vigtigt at samarbejde med de fagprofessionelle, som har været involveret i barnet/den unges behandlingsforløb. Herunder bør der (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) sikres en løbende og systematisk udveksling af viden om barnet/den unge og familien.**



Relevante fagprofessionelle aktører er fx den kommunale sagsbehandler, kommunale sundhedsfagprofessionelle, den behandlingsansvarlige læge fra den regionale psykiatri, den praktiserende læge, PPR eller en repræsentant fra barnet/den unges skole. Relevant viden er bl.a. viden om barnet/den unges fysiske funktionsevne, fysisk og psykisk komorbiditet, hvordan samarbejdet er og har været med barnet/den unge og familien samt viden om barnets/den unges og familiens historie, ressourcer og behov (114). Samarbejde og koordination omkring udveksling af oplysninger vedr. barnets/den unges helbredstilstand kan med fordel aftales i regi af sundhedsaftalerne (114).

-
- 4.6.6 **I udredningen bør der være særlig opmærksomhed på problematikker, som typisk gør sig gældende for børn og unge med svære spiseforstyrrelser og deres familier (7,45).**

Dette gælder problematikker på følgende områder (se også afsnit 3.3.3.1 om behov for rehabilitering blandt børn og unge):

Familieforhold og -relationer: Der bør være opmærksomhed på den generelle trivsel i familien, da spiseforstyrrelsen kan have store konsekvenser for hele familien og bl.a. medføre et øget konfliktniveau i hjemmet (70). Spiseforstyrrelsen kan desuden medføre, at den unge har svært ved at frigøre sig fra familien på en alderstilsvarende måde (91).

Økonomi: Der bør der være opmærksomhed på, om spiseforstyrrelsen er en økonomisk byrde for forældrene, fx fordi forældrene må tage orlov fra arbejde for at støtte barnet/den unge, eller har omkostninger til transport frem og tilbage til behandlingsstedet eller døgninstitutionen.

Forældrekompetencer: Der bør være opmærksomhed på, hvorvidt forældrene har kompetencer og ressourcer til at give barnet/den unge støtte i det omfang, barnet/den unge har behov for det, herunder støtte til måltider, til at opbygge en dagligdagsstruktur samt i forhold til sociale og relationelle udfordringer. Der bør desuden være fokus på, hvorvidt det er hensigtsmæssigt, at forældrene påtager sig disse støttefunktioner overfor barnet/den unge.



4.6.6 **Sundhedsforhold:** Der bør indhentes viden om barnet/den unges helbredsrelaterede funktionsevne, da børn og unge med svære spiseforstyrrelser ofte har fysiske symptomer og følgevirkninger heraf og/eller psykisk komorbiditet som fx depressive symptomer, angst og OCD (7).

Der bør særligt være opmærksomhed på barnets/den unges behov for støtte til at gennemføre måltider og til at opbygge/opretholde et hensigtsmæssigt spisemønster. Der bør desuden være opmærksomhed på barnets/den unges forhold til motion og træning, da mange børn og unge med svære spiseforstyrrelser har et problematisk krops- og selvbillede. Flere bruger overdreven motion som en vedligeholdende faktor for spiseforstyrrelsen.

Der bør i udredningen af børn og unge med svær anoreksi være særlig opmærksomhed på, hvorvidt barnet/den unge udviser symptomer på autisme. Symptomer på autisme forekommer hos en del børn og unge først i løbet af teenageårene. Er der symptomer på autisme, bør barnet/den unge henvises til nærmere udredning i regionalt regi.



Social trivsel: Der bør være opmærksomhed på barnets/den unges sociale trivsel samt mulighed for og evne til at indgå i et almindeligt børne- og ungdomsliv. Mange unge med spiseforstyrrelser har et meget begrænset socialt netværk og har ikke overskud til at deltage i sociale aktiviteter, fordi spiseforstyrrelsen fylder meget (91). Social isolation er derfor et væsentligt problem blandt børn og unge med spiseforstyrrelser, og den manglende kontakt med jævnaldrende kan betyde, at barnets/den unges sociale kompetencer ikke bliver fuldt udviklet.

Skoleforhold og læring: Der bør være opmærksom på barnets/den unges kognitive funktionsniveau og parathed til at genoptage skole samt behovet for støtte hertil. Dette skal sikre, at barnet/den unge henvises til et skoletilbud, der matcher barnet/den unges behov. Børn/unge kan under og efter en svær spiseforstyrrelse lide af kognitive vanskeligheder som koncentrations- og hukommelsesbesvær (7-9). De kan desuden have vanskeligheder ved at trives socialt i skolen (8).

4.6.7 **I sager om børn og unge med særligt komplekse sociale problemer, komorbiditet og/eller fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen, som kommunen ikke har ekspertise til at udrede for, kan VISO inddrages.**



Metoder

4.6.8 **Integrated Children's System (ICS) kan anvendes som metode til socialfaglig udredning af børn og unge med svære spiseforstyrrelser (115).**

ICS understøtter, at udredningen kommer rundt om alle de faktorer, som påvirker og har betydning for barnet/den unges situation. Hvis ICS anvendes som metode, bør der være særlig opmærksomhed på anvisning 4.6.6.



4.6.9 **Den fagprofessionelle, som er ansvarlig for den socialfaglige udredning, kan i forbindelse med udredningsforløbet eller som opfølgning herpå tage initiativ til et koordinerende møde med henblik på udveksling af viden mellem relevante aktører.**

Relevante aktører fra både regionalt og kommunalt regi samt barnet/den unge, dennes forældre og evt. andre relevante i netværket bør deltage i møderne. Barnet/den unge bør som udgangspunkt deltage enten i hele eller dele af mødet, men dette bør vurderes individuelt fra gang til gang og under stor hensyntagen til barnets/den unges alder og ressourcer.





LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 11 – Rådgivning børn, unge og forældre

Serviceoven § 13 – VISO

Serviceoven § 48 – Børnesamtale

Serviceoven § 49 a – Udveksling af oplysninger uden samtykke

Serviceoven § 50 – Børnefaglig undersøgelse

Serviceoven § 51 – Børnefaglig undersøgelse under ophold på institution eller indlæggelse på sygehus, herunder psykiatrisk sygehus

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

Serviceoven § 55 – Støtte rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceoven § 66 – Anbringelsessteder

Serviceoven § 140 – Handleplan

Sundhedsloven §§ 40-44 – Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af oplysninger

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

4.7 Socialfaglig udredning af voksne

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre højst mulig kvalitet i den socialfaglige udredning af borgere med svære spiseforstyrrelser og dermed sikre, at borgeren visiteres til indsatser og/eller tilbud, der matcher den enkeltes funktionsevne og behov.




Målgruppe

Voksne over 18 år med svære spiseforstyrrelser, som skal udredes i socialfagligt regi.

Definition af centrale begreber

Socialfaglig udredning: En udredning i socialfagligt i regi i kommunen som giver viden om borgerens ressourcer, udfordringer og ønsker, hvorved der skabes grundlag for at visitere til de rette indsatser og/eller tilbud.

Sundhedsfaglig udredning: En udredning i sundhedsfagligt regi som afklarer borgerens helbredsrelaterede funktionsevne og behov for sundhedsfaglige indsatser. Dette med henblik på diagnosticering og/eller planlægning af en sundhedsfaglig indsats.

Nr.	Anvisninger for voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.7.1	I rehabiliteringsforløb for voksne med svære spiseforstyrrelser bør der gennemføres en socialfaglig udredning af borgerens psykiske og fysiske funktionsevne samt sociale problemer (76). Udredningen bør danne udgangspunkt for en vurdering af hvilken type og grad af støtte, som borgeren skal visiteres til (se retningslinje for valg af indsatser og tilbud til voksne).	
4.7.2	Borgeren skal have mulighed for at medvirke i behandlingen af sin egen sag, det vil sige, at udredningen bør foregå i tæt samarbejde med borgeren. I det omfang borgeren giver samtykke hertil, kan også personer i borgerens netværk inddrages i udredningen.	
4.7.3	Hvis en borger med en svær spiseforstyrrelse i løbet af sit forløb hospitalsindlægges, bør vurderingen af borgerens behov for rehabiliterende indsatser og/eller tilbud efter udskrivelse påbegyndes så tidligt som muligt, og gerne mens borgeren stadig er indlagt. Der bør være opmærksomhed på, at borgeren efter udskrivelse har ret til en genoptræningsplan efter sundhedsloven, hvis borgeren har et lægefagligt begrundet behov herfor. Hvis borgeren vurderes at have behov for ophold på et botilbud, er det særlig vigtigt, at udredningen er afsluttet, og at en aftale med botilbuddet er på plads inden udskrivelse.	

-
- 4.7.4 **Der bør i forbindelse med den socialfaglige udredning af borgere med svære spiseforstyrrelser være tæt samarbejde og koordination mellem relevante fagprofessionelle aktører på tværs af sektorer og forvaltningsområder. Hvis borgeren er eller har været i behandling i regionen, er det særligt vigtigt at samarbejde med de fagprofessionelle, som har været involveret i borgerens behandlingsforløb. Herunder bør der (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) sikres en løbende og systematisk udveksling af viden om borgeren.**



Relevante fagprofessionelle aktører er fx den kommunale sagsbehandler, kommunale sundhedsfagprofessionelle, den behandlingsansvarlige læge fra den regionale psykiatri, den praktiserende læge og borgerens mentor på beskæftigelsesområdet. Relevant viden er bl.a. viden om borgerens fysiske funktionsevne, komorbiditet, hvordan samarbejdet er og har været med borgeren samt viden om borgerens ressourcer, behov og ønsker. Samarbejde og koordination omkring udveksling af oplysninger vedr. borgerens helbredelsestilstand kan med fordel aftales i regi af sundhedsaftalerne (114).

-
- 4.7.5 **Hvis en borger med en svær spiseforstyrrelse har hjemmeboende børn under 18 år, bør barnets/familiens behov for støtte afdækkes så tidligt som muligt. Desuden bør der være opmærksomhed på trivsel og evt. risikoadfærd hos barnet samt behovet for forebyggende tiltag.**

Børn af forældre med spiseforstyrrelser oplever i høj grad at være påvirkede af deres forældres lidelse og kan have behov for tidlig hjælp og støtte (116).

Internationale studier peger desuden på, at børn af forældre med en spiseforstyrrelse har en øget risiko for selv at udvikle psykiske vanskeligheder, herunder spiseforstyrrelser (35,36). I forbindelse med udredningen bør det derfor vurderes, hvorvidt hele familien og/eller barnet har brug for særlig støtte.

Har borgeren hjemmeboende børn under 18 år, skal den fagprofessionelle desuden være opmærksom på og informere borgeren om den skærpede underretningspligt.



-
- 4.7.6 **I udredningen af voksne bør der være særlig opmærksomhed på problematikker, som typisk gør sig gældende for borgere med svære spiseforstyrrelser (7,8,70,117,118).**

Dette gælder problematikker på følgende områder (se også afsnit 3.3.3.2 om behov for rehabilitering blandt voksne):

Funktionsnedsættelser/sundhed: Der bør være fokus på borgerens psykiske og fysiske funktionsnedsættelser samt evt. komorbiditet og misbrugsproblematikker, da dette ofte forekommer blandt borgere med svære spiseforstyrrelser (45).

Egenomsorg: Der bør særligt være opmærksomhed på borgerens behov for støtte til at gennemføre måltider og til at opbygge/opretholde et hensigtsmæssigt spisemønster.

Praktiske opgaver i hjemmet: Der bør særligt være opmærksomhed på borgerens evne til at udføre dagligdagsopgaver i hjemmet, som er relateret til mad (fx indkøb og madlavning) og på hvorvidt, dette foregår på en hensigtsmæssig måde.



4.7.6 **Samfundsliv:** Der bør være opmærksomhed på borgerens evne til at fastholde, vende tilbage til eller starte i arbejde/uddannelse. Der bør desuden være opmærksomhed på borgerens behov for støtte til at sikre sit forsørgelsesgrundlag, modtage vejledning i forhold til at afdrage på en gæld (fx pga. et overdrevent madforbrug eller forbrug af alkohol/stoffer) eller modtage et nødvendigt økonomisk tilskud til eksempelvis tandbehandlinger af skader, som er opstået pga. spiseforstyrrelsen (8)

Socialt liv: Der bør være opmærksomhed på hvorvidt og i hvilken grad borgeren oplever støtte fra sit sociale netværk. Der bør desuden være opmærksomhed på borgerens sociale trivsel samt mulighed for og evne til at indgå i sociale relationer og aktiviteter. Borgere med svære spiseforstyrrelser har ofte svært ved at håndtere konflikter, udtrykke egne følelser, genkende følelser hos andre og regulere både intra- og interpersonelle følelser (8,42). Spiseforstyrrelsen kan desuden medføre, at unge voksne har svært ved at frigøre sig fra familien på en alderstilsvarende måde (91).

Sundhed: Der bør være opmærksomhed på borgerens behov for sundhedsfaglige rehabiliteringsindsatser fra fx diætist, psykolog, certificeret psykoterapeut, ergoterapeut eller fysioterapeut, herunder om der er igangværende støtte, der kan/skal fortsætte i regionalt regi. Derudover bør der være opmærksomhed på borgerens forhold til motion og træning, da mange borgere med svære spiseforstyrrelser har et problematisk krops- og selvbillede. Flere bruger overdreven motion som en vedligeholdende faktor for spiseforstyrrelsen.



4.7.7 **I sager om borgere med særligt komplekse sociale problemer, komorbiditet og/eller fysiske følgevirkninger af spiseforstyrrelsen, som kommunen ikke har ekspertise til at udrede for, kan VISO inddrages.**



Metoder

4.7.8 **Voksenudredningsmetoden (VUM) kan anvendes som metode til socialfaglig udredning af borgere med svære spiseforstyrrelser (24).**

Det overordnede sigte med VUM er at skabe grundlag for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats med borgeren i centrum. Hvis VUM anvendes som metode, bør der være særlig opmærksomhed på anvisning 4.7.6.



4.7.9 **Den fagprofessionelle, som er ansvarlig for den socialfaglige udredning, kan i forbindelse med udredningsforløbet eller som opfølgning herpå tage initiativ til et koordinerende møde med henblik på udveksling af viden.**

Borgeren selv og evt. personer i borgerens netværk samt relevante aktører fra både regionalt og kommunalt regi bør deltage i møderne.





LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 1 – Formålsbestemmelse

Serviceoven § 13 – VISO

Serviceoven § 10 – Kommunernes rådgivning

Serviceoven § 11 – Rådgivning børn, unge og forældre

Serviceoven § 12 – Rådgivning voksne

Serviceoven § 141 – Handleplan

Serviceoven § 153 – Underretningspligt

Sundhedsloven §§ 40-44 – Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af oplysninger

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

4.8 Valg af indsatser og tilbud til børn og unge

Formål

Formålet med retningslinjen er at understøtte, at børn og unge med svære spiseforstyrrelser visiteres til rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, der matcher barnets/den unges funktionsevne og behov.

Målgruppe

Børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser, der som en del af et rehabiliteringsforløb skal visiteres til indsatser og/eller tilbud efter serviceloven.

Nr.	Anvisninger for børn og unge	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.8.1	Omfang og intensitet af rehabiliteringen bør være i overensstemmelse med barnet/den unges funktionsevne og behov (22). Barnet/den unge bør modtage forskellige grader af støtte (total støtte, massiv støtte, moderat støtte, let støtte) alt efter det enkelte barns/unges funktionsevne og behov (se retningslinje for socialfaglig udredning af børn og unge).	
4.8.2	Nedskalering af omfanget og/eller graden af støtte i rehabiliteringen bør foregå trinvis, så barnet/den unge udsluses fra rehabiliterende indsatser/tilbud trin for trin (fra total til massiv til moderat til let støtte) i takt med en stabil opnåelse af de opstillede progressionsmål (se retningslinje for monitorering af borgerens progression). Fx bør børn og unge aldrig udsluses fra en døgninstitution eller et opholdssted til eget hjem med kort varsel.	
4.8.3	Børn og unge med svære spiseforstyrrelser bør som udgangspunkt altid modtage en familiebasert rehabiliteringsindsats. Dette gælder også i den tid, hvor barnet/den unge evt. er anbragt uden for hjemmet (45,76,119). Dette bør dog altid vurderes individuelt og ud fra en samlet vurdering af familiens ressourcer samt barnets/den unges relationer til familien (se retningslinje for familieintervention for børn og unge). Der bør altid i beslutningen om, hvorvidt indsatsen skal være familiebasert være særlig opmærksomhed både på barnets/den unges ønsker samt familiens interne relationer og ressourcer samt evt. sociale problemer i familien, da der kan være særlige tilfælde, hvor det ikke vil være hensigtsmæssigt for barnet/den unge, at familien inddrages tæt i forløbet (22,76,108).	
4.8.4	Der bør altid foretages en individuel vurdering af, hvorvidt indsatser til børn og unge bør gives i hjemmet eller som led i en anbringelse udenfor hjemmet. Følgende forhold bør som minimum tages i betragtning: <ul style="list-style-type: none">• barnets/den unges ønsker• betydelige psykiske og/eller fysiske funktionsnedsættelser hos barnet/den unge	

- 4.8.4
- særlig komplekse problematikker fx autisme eller selvskadende adfærd
 - graden og kompleksiteten af barnets/den unges sociale problemer
 - særlige vanskeligheder i forhold til omgivelser/sociale relationer hos barnet/den unge
 - særlige behov for struktur hos barnet/den unge
 - behov for hjælp og støtte i et omfang, der ikke kan håndteres i hjemmet eller af familien
 - særligt komplekse sociale problemer i familien fx misbrug
 - psykiske eller fysiske overgreb eller anden form for omsorgssvigt i familien
 - manglende samstemthed mellem hvad forældre og myndigheder mener, er den rette foranstaltning for barnet/den unge og familien.



Mål med indsatsen

- 4.8.5 **Valget af indsatser, der skal indgå i rehabiliteringsforløbet, bør have sammenhæng med målene i barnets eller den unges § 140 handleplan samt understøtte mål for barnets/den unges progression og individuelle recovery.**



(Se retningslinje for monitorering af borgerens progression).

Indsatser

- 4.8.6 **En indsats til et barn eller en ung med en svær spiseforstyrrelse samt dennes familie ydes typisk som en af følgende indsatser, eller som en kombination heraf (7,45,120):**

Indsatser til børn og unge der bor i eget hjem*

Rehabiliterende indsatser for børn og unge med svære spiseforstyrrelser kan ofte ydes, mens barnet/den unge bor i eget hjem. Relevante indsatser kan fx være måltidsstøtte, individuel terapi, gruppeforløb, genoptræning, pædagogisk praktisk støtte og/eller tildeling af en kontaktperson. Desuden kan indsatser i regi af frivillige organisationer og/eller foreninger i nogle tilfælde være relevant for barnet/den unge eller dennes familie.

*Note: Indsatser i eget hjem dækker ikke nødvendigvis over, at indsatsen ydes i borgerens hjem, men over indsatser som ydes, mens barnet/den unge bor hjemme enten hos sine forældre eller i egen bolig

Måltidsstøtte

Måltidsstøtte er en relevant indsats for børn og unge med svære spiseforstyrrelser, som har vanskeligheder ved at indtage et måltid på en hensigtsmæssig måde. Måltidsstøtte bør altid suppleres af øvrige sociale indsatser, som støtter borgeren i at trives og have en velfungerende hverdag. Måltidsstøtte og træning af dagligdagskompetencer, sociale kompetencer mv. kan med fordel ydes af samme fagprofessionelle. Alternativt bør indsatserne være tæt koordinerede.

Rådgivning, støttende samtaler eller psykoterapi

En relevant indsats for børn og unge med svære spiseforstyrrelser er rådgivning, støttende samtaler eller terapi, som tilbydes i grupper (hvor der fx arbejdes med at udvikle psykologiske og relationelle kompetencer), som familiebaserede forløb eller som en individuel indsats til barnet/den unge og/eller øvrige familiemedlemmer.



4.8.6

Genoptræning

En relevant indsats til børn og unge med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan være genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning af barnets/den unges fysiske og psykiske færdigheder. Formålet med genoptræningen vil være at bringe barnet/den unge op på et alderssvarende funktionsniveau. Træningen kan også ydes med det formål at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse eller forebygge, at der opstår behov for øget hjælp eller indlæggelse. Genoptræning vil generelt varetages af autoriserede sundhedspersoner. Genoptræning kan tilbydes gennem både serviceloven og sundhedsloven.

Pædagogisk praktisk støtte eller tildeling af en kontaktperson

En relevant indsats til børn og unge med svære spiseforstyrrelser er pædagogisk praktisk støtte som kan bestå i at hjælpe familien med at genoptage en almindelig dagligdag, da det ofte er en stor belastning for hele familien, når et barn eller ung i familien lider af en svær spiseforstyrrelse. Støtten kan fx være aflastning af forældrene i dagtimerne, så de kan genoptage job efter en evt. orlov i forbindelse med barnet/den unges sygdomsforløb. En relevant indsats kan desuden være tildeling af en fast kontaktperson til barnet/den unge og/eller til familien. Kontaktpersonen bør have viden om og erfaring med børn og unge med spiseforstyrrelser. Kontaktpersonen kan fx yde støtte til barnet/den unge ift. at fastholde eller genoptage skolegangen.



Anbringelse uden for hjemmet

Anbringelse på en døgninstitution eller et opholdssted i en periode kan i nogle tilfælde være den mest hensigtsmæssige indsats for børn og unge, der oplever betydelige funktionsevnenedsættelser, og som følge heraf har behov for en omfattende og intensiv indsats, som ikke kan ydes i hjemmet eller i forbindelse med et dagtilbud.



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceloven § 47 – Systematisk inddragelse af familie og netværk

Serviceloven § 48 – Børnesamtale

Serviceloven § 49 a – Udveksling af oplysninger uden samtykke

Serviceloven § 50 – Børnefaglig undersøgelse

Serviceloven § 52 – Foranstaltninger

Serviceloven § 54 – Støtteperson til forældremyndighedsindehaver hvis barn er anbragt uden for hjemmet

Serviceloven § 55 – Støtte, rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceloven § 58 – Anbringelse uden samtykke

Serviceloven § 66 – Anbringelsessteder

Serviceloven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse jf. § 44 i samme lov

Serviceloven § 140 – Handleplan

Sundhedsloven § 140 – Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

4.9 Valg af indsatser og tilbud til voksne

Formål

Formålet med retningslinjen er at understøtte, at voksne borgere med svære spiseforstyrrelser visiteres til rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, der matcher den enkeltes funktionsevne og behov.

Målgruppe

Voksne med svære spiseforstyrrelser der som en del af et rehabiliteringsforløb skal visiteres til indsatser og/eller tilbud efter serviceloven.

Nr.	Anvisninger	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.9.1	Omfang og intensitet af rehabiliteringen bør være i overensstemmelse med den enkelte borgers funktionsevne og behov (22). Borgeren bør modtage forskellige grader af støtte (total støtte, massiv støtte, moderat støtte, let støtte) alt efter den enkelte borgers funktionsevne og behov (se retningslinje for socialfaglig udredning af voksne).	
4.9.2	Nedskalering af omfanget og/eller graden af støtte i rehabiliteringen bør foregå trinvis så den voksne udsluses fra rehabiliterende indsatser/tilbud trin for trin (fra total til massiv til moderat til let støtte) i takt med en stabil opnåelse af de opstillede progressionsmål (se retningslinje for monitorering af borgerens progression). Fx bør en borger aldrig udsluses fra et botilbud til eget hjem med kort varsel.	
4.9.3	Det bør altid foretages en individuel vurdering af, hvorvidt indsatsen bør foregå, mens borgeren er bosiddende i eget hjem, eller om borgeren skal visiteres til et botilbud. Følgende forhold bør som minimum tages i betragtning: <ul style="list-style-type: none">• borgerens ønsker. Hvis borgeren ikke ønsker ophold i botilbud, bør indsatsen forsøgt tilrettelagt således, at denne kan ydes i borgerens eget hjem• graden af borgerens motivation og ambivalens i forhold til at komme sig fra spiseforstyrrelsen• graden af borgerens psykiske og fysiske funktionsnedsættelse• graden og kompleksiteten af borgerens sociale problemer fx misbrug• graden og arten af evt. komorbiditet• borgerens relationer til familie samt øvrigt netværk.	
	Mål med indsatsen	
4.9.4	Valget af indsats, herunder botilbud der skal indgå i rehabiliteringsforløbet, bør have sammenhæng med målene i borgerens § 141 handleplan samt understøtte mål for borgerens progression og individuelle recovery. (Se retningslinje for monitorering af borgerens progression).	

4.9.5 **En indsats til en borger med en svær spiseforstyrrelse ydes typisk som en af følgende indsatser eller som en kombination heraf (120):**

Indsatser til borgere der bor i eget hjem*

Rehabiliterende indsatser for borgere med svære spiseforstyrrelser kan i mange tilfælde ydes, mens borgeren bor i eget hjem. Relevante indsatser kan fx være måltidsstøtte, individuel terapi og/eller gruppeforløb, genoptræning og/eller socialpædagogisk støtte. Desuden kan indsatser i regi af frivillige organisationer og/eller foreninger i nogle tilfælde være relevant for borgeren og/eller deres netværk.

*Note: Indsatser i eget hjem dækker ikke nødvendigvis over, at indsatsen ydes i borgerens hjem, men dækker over indsatser, som ydes, mens borgeren bor i egen bolig.

Måltidsstøtte

Måltidsstøtte er en relevant indsats for borgere med svære spiseforstyrrelser, som har en funktionsevnenedsættelse ift. at kunne spise. Måltidsstøtte bør altid suppleres af øvrige rehabiliterende indsatser, som støtter borgeren i at trives og have en velfungerende hverdag. Måltidsstøtte og træning af dagligdagskompetencer, sociale kompetencer mv. kan med fordel ydes af samme fagprofessionelle. Alternativt bør indsatserne være tæt koordinerede.

Rådgivning, støttende samtaler eller psykoterapi

En relevant indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser er rådgivning, støttende samtaler eller psykoterapi, som tilbydes i grupper (hvor der fx arbejdes med at udvikle psykologiske og relationelle kompetencer), som familiebaserede forløb eller som en individuel indsats.



Genoptræning

En relevant indsats til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne kan være genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning af borgerens fysiske og psykiske færdigheder. Formålet med genoptræningen vil være at bringe borgeren op på det funktionsniveau, vedkommende havde inden spiseforstyrrelsen. Træningen kan desuden ydes med det formål at undgå vedvarende eller yderligere svækkelse, eller forebygge at der opstår behov for øget hjælp eller indlæggelse. Genoptræning vil generelt varetages af autoriserede sundhedspersoner. Genoptræning kan tilbydes gennem både serviceloven og sundhedsloven.

Socialpædagogisk støtte

Borgere med nedsat funktionsevne eller sociale problemer kan tildeles socialpædagogisk støtte. Tildelingen forudsætter en betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer, og borgere med svære spiseforstyrrelser er derfor ofte berettigede til socialpædagogisk støtte. Socialpædagogisk støtte kan bl.a. bestå af hjælp, rådgivning, støtte eller omsorg fx bostøtte. Støtten kan også bestå af oplæring i eller genoptræning af en række færdigheder fx håndtering af indkøb og madlavning. Støttepersonen bør have viden om og erfaring med borgere med spiseforstyrrelser.

4.9.5 **Botilbud**

Midlertidigt botilbud

En relevant indsats for borgere, som i en periode har behov for særlig støtte grundet betydelige fysiske eller psykiske funktionsevnededsættelser, kan være et midlertidigt botilbud.

Længerevarende botilbud

Et længerevarende botilbud vurderes kun i sjældne tilfælde at være en relevant indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser, da der generelt ikke er tale om, at borgeren har en varig funktionsnedsættelse. Det kan dog være relevant i enkelte tilfælde, hvor en borgers funktionsevne eller motivation i forhold til at komme sig af spiseforstyrrelsen selv efter et længerevarende ophold på et midlertidigt botilbud ikke forbedres.



LOVGIVNING - VOKSNE

Serviceoven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceoven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse

Serviceoven § 102 – Behandling

Serviceoven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud

Serviceoven § 141 – Handleplan

Sundhedsloven § 140 – Genoptræning efter udskrivning fra sygehus




4.10 Indsatser og tilbud til borgere som ikke ønsker behandling i den regionale psykiatri

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser, som modsætter sig behandling i den regionale psykiatri, tilbydes relevante rehabiliterende indsatser og tilbud.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser som har behov for behandling, men som ikke ønsker at deltage i behandling i den regionale psykiatri, eller som er blevet afsluttet i behandlingen, fordi borgeren ikke er modtagelig eller responderer ordentligt på behandlingen.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
Generelt		
4.10.1	For borgere, som ikke er motiveret til at modtage behandling eller som er blevet afsluttet i behandlingen fordi borgeren ikke er modtagelig eller responderer ordentligt på behandlingen, er et vigtigt mål i rehabiliteringen at understøtte en stabilisering af borgerens situation, så borgerens funktionsevne ikke forværres.	
4.10.2	Borgeren bør motiveres til at deltage i behandling i den regionale psykiatri, når borgeren udviser tegn på at være parat hertil (121). De fagprofessionelle bør desuden være klar til at hjælpe borgeren videre i behandling i den regionale psykiatri, når borgeren er motiveret herfor. (Se retningslinje for samarbejde med almen praksis)	
4.10.3	Fagprofessionelle bør som minimum understøtte, at borgere med svære spiseforstyrrelser, som ikke er i behandling i den regionale psykiatri, går til kontrol hos den praktiserende læge. (Se retningslinje for samarbejde med almen praksis)	
4.10.4	Spiseforstyrret adfærd kan have alvorlige fysiske følgevirkninger, som i værste fald kan være livsfarlige for borgeren (7). Søger en borger, der må antages at være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, ikke selv fornøden sundhedsmæssig behandling, har de nærmeste pligt til at tilkalde en læge. Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette (jf. psykiatriloven § 6). For en nærmere beskrivelse af lovgivning på området se retningslinje for borgerinddragelse.	
Indsatser		
4.10.5	Borgeren bør ved behov tilbydes rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, som forebygger en forværring af borgerens funktionsevne, og gør borgeren i stand til at leve bedst muligt med de begrænsninger, en svær spiseforstyrrelse kan indebære.	

Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
-----	--------------------------------------	----------------

4.10.6 Hvis børn og unge modsætter sig relevant behandling i den regionale psykiatri, bør de fagprofessionelle støtte forældrene i at følge barnet i det regionale psykiatriske behandlingsforløb på trods af modviljen. Forældrene bør desuden tilbydes den støtte, som der er behov for.



LOVGIVNING - BØRN, UNGE OG VOKSNE

Psykiatriloven §§ 4-6 – Indlæggelse ved tvang

4.11 Monitorering af borgerens progression

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at der under et rehabiliteringsforløb opstilles og følges op på individuelle progressionsmål. Dette skal understøtte, at der sker en løbende og systematisk vurdering af, hvorvidt en given indsats skaber de ønskede resultater samt, at indsatsen justeres, såfremt de ønskede resultater ikke opnås.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, som deltager i et rehabiliteringsforløb.

Definition af centrale begreber

Progression: Fremadskridende eller fremgang i form af en bevægelse hen imod et højere trin eller et højere niveau i et udviklingsforløb (122).

Progressionsmål: Mål for den enkelte borgers forløb. Progressionsmål kan opstilles på kort, mellemlang og lang sigt samt med flere delmål undervejs. Målene udarbejdes altid med udgangspunkt i den enkelte borgers situation og funktionsniveau.

Monitorering: En løbende og systematisk måling af, om borgeren når de opstillede progressionsmål. Dette sker gennem løbende indsamling af information og data fra udvalgte indikatorer (123).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
4.11.1	Forud for rehabiliteringsforløbet bør der opstilles mål på kort og lang sigt for borgerens forventede progression. Målene bør formuleres i samarbejde mellem borgeren, evt. borgerens netværk og relevante fagprofessionelle. Progressionsmål bør være individuelle og målbare. Alle aktører bør kunne se relevansen med og forpligtige sig til at arbejde efter de fastsatte mål. Målene bør være realistiske både i forhold til borgerens ressourcer og funktionsniveau samt de tilgængelige støttemuligheder (84).	
4.11.2	Målene for progression bør tage udgangspunkt i og kobles til målene i borgerens handleplan (serviceloven §§ 140 og 141) samt andre eksisterende planer. Målene for borgerens forløb kan samles og koordineres i en koordineret indsatsplan. (Se retningslinje for udarbejdelse af en koordineret indsatsplan).	
4.11.3	Der bør ske en løbende monitorering af, hvorvidt de mål, der er opstillet for borgeren, nås. Indsatserne borgeren modtager, bør gradueres i overensstemmelse hermed. Såfremt de opstillede mål ikke nås, kan der være behov for at justere enten indholdet af indsatsen eller graden af støtte (84) (se retningslinjer for valg af indsatser og tilbud til børn og unge samt valg af indsatser og tilbud til voksne).	

4.11.4 **Monitoreringen af borgerens progression bør altid gennemføres sammen med og vurderes af borgeren selv og evt. borgerens netværk og i samråd med relevante fagprofessionelle.**

Monitorering af mål kan foregå via skemaer, test eller registreringer, som kommunen allerede foretager, eller på baggrund af interview, spørgeskemaer eller observationer (84).



4.11.5 **Der bør i forbindelse med monitoreringen af borgerens progression være opmærksomhed på, at borgere med svære spiseforstyrrelser sjældent har et lineært fremadskridende rehabiliteringsforløb (60).**

Mange borgere med svære spiseforstyrrelser oplever gentagne tilbagefald under deres sygdomsforløb (74,79).



Metoder

4.11.6 **Der bør anvendes validerede redskaber til monitorering af borgerens progression.**

Redskaber til måling og monitorering af progression bør altid tilpasses den aktuelle indsats samt borgerens alder. Det kan være nødvendigt at tage flere redskaber i brug for at tage højde for flere parametre (se bilag 5). Følgende redskaber kan fx anvendes:

- The 5-item World Health Organization Well-Being Index (WHO-5)
- Goal Attainment Scaling (GAS)
- Global Assessment of Functioning (GAF)



Nr. Anvisninger særligt for børn og unge

Vidensgrundlag

4.11.7 **For børn og unge vil det typisk være relevant at formulere mål for og med både barnet/den unge og familien (se retningslinje for familieintervention for børn og unge).**



LOVGIVNING – VOKSNE

Aktivloven § 10 – Løbende opfølgning

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 27, 28 og 30 a. – Min Plan, stabiliserende indsatser og rehabiliteringsplan

Serviceloven § 141 – Handleplan

Servicelovens § 148, stk.2 – Løbende opfølgning for at sikre at hjælpen opfylder sit formål

Sundhedsloven § 84 – Genoptræningsplan



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceloven § 70 – Vurdering af om handleplan skal revideres

Serviceloven § 140 – Handleplan

Sundhedsloven § 84 – Genoptræningsplan



Retningslinjer for indsatser

5. Retningslinjer for indsatser

5.1 Familieintervention for børn og unge

Formål



Formålet med retningslinjen er at sikre, at børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser samt deres familier får den nødvendige støtte og tilbydes en familieintervention som den primære del af barnets/den unges rehabiliteringsforløb.

Målgruppe

Børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser og deres familier.

Definition af centrale begreber

Familieintervention: En indsats som er målrettet hele familien og de enkelte familiemedlemmers behov og ikke blot barnet/den unge, der har en spiseforstyrrelse.

Nr.	Anvisninger for børn og unge og deres familier	Vidensgrundlag
	Generelt	
5.1.1	Rehabiliterende indsatser til børn og unge bør som udgangspunkt tilbydes som en familieintervention, der tilrettelægges med udgangspunkt i både barnets/den unges samt den øvrige families behov (22,76). Det er centralt for et virksomt rehabiliteringsforløb, at både barnet/den unge samt søskende og forældre får mulighed for at arbejde med de udfordringer, som de oplever, når et barn i familien lider af en svær spiseforstyrrelse.	
5.1.2	Barnet/den unges familie bør inddrages som en ressource i familieinterventionen (22,76). Der bør dog tages hensyn til, at ikke alle familiemedlemmer nødvendigvis har samme ressourcer til at deltage i barnets/den unges forløb. Det bør fx respekteres, hvis familiemedlemmer er nedslidte efter et langt sygdomsforløb, og derfor ikke har de nødvendige ressourcer til at deltage i barnets/den unges forløb. Der bør desuden være opmærksomhed på, at nogle forhold i familien, fx hvis barnet/den unge har været udsat for overgreb i familien kan gøre det uhensigtsmæssigt at gennemføre indsatsen som en familieintervention (se retningslinje for valg af indsatser og tilbud til børn og unge).	

Mål med indsatsen

5.1.3 Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt.

Kortsigtede mål kan være:

- færre konflikter i familien
- bedre til at formulere krav og forventninger til hinanden i familien
- større tryghed i forhold til familiemedlemmers kompetencer til at støtte barnet/den unge fx i forhold til måltider



Langsigtede mål kan være:

- styrket familiesammenhold
- øget trivsel i familien som helhed.

Indsatser

5.1.4 En familieintervention bør støtte forældrene i at håndtere de udfordringer, der følger af at have et barn/en ung med en svær spiseforstyrrelse i familien.



5.1.5 Barnet/den unges forældre bør tilbydes træning i at give måltidsstøtte og/eller fagprofessionel støtte under barnet/den unges måltider (22,76).



(Se retningslinje for måltidsstøtte).

5.1.6 Forældre til børn og unge med en svær spiseforstyrrelse kan tilbydes vejledning i, hvordan de bedst kan være opmærksomme på tidlige tegn på tilbagefald hos barnet/den unge samt støtte barnet/den unge i at mærke og give udtryk for tegn på tilbagefald.



5.1.7 Hele familien kan tilbydes rådgivning og/eller støttende samtaler – både sammen og individuelt (76).

Alle familiemedlemmer (barnet/den unge, forældre og søskende) kan opleve behov for et individuelt rum, hvor problematikker i relation til spiseforstyrrelsen kan italesættes uden deltagelse af resten af familien. I samtalerne kan det bl.a. være relevant at arbejde med:

- familierelationer og -samspil
- træning i reaktionsmønstre/handlemuligheder
- problemer som er knyttet til barn/voksen-relationen
- konkrete emner som barnet/den unge eller øvrige familiemedlemmer har brug for at bearbejde



5.1.8 Hele familien bør støttes i og informeres om det videre forløb i forbindelse med overgange i barnet/den unges forløb (22,76).

Familien bør tilbydes støtte og information i forbindelse med overgange i barnet/den unges forløb, hvor familien kan opleve i stigende grad at skulle stå på egne ben i forhold til at håndtere barnet/den unges vanskeligheder (8).

Overgange kan fx være:

- udskrivning fra indlæggelse til ambulante behandling og rehabiliterende indsatser i eget hjem
- afslutning af forløb i døgninstitution
- når den unge ved det fyldte 18. år går fra børne- til voksenområdet i lovgivningen.





LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 11 – Rådgivning

Serviceoven § 46 – Formålsbestemmelse

Serviceoven § 47 – Systematisk inddragelse af familie og netværk

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

5.2 Netværksintervention

Formål




Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgerens netværk får den nødvendige støtte til at trives og deltage i borgerens rehabilitering.

Målgruppe

Netværket til børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser.

Definition af centrale begreber

Netværksintervention: En indsats der har borgerens netværk som målgruppe. Indsatsen kan eksempelvis være rettet mod at styrke netværkets ressourcer til at hjælpe borgeren. Borgerens netværk kan være forældre, søskende, en partner eller nære venner.

Nr.	Anvisninger for børn og unge og deres familier	Vidensgrundlag
Generelt		
5.2.1	Rehabiliteringen bør have fokus på at styrke netværkets muligheder og ressourcer i forhold til at støtte borgeren. Studier peger på, at støtte fra familie, venner, partnere mv. kan være afgørende for, at en borger kommer sig af en svær spiseforstyrrelse (73,76). Pårørende oplever dog ofte, at de mangler viden, evner og ressourcer til at hjælpe borgeren (124). Desuden er relationen mellem borgere med svære spiseforstyrrelser og deres nærmeste netværk ofte påvirket negativt af spiseforstyrrelsen og præget af eksempelvis konflikter, kritik eller følelsesmæssig overinvolvering (125-127).	
5.2.2	Borgerens nærmeste netværk bør ved behov tilbydes støtte og/eller aflastning med henblik på at sikre netværkets trivsel (22). At være tæt på en borger med en svær spiseforstyrrelse opleves af mange pårørende som en stor belastning, og er forbundet med forringet livskvalitet samt øget risiko for udvikling af symptomer på stress, angst og depression hos den pårørende (127,128).	
5.2.3	Indsatsen målrettet borgerens netværk bør koordineres på tværs af region og kommune. Da netværksinterventioner (fx psykoedukative indsatser) kan tilbydes i regi af både region og kommune, bør indsatsen koordineres, så netværket ikke oplever at modtage overlappende indsatser.	
Indsatser		
5.2.4	Borgerens nærmeste netværk kan tilbydes psykoedukative indsatser med henblik på at styrke netværkets viden om spiseforstyrrelsen samt styrke ressourcerne til at støtte borgeren (22,76,129).	

5.2.4	<p>Psykoedukative indsatser kan fx bestå af ét eller flere af følgende elementer (129):</p> <ul style="list-style-type: none"> • undervisning om spiseforstyrrelsen og de konkrete udfordringer, der relaterer sig til lidelsen • vejledning og træning af netværket i at støtte borgeren i konkrete situationer (fx under måltider) (se retningslinje for måltidsstøtte) • vejledning og træning i kommunikation og konflikthåndtering. <p>Psykoedukative indsatser kan i nogle tilfælde tilbydes som selvhjælpsmateriale (fx i bogform eller internetbaseret) suppleret af rådgivning over e-mail eller telefon (130,131).</p>	
5.2.5	<p>Borgerens nærmeste netværk kan enten individuelt og/eller sammen med borgeren tilbydes støttende samtaler.</p> <p>I samtalerne kan det være relevant at arbejde med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relationen mellem netværket og borgeren • kommunikationen mellem netværket og borgeren • netværkets trivsel og handlemuligheder. 	
5.2.6	<p>Borgerens nærmeste netværk kan informeres om muligheden for gennem praktiserende læge at blive henvist til tilskud til psykologhjælp.</p>	
5.2.7	<p>Borgerens netværk bør informeres om muligheden for at deltage i netværk med andre pårørende.</p> <p>Netværk for pårørende organiseres bl.a. af frivillige foreninger og lignende (76).</p>	
5.2.8	<p>Borgere, som har personlige erfaringer med at være pårørende, kan med fordel tænkes ind i indsatser målrettet netværket til borgere med svære spiseforstyrrelser (peer to peer).</p> <p>Borgere med personlige erfaringer som pårørende kan med den rette kompetenceudvikling og supervision rådgive andre pårørende til borgere med svære spiseforstyrrelser (132). Foreløbige erfaringer peger på, at det kan være til gavn for både de pårørende, som modtager, og de pårørende, som giver rådgivning (133).</p>	
5.2.9	<p>Hjemmeboende børn og unge under 18 år, som har en forælder med en svær spiseforstyrrelse, bør tilbydes indsatser, som kan understøtte barnets trivsel og udvikling.</p> <p>Følgende indsatser kan fx være relevante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tildeling af en kontaktperson • støttende samtaler med barnet om barnets udfordringer og oplevelse af at have en forælder med en svær spiseforstyrrelse • deltagelse i netværk med andre børn, som har forældre med svære spiseforstyrrelser • støtte af forælderen i forældrerollen (116). 	



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceloven § 11 – Rådgivning

Serviceloven § 46 – Formålsbestemmelse

Serviceloven § 47 – Systematisk inddragelse af familie og netværk

5.3 Måltidsstøtte

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser støttes ved måltider, så borgeren 1) trænes i at spise selv uden støtte fra andre, 2) ikke falder tilbage i et gammelt mønster med uhensigtsmæssig eller utilstrækkelig spising, og 3) vedligeholder vægt eller en stabil vægtkurve og derved undgår vægttab og store variationer i vægten, som kan øge risikoen for tilbagefald.




Målgruppe

Børn og unge samt voksne der har behov for støtte til at stabilisere og/eller genoptræne evnen til at spise et måltid.

Definition af centrale begreber

Kompenserende adfærd: Adfærd som borgeren udfører for at undgå vægtforøgelse og/eller tabe sig, fx overdreven motion, opkastninger eller brug af afføringsmidler.

Måltidsstøtte: En indsats som består i at motivere borgeren til at gennemføre spising og støtte borgeren i at håndtere negative og ambivalente følelser, der kan opstå i forbindelse med spising (134).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
5.3.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes måltidsstøtte. At genetablere normale og regelmæssige spisevaner som indebærer, at borgeren spiser tilstrækkeligt og uden kompenserende adfærd, er en vigtig del af det at komme sig af en svær spiseforstyrrelse. Hvis borgeren begynder at springe måltider over eller på anden måde afviger fra et regelmæssigt spisemønster, øger det risikoen for tilbagefald (135-137).	
5.3.2	Måltidsstøtte kan både ydes som del af rehabiliteringen i kommunalt regi og som del af den regionale behandlingsindsats. Som udgangspunkt bør måltidsstøtte i kommunalt regi gives som en supplerende eller opfølgende indsats til behandling i den regionale psykiatri. Under et ambulante behandlingsforløb i regionen kan borgeren have brug for supplerende måltidsstøtte uden for de tidspunkter, hvor borgeren deltager i behandlingen. Efter afslutning af et regionalt behandlingsforløb kan borgeren have behov for opfølgende måltidsstøtte, som kan støtte borgeren i at vedligeholde den bedring, borgeren har opnået i den regionale behandling.	
5.3.3	Måltidsstøtte til borgere med meget lav vægt bør foregå tæt koordineret med en regional behandlingsindsats, da for hurtig vægtøgning kan være til fare for borgerens helbred (9,22,138).	

5.3.4 **Måltidsstøtten bør gradueres afhængig af borgerens evne til at kunne tage ansvar for spisningen og trang til at udføre kompenserende adfærd (139,140).**

Borgeren kan tilbydes forskellige grader af måltidsstøtte:

- total støtte: Støtte før, under og efter alle daglige måltider
- massiv støtte: Støtte til flere måltider dagligt
- moderat støtte: Støtte til måltider flere gange om ugen
- let støtte: Struktur til at fastholde spisning.



5.3.5 **Borgerens fremskridt i forhold til at spise bør anerkendes gennem en gradvis forøgelse af borgerens ansvar og autonomi i spisesituationer (140). For at undgå tilbagefald, bør borgerens progression være stabil over en periode, før måltidsstøtten gradueres.**

(Se retningslinjer for monitorering af borgerens progression samt for forebyggelse og håndtering af tilbagefald).



5.3.6 **Der bør tilbydes måltidsstøtte, så længe borgeren har en svær funktionsevnededsættelse i forhold til at kunne spise alene og oplever at have behov for støtte.**

De fagprofessionelle bør aktivt motivere borgeren til at modtage måltidsstøtte så længe det fagligt set vurderes nødvendigt.



5.3.7 **Hvis netværket har ressourcer til at deltage i indsatsen, bør disse inddrages i at støtte borgeren under måltider (22,76).**

Borgerens netværk, fx forældre eller en partner, bør modtage oplæring i at give måltidsstøtte, inden de kan støtte borgeren i måltidssituationer. Netværket bør efterfølgende tilbydes vejledning og støtte efterhånden, som borgeren og netværket støder på forskellige måltidsrelaterede udfordringer.



Mål med indsatsen

5.3.8 **Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt.**

Kortsigtede mål kan være, at borgeren (134):

- kan have mad i boligen
- spiser flere forskellige madvarer
- spiser inden for en bestemt tidsramme
- følger en fast struktur omkring spisningen
- udøver mindre kompenserende adfærd
- stabiliserer sin vægt og/eller øger sin vægt.



Langsigtede mål kan være, at borgeren (134):

- kan købe ind og tilberede mad
- har opnået regelmæssige spisevaner
- deltager i sociale aktiviteter, som involverer spisning
- tager ansvar for eget kostindtag
- holder en stabil vægt
- undgår kompenserende adfærd.

5.3.9 Borgeren kan tilbydes støtte til at spise både før, under og efter måltider.

Borgeren kan fx tilbydes støtte til:

- at måltidet gennemføres inden for en bestemt tidsramme, fx 30 min. til hovedmåltider og 15 min. til mellemmåltider
- at bedømme hvad der er normal størrelse på et måltid
- at mindske angst efter måltider
- at sidde i en passende stilling under måltider
- at spise tilstrækkeligt og undgå over- eller underspisninger
- at spise uden tvangshandlinger og ritualer
- at undgå kompenserende adfærd fx ved brug af positiv visualisering, musik, kunst eller meditation i den første time efter måltider.

**5.3.10 Borgeren kan tilbydes træning i at spise sammen med andre og i offentligt rum.**

Afhængig af borgerens funktionsevne anbefales det, at borgeren indledningsvist ikke spiser i sociale sammenhænge for at mindske den udfordring, der for borgeren er forbundet med at indtage måltider. Når borgerens funktionsevne er forbedret, bør borgeren trænes i at kunne spise forskellige steder og sammen med andre (134).

Herunder kan borgeren fx tilbydes støtte til:

- at spise uden for hjemmet
- at spise sammen med andre
- at spise en buffet
- at være fleksibel i forhold til sin kostplan i forbindelse med deltagelse i fester, højtider ol.



Måltidsstøtte kan fx ydes følgende steder:

- på uddannelsesinstitution/arbejdsplads,
- på offentlige steder og under sociale arrangementer
- i supermarkeder i forbindelse med træning af indkøb af mad.

5.3.11 Borgeren kan tilbydes træning i at handle og lave mad.

Borgeren kan fx tilbydes støtte til:

- at håndtere madrester på en passende måde
- at lave mad
- at planlægge relevante indkøb
- at udføre relevante indkøb
- ikke at stjæle mad.

**5.3.12 Måltidsstøtten kan specificeres i en spisefærdighedsplan.**

En spisefærdighedsplan er en plan, der specificerer forhold omkring måltidsstøtten før, under og efter et måltid. Planen bør udarbejdes i samarbejde med borgeren og bør tage udgangspunkt i en kostplan, som evt. er udarbejdet af sundhedsprofessionelle.

Planen kan bruges som et redskab til at håndtere borgerens ambivalens i spisesituationer, fordi planen på forhånd sætter regler op for spisesituationen, som borgeren skal følge, også selvom borgeren oplever en trang til at udføre spiseforstyrret adfærd.



- 5.3.12 Planen kan fx indeholde en specificering af:
- hvad og hvor meget der skal spises
 - hvem måltidet skal spises med
 - hvor lang tid måltider skal vare
 - hvor og hvornår der skal spises
 - regler omkring brug af krydderi
 - regler omkring genopvarmning af mad under måltider
 - regler omkring hvor meget væske der indtages under måltider
 - regler omkring toiletbesøg før og efter måltider.



Metoder

- 5.3.13 **Mekanisk spisning kan anvendes som metode, når borgeren har behov for meget struktur omkring måltidet (134,140,141).**

Mekanisk spisning er en metode, hvor der indarbejdes et spiseprogram (typisk efter en kostplan), som nøje overholdes på faste tidspunkter. Spisningen gennemføres efter helt faste mønstre med fastlagte mængder og typer af mad til forskellige tidspunkter (142).



- 5.3.14 **Mindfull spisning kan anvendes som metode, når borgeren mestrer principperne for mekanisk spisning og gradvist skal støttes hen imod mere fleksibilitet og autonomi i måltidssituationer (136).**

Mindfull spisning er en metode, hvor mindfullness anvendes til at skabe bevidst nærvær under måltider. Dette sker ved at træne borgeren i at være opmærksom på oplevelsen af at indtage mad (143).



- 5.3.15 **Fagprofessionelle kan uanset valg af metode med fordel gøre brug af musik som værktøj til beroligelse under og efter måltidet (144).**



Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
-----	--------------------------------------	----------------

- | | | |
|--------|---|--|
| 5.3.16 | For børn og unge bør måltidstøtten i høj grad målrettes mod at klæde barnet/den unges forældre på til at kunne støtte deres barn i hensigtsmæssig spiseadfærd (22,76,145,146). | |
|--------|---|--|



- | | | |
|--------|---|--|
| 5.3.17 | Hvis familien ikke har ressourcerne til at yde måltidsstøtte til barnet/den unge, eller barnet/den unge får tilbagefald, bør forældrene tilbydes fagprofessionel støtte under barnet/den unges måltider (9). | |
|--------|---|--|



LOVGIVNING – VOKSNE

ServiceLOVEN § 83 – Hjælp og støtte til praktiske opgaver i hjemmet

ServiceLOVEN § 85 – Socialpædagogisk støtte

ServiceLOVEN § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse

ServiceLOVEN §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud

SundhedsLOVEN § 140 – Genoptræning efter udskrivning fra sygehus



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

Serviceoven § 55 – Støtte rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Serviceoven § 83 – Hjælp og støtte til praktisk opgaver i hjemmet jf. § 44 i samme lov

Serviceoven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse jf. § 44 i samme lov

Sundhedsloven § 140 – Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

5.4 Motion og genoptræning

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, 1) at borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til fysisk genoptræning, og 2) at borgere med svære spiseforstyrrelser, som er ved at komme sig og er parate til at genoptage motion, bliver genintroduceret til motion på en måde, hvor motionen ikke tager overhånd og bliver til tvangsmotionering.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, der har behov for fysisk genoptræning og/eller støtte til at genoptage eller begynde at dyrke motion.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
5.4.1	Borgere med svær anoreksi bør ved behov tilbydes fysisk genoptræning af kroppen og/eller vejledning til vedligeholdelse af borgerens fysiske funktionsevne (119,147). Fedt, knogler og muskelvæv hos en borger, som har haft svær anoreksi, kan være voldsomt påvirket, og borgerens mobilitet kan derfor være forringet. Fx kan der ses muskelsvækkelse i sådan en grad, at borgeren oplever vanskeligheder i forhold til at kunne bevæge sig og sidde oprejst.	
5.4.2	Borgere med svære spiseforstyrrelser, der efter en sygehusindlæggelse har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, vil få udarbejdet en genoptræningsplan på sygehuset. Genoptræning og/eller vedligeholdelsestræning, der ydes efter serviceloven bør koordineres hermed.	
5.4.3	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes støtte til at opbygge sunde vaner omkring motion og deltagelse i sportsrelaterede fritidsaktiviteter. Overdreven motion og tvangsmotionering kan være et spiseforstyrrelsessymptom og er en risikofaktor for tilbagefald (148). Det er derfor vigtigt, at borgere med svære spiseforstyrrelser, som ønsker at dyrke motion, støttes i at dyrke motion af lyst og som et middel til at opnå fysisk og psykisk velvære frem for som en kompenserende handling (135,149-151).	
5.4.4	Fagprofessionelle bør løbende samarbejde med den behandlingsansvarlige læge (fx en læge i den regionale psykiatri eller borgerens praktiserende læge) om at vurdere, om borgerens sundhedstilstand og energiindtag tillader, at borgeren kan dyrke motion. Hvis borgeren modtager måltidsstøtte, bør fagprofessionelle samarbejde med de(n) fagprofessionelle, der yder måltidsstøtten for at sikre, at borgerens energiindtag justeres ift. aktivitetsniveau.	

Mål med indsats

5.4.5 Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt.

Mål for indsatsen kan være at borgeren:

- overholder aftaler om frekvens for motionsdyrkning
- kan dyrke motion uden at det tager overhånd og bliver til tvangsmotionering.



Indsatser

5.4.6 Borgere, der som følge af en svær spiseforstyrrelse har et nedsat fysisk funktionsniveau, bør tilbydes genoptræning udført af autoriserede sundhedspersoner (fx en fysioterapeut).



5.4.7 Borgeren kan tilbydes vejledning og støtte i at genoptage motion og opbygge sunde motionsvaner.

En indsats kan fx bestå af (152):

- personlig støtte til at udføre motion uden at det bliver til tvangsmotion
- rådgivning om konsekvenserne ved tvangsmotionering
- vejledning om sammenhængen mellem krop, kost og vægt og motion
- træningsplanlægning og vejledning om hensigtsmæssig træningsform og -niveau (hvor meget træner man, hvordan træner man)
- vejledning om valg af fysisk aktivitet med opmærksomhed på at dyrkelse af individuelle sportsgrene (fx løb, cykling, styrketræning, cardiotræning) kan øge risikoen for et tilbagefald.



Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
5.4.8	Børn og unge med svære spiseforstyrrelser bør ved behov støttes i at opbygge sunde vaner omkring motion og deltagelse i sportsrelaterede fritidsaktiviteter sammen med andre børn og unge.	



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse

Serviceoven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud

Sundhedsloven § 140 – Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Serviceoven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse jf. § 44 i samme lov

Sundhedsloven § 140 – Genoptræning efter udskrivelse fra sygehus


5.5 Træning af dagligdagskompetencer for voksne og udeboende unge

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at voksne og udeboende unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at lære og træne udvikling af dagligdagskompetencer.

Målgruppe

Voksne og udeboende unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser der har behov for støtte til træning af dagligdagskompetencer.

Nr.	Anvisninger for voksne og udeboende under 18 år	Vidensgrundlag
Generelt		
5.5.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes støtte til udførelse af dagligdagsopgaver samt træning af dagligdagskompetencer. Nogle borgere har pga. funktionsevnedssættelser som følge af spiseforstyrrelsen vanskeligt ved at håndtere en række dagligdagsopgaver (76).	
5.5.2	Som et forebyggende tiltag kan borgeren tilbydes intensiv støtte og træning af dagligdagskompetencer i overgangen fra døgnindlæggelse i den regionale psykiatri til egen bolig. Det kan være overvældende for en borger med en svær spiseforstyrrelse, der har været indlagt, at blive udskrevet og skulle fungere i eget hjem efter langvarig sygdom. Borgeren går fra at have meget lidt ansvar for dagligdagen i den regionale behandling til at stå med ansvar for at mestre egen dagligdag. Selvom borgeren oftest vil modtage ambulans behandling i den regionale psykiatri, er det en brat overgang. I overgangsfasen kan borgeren derfor i en kortere periode have behov for at modtage intensiv støtte til at klare dagligdagen i eget hjem.	
Mål		
5.5.3	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Kortsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• passer det huslige arbejde• overholder aftaler• læser post og betaler regninger• har en struktur i dagligdagen• kan mestre kedsomhed. Langsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• klarer praktiske gøremål• har overblik over og styrer egen økonomi• skaber realistisk sammenhæng mellem ressourcer og opgaver• har fornuftige rengøringsstandarder i hjemmet.	

5.5.4 **Borgeren kan tilbydes træning i at strukturere og organisere dagligdagen samt træning af praktiske færdigheder i hjemmet.**

Træning i at strukturere og organisere dagligdagen kan være med til at mindske risikoen for tilbagefald. Indsatsen kan fx indeholde træning i:

- at planlægge praktiske gøremål i hverdagen herunder opdeling af større opgaver i mindre dele
- at udføre praktiske opgaver i eget hjem fx: at forstå og forholde sig til post, at rydde op, at vaske tøj, at gøre rent, o.l.
- at håndtere egen økonomi fx kan det være relevant, særligt ved udpræget bulimisk adfærd, at lære at lave et budget.



5.5.5 **Borgeren kan tilbydes træning i at balancere personlig hygiejne, så denne hverken over- eller underdrives.**

Borgere med svære spiseforstyrrelser, som har forvrængede kropsoplevelser, kan have behov for støtte til personlig hygiejne. De kan fx have svært ved at se på eller røre ved egen krop, fordi de synes, kroppen er ulækker. De kan derfor have behov for hjælp til at gå i bad.



5.5.6 **Borgeren kan tilbydes træning i egenomsorg.**

Borgere med svære spiseforstyrrelser kan have svært ved drage egenomsorg og kan derfor have behov for støtte til at udvikle kompetencer, der gør dem i stand til at mærke og tage vare på egne behov. Indsatsen kan fx indeholde træning i:

- at klæde sig på ift. vejret (borgeren kan fx vælge at gå med sommerjakker i stedet for vinterjakker for at øge forbrændingen)
- at lufte ud i hjemmet (borgeren kan fx vælge at lufte ud konstant om vinteren, så temperaturen i hjemmet er meget lav, for at øge forbrændingen)
- at sove
- at dyrke fornøjelser og egen tid i dagligdagen fx at skrive dagbog, strikke, male, lave musik, tage fodbad mv. (se retningslinje for fritidsaktiviteter).



5.5.7 **Borgeren kan tilbydes træning i at passe en opgave vedvarende over en længere periode.**

Der kan være forskellige grunde til, at en borger med en svær spiseforstyrrelse skal trænes i at passe en opgave over en længere periode. Det kan fx være fordi:

- borgeren har behov for at være perfekt, hvilket kan stresse borgeren så meget, at vedkommende ikke kan passe en opgave over længere tid
- borgeren oplever, at spiseforstyrrelsens stemme kan tage overhånd og ringer derfor med undskyldninger for ikke at møde op eller passe deres arbejde, skole eller uddannelse
- borgeren har det svært ved at begå sig og håndtere konflikter, enten fordi han/hun er for "pleasende", eller sætter for "sort-hvide" grænser for sin sociale ageren. Det kan gøre det svært at passe en opgave over længere tid (se retningslinje for træning af sociale kompetencer).



5.5.8 **Borgeren kan tilbydes træning i at mestre den ekstra tid, der er blevet til rådighed efter, at borgeren har opnået bedre kontrol over spiseforstyrrelsen.**

Borgere med svære spiseforstyrrelser bruger ofte det meste af deres tid på spiseforstyrret adfærd og ritualer og er derfor ikke vant til at have tid til overs. Træning og støtte til håndtering af tid, der ikke er planlagt, kan fx indeholde psykoterapeutiske eller pædagogiske elementer mhp. håndtering af kedsomhed, ensomhed mm. (se retningslinje for fritidsaktiviteter).



LOVGIVNING – VOKSNE

Service_loven § 83 – Personlig hjælp, omsorg og pleje

Service_loven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Service_loven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse

Service_loven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud

Sundheds_loven § 140 - Genoptræning efter udskrivning fra sygehus



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Service_loven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Service_loven § 83 – Personlig hjælp, omsorg og pleje jf. § 44 i samme lov

Service_loven § 86 – Genoptræning og vedligeholdelse jf. § 44 i samme lov

Sundheds_loven § 140 – Genoptræning efter udskrivning fra sygehus

5.6 Træning af psykologiske kompetencer

Formål




Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at udvikle og vedligeholde psykologiske kompetencer samt forebygge tilbagefald.

Målgruppe

Børn og unge samt voksne med svære spiseforstyrrelser som har behov for støtte til at udvikle og vedligeholde psykologiske kompetencer.

Definition af centrale begreber

Psykologiske kompetencer: Kompetencer til at håndtere og regulere egen adfærd, vanskelige tanker og følelser og at være bevidst om tanker, følelser, oplevelser og adfærd i bestemte sammenhænge.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
5.6.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes støtte til at vedligeholde og udvikle psykologiske kompetencer. Borgere der er ved at komme sig af en svær spiseforstyrrelse mangler typisk alderssvarende psykologiske kompetencer. Træning af psykologiske kompetencer kan blandt andet bidrage til at forebygge, at borgeren ikke falder tilbage i negative tanke- og handlemønstre, som kan føre til tilbagefald (15).	
5.6.2	Træning af borgerens psykologiske kompetencer bør koordineres på tværs af region og kommune. Indsatser i den regionale psykiatri og i den kommunale rehabilitering bør være tids- og indholdsmæssigt koordineret, så indsatserne gensidigt understøtter hinanden, fx bør der være sammenhæng i valget af tilgange og metoder.	
	Mål med indsatsen	
5.6.3	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Kortsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• kan identificere tegn på tilbagefald• har øget motivation for at komme sig• har øget håb i forhold til at komme sig. Langsigtede mål kan være, at borgeren (153): <ul style="list-style-type: none">• er i stand til at håndtere tegn på tilbagefald og derved forebygge og mindske risiko for tilbagefald• har et forbedret selvværd (44)• har opbygget en identitet som er uafhængig af spiseforstyrrelsen.	

Indsatser

5.6.4 **Borgeren bør tilbydes støtte til at håndtere og regulere egen adfærd, vanskelige tanker og følelser med henblik på øge muligheden for, at borgeren kan leve det liv, borgeren selv ønsker.**

I indsatsen kan der fx arbejdes med:

- at fastholde motivation for "ikke at falde tilbage"
- at lære at rumme den usikkerhed, der er forbundet med at kaste sig ud i børne-, ungdoms- og voksenlivet
- at øge bevidstheden om egne værdier og ønsker for et liv uafhængigt af spiseforstyrrelsen samt troen på at kunne nå sine drømme og mål
- at øge evnen til at håndtere vanskelige følelser fx skam over at have påført nære relationer smerte
- at styrke borgerens evne til at være alene
- at øge borgerens viden om egenomsorg og styrke evnen til at tage ansvar for eget liv
- at øge evnen til at prioritere og tage valg
- at øge tolerance i forhold til ikke at være perfekt
- at acceptere sorg over det tab af år/liv/muligheder/drømme, som spiseforstyrrelsen kan have medført (154,155).



5.6.5 **Borgeren bør tilbydes støtte til at mærke tegn på tilbagefald samt støtte til at træne metoder til at forebygge og håndtere tilbagefald (156).**



5.6.6 **Indsatsen kan gives individuelt eller som et gruppeforløb.**

Borgeren bør tilbydes individuelle forløb, evt. i kombination med et gruppeforløb, hvis borgeren har særlige behov, som ikke kan imødekommes i et gruppeforløb.



Metoder

5.6.7 **For borgere med svær anoreksi findes ikke evidens for, at én psykoterapeutisk metode, har bedre effekt end andre i behandlingen af spiseforstyrrelser (7,157). Der kan derfor heller ikke anbefales én psykoterapeutisk tilgang frem for en anden i forhold til at træne borgerens psykologiske kompetencer som led i rehabiliteringsindsatsen.**

For yderligere viden om psykoterapeutiske metoder se Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af spiseforstyrrelser (7).

Se desuden de nationale kliniske retningslinjer for behandling af børn, unge og voksne med anoreksi, som Sundhedsstyrelsen planlægger at udsende i efteråret 2015.





5.6.8 **For borgere med bulimi er der evidens for, at kognitiv adfærdsterapi har bedre effekt end andre terapiformer i behandlingen af spiseforstyrrelser (4,7,22,156,157).**

For borgere, hvor den kognitive adfærdsterapeutiske metode har været anvendt uden effekt, kan det være relevant at anvende en anden metode.

For yderligere information se Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af moderat og svær bulimi (4) samt Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling af spiseforstyrrelser (7).



5.6.9	En kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang kan som led i rehabiliteringsindsatsen anvende til træning af psykologiske kompetencer hos borgere med svær bulimi.	
Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
5.6.10	Hos børn og unge bør der være særlig fokus på, at barnet/den unge udvikler en aldersvarende psykologisk funktionsevne (158).	



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceoven § 86 – Vedligeholdelse af psykiske færdigheder

Serviceoven § 102 – Behandling

Serviceoven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

Serviceoven § 55 – Støtte rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Serviceoven § 86 – Vedligeholdelse af psykiske færdigheder jf. § 44 i samme lov

5.7 Træning af sociale kompetencer

Formål




Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til udvikling af sociale kompetencer, herunder evnen til at omgås og indgå i relationer med andre.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser der har behov for støtte til at udvikle sociale kompetencer.

Definition af begreber

Sociale kompetencer: Samværskompetencer der bl.a. omfatter kompetencer til at kunne sanse, føle, tænke og agere hensigtsmæssigt i relationen til andre (159,160).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
5.7.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes støtte til udvikling af sociale kompetencer (22). Nogle borgere kan pga. spiseforstyrrelsen have vanskeligheder ved at indgå i sociale sammenhænge og relationer (9,22,76,135,161).	
	Mål med indsatsen	
5.7.2	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Kortsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• har styrket evne til indlevelse/empati• kan udtrykke sig og forstå andres udtryk (både verbalt og kropssprog)• respekterer andres grænser og kræver egne grænser respekteret• indgår i sociale fællesskaber og samtidig bevarer individualitet og autonomi• forstår, accepterer og følger sociale normer og spilleregler• er modstandsdygtig over for belastningsfaktorer (fx stress og konflikter (159,160). Langsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• deltager og føler sig tilpas i sociale relationer og sammenhænge (44)• har sociale kompetencer som kan fremme muligheden for at påbegynde og fastholde uddannelse/beskæftigelse.	
	Indsatser	
5.7.3	Borgeren kan tilbydes træning i konflikthåndtering. Borgere med svære spiseforstyrrelser, som ikke har værktøjer til at nedtrappe og håndtere konflikter, oplever ofte konflikter med personer i deres nære netværk, hvilket kan øge risikoen for tilbagefald (135,162).	

5.7.4	Borgeren kan tilbydes træning i kommunikation. Borgere med svære spiseforstyrrelser kan være udfordret i samværet med andre, fordi de mangler værktøjer til at kommunikere, herunder at kunne udtrykke egne ønsker og behov, sige fra og sætte grænser på en hensigtsmæssig måde (161,163-167).	☆
5.7.5	Indsatsen bør være både teoretisk (undervisning i værktøjer til kommunikation og konflikthåndtering) og praksisbaseret (træning af brug af værktøjer i praksis). Til træning af brug af værktøjer i praksis kan fagprofessionelle fx anvende redskaber som ”Open system social skills training”, rollespil eller videospilsinterventioner (164,168).	☆
5.7.6	Borgeren bør som udgangspunkt tilbydes indsatsen som et gruppeforløb, da borgerens udfordringer netop er af relationel karakter. I meget svære tilfælde kan indsatsen ydes som et individuelt forløb.	☆
Nr.	Særligt for børn og unge (under 18 år)	Vidensgrundlag
5.7.8	Børn og unge samt deres familier bør tilbydes en familieintervention med henblik på at træne barnets/den unges og evt. også forældrenes og øvrige søskendes sociale kompetencer. (Se retningslinje for familieintervention for børn og unge).	☆
5.7.9	Hvis en familieintervention vurderes ikke at være relevant eller hensigtsmæssig, bør indsatsen til unge (13-18 år) som udgangspunkt tilbydes som et gruppeforløb (169).	☆



LOVGIVNING - VOKSNE

Serviceloven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceloven § 86 – Vedligeholdelse af psykiske færdigheder

Serviceloven § 102 – Behandling

Serviceloven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceloven § 52 – Foranstaltninger

Serviceloven § 55 – Støtte rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceloven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Serviceloven § 86 – Vedligeholdelse af psykiske færdigheder jf. § 44 i samme lov

5.8 Fritidsaktiviteter




Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at børn og unge samt voksne med en svær spiseforstyrrelse støttes i at skabe eller genoptage et meningsfuldt fritidsliv med deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter uden for spiseforstyrrelsesmiljøet.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, der har behov for støtte til at bryde social isolation og komme i gang med at skabe eller genoptage et meningsfuldt fritidsliv.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
Generelt		
5.8.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes støtte til at påbegynde eller genoptage fritidsaktiviteter (22). At have et aktivt socialt liv kan fremme borgerens mulighed for at komme sig af spiseforstyrrelsen og mindske risikoen for tilbagefald (73,170,171).	
Mål med indsats		
5.8.2	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Kortsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• er motiveret til at deltage i en fritidsaktivitet• påbegynder en eller flere fritidsaktiviteter med støtte. Langsigtede mål kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• deltager i fritidsaktiviteter på egen hånd• fastholder deltagelse i fritidsaktiviteter.	
Indsatser		
5.8.3	Støtten fra fagprofessionelle kan bestå i at planlægge, tage kontakt til, støtte i selve deltagelsen eller hjælpe med håndtering af problematikker i forbindelse med fritidsaktiviteter.	
5.8.4	Borgere kan med fordel støttes i at deltage i forpligtende fællesskaber som fx interesseforeninger (170,172). For borgere, der er kommet sig af en spiseforstyrrelse, har følgende haft en positiv virkning for borgerens forløb: <ul style="list-style-type: none">• at indtræde i et fællesskab• at kunne give sin erfaring videre til andre i en interesseforening.	

5.8.5	Borgere, der ikke er parate til at deltage i almene fritidsaktiviteter, kan tilbydes støtte til at deltage i fritidsaktiviteter sammen med andre borgere med spiseforstyrrelser.	
	Fritidsaktiviteter kan fx være biografture, cafébesøg, debataftener, teaterture, friluftaktiviteter mm (173).	
5.8.6	Fagprofessionelle bør understøtte, at borgere der bor på botilbud/døgninstitution, bevarer kontakt til fritidsaktiviteter/foreninger mv. uden for botilbuddet/døgninstitutionen.	
	Dette er centralt for at borgeren også efter et ophold på et botilbud/døgninstitution har et netværk at vende tilbage til.	
Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
5.8.7	Børn og unge med svære spiseforstyrrelser bør tilbydes støtte til at styrke deres mulighed for og evne til at indgå i et almindeligt børne- og ungdomsliv sammen med andre børn/unge.	



LOVGIVNING - VOKSNE

Serviceoven §§ 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceoven § 104 – Aktivitets og samværstilbud

Serviceoven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 52 – Foranstaltninger

Serviceoven § 55 – Støtte rådgivning og behandling under døgnophold

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år





5.9 Økonomi og boligforhold








Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser får støtte til at afhjælpe økonomiske problemer og problemer med boligforhold.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser som har behov for støtte til at håndtere udfordringer med deres økonomi og/eller boligforhold. For børn og unge vil indsatsen i de fleste tilfælde være rettet mod forældrene.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
Generelt		
5.9.1	Borgere med svære spiseforstyrrelser kan have behov for støtte til at afhjælpe økonomiske problemer eller problemer med boligforhold. Økonomiske problemer og problemer med boligforhold kan optage borgeren i en grad, så det er forstyrrende for borgerens udbytte af rehabiliteringen og/eller den behandling, borgeren modtager.	
Mål med indsatsen		
5.9.2	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Mål for indsatsen kan være, at borgeren: <ul style="list-style-type: none">• finder en egnet boligform• fastholder eller opnår tilknytning til arbejdsmarkedet, så borgeren kan blive selvforsørgende• får kontrol over og evt. afdrager på gæld• får søgt om relevante økonomiske tilskud jf. gældende lovgivning.	
Indsatser – boligforhold		
5.9.3	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør tilbydes støtte til at finde en egnet bolig, hvis borgerens boligsituation vurderes at være en barriere for borgerens mulighed for at komme sig. Det kan fx være i situationer, hvor: <ul style="list-style-type: none">• en ung borger oplever konflikter og uro i hjemmet, og derfor har behov for hjælp til at få egen bolig• borgeren har brug for at bo i et bofællesskab sammen med andre for at få struktur på sin hverdag.	
5.9.4	I bofællesskaber, hvor flere borgere med spiseforstyrrelser bor sammen, bør der være tilstrækkelig opsyn og støtte fra fagprofessionelle.	

5.9.4	Opsyn og støtte skal forebygge, at borgerne udvikler et positivt fællesskab omkring og støtter hinanden i at dyrke spiseforstyrrelsen med en forhøjet risiko for tilbagefald til følge.	
Indsatser – økonomi		
5.9.5	Borgere med svære spiseforstyrrelser bør sikres forsørgelsesgrundlag jf. gældende lovgivning i den periode, hvor borgeren deltager i et intenst behandlingsforløb eller rehabiliteringsforløb, der ikke lader sig forene med job eller uddannelse.	
5.9.6	Borgere, der pga. spiseforstyrrelsen har nedsat funktionsevne og evt. har mistet tilknytning til arbejde/uddannelse, bør støttes i at genoptage arbejde/uddannelse, så borgeren på sigt kan blive selvforsørgende. (Se retningslinje for en beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne).	
5.9.7	Borgere, der modtager SU, kan have brug for støtte til eller vejledning om at søge handicaptillæg til SU. (Se retningslinje for en beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne).	
5.9.8	For at forebygge at borgerens økonomi bliver en hindring for deltagelse i behandling eller rehabiliterende indsatser, bør borgere med svære spiseforstyrrelser på baggrund af en individuel konkret vurdering af behovet modtage økonomisk tilskud jf. gældende lovgivning. Økonomisk tilskud kan være relevant, hvis borgeren: <ul style="list-style-type: none"> • har store økonomiske udgifter til behandling af tandskader opstået i forbindelse med spiseforstyrrelsen • har et øget madbudget, som resultat af en ordineret kostplan • har høje udgifter i forbindelse med transport til og fra behandling/rehabilitering. 	
5.9.9	Borgere med svære spiseforstyrrelser, som har økonomiske problemer fx i form af gæld, bør tilbydes støtte til at håndtere økonomien bedst muligt. Gæld kan være opstået pga. en længere periode uden indkomst eller et stort forbrug af mad og/eller afføringsmidler (174).	
Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
5.9.10	Da forældre bør deltage aktivt i rehabilitering til børn og unge med svære spiseforstyrrelser, bør fagprofessionelle være opmærksomme på, hvorvidt forældrene kan ydes økonomisk kompensation for den periode, hvor deres deltagelse i barnets/den unges behandlingsforløb eller rehabilitering er helt eller delvist uforeneligt med at passe et job, og/eller kompensation for udgifter til transport til og fra behandlingssted/rehabiliteringstilbud.	



LOVGIVNING – VOKSNE

Aktivloven § 7 – Vejledning (ift. økonomiske problemer og håndtering heraf)

Aktivloven § 10 – Opfølgning

Aktivloven § 11 – Uddannelseshjælp og kontanthjælp

Aktivloven §§ 23-25 – Uddannelseshjælp, aktivitetstillæg og kontanthjælp

Aktivloven § 34 – Særlig støtte til høje boligudgifter eller stor forsørgerbyrde

Aktivloven § 46 – Revalidering

Aktivloven § 68 – Ressourceforløbsydelse

Aktivloven § 74 – Ledighedsydelse til personer, som er berettiget til fleksjob

Aktivloven §§ 81 og 81 a – Enkeltudgifter og midlertidig huslejhjælp

Aktivloven §§ 82 og 82 a – Tilskud til behandling og betaling for tandpleje

Aktivloven § 85 – Hjælp til flytning

Boligstøtteloven §§ 1, 54-57 og 59 – Støtte til betaling af beboerindskud

Pensionsloven §§ 16-21 – Førtidspension

Serviceloven § 85 – Socialpædagogisk støtte til at forstå, håndtere og administrere økonomi

Serviceloven §§ 107 og 108 – Midlertidigt og længerevarende botilbud

Sundhedsloven § 65-69 – Regionsrådets tilskud til tandbehandling, kiropraktor, fysioterapeut, fodterapeut og psykolog

Sundhedsloven §§ 131-134 – Omsorgstandpleje og specialtandplejen

Sundhedsloven §§ 143-151 – Tilskud til lægemidler

SU-loven § 7 stk. 3 – Handicaptillæg

SU-loven § 19 stk. 1 og 2 – Ekstra SU klip

Sygedagpengeloven §§ 7 og 27 – Betingelser for og forlængelse af sygedagpenge



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Barselsloven § 26 – Dagpenge til forældre helt eller delvist opgiver arbejde for at passe alvorligt syge børn

Serviceloven § 41 – Merudgifter

Serviceloven § 42 – Tabt arbejdsfortjeneste

Serviceloven § 52 a. – Økonomisk støtte til forældremyndighedsindehaver i forbindelse med foranstaltninger efter samme lov § 52 stk. 3

Sundhedsloven § 127 – Vederlagsfri tandpleje til børn og unge

Sundhedsloven §§ 143-151 – Tilskud til lægemidler

5.10 En skolerettet indsats for børn og unge

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at fastholde eller genoptage deres skolegang.

Målgruppe

Børn og unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser der har behov for støtte til at fastholde eller genoptage deres skolegang.

Definition af centrale begreber

Skole: Er her en samlet betegnelse for både grundskole og ungdomsuddannelse.

Nr.	Anvisninger for børn og unge	Vidensgrundlag
Generelt		
5.10.1	Børn og unge med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes en skolerettet indsats, som støtter barnet/den unge i fagligt og socialt at vende tilbage til skolen efter en indlæggelse, eller støtte til at fastholde skolegang, mens barnet/den unge går i ambulant behandling i den regionale psykiatri.	
5.10.2	Hvis et barn/en ung med en svær spiseforstyrrelse indlægges, bør fagprofessionelle fra det kommunale skoletilbud, evt. den kommunale sundhedspleje, den kommunale sagsbehandler og hospitalet løbende holde kontakt og planlægge det videre forløb, så kommunen og skolen kender barnet/den unges behov ved udskrivningen. At vende tilbage til skolen efter en indlæggelse kan for børn/unge med psykiske vanskeligheder være meget overvældende (175,176). Den regionale og kommunale indsats omkring barnets skolegang bør derfor være koordineret og sammenhængende, så barnet/den unge oplever, at der er en plan for barnets skolegang efter indlæggelsen (175,176). Både barnet/den unge selv og netværket bør involveres i planlægningen af forløbet (175,177).	
5.10.3	For nogle børn og unge med svære spiseforstyrrelser kan deltagelse i specifikke skolefag være uhensigtsmæssigt. Deltagelse i gymnastiktimer kan være uhensigtsmæssigt, hvis barnet/den unge endnu ikke er klar til at dyrke motion (se retningslinje for genoptræning og motion). Desuden kan der være særlige tilfælde, hvor barnet/den unge har behov for at blive fritaget fra eller få ekstra støtte i timer, som omhandler madlavning og/eller kropsrelaterede emner (178).	
Mål med indsatsen		
5.10.4	Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt. Mål for indsatsen kan være, at barnet/den unge: <ul style="list-style-type: none">• oplever sig som en del af det sociale fællesskab på skolen• kan deltage i undervisningen på et alderssvarende niveau.	

- 5.10.5 **Børn og unge, som under deres forløb hospitalsindlægges, skal tilbydes relevant undervisning under indlæggelsen, så barnet/den unge ikke kommer fagligt bagud deres klassetrin.**



- 5.10.6 **Børn og unge med svære spiseforstyrrelser, som har været fraværende fra skolen pga. spiseforstyrrelsen, bør have mulighed for gradvist at genoptage skolegangen i takt med, at barnet/den unge genvinder sin funktionsevne (178).**



Den gradvise opstart skal forebygge, at barnet/den unge oplever tilbagefald (178).

- 5.10.7 **Afhængig af barnet/den unges behov og funktionsevne kan en række generelle skolerettede indsatser være relevante for at fastholde barnet/den unge i skolen, eller støtte barnet/den unge i at genoptage skolegang.**

Børn med svære spiseforstyrrelser i grundskolen kan fx have behov for følgende typer af indsatser:

- pædagogisk-psykologisk rådgivning til barnet, forældrene og/eller barnets lærere
- supplerende undervisning eller anden faglig støtte
- personlig assistance
- støttende samtaler
- støtte til at bevare kontakten med skolekammerater under en indlæggelse.

Der kan gives specialundervisning og specialpædagogisk bistand til børn, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres med støtte i mindst 9 undervisningstimer ugentligt. Hvis barnet/den unge er anbragt på et anbringelsessted, skal der tages stilling til, om barnet/den unge skal undervises på en intern skole eller i folkeskolen.



Unge med svære spiseforstyrrelser på ungdomsuddannelser kan fx have behov for følgende typer af indsatser:

- mentorstøtte (fx i forbindelse med opstart på en ungdomsuddannelse)
- specialpædagogisk støtte (fx med henblik på strukturering og planlægning af studiehverdagen samt mestring af stress fx i forbindelse med eksamenssituationer)
- vejledning (fx om planlægning af lektier og eksamenslæsning)
- Ungdommens Uddannelsesvejledning (fx i forbindelse med valg af uddannelse).

- 5.10.8 **Som et forebyggende tiltag bør fagprofessionelle på barnet/den unges skole løbende være opmærksomme på barnet/den unges faglige og sociale trivsel samt tidlige tegn på tilbagefald.**

Fagprofessionelle bør særligt være opmærksomme på, om barnet oplever faglige eller sociale stresssituationer, som kan forværre spiseforstyrrelsen eller forårsage et tilbagefald. Det kan fx være mobning, stigmatisering eller manglende kompetencer til at kunne indgå i sociale relationer med jævnaldrende.



Børn og unge med svære spiseforstyrrelser kan være meget perfektionistiske og ambitiøse på egne vegne. En stressfaktor kan derfor også være, at barnet/den unge har urealistisk høje forventninger til egen faglig kunnen og oplever eksamenspres (177,178). Det er desuden relevant at være opmærksom på, om barnet/den unge prioriterer tid til andet end skolearbejde (178).

5.10.9 **Undervisning/uddeling af vidensmateriale om spiseforstyrrelser kan hjælpe lærere og andet personale på skolen i at støtte barnet/den unge i at komme tilbage i skole samt hjælpe til at identificere tidlige tegn på tilbagefald.**



Skoler kan bl.a. kontakte Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade for at rekvirere materiale om spiseforstyrrelser.



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Erhvervsuddannelsesloven §§ 29-30 – Specialpædagogisk bistand og fastholdelse i uddannelse

Folkeskoleloven § 3 stk. 2 og § 5 stk. 5 – Specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand og supplerende undervisning eller anden faglig støtte

Folkeskoleloven § 12 – Rykke klassetrin op eller undervises 2 år på samme klassetrin

Folkeskoleloven § 20 stk. 2 og § 23 – Henvielse til specialundervisning og sygeundervisning

Gymnasieloven §§ 18 og 40-41 – Fastholdelse i uddannelse, specialundervisning og specialpædagogisk bistand og sygeundervisning

Hf-loven §§ 14 og 36-37 – Fastholdelse i uddannelse, specialundervisning og specialpædagogisk bistand og sygeundervisning

Lov om uddannelse til højere handelseksamen (hhx) og højere teknisk eksamen (htx) §§ 17 og 40-41 – Fastholdelse i uddannelse, specialundervisning og specialpædagogisk bistand og sygeundervisning

STU-loven § 1, stk. 1 og 2 – Kompetencer til aktiv deltagelse i voksenlivet og målgruppen

Sundhedsloven §§ 120-126 – Forebyggende sundhedsydelse herunder sundhedspleje

Vejledningsloven § 2 a, stk. 1 og 2 – 15-17-årige, unges pligt til og fritagelse fra uddannelse, beskæftigelse eller anden aktivitet

Vejledningsloven § 3, stk. 1 – Ungdommens uddannelsesvejledning (UU-vejledning)

Vejledningsloven § 3 stk. 2 og 3 – 7.-10. klasse skal tilbydes UU-vejledning og UU-vejledning til unge under 25 år

5.11 En beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at rehabiliteringen understøtter, at voksne borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at opnå og fastholde tilknytning til beskæftigelse/uddannelse.

Målgruppe

Voksne med svære spiseforstyrrelser som har behov for støtte til at starte i, genoptage eller fastholde arbejde/uddannelse. Retningslinjen gælder desuden for unge under 18 år, som skal påbegynde en videregående uddannelse.

Nr.	Anvisninger for voksne	Vidensgrundlag
Generelt		
5.11.1	<p>Borgere med svære spiseforstyrrelser bør ved behov tilbydes en indsats, som kan støtte borgeren i at starte i, genoptage eller fastholde tilknytning til beskæftigelse/uddannelse.</p> <p>Borgere med svære spiseforstyrrelser har typisk en lavere grad af beskæftigelse end den øvrige befolkning og kan opleve, at spiseforstyrrelsen påvirker deres evne til at arbejde (42,179). Fx kan borgerens kognitive og sociale funktioner samt energi være nedsat og påvirke arbejdsevnen og evnen til at indgå i samarbejdsrelationer på arbejdspladsen/uddannelsesinstitutionen. For nogle borgere kan det at starte i uddannelse eller beskæftigelse dog være en væsentlig motivationsfaktor i forhold til at opnå bedring (100). Studier viser, at borgere med svære spiseforstyrrelser selv vurderer, at uddannelse og job har en positiv betydning for deres livskvalitet (180).</p>	
5.11.2	<p>En beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats bør planlægges så tidligt som muligt i borgerens forløb. Desuden bør indsatsen være understøttet af og koordineret med borgerens øvrige forløb.</p> <p>Generelt for borgere med psykiske lidelser bør det sikres, at en beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats understøttes af og er koordineret med relevante behandlingsrettede og sociale indsatser (181). Aktivitetsparate borgere, som modtager kontanthjælp eller uddannelseshjælp, skal have tilbudt en koordinerende sagsbehandler. Borgere i ressourceforløb eller jobafklaringsforløb, der modtager ressourceforløbsydelse, får altid en koordinerende sagsbehandler.</p>	
5.11.3	<p>Hvis borgeren er i beskæftigelse/uddannelse, bør arbejdspladsen/uddannelsesinstitutionen inddrages i planlægningen af borgerens forløb så tidligt som muligt (181).</p> <p>Arbejdspladsen/uddannelsesinstitutionen kan fx have behov for at få viden om, hvordan de bedst kan støtte borgeren og hvilke hensyn der bør tages i forhold til borgerens situation, herunder hvordan borgeren bedst kan støttes i gradvist at genoptage arbejdet eller fx påbegynde virksomhedspraktik.</p>	

5.11.4 **Nogle jobs/uddannelser kan være uhensigtsmæssige for borgere med svære spiseforstyrrelser.**

Fagprofessionelle, som yder rådgivning til borgere med svære spiseforstyrrelser om beskæftigelses- og uddannelsesmuligheder, bør tage udgangspunkt i borgerens egne håb og drømme. Der bør dog være opmærksomhed på, at det for nogle borgere med svære spiseforstyrrelser kan være uhensigtsmæssigt for borgerens forløb og øge risikoen for tilbagefald at arbejde med/uddanne sig inden for områderne kost, sundhed, eliteidræt, mode og/eller træning.



Mål for indsatsen

5.11.5 **Der bør opstilles mål for indsatsen på kort og lang sigt**

Kortsigtede mål kan være, at borgeren:

- bliver afklaret om ønsker for uddannelse/beskæftigelse
- bliver tilknyttet en arbejdsplads/en uddannelse
- kan deltage i det sociale fællesskab på en arbejdsplads eller et uddannelsessted
- møder stabilt op på arbejde/til undervisning.



Langsigtede mål kan være, at borgeren:

- gennemfører en uddannelse
- påbegynder ordinært arbejde.

5.11.6 **Målene for den beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats bør altid være tilpasset den enkelte borgers forudsætninger, behov og helbredstilstand.**

Borgere med svære spiseforstyrrelser kan være meget ambitiøse på egne vegne med hensyn til job og uddannelse, men i praksis have svært ved at leve op til egne ambitioner pga. de udfordringer, der følger af spiseforstyrrelsen. Det er derfor vigtigt, at målene for borgerens tilbagevenden til arbejde eller uddannelse er realistiske.



Indsatser

5.11.7 **Borgere med svære spiseforstyrrelser kan med fordel støttes i at vende trinvis tilbage til/påbegynde arbejde/uddannelse parallelt med, at borgeren deltager i behandling i den regionale psykiatri.**

Stress i forbindelse med opstart i arbejde/uddannelse kan øge risikoen for tilbagefald (74). En trinvis tilbagevenden til arbejde/uddannelse, der er koordineret med en sundhedsfaglig behandlingsindsats, kan forebygge, at borgeren overbelastes i en grad, så borgerens spiseforstyrrelser vender tilbage eller forværres. Indsatsen kan desuden støtte borgeren i at håndtere de udfordringer, der kan opstå ved opstart i job/uddannelse.



5.11.8 **Borgere med svære spiseforstyrrelser kan tilbydes mestringskurser med henblik på at øge borgerens evne til at mestre stressende faglige eller sociale situationer, som kan opstå på arbejdspladsen/uddannelsen.**



5.11.9 **Hvis borgeren følger en spisefærdighedsplan, som fx specificerer hvornår og hvordan borgeren bør spise, bør de fagprofessionelle støtte borgeren i at forventningsafstemme med arbejdspladsen/uddannelsesinstitutionen, så der er forståelse for og afsat tid til, at borgeren kan følge planen.**



(Se retningslinje for måltidsstøtte).

5.11.10 **Borgere med svære spiseforstyrrelser kan tilbydes vejledning og hjælp fra en mentor eller socialpædagogisk støtte i forbindelse med opstart i arbejde/uddannelse.**

Støtten kan både dreje sig om at blive integreret fagligt og socialt på arbejdspladsen/uddannelsesinstitution og/eller være specifikt rettet mod borgerens spiseforstyrrede adfærd. Borgere med svære spiseforstyrrelser kan eksempelvis have behov for konkret støtte i spisesituationer på arbejdet/uddannelsen (se retningslinje for måltidsstøtte).



5.11.11 **Afhængig af borgerens forudsætninger, behov og helbredstilstand kan en række generelle beskæftigelsesrettede indsatser være relevante.**

For borgere med en lettere grad af funktionsevnededsættelse kan der være behov for følgende typer af beskæftigelsestilrettede indsatser:

- delvis sygemelding med gradvis tilbagevenden til arbejdsmarkedet samtidig med at borgeren er i behandling (kun sygedagpengemodtagere)
- løntilskud
- virksomhedspraktikforløb
- vejlednings- og opkvalificeringsforløb
- § 56-ordning (refusion fra 1. sygedag)
- mentor.

For de mest udsatte borgere med væsentlig nedsat funktionsevne kan borgerens sag forelægges rehabiliteringsteamet til vurdering af borgerens behov for følgende typer af beskæftigelsesrettede indsatser:

- ressourceforløb
- fleksjobordninger
- jobafklaringsforløb
- tværfaglig indsats til sygedagpengemodtagere visiteret til kategori 3.

Rehabiliteringsteamet behandler sagen på et møde med borgeren ud fra rehabiliteringsplanens forberedende del. Teamet bidrager til koordinering mellem de kommunale forvaltninger og afgiver indstilling til kommunen. Teamet træffer ikke afgørelser.



5.11.12 **Afhængig af borgerens behov og funktionsevne kan en række generelle uddannelsesrettede indsatser være relevante.**

For borgere med en væsentligt nedsat funktionsevne kan der være behov for følgende typer af uddannelsesrettede indsatser:

- revalideringsmæssige indsatser (forudsat betingelserne for revalidering er opfyldt)
- STU-forløb.

Borgere på ungdomsuddannelse og videregående uddannelser bør oplyses om og eventuelt støttes i at søge om følgende støttemuligheder:

- særlige prøve- og optagelsesvilkår
- specialpædagogisk støtte
- handicaptillæg til SU
- studenterrådgivning



5.11.13 **Individual Placement and Support (IPS) kan anvendes som metode til at støtte borgere med svære spiseforstyrrelser i at komme i arbejde/uddannelse.**

Der er evidens for, at IPS har effekt i forhold til at støtte borgere med forskellige psykiske lidelser i at komme i beskæftigelse/uddannelse (182). Metoden forventes også at have effekt over for borgere med svære spiseforstyrrelser (183).



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Sygedagpengeloven § 7 – Uarbejdsdygtighed

Sygedagpengeloven § 56 – Refusion af sygedagpenge til arbejdsgiver fra 1. sygedag

Beskæftigelsesindsatsloven § 9 – Information og vejledning i Jobcentret

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 15-18 a – Individuelle kontaktforløb og koordinerende sagsbehandler

Beskæftigelsesindsatsloven § 21 b – Uddannelsespålæg

Beskæftigelsesindsatsloven § 22 – Tilbudsmuligheder i Jobcentret

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 27, 28 og 30 a. – Min Plan, stabiliserende indsatser og rehabiliteringsplan

Beskæftigelsesindsatsloven § 31 b – Mentorstøtte

Beskæftigelsesindsatsloven § 32 – Vejledning og opkvalificering

Beskæftigelsesindsatsloven § 37 – Studie- og erhvervskompetencegivende uddannelser

Beskæftigelsesindsatsloven § 42 – Virksomhedspraktik

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 51 og 52 – Ansættelse og formål med løntilskud

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 68 a - 70 – Ressourceforløb, jobafklaringsforløb og fleksjob

Beskæftigelsesindsatslovens §§ 93 og 96 c – Mentor for kontanthjælps- og uddannelseshjælpsmodtagere, som ikke kan deltage i andre typer af tilbud

Aktivloven § 46 – Revalidering

SU-loven § 7 stk. 3 – Handicaptillæg

SU-loven § 19 stk. 1 og 2 – Ekstra SU klip

SPS-loven §§ 2 og 3 – Specialpædagogisk støtte på videregående uddannelser og støtteformer

STU-loven § 1 stk. 1 og 2 – kompetencer til aktiv deltagelse i voksenlivet og målgruppen



Retningslinjer for samarbejde og koordination

6. Retningslinjer for samarbejde og koordination

6.1 Udarbejdelse af en koordineret indsatsplan

Formål

Retningslinjens formål er at understøtte, at der for borgere med svære spiseforstyrrelser med særligt komplekse forløb udarbejdes en koordineret indsatsplan for borgerens forløb på tværs af sektorer og forvaltninger.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser som modtager forskellige indsatser på tværs af det regionale behandlingssystem og én eller flere kommunale forvaltninger. For at undgå at borgere med svære spiseforstyrrelser får udarbejdet unødigt mange planer, omfatter målgruppen *ikke* borgere med svære spiseforstyrrelser, som i anden sammenhæng har fået udarbejdet en tværfaglig/tværasektorielt koordineret indsatsplan. Det kan fx være:


- Borgere der på grund af et samtidigt misbrug har fået udarbejdet en koordineret indsatsplan
- Borgere som er blevet visiteret til et rehabiliteringsteam, og derfor har ret til en koordinerende sagsbehandler samt har fået udfyldt rehabiliteringsplanens indsatsdel²⁴
- Borgere som har fået udarbejdet en udskrivningsaftale eller en koordinationsplan, som sammenfatter borgerens behov for indsatser på tværs af sektorer.

Definition af centrale begreber


En koordineret indsatsplan: En koordineret indsatsplan er en plan for borgerens samlede rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer og fagområder. Koordinerede indsatsplaner bruges allerede i forhold til borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug (184).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
6.1.1	For at sikre sammenhæng i borgerens forløb på tværs af forvaltninger og sektorer kan der med fordel udarbejdes en koordineret indsatsplan. Planen skal understøtte, at de forskellige indsatser, som borgeren modtager, koordineres både tids- og indholdsmæssigt, og at der arbejdes helhedsorienteret med fælles mål for borgerens forløb (185,186). Som inspiration kan Socialstyrelsens og Sundhedsstyrelsens ”Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner”, som er udarbejdet for borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug, anvendes (184).	


²⁴ Rehabiliteringsplanens indsatsdel udfyldes for borgere som modtager ressourceforløb eller jobafklaringsforløb samt for borgere, der som sygedagpengemodtagere visiteret til kategori 3 får en tværfaglig indsats.

6.1.2 **En koordineret indsatsplan bør tage udgangspunkt i og integrere målene i de allerede eksisterende planer, der udarbejdes i henhold til forskellige lovgivninger (184).** 

Fx en §141 handleplan, en genoptræningsplan, en jobplan og/eller en regional behandlingsplan.

6.1.3 **En koordineret indsatsplan bør udarbejdes i et samarbejde mellem borgeren, evt. personer fra borgerens netværk og centrale fagprofessionelle i kommune og region (herunder almen praksis) (184).** 

De fagprofessionelle har et fælles ansvar for at tage initiativ til, at der udarbejdes en koordineret indsatsplan for borgeren.


6.1.4 **En koordineret indsatsplan kan indeholde en oversigt over indsatser, mål for indsatserne, samt opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede parter.** 

- Kontaktoplysninger: planen bør indeholde kontaktoplysninger på relevante fagprofessionelle, som er involverede i borgerens forløb
- Indsatser: planen bør indeholde en fælles prioritering af hvilke relevante sundhedsfaglige, sociale, beskæftigelses-, og uddannelsesrettede indsatser, som skal iværksættes hvornår i borgerens forløb
- Mål for indsatserne: planen bør indeholde målsætninger for borgerens forløb på kort og lang sigt
- Opgave- og ansvarsfordeling: planen bør specificere hvilke fagprofessionelle, som har ansvaret for hvilke dele af borgerens forløb, og hvem der har ansvar for at følge op på planen hvornår
- Forebyggelse og håndtering af tilbagefald: Hvis der udarbejdes en plan for forebyggelse og håndtering af tilbagefald, kan denne med fordel indgå i den koordinerede indsatsplan (se retningslinje for forebyggelse og håndtering af tilbagefald)
- Spisefærdighedsplan: Hvis der udarbejdes en spisefærdighedsplan, kan denne med fordel indgå i den koordinerede indsatsplan (se retningslinje for måltidsstøtte).

6.1.5 **En koordineret indsatsplan bør løbende opdateres.** 

Det er fx relevant at opdatere en koordineret indsatsplan:

- ved udskrivning eller afslutning af et behandlingsforløb
- ved tilbagefald
- ved opstart af nye indsatser
- ved øvrige væsentlige ændringer i borgerens forløb.

6.1.6 **Planen kan med fordel understøttes af en digital IT-løsning, som giver mulighed for, at både borgeren og de relevante fagprofessionelle (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) kan få adgang til planen (185).** 



LOVGIVNING – VOKSNE

Serviceoven § 10 – Kommunernes rådgivning

Serviceoven § 141 – Handleplan

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

Beskæftigelsesindsatsloven § 18 a – Koordinerende sagsbehandler

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 27, 28 og 30 a – Min Plan, stabiliserende indsatser og rehabiliteringsplan

Sundhedsloven § 84 – Genoptræningsplan



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven § 140 – Handleplan

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

Sundhedsloven § 84 – Genoptræningsplan

6.2 Samarbejde og koordination i den kommunale rehabilitering


Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre koordination og sammenhæng mellem rehabiliterende indsatser og tilbud på både social, sundheds-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet i kommunalt regi til borgere med svære spiseforstyrrelser. Dette omhandler også indsatser og tilbud, der som en del af et rehabiliteringsforløb i kommunalt regi ydes af eksterne leverandører (fx et regionalt eller privat botilbud/opholdssted/døgninstitution).

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser som modtager flere rehabiliterende indsatser og/eller tilbud.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
6.2.1	De forskellige indsatser og tilbud i en borgers rehabiliteringsforløb i kommunalt regi bør koordineres, så de understøtter hinanden bedst muligt.	☆
6.2.2	Samarbejde og koordination bør særligt sikres i forbindelse med overgange i borgerens forløb. I overgange kan borgeren opleve, at ansvaret for den primære koordinering af borgerens sag overgår fra en forvaltning, institution eller fagprofessionel til en anden. Overgangene bør planlægges og koordineres, så både borgeren og borgerens netværk oplever overgangen som en del af et sammenhængende forløb. Overgange kan være når: <ul style="list-style-type: none">• en borger afslutter et ophold på et botilbud og overgår til at modtage indsatser i eget hjem• barnet ved det fyldte 18. år går fra børne- til voksenområdet i lovgivningen og i den kommunale forvaltning. Mange borgere med svære spiseforstyrrelser er unge, når spiseforstyrrelsen opstår og har derfor kontakt til det kommunale system både før og efter de fylder 18 år.	☆
6.2.3	Relevante oplysninger om borgerens sag bør (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) udveksles på tværs af forvaltninger og eksterne aktører. Bor en borger på botilbud efter serviceloven §§ 107-110, skal relevante dele af handleplanen udleveres til tilbuddet (serviceloven § 141, stk. 5).	☆
6.2.4	Der bør anvendes metoder og/eller etableres arbejdsgange, som sikrer koordination og samarbejde mellem de relevante fagprofessionelle aktører. Samarbejde og koordination i den kommunale rehabilitering kan fx understøttes ved at: <ul style="list-style-type: none">• der udpeges en forløbskoordinator, som er ansvarlig for koordineringen af borgerens forløb	☆

-
- 6.2.4
- der afholdes koordinerende møder mellem relevante fagprofessionelle med mulighed for tværfaglige drøftelser af borgerens forløb
 - der udarbejdes en koordineret indsatsplan for borgerens forløb, hvor parterne når til enighed om fælles mål for borgerens forløb (se retningslinje for udarbejdelse af en koordineret indsatsplan)
 - der etableres integrerede indsatser til målgruppen, hvor indsatser på tværs af sundheds-, social-, beskæftigelses- og/eller uddannelsesområdet ydes af samme organisation/team
 - visitationen til kommunale indsatser koordineres på tværs af lovgivninger (fx på tværs af lov om social service og lov om en aktiv beskæftigelsesindsats), så borgeren får den indsats, der bedst svarer til borgerens aktuelle behov for støtte.
- 



LOVGIVNING – VOKSNE

Beskæftigelsesindsatsloven § 18 a. – Koordinerende sagsbehandler

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 30 a og 31 b – Rehabiliteringsplan og mentorstøtte efter psykiatrisk indlæggelse

Serviceoven § 141 – Handleplan



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Serviceoven kapitel 12 – Tilbud til unge fra 18 til 22 år

Serviceoven § 140 – Handleplan

6.3 Samarbejde og koordination med den regionale psykiatri

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre koordination og samarbejde mellem den sundhedsfaglige behandlingsindsats i den regionale psykiatri og rehabilitering i kommunalt regi til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
6.3.1	Rehabilitering i kommunalt regi bør planlægges og udføres koordineret med borgerens behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Borgere med svære spiseforstyrrelser vil typisk have behov for behandling i den regionale psykiatri gennem længere tid og sideløbende med, at borgeren deltager i et rehabiliteringsforløb i kommunalt regi. For at sikre sammenhæng i borgerens forløb bør indsatser og tilbud i kommunalt regi både tidsmæssigt og indholdsmæssigt løbende koordineres med den behandling, borgeren modtager i den regionale psykiatri. Nærmere aftaler om samarbejde og koordination mellem kommune og region kan med fordel indgå i sundhedsaftalerne.	
6.3.2	Hvis en borger med en svær spiseforstyrrelse modtager ambulantly behandling i den regionale psykiatri, bør rehabilitering i kommunalt regi påbegyndes parallelt og koordineret med behandlingsindsatsen.	
6.3.3	Hvis en borger med en svær spiseforstyrrelse i løbet af sit forløb hospitalsindlægges, bør vurderingen af borgerens behov for rehabiliterende indsatser og/eller tilbud påbegyndes så tidligt som muligt, og gerne mens borgeren stadig er indlagt. (se retningslinjer for socialfaglig udredning af børn og unge og socialfaglig udredning af voksne).	
6.3.4	Samarbejde og koordination bør særligt sikres i forbindelse med overgange i borgerens forløb. I overgange kan borgeren opleve, at ansvaret for den primære koordinering af borgerens sag overgår fra en sektor eller forvaltning til en anden. Overgange kan være når: <ul style="list-style-type: none">• borgeren overgår fra indlæggelse til ambulantly behandling og kommunal rehabilitering i eget hjem• borgeren er i bedring, og den ambulantly behandlingsindsats nedjusteres• borgeren afslutter et sundhedsfagligt behandlingsforløb i regionen• barnet ved det fyldte 18. år går fra børne- til voksenområdet i lovgivningen, samt skifter fra børn- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien (76).	

6.3.5 **Relevante oplysninger om borgerens sag bør løbende udveksles (i henhold til gældende lovgivning om indhentning af borgerens samtykke) på tværs af kommune og region.**

Relevante oplysninger kan fx være:

- viden og undersøgelsesresultater, som er relevant ifm. udredning af borgeren
- viden om anvendte metoder og tilgange
- viden om hvilke risikofaktorer der kan være, for at borgeren oplever et tilbagefald.



6.3.6 **I forbindelse med udskrivningen af en borger med svær spiseforstyrrelse efter en hospitalsindlæggelse bør der afholdes et koordinerende udskrivningsmøde med deltagelse af relevante fagprofessionelle fra både den regionale psykiatri og kommunen.**

På udskrivningsmødet bør følgende bl.a. drøftes:

- borgerens behov for behandling og rehabiliterende indsatser og/eller tilbud som kan understøtte, at borgerens funktionsevne vedligeholdes eller bedres efter udskrivning, og at uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges (se retningslinje for forebyggelse og håndtering af tilbagefald)
- opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører efter udskrivelsen
- rammerne for det fremtidige samarbejde efter udskrivelsen.



6.3.7 **Der bør både i den regionale psykiatri og i den kommunale rehabilitering anvendes metoder og/eller etableres arbejds gange, som sikrer koordination og samarbejde.**

Internationale og nationale undersøgelser peger på, at det er muligt at opnå en række borgeroplevede, faglige, organisatoriske og samfundsmæssige gevinster, når indsatser og forløb for mennesker med psykiske lidelser integreres på tværs af sundheds- og socialområdet (186-188). Mere sammenhængende forløb forventes også at have en positiv effekt i forhold til mennesker med svære spiseforstyrrelser (45).

Samarbejde og koordination mellem kommunen og den regionale psykiatri kan fx understøttes ved, at der:

- aftales én indgang til kommunikation mellem kommunen og den regionale psykiatri
- afholdes koordinerende møder (fx udskrivningsmøder hvor både den regionale psykiatri og kommunale fagprofessionelle deltager) med mulighed for tværfaglige drøftelser af borgerens forløb
- udarbejdes en koordineret indsatsplan for borgerens forløb, hvor parterne når til enighed om fælles mål for borgerens forløb (se retningslinje for udarbejdelse af en koordineret indsatsplan)
- udpeges en forløbskoordinator, som er ansvarlig for koordineringen af borgerens forløb
- etableres integrerede indsatser eller tilbud til målgruppen, hvor behandling og rehabilitering planlægges og ydes af samme organisation/team. Fx kan der nedsættes et spiseforstyrrelsesteam af relevante socialfaglige medarbejdere, en diætist og en psykiater, som står for den samlede indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser.



6.3.8 **For at sikre bedre samarbejde og koordination kan der udarbejdes et forløbsprogram eller en samarbejdsaftale mellem region, kommuner og almen praksis for borgere med svære spiseforstyrrelser (189).**

Følgende kan fx være relevant at aftale:

- opgave- og ansvarsfordeling
- procedurer ved indlæggelse og udskrivning
- samarbejde mellem kommuner omkring indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser
- procedurer for udveksling af oplysninger.



LOVGIVNING – VOKSNE

Sundhedsloven § 205 – Sundhedsaftaler

Serviceloven § 85 – Socialpædagogisk støtte

Serviceloven § 141 – Handleplan

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

Beskæftigelsesindsatsloven § 18 a. – Koordinerende sagsbehandler

Beskæftigelsesindsatsloven §§ 30 a. og 31 b. – Rehabiliteringsplan og mentorstøtte efter psykiatrisk indlæggelse



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Sundhedsloven § 205 – Sundhedsaftaler

Serviceloven § 52 – Samtykke unge u. 15

Serviceloven § 140 – Handleplan

Serviceloven § 140 stk. 3 – Overgang til voksenlivet herunder beskæftigelse og uddannelse

Psykiatriloven §§ 13 a og 13 b – Udskrivningsaftale og koordinationsplan

6.4 Samarbejde og koordination med almen praksis

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at borgerens rehabiliteringsforløb i kommunalt regi koordineres med borgerens alment praktiserende læge.

Målgruppe

Børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser som har behov for sundhedsfaglig behandling og/eller kontrol.

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
6.4.1	For at sikre koordination og sammenhæng i borgerens samlede rehabiliteringsforløb, bør den alment praktiserende læge både i planlægningen og udførelsen af den kommunale rehabilitering løbende inddrages. Der kan i samarbejdet tages udgangspunkt i vejledningen vedr. det socialt-lægelige samarbejde mellem Lægeforeningen og KL (190).	
6.4.2	Rehabiliteringen bør understøtte, at borgere med svære spiseforstyrrelser, som ikke er i behandling i den regionale psykiatri, går til kontrol hos den alment praktiserende læge. Afhængig af borgerens tilstand og situation kan kontrol hos den praktiserende læge bestå af vægtkontrol, blodprøvetagning, EKG-målinger mv. Den alment praktiserende læge har normalt det overordnede behandlingsansvar for alle borgere, der er behandlingskrævende for en svær spiseforstyrrelse eller en komorbid lidelse. Dette gælder dog ikke, hvis: <ul style="list-style-type: none">• borgeren er indlagt på et offentligt eller privat hospital• borgeren er i et ambulans behandlingsforløb i den regionale psykiatri• borgeren er indskrevet på et botilbud med egen læge tilknyttet.	
6.4.3	Hvis en borger har behov for behandling for en svær spiseforstyrrelse og/eller komorbiditet, bør den fagprofessionelle støtte borgeren i at kontakte egen læge. Det er almen praksis' opgave at vurdere, om en borger med en svær spiseforstyrrelse og/eller en komorbid lidelse skal henvises til psykiatrisk udredning og behandling. Den alment praktiserende læge kan desuden henvise borgeren til en psykolog eller en speciallægefunktion (fx en privatpraktiserende psykiater). I lettere tilfælde kan den alment praktiserende læge selv varetage behandling i form af samtaleterapi.	
6.4.4	Ønsker borgeren ikke at kontakte egen læge, eller tager borgeren ikke initiativ hertil, bør fagprofessionelle omkring borgeren søge at motivere og støtte borgeren til at tage kontakt til egen læge. Uafhængigt af sværhedsgraden af borgerens lidelse kan kommunen kun tage kontakt til borgeren egen læge, hvis borgeren har givet samtykke hertil.	

Hvis borgerens tilstand er livstruende

6.4.5 **Hvis en borger med svær spiseforstyrrelse er i en tilstand, som er livstruende, bør de fagprofessionelle opfordre borgeren og/eller dennes netværk til omgående at tage kontakt til borgerens egen læge eller støtte borgeren i at henvende sig på psykiatrisk skadestue.**



6.4.6 **Søger en borger, der må antages at være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, ikke selv fornøden sundhedsmæssig behandling, har de nærmeste pligt til at tilkalde en læge. Hvis de nærmeste ikke tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette (jf. psykiatriloven § 6).**



For en nærmere beskrivelse af lovgivning på området se retningslinje for borgerinddragelse.



LOVGIVNING - BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Psykiatriloven §§ 4-6 – Indlæggelse ved tvang

6.5 Ansvarsfordeling ved samtidigt misbrug

Formål

Formålet med retningslinjen er at sikre, at rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser og samtidigt misbrug af alkohol, medicin eller rusmidler foregår integreret eller koordineret med misbrugsbehandlingen.

Målgruppe




Unge og voksne med svære spiseforstyrrelser og samtidigt misbrug af alkohol, medicin eller rusmidler.

Definition af centrale begreber

Misbrug: Betegner et brug af rusmidler, der giver personen fysiske, psykiske og/eller sociale skader (191).

Integreret indsats: Med en integreret indsats menes, at den samlede rehabilitering ikke blot er koordineret på tværs af indsatser, men er tilrettelagt som én samlet indsats (188). Det vil sige, at indsatser på tværs af sektorområder tilbydes som én indsats i stedet for flere parallelle indsatser (192).

Koordineret indsats: At indsatser er koordinerede vil sige, at alle aktører fx på tværs af den regionale psykiatri og kommunen, samordner tiltag i borgerens rehabiliteringsforløb indholdsmæssigt og tidsmæssigt i forhold til borgerens mål (84).

Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Generelt	
6.5.1	I den socialfaglige udredning samt i rehabiliteringen bør der være opmærksomhed på, hvorvidt borgeren har et misbrug af alkohol, medicin eller rusmidler.	
6.5.2	Sameksisterende stofmisbrug og svær spiseforstyrrelse er ikke en legitim årsag til at afvise at give borgeren misbrugsbehandling eller psykiatrisk behandling (28,184).	
6.5.3	I planlægningen af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser og samtidigt stofmisbrug kan de Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling med fordel anvendes (194).	

6.5.4 **Misbrugsbehandlingen kan foregå integreret, og bør som minimum være koordineret med øvrige indsatser.**

Der er evidens for, at integrerede indsatser til borgere med en psykisk lidelse og et samtidigt misbrug har en større positiv effekt end standardbehandling på både sygdomssymptomer, det samtidige stofmisbrug, tilknytning til behandlingen samt borgeren og netværkets tilfredshed med behandlingen. Tilgangen forventes også at have en positiv effekt over for borgere med svære spiseforstyrrelser (188,195).



6.5.5 **Har borgeren et omfattende og kaotisk misbrug samtidig med spiseforstyrrelsen, kan der være tilfælde, hvor det ikke er muligt at integrere indsatserne. I sådanne tilfælde bør misbrugsbehandlingen og øvrige indsatser som minimum være koordineret (28,196-198).**

Fx bør der udarbejdes en koordineret indsatsplan (se retningslinje for udarbejdelse af en koordineret indsatsplan).



LOVGIVNING – VOKSNE

Service_loven § 101 – Stofmisbrugsbehandling

Service_loven § 141 – Handleplan

Sundheds_loven §§ 141 og 142 – Alkoholmisbrugsbehandling og lægelig behandling for stofmisbrug



LOVGIVNING – BØRN OG UNGE UNDER 18 ÅR

Service_loven § 58 – Anbringelse uden samtykke ved misbrugsproblemer hos barnet eller den unge



Retningslinjer for kompetencer og kvalitetsudvikling

7. Retningslinjer for kompetencer og kvalitetsudvikling

7.1 Fagprofessionelle kompetencer

Formål



Formålet med retningslinjen er at sikre, at fagprofessionelle, der arbejder med rehabiliterende indsatser og/eller tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser, har de nødvendige kompetencer.


Målgruppe

Fagprofessionelle der arbejder med rehabiliterende indsatser og/eller tilbud efter serviceloven samt i nogle tilfælde efter andre lovgivninger til borgere med svære spiseforstyrrelser.


Definition af centrale begreber

Fagprofessionelle kompetencer: Fagprofessionelles erfarings- og uddannelsesmæssige baggrund (faglige kompetencer), evne til at anvende uddannelsesmæssige kvalifikationer i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (organisatoriske kompetencer), og evne til at kunne håndtere modstand og stadig give social omsorg i kontakten med borgeren (personlige kompetencer) (199).


Nr.	Anvisninger for børn, unge og voksne	Vidensgrundlag
	Faglige kompetencer	
7.1.1	Fagprofessionelle der yder rehabiliterende indsatser til borgere med svære spiseforstyrrelser bør have specialiseret viden om spiseforstyrrelser. Fagprofessionelle bør bl.a. have viden om (9,152): <ul style="list-style-type: none">• typiske fysiske, psykiske og sociale følger af en svær spiseforstyrrelse• typiske funktionsevnedækkelsesnedsættelser blandt borgere med svære spiseforstyrrelser• ernæring, måltider og vægt• selvskadende adfærd• sværhedsgrader af anoreksi og bulimi• typiske komorbide lidelser og deres mulige betydning for borgerens funktionsevne• vedligeholdende faktorer, som understøtter en spiseforstyrrelse.	
7.1.2	Fagprofessionelle bør i størstedelen af deres arbejdstid beskæftige sig med fagområdet svære spiseforstyrrelser for at opbygge tilstrækkelig viden om og kompetencer til at håndtere og støtte målgruppen.	
7.1.3	Fagprofessionelle bør være bekendt med, at borgere med spiseforstyrrelser ofte oplever ambivalens ift. at slippe spiseforstyrrelsen. Fagprofessionelle bør desuden være opmærksomme på de dilemmaer og udfordringer, dette skaber i samarbejdet med borgere med svære spiseforstyrrelser (73,97,98).	

7.1.4 **Fagprofessionelle bør have viden om og kunne anvende metoder til at arbejde med en motiverende tilgang.** 

(Se retningslinje for en motiverende tilgang).


7.1.5 **Fagprofessionelle bør have kompetencer til at arbejde med at understøtte borgerens recovery (85,106,157,200-203).** 


At arbejde med at understøtte borgerens recovery vil sige at arbejde med principper som empowerment, handlekompetence, håb og socialt netværk (85).

7.1.6 **Fagprofessionelle bør løbende udvikle deres kompetencer på området fx ved efteruddannelse og supervision.** 


Fagprofessionelle, der arbejder med borgere med svære spiseforstyrrelser, er i et potentielt psykisk belastende miljø (152,204-207), hvor følelser af irritation, frustration, ærgrelse og medlidenhed er typiske og må anerkendes (208). Derfor er supervision med fokus på håndtering af og refleksion over opgaven og de dilemmaer, der kan opstå i arbejdet vigtig. Supervision og efteruddannelse kan fx bestå af (208):

- formel supervision (regelmæssige, planlagte supervisorsmøder med ekstern supervisor)
- uformel supervision (ad hoc feedback fra trænet kollega)
- kompetencenetværk med fokus på at øge kompetenceniveau og videndele (9)
- selvuddannelse/læsning
- workshops/seminarer om nyeste viden indenfor feltet.

7.1.7 **Fagprofessionelle bør kende til, hvilke tegn herunder ændringer i funktionsniveau og/eller adfærd der indikerer, at en borger med svær spiseforstyrrelse skal henvises til psykiatrisk undersøgelse eller behandling. Fagprofessionelle bør ligeledes kende til procedurer for iværksættelse af undersøgelse og behandling.** 

7.1.8 **Fagprofessionelle, som udfører familie- og netværksinterventioner, bør have viden om og erfaring med at rådgive og samarbejde med familier og netværk til borgere med svære spiseforstyrrelser.** 

Fagprofessionelle bør kunne understøtte og inddrage den viden og de kompetencer, som borgerens familie og netværk besidder (150,209). Fagprofessionelle bør desuden have kompetencer til at sikre et inkluderende forløb for hele familien/netværket og til at arbejde med specifikke familie- og netværksbaserede metoder (se retningslinje for familieintervention for børn og unge samt netværksintervention).

7.1.9 **Fagprofessionelle, der yder måltidsstøtte, bør have kompetencer til at kunne coache borgere med svære spiseforstyrrelser under måltider (210,211).** 



Den fagprofessionelle bør bl.a. kunne (134,140,212):

- adressere den spiseforstyrrede adfærd på en hensigtsmæssig måde og ikke tvinge borgeren til at spise, belære borgeren om farerne ved spiseforstyrrelser eller komme med kritiske eller fjendtlige kommentarer
- agere rollemodel ved at spise sammen med borgeren og selv have et sundt forhold til mad (213)
- distrahere borgeren fra samtaler om mad, diæter mv. under måltidet og ikke tale om emotionelt belastende - og konfliktfyldte emner.

7.1.9	<ul style="list-style-type: none"> • arbejde med eksternalisering af spiseforstyrrelsen og undgå at fremprovokere skyldfølelse hos borgere • sætte klare ramme for måltidet, være konsekvent, undgå at bestikke eller forhandle med borgeren, være empatisk og give positiv feedback til borgeren 	
7.1.10	Fagprofessionelle, der støtter borgere i fysisk genoptræning (119,147) eller i at genoptage/starte med at dyrke motion (149,150), bør være sundhedsprofessionelle (fx fysioterapeuter). Fagprofessionelle, der støtter borgere i at genoptage motion, bør have særlige kompetencer indenfor forebyggelse af tvangsmotionering (214-216).	
Organisatoriske kompetencer		
7.1.11	Fagprofessionelle, der udfører socialfaglig udredning af borgere med svære spiseforstyrrelser, bør have viden eller indhente specialiseret viden om borgere med svære spiseforstyrrelser.	
	Viden om borgere med svære spiseforstyrrelser kan evt. indhentes hos VISO.	
7.1.12	Fagprofessionelle bør arbejde tværfagligt for at sikre en helhedsorienteret indsats (9,22,76).	
	Relevante fagprofessionelle kan være: <ul style="list-style-type: none"> • diætist/B.A. human ernæring • ergo-/fysioterapeut • psykolog og certificeret psykoterapeut • social- og sundhedsassistent • socialpædagog/ Pædagog/lærer • socialrådgiver • sygeplejerske. 	
7.1.13	Fagprofessionelle bør have kendskab til retningslinjer for behandling af svære spiseforstyrrelser i psykiatrien, herunder om metoder der anvendes i den regionale psykiatri.	
7.1.14	Fagprofessionelle, der yder rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser og samtidigt misbrug, bør have kompetencer til at levere en integreret eller koordineret indsats på tværs af sektorer (25,27,28,184,197).	
	I flere regioner og kommuner findes forløbskoordinatorer, der har særlige kompetencer til at arbejde med borgere med psykiske lidelser og samtidigt misbrug.	
Personlige kompetencer		
7.1.15	Fagprofessionelle bør være i stand til at etablere en god alliance med borgeren, da relationen har en central betydning for borgerens recovery (217,218).	
7.1.16	Fagprofessionelle bør besidde en række personlige kompetencer som fx at kunne udvise rummelighed og følelsesneutralitet, kunne opfatte borgeren som ekspert, være rollemodel samt være autentisk og anerkendende i sin tilgang.	

- 7.1.16 Fagprofessionelle bør have særlig fokus på betydningen af egen adfærd i relationsarbejdet, og det er derfor vigtigt, at de besidder følgende personlige kompetencer (210,211,219,220):
- rummelighed: evne til at forstå og acceptere borgerens specifikke problemstillinger fx ift. vægt og dagligdagsudfordringer
 - følelsesneutralitet: evne til at være vedholdende og stabil i relationsarbejdet med borgeren, anvende konfliktnedtrappende pædagogik samt ikke at gå i affekt hvis borgeren bringer følelsesmæssige problematikker op eller afprøver sine omgivers grænser
 - ligeværdighed: evne til at være nysgerrig og åben og kunne afklare, hvad det er, borgeren har det svært ved og ønsker
 - være rollemodel: evne til at være rollemodel fx ift. søvn, spisning, socialisering osv. (105,106). Fordi borgere med svære spiseforstyrrelser oftest har været syge længe, leder de efter normer og identitet, bl.a. ved at se, hvad fagprofessionelle mener, tænker, siger og gør
 - autentisk: evne til at udvise overensstemmelse imellem tanker, kropsreaktioner og adfærd, så borgeren kan se og mærke, hvad den fagprofessionelle gør (105,106)
 - anerkendende: evne til at undlade at belære/prædike, bruge tvang, modarbejde eller kritisere borgeren (201).



Nr.	Anvisninger særligt for børn og unge	Vidensgrundlag
7.1.17	Fagprofessionelle bør have særlig viden om børn og unge med svære spiseforstyrrelser. Dette omfatter viden om typiske funktionsevnenedsættelser blandt børn og unge med svære spiseforstyrrelser. Fagprofessionelle bør desuden have indsigt i udviklingspsykologi og have erfaring med og faglige kompetencer til at støtte børn og unge med svære spiseforstyrrelser i deres generelle udvikling.	
7.1.18	Fagprofessionelle bør være opmærksom på, hvordan barnet/den unge oplever sig inddraget. Fagprofessionelle bør være trænet i, hvilke tilgange og metoder, der bedst muligt understøtter barnets/den unges reelle oplevelse af at blive hørt og anerkendt.	



LOVGIVNING – BØRN, UNGE OG VOKSNE

Socialtilsynsloven § 6 – Sociale tilbud skal ifølge Socialtilsynet have den fornødne kvalitet herunder kompetencer for at blive godkendt

7.2 Evaluering og kvalitetssikring

Formål


Formålet med retningslinjen er at bidrage til, at der i rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser er løbende fokus på kvalitetsvurdering, -sikring og -udvikling, samt at der indsamles data og skabes viden og evidens på området.

Målgruppe

Kommunale beslutningstagere samt ledere og fagprofessionelle der arbejder med rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Kvalitetssikring: En sikring af at rehabiliteringsprocessen og de enkelte elementer heri gennemføres på grundlag af nedskrevne retningslinjer, referencerammer, standarder og indikatorer (84).

Evaluering: En systematisk retrospektiv vurdering af gennemførelse, præstationer og udfald af offentlig virksomhed, som tiltænkes at spille en rolle i praktiske handlingssituationer (221).

Nr.	Anvisninger	Vidensgrundlag
	Generelt	
7.2.1	Indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser bør være baseret på aktuelt bedste viden om målgruppen samt viden om hvilke metoder, der virker i rehabilitering til målgruppen.	
7.2.2	Kommunen bør løbende indhente viden om effekt og omkostninger af rehabiliterende indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser. Dette både på indsats-, institutions- og kommuneniveau. Kommunen kan fx indhente viden fra Tilbudsportalen, som sociale tilbud er forpligtede til at udarbejde en årlig rapport til.	
7.2.3	I planlægningen og udførelsen af rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser bør de Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser anvendes.	



Bilag

8. Bilag

8.1 Bilag 1: Begrebsdefinitioner

I det følgende defineres en række centrale begreber, som anvendes i de nationale retningslinjer.

Funktionsevne

Funktionsevne er en kvalitet, der udgøres af kroppens funktion, kroppens anatomi, aktivitet og deltagelse, og betinges både af de kontekstuelle faktorer og individets helbredstilstand (123). Funktionsevne betegner samspillet mellem et individ, individets helbredstilstand, og de sammenhænge individet indgår i. Det er afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ til de kontekstuelle faktorer - både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Til de omgivelsesmæssige faktorer hører fx den fysiske og menneskeskabte omverden og samfundets holdninger, værdier, regler og love. Til de personlige faktorer hører fx personens alder, køn, erfaring, holdninger, forventninger og værdier (123).

Begrebet *funktionsevnenedsættelse* dækker over, at borgerens funktionsevne er begrænset. Nedsættelsen kan berøre hver af komponenterne kroppens funktion og anatomi samt aktivitet og deltagelse (123). En funktionsevnenedsættelse er relativ og afhængig af konteksten. En tilstand eller mangel, som en borger selv eller omgivelserne ikke opfatter som en begrænsning, er ikke en funktionsevnenedsættelse (123).

En funktionsevnenedsættelse kan både dække over begrænsninger, som følger af fysisk funktionsnedsættelse, psykisk funktionsnedsættelse og sociale problemer (24).

Fysisk funktionsnedsættelse: Funktionsnedsættelse i kroppens anatomi eller kroppens funktioner, eksklusiv de mentale funktioner. Fysisk funktionsnedsættelse svarer til servicelovens 'nedsat fysisk funktionsevne' (4,10).

Psykisk funktionsnedsættelse: Funktionsnedsættelse i de mentale funktioner. Psykisk funktionsnedsættelse svarer til servicelovens 'nedsat psykisk funktionsevne' (4,10).

Sociale problemer: Tilstand som er kendetegnet ved, at en person er, eller er i fare for at blive marginaliseret (4,10).

Højt specialiseret

En højt specialiseret indsats på det sociale område er en type af indsats, der er rettet mod målgrupper, der er meget små, og hvor der er meget begrænset grundlag for at opbygge specialiseret viden, eller hvor der er en målgruppekompleksitet til stede, som skaber behov for faglig specialviden herunder tværfaglig viden.

En højt specialiseret indsats vil typisk være tværfaglig og specialtilrettelagt og bestå af en kombination af flere specialiserede indsatser, hvor der forudsættes en høj grad af koordinering, samt at fagprofessionelle har specialiseret viden og indgående kendskab til og praksiserfaring med den konkrete målgruppe (22).

Definitionen af højt specialiseret på det sociale område adskiller sig fra den måde, man definerer højt specialiseret på sundhedsområdet.

Indsats og tilbud

En *indsats* er en handling, der er koncentreret og rettet mod et resultat. En indsats indebærer, at der over et afgrænset tidsrum anvendes (ekstra) ressourcer med henblik på at opnå et resultat (123). Rehabiliterende indsats kan både tilbydes i borgerens hjem, på et botilbud/en døgninstitution eller uden for hjemmet afhængig af borgerens behov. En rehabiliterende indsats til borgere med svære spiseforstyrrelser kan fx være måltidsstøtte eller socialpædagogisk bistand.

Et *tilbud* er en organisation, der leverer ydelser (123). Begrebet tilbud skal altså forstås som den organisatoriske enhed, inden for hvilken ydelserne leveres. Dette vil typisk men ikke nødvendigvis knytte sig til en fysisk ramme. Et tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser kan fx være et døgntilbud eller et dagtilbud.

Recovery

Recovery er en personlig proces mod ”at komme sig” (85). Udviklingen og vedligeholdelsen af en spiseforstyrrelse styres af et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og recovery for borgere med svære spiseforstyrrelser kan derfor både omhandle at komme sig fysisk, psykisk og socialt (31).

Recovery er en måde at leve et meningsfuldt og tilfredsstillende liv for den enkelte præget af håb og aktiv medvirken, selv med de begrænsninger, der er forårsaget af den psykiske lidelse (223). Recovery betyder altså ikke nødvendigvis, at borgeren bliver helt symptomfri, men derimod at borgeren oplever mening og livskvalitet på trods af eventuelle kliniske symptomer eller psykiske vanskeligheder (85).

8.2 Bilag 2: Medlemmer af styre-, arbejds- og referencegruppe

Udarbejdelsen af de nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser har været forankret i Socialstyrelsen, og har forløbet fra august 2014 til november 2015. Der har i forbindelse med arbejdet været nedsat en styre-, en arbejds- og en referencegruppe.

Styregruppen har haft ansvar for at skabe fremdrift i projektet og har godkendt det endelige produkt. Der har været afholdt tre møder i Styregruppen. Derudover har styregruppen haft mulighed for at sende de nationale retningslinjer i høring. Kommunernes Landsforening har valgt at benytte sig af dette.

Medlemmerne af styregruppen er:

- Britt Bergstedt, Kontorchef i Center for Udsatte Voksne, Socialstyrelsen, Formand for styregruppen
- Jannie Bruun Andersen, Konsulent, Danske Regioner
- Kirsten Hansen, Fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen
- Sarah Bang Refberg, Fuldmægtig, Sundheds- og Ældreministeriet
- Sine Hadrup Sinding, Konsulent, Social- og Indenrigsministeriet (september 2014 til december 2014), efterfulgt af Anne Hedemann, Konsulent, Social- og Indenrigsministeriet
- Tina Levysohn, Konsulent, Kommunernes Landsforening (september 2014 til februar 2015), efterfulgt af Mette Tranevig, Konsulent, Kommunernes Landsforening

Arbejdsgruppen har haft til opgave at bidrage med faglig viden og aktivt at medvirke i udarbejdelsen af de nationale retningslinjer. I arbejdsgruppen har der været afholdt fem fælles møder samt en række møder i mindre temaarbejdsgrupper.

Medlemmer af arbejdsgruppen er:

- Anne Printz, Socialrådgiver, Center for Spiseforstyrrelser, Region Midtjylland, udpeget af Danske Regioner (september 2014 - januar 2015)
- Annette Brøndum, Fuldmægtig, Århus Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Birte Smidt, Overlæge, Psykiatrisk Center Rigshospitalet, Region Hovedstaden, udpeget af Danske Regioner
- Bodil Tønborg, Socialrådgiver, Afdelingsleder, Børn og familieafdelingen, Hvidovre Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (september 2014 - januar 2015)
- Britta Gerd Hansen, Centerchef i Socialforvaltningen, Københavns Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (fra oktober 2014)
- Claus Hejlskov Jørgensen, Afdelingsleder, Vejle Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (september 2014 - juni 2015), efterfulgt af Tanja Nyby, Medarbejder i Center Dag, Vejle Kommune
- Dorthe Nissen, Socialrådgiver, Psykiatrisk Afdeling Odense, Region Syddanmark, udpeget af Danske Regioner
- Esper Sørensen, Psykolog, Leder, Skiftesporet, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Helle Friedrichsen, Vicecenterleder, Center for Misbrug og Socialpsykiatri, Region Syddanmark, udpeget af Danske Regioner (september 2014 - januar 2015)
- Helle Winther Anttila, Socialrådgiver, Afdelingsleder, Arbejdsmarkedsafdelingen, Frederiksberg Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Julie Munck, Psykolog, Leder, Center for Socialpædagogik og Psykiatri, Københavns Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening
- Kristian Rokkedal, Overlæge, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Center for Spiseforstyrrelser, Region Midtjylland, udpeget af Danske Regioner
- Line K. Sideneus, Psykolog, Direktør, Askovhus, udpeget af Askovhus
- Lisette Kaptain, Socialrådgiver, Områdeleder, Region Sjælland, udpeget af Danske Regioner

- Loa Clausen, Psykolog, Seniorforsker, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Midtjylland, udpeget af Århus Universitet
- Marianne Hertz, Overlæge, Anoreksiklinikken, Psykiatrisk Center, Region Hovedstaden, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Peter Tanghus, Afdelingsleder, Regionalt tilbud for unge med spiseforstyrrelse og andre diagnoser, Sønderparken, udpeget af Landsforening for pårørende til Spiseforstyrrelse
- Rachel Santini, Hospitalsdirektør, Kildehøj Privathospital, udpeget af Spis For Livet
- René Klinkby Støving, Overlæge, Lektor, Syddansk Universitet, udpeget af Syddansk Universitet
- Reinhold Schæfer, Leder af socialpsykiatrien, Ringsted Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (fra oktober 2014)
- Rikke Fribo, Udviklingskonsulent, Psykiatri og Handicap, Sønderborg Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (september 2014 - januar 2015), efterfulgt af Anne Lundqvist Eisenhardt, Distriktsleder, Sønderborg Kommune
- Sabine Elm Klinker, Sociolog, Leder af ViOSS, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, udpeget af Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
- Susanne Lunn, Psykolog, Lektor, Københavns Universitet, udpeget af Københavns Universitet
- Tove Bech, Ledende socialrådgiver, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, udpeget af Danske Regioner

Referencegruppe har haft til opgave at kommentere og kvalitetssikre de nationale retningslinjer, og har dermed primært haft en høringsfunktion. Der har været afholdt tre referencegruppemøder.

Medlemmer af referencegruppen er:

- Ane Bonnerup, Afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen, udpeget af Sundhedsstyrelsen
- Anne Thuen, Chefkonsulent, Kontoret for Arbejdsmarkedsfastholdelse, Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, udpeget af Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering
- Bo Steen Jensen, Formand, Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere, udpeget af Landsforeningen af nuværende og tidligere psykiatribrugere
- Christian Frøkjær Thomsen, Speciallæge i psykiatri, udpeget af Spis For Livet
- Dorte Nielsen, Daglig leder, Landsforening for pårørende til spiseforstyrrede, udpeget af Landsforening for pårørende til spiseforstyrrede (september 2014 - december 2014 hvorefter Landsforening for pårørende til spiseforstyrrede blev en del af Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade)
- Hannah Christensen, Bostøttemedarbejder, Center for bostøtte i eget hjem, afdeling Centrum, Aarhus Kommune, udpeget af Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Janne Torpegaard, Konsulent, Gladsaxe Kommune, udpeget af Kommunernes Landsforening (fra november 2014)
- Jannie Bruun Andersen, Konsulent, Danske Regioner, udpeget af Danske Regioner, (fra november 2014)
- Karina Find, Politisk konsulent, Rådet for Socialt Udsatte, udpeget af Rådet for Socialt Udsatte
- Kim Brøndmark, Forstander, Bofællesskabet Rose Marie, udpeget af Dansk Selskab for Distriktspsykiatri
- Kirsten Holmstrup, Børnefaglig konsulent, Børns Vilkår, udpeget af Børns Vilkår
- Mette Waadegaard, Overlæge, Stolpegården, udpeget af Dansk Psykiatrisk Selskab (september 2014 - januar 2015)
- Signe Nielsen, Fuldmægtig, Center for Uddannelsespolitik, udpeget af Styrelsen for videregående uddannelser
- Steen Andersen, Generalsekretær, Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, udpeget af Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
- Susanne Bang Dahl, Autoriseret psykolog, Børnerådet, udpeget af Børnerådet
- Tina Holck, Konsulent, Kontor for socialtilsyn og national koordination, Socialstyrelsen, udpeget af National Koordination, Socialstyrelsen (september 2014 - januar 2015) efterfulgt af Katrine Strøjer Madsen, Konsulent, National Koordination, Socialstyrelsen

- Tine Rise Thomsen, Direktør, Bo- og behandlingstilbud FlorenHus, udpeget af LOS - De private sociale tilbud
- Ulla Moslet, Overlæge, Ambulatorium for Spiseforstyrrelser, Hillerød, udpeget af Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
- Winni Juul Sørensen, Specialkonsulent, Ankestyrelsen, Aalborg, udpeget af Ankestyrelsen

Socialstyrelsen har fungeret som sekretariat for udarbejdelsen af de nationale retningslinjer.

Medlemmer af sekretariatet er:

- Anne-Dorthe Kaae, Fuldmægtig, Projektleder for de nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser, Center for Udsatte Voksne
- Gro Samsø Bastian, Fuldmægtig, Center for Udsatte Voksne
- Anna Gillett, Specialkonsulent, Center for Udsatte Voksne
- Marlene Schjøtz, Fuldmægtig, Center for Udsatte Voksne
- Pernille Westh, Studentermedhjælper, Center for Udsatte Voksne

8.3 Bilag 3: Vidensgrundlag for de nationale retningslinjer

I forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer er der foretaget søgninger på relevant litteratur vedrørende viden om rehabiliterende indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser. Der er desuden udarbejdet evidensvurderinger af de referencer, der er anvendt som vidensgrundlag for de enkelte anvisninger i retningslinjerne. I det følgende gennemgås først fremgangsmåden for litteratursøgningen og dernæst fremgangsmåden for udarbejdelsen af evidensvurderinger.

Bilag 3.1: Litteratursøgninger

Litteratursøgningerne i forbindelse med udarbejdelsen af de nationale retningslinjer er udført af Kontoret for dokumentation og metode i Socialstyrelsen, Københavns Universitetsbibliotek, Århus Biblioteksfunktion og King's College London Library Function. Søgningerne er udført i perioden 7. juli 2014 - 30. marts 2015 fordelt på tre delsøgninger.

I første delsøgning er der søgt efter internationale retningslinjer på området. I anden delsøgning er der søgt på international litteratur om specifikke temaer inden for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. I tredje delsøgning er der søgt på nordisk litteratur om rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. Supplerende til de tre søgninger har arbejdsgruppen for udarbejdelsen af de nationale retningslinjer anbefalet relevant litteratur, som er blevet inkluderet som referencer.

Der findes endnu kun begrænset publiceret viden om rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. Den forskning, der er publiceret på området, handler typisk om behandlingen af borgere med svære spiseforstyrrelser. Det var derfor ikke forventet, at litteratursøgningen ville resultere i et stort antal referencer af relevans for de nationale retningslinjer.

Generelle søgetermer

Engelske: anorexia*, bulimia*, "eating disorder*"

Danske: spiseforstyrrelse*

Norske: spiseforstyrrelse*

Generelle inklusionskriterier

Publikationsår: 2004 og frem

Sprog: Engelsk, dansk, norsk og svensk.

Målgruppe: Borgere med anoreksi og bulimi (typisk og atypisk).

Dokumenttyper: Retningslinjer, meta-analyser, systematic reviews, randomiserede kontrollerede forsøg (RCT), kvantitative studier uden kontrolgruppe, kvalitative studier.

Delsøgning 1: Internationale retningslinjer

Søgningen på internationale retningslinjer er foretaget af Århus Biblioteksfunktion, i perioden 7. juli-11. juli 2014. Tabel 1 viser en oversigt over, hvilke informationskilder der blev søgt i.

Tabel 8: Informationskilder

Informationskilder		
<ul style="list-style-type: none"> • Canadian Medical Association clinical practice guidelines infobase • Clinical Practice Guidelines Portal (NHMRC & National Institute of Clinical Studies) • Den svenske socialstyrelse • e-guidelines • Guidelines International Network (G-I-N) • Health Evidence Network (HEN) • Health Services/Technology Assessment Text (HSTAT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medical Advisory Secretariat • National Guideline Clearinghouse • National Health and Medical Research Council (NHMRC): Guidelines • National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) • New Zealand Guidelines Group (NZGG) 	<ul style="list-style-type: none"> • NHS Clinical Knowledge Summaries • NIHR Health Technology Assessment programme (NCCHTA) • Primary Care Practice Guidelines • Scottish Intercollegiate Guidelines Network • Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)

Der blev ved søgningen fundet 9 internationale retningslinjer. Heraf blev 8 ekskluderet fordi:

- referencens målgruppe ikke var borgere med anoreksi og bulimi
- referencen ikke indeholdte retningslinjer
- referencen var baseret på allerede inkluderede retningslinjer og tilførte ikke ny viden.

Udover den internationale retningslinje, som blev fundet ved søgningen, blev syv nationale og internationale retningslinjer, som var kendt af arbejdsgruppen og/eller Socialstyrelsen, vurderet som relevante at inkludere. I alt er otte nationale og internationale retningslinjer således anvendt som referencer i de nationale retningslinjer (for en liste over de otte udvalgte retningslinjer se afsnit 1.4).

Delsøgning 2: Temaer

Søgningen på international litteratur inden for specifikke temaer er foretaget af Kontoret for dokumentation og metode i Socialstyrelsen, i perioden 2. februar - 30. marts 2015. Arbejdsgruppen har været med til at prioritere hvilke temaer, der skulle foretages søgninger inden for bl.a. på baggrund af, hvor der særligt manglede viden om, hvad der virker i rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser.

Tabel 2 viser en oversigt over, hvilke temaer der er blevet søgt indenfor, hvilke søgetermer der er blevet søgt på, samt hvilke informationskilder der er blevet søgt i.

Tabel 9: Temaer, søgetermer og informationskilder

Tema	Søgetermer	Informationskilder
Komorbiditet	comorbidity OR autism OR "obsessive compulsive disorder" OR "anxiety disorders" OR diabetes OR "personality disorders" OR "depression emotion" OR "major depression" OR "posttraumatic stress disorder" OR insulin OR "borderline personality disorder"	CINHAL Medline PsycINFO
Funktionsnedsættelse og udredning	tool* OR test OR tests OR questionair* OR form OR forms AND recover* AND function* AND measure* functioning assessment short test" OR "global assessment of functioning scale" OR "days out of role" OR "work and social adjustment scale" OR "perceived social support" OR disease-specific HRQoL OR HRQoL eating disorders quality of life questionnaires OR EDQOL "neurotic perfectionism questionnaire" OR NPQ "frost multidimensional perfectionism scale" OR FMPS	CINHAL Medline PsycINFO
Case management	DE ("case management") OR DE ("discharge planning") OR DE ("managed care") OR DE ("health maintenance organizations") OR DE (mentor) OR "case managemen*" OR "intensive case managemen*" OR "multidisciplinary case managemen*" OR "psychiatric case managemen*" OR "assertive community treatmen*" OR "care plan*" OR "shared care*" OR "care coordinatio*" OR "course coordionato*" OR "case manager" OR coordinato* OR mentor* OR "support contac*" OR "care manager" OR "illness managemen*" DE (disease management) OR TX(disease manageme*) TX (manageme) OR TX (coordinate*) OR TX (treatmen*) OR TX (care) case manage*" OR DE ("case management") OR DE ("discharge planning") AND "systematic revie*" OR "literature revie*" OR "metaanalys*" recovery AND "systematic revie*" OR "literature revie*" OR "metaanalys*"	CINHAL Medline PsycINFO
Fritidsaktiviteter og socialisering	"social skills traini*" OR "social skill*" OR "life skill*" OR "social suppor*" OR "recreation therap*" or leisur* or recover*	CINHAL Medline PsycINFO
Beskæftigelse og uddannelse	DE ("occupational health service") OR occupation* OR support* OR work* OR university* OR job* OR employment* OR study* part time* OR counselling*	CINHAL Medline PsycINFO
Skole	DE "Education" OR DE "Adult Education" OR DE "Bilingual Education" OR DE "Client Education" OR DE "Consumer Education" OR DE "Counselor Education" OR DE "Curriculum" OR DE "Death Education" OR DE "Distance Education" OR DE "Elementary Education" OR DE "Family Life Education" OR DE "High School Education" OR DE "Higher Education" OR DE "Middle School Education" OR DE "Multicultural Education" OR DE "Nontraditional Education" OR DE "Nursing Education" OR DE "Paraprofessional Education" OR DE "Schools" OR DE "Boarding Schools" OR DE "Charter Schools" OR DE "Colleges" OR DE "Elementary Schools" OR DE "Graduate Schools" OR DE "High Schools" OR DE "Institutional Schools" OR DE "Junior High Schools" OR DE "Kindergartens" OR DE "Middle Schools" OR DE "Military Schools" OR DE "Nongraded Schools" OR DE "Nursery Schools" OR DE "Seminaries" OR DE "Technical Schools" TI (school* or education*) TX (school* OR education* OR college* OR universit* OR pupil* OR Student*) AND TX (return* OR re-entry OR reentry OR re-enter OR reenter OR arrival OR arrive OR arriving OR entry OR transition OR reintegrat* OR integrat*) TX recovery	CINHAL ERIC Medline PsycINFO
Økonomi og boligforhold	TX Maslow TX (econom* or financ*) TX housing	CINHAL Medline PsycINFO
Fagprofessionelle kompetencer	staff development OR "staff training" OR curriculum OR health care OR care providers International journal of eating disorders AND MM (eating disorders) AND MM (health care services) OR MM (eating disorders) AND CT (professional education and training)	CINHAL Medline PsycINFO

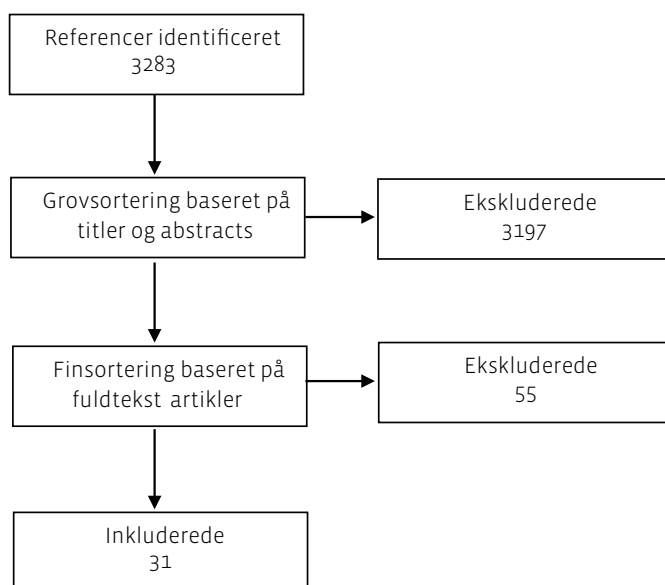
Ved søgningen blev der fundet 3.283 referencer. Herefter blev der foretaget en indledende grovsortering af referencerne baseret på gennemlæsning af titler og abstracts. Ved denne proces blev 3.197 referencer ekskluderet. Herefter blev der foretaget en finsortering af referencerne på baggrund af fuldttekster. Ved denne proces blev 55 referencer ekskluderet. Begge sorteringer blev udført med udgangspunkt i nedenstående ekskluderingskriterier.

Ekskluderingskriterier:

- andre sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk
- dublet
- manglede relevans for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser
- omhandler andre målgrupper end borgere med svær anoreksi og bulimi (typisk og atypisk)
- omhandler primær eller sekundær forebyggelse
- omhandler omkostninger eller omkostningseffektivitet
- studiet har lav validitet
- studiet har lav reliabilitet
- studiets resultater kan ikke overføres til en dansk kontekst.

Følgende flowchart, viser processen for frasortering af internationale artikler om temaer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser. I alt blev 31 artikler inkluderet.

Flowchart 1: Delsøgning 2



Delsøgning 3: Nordisk litteratur

Søgningen på nordisk litteratur udgivet i Danmark, Sverige, Norge og Finland blev udført af Københavns Universitetsbibliotek og King's College London Library Function i perioden 19. januar - 23. marts 2015.

Nedenstående tabel viser en oversigt over hvilke søgeord, der blev brugt, samt hvilke informationskilder der blev søgt i. Der blev i søgningen bl.a. søgt på lande samt specifikke forfattere inden for området.

Tabel 10: Søgeord og informationskilder

Søgeord	Informationskilder
<p>Danish OR Denmark OR Swedish OR Sweden OR Norwegian OR Norway OR Nordic OR Scandinavian OR Scandinavia AND Recover OR Recovering OR Social rehabilitation OR Rehabilitation strategies OR Rehabilitation services OR Integrated care OR Specialized services OR Intense follow up OR Community services OR Stepped care OR Seamless care OR Intensive outpatient care OR Meal support OR Case management OR Intensive case management OR Assertive community Treatment OR Multidisciplinary case management OR Psychiatric case management OR Care plans OR Shared care OR Outpatient support OR Intensive outpatient support OR Community settings OR Community programs OR Residential programs OR Quality of life OR Occupational support OR Occupational functioning OR Work functioning OR Employment OR Social functioning OR Functional impairment OR Psychosocial impairment OR Psychosocial functioning OR Social adjustment OR Social support OR Socioterapy OR Clinical Social Work OR Social Work OR Intervention OR sociological rehabilitation OR "diet therapy" OR dietary therapy OR environmental therapy OR body therapy OR psychotherapy</p> <p>Danish OR Denmark OR Danmark OR Danmarks OR Denmark OR Denmarkark OR Denmarkd OR Danmarks OR Swedish OR Sweden OR Norwegian OR Norway OR Norweigan OR Norweigen OR Norweigian OR Norwgian OR Nordic OR Scandinavian OR Scandinavia OR Finland</p> <p>OR Suomi OR Finlande OR Finlandia AND Mette Waadegaard OR Birgitte Munch Jensen OR Kirstine Godt OR Gry Kjærdsdam Tellés OR Loa Clausen OR Lene Kiib Hecht OR Ulla Moslet OR Riitta Helena Thrane OR Eva Wittenborn OR Inger Becker OR Anna Melin OR Kristian Rokkedal OR Julie Munck OR Birte Smidt OR Susanne Lunn OR Rachel Santini OR Marianne Hertz</p> <p>Stolpegaarden OR Stolpegården OR Copenhagen University OR Anoreksiklinikken OR Odense University OR Aarhus University OR Århus University AND Mette Waadegaard OR Birgitte Munch Jensen OR Kristine Godt OR Gry Kjærdsdam Tellés OR Loa Clausen OR Lene Kiib Hecht OR Ulla Moslet OR Riitta Helena Thrane OR Eva Wittenborn OR Inger Beckern OR Anna Melin OR Kristian Rokkedal OR Julie Munck OR Birte Smidt OR Susanne Lunn OR Rachel Santini OR Marianne Hertz</p>	<p>CINAHL</p> <p>EMBASE</p> <p>PsycINFO</p> <p>PubMed</p> <p>Web of Science</p>

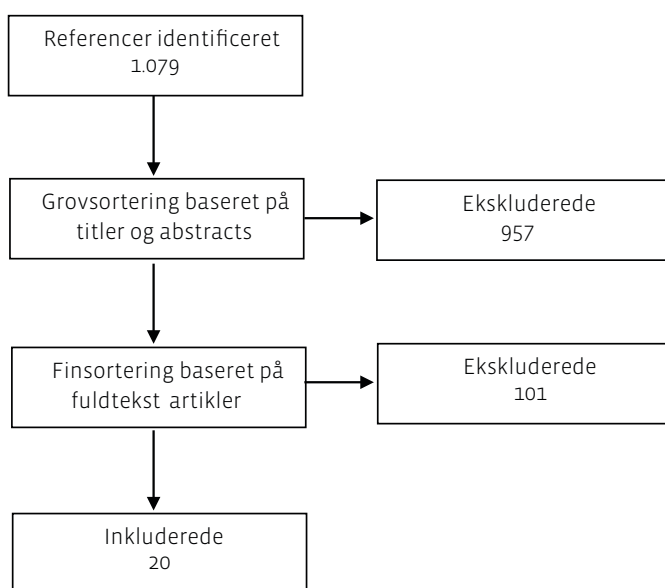
Ved søgningen blev der fundet 1.078 referencerne. Herefter blev der foretaget en indledende grovsortering af referencerne baseret på gennemlæsning af titler og abstracts. Ved denne proces blev 957 referencer ekskluderet. Herefter blev der foretaget en finsortering af referencerne på baggrund af fuldtekster. Ved denne proces blev 101 referencer ekskluderet. Begge sorteringer blev udført med udgangspunkt i nedenstående ekskluderingskriterier.

Ekskluderingskriterier:

- andre sprog end engelsk, dansk, norsk eller svensk
- dublet
- manglede relevans for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser
- omhandler andre målgrupper end borgere med svær anoreksi og bulimi (typisk og atypisk)
- omhandler primær eller sekundær forebyggelse
- omhandler omkostninger eller omkostningseffektivitet
- studiet har lav validitet
- studiet har lav reliabilitet
- studiets resultater kan ikke overføres til en dansk kontekst.

Følgende flowchart, viser processen for frasortering af artikler. I alt blev 20 artikler inkluderet.

Flowchart 2: Delsøgning 3



Bilag 3.2: Udarbejdelse af evidenstagere

For de referencer, der anvendes som vidensgrundlag for anvisningerne i de nationale retningslinjer, er der udarbejdet evidenstagere.

Tabellerne indeholder viden om målgruppen for studiet, studietypen, forskningsspørgsmål, studiets resultater samt en vurdering af hvilken videnstype referencen udgør. I afsnit 1.4 gennemgås det nærmere hvilke kriterier, der er lagt til grund for vurderingen af referencerne.

Der er ikke udarbejdet evidenstagere for referencer, når:

- referencerne beskriver dokumenterede metoder, som har vist positiv effekt i arbejdet med målgrupper af borgere med andre psykiske lidelser
- referencerne er anvendt til begrebsafklaringer og definitioner
- referencerne er anvendt til kap. 1-3
- referencerne er bøger
- referencerne er fagkataloger
- referencerne er faglige vejledninger
- referencerne er nationale og internationale retningslinjer
- referencerne er statistisk materiale
- referencerne ikke omhandler målgruppen
- referencerne kun beskriver metoder, men ikke forholder sig til effekt
- referencerne omhandler komorbiditet.

Der er i alt udarbejdet 98 evidenstagere.

Bilag 3.3: Fordeling af referencer

I nedenstående tabel vises fordelingen af referencer, som er indhentet ved henholdsvis litteratursøgningerne og ved anbefaling fra arbejdsgruppen.

Tabellen omhandler kun referencer fra kapitel 4-7 i de nationale retningslinjer. I alt er der anvendt 228 referencer i kapitel 4-7. Der kan forekomme flere henvisninger til den samme reference.

Tabel 11: Udvalgte referencer i kapitel 4-7

Nr.	Retningslinje	Referencer fra søgninger	Referencer indhentet fra arbejdsgruppen	I alt
4.1	Borgerinddragelse	2	9	11
4.2	Netværksinddragelse	3	10	13
4.3	En motiverende tilgang	5	11	16
4.4	Forebyggelse og håndtering af tilbagefald	3	7	10
4.5	Opmærksomheder ved komorbiditet samt fysiske symptomer og følgevirkninger	1	11	12
4.6	Socialfaglig udredning af børn og unge	2	9	11
4.7	Socialfaglig udredning af voksne	3	11	14
4.8	Valg af indsatser og tilbud til børn og unge	1	6	7
4.9	Valg af indsatser og tilbud til voksne	0	2	2
4.10	Indsatser og tilbud til borgere som ikke ønsker behandling i den regionale psykiatri	0	2	2
4.11	Monitorering af borgerens progression	2	4	6
5.1	Familieintervention for børn og unge	1	2	3
5.2	Netværksintervention	4	10	14
5.3	Måltidsstøtte	7	10	17
5.4	Motion og genoptræning	0	8	8
5.5	Træning af dagligdagskompetencer for voksne og udeboende unge	1	0	1
5.6	Træning af psykologiske kompetencer	1	10	11
5.7	Træning af sociale kompetencer	7	9	16
5.8	Fritidsaktiviteter	1	5	6
5.9	Økonomi og boligforhold	1	0	1
5.10	En skolerettet indsats for børn og unge	1	3	4
5.11	En beskæftigelses-/uddannelsesrettet indsats for voksne	4	4	8
6.1	Udarbejdelse af en koordineret indsatsplan	0	3	3
6.2	Samarbejde og koordination mellem fagprofessionelle aktører i den kommunale rehabilitering	0	0	0
6.3	Samarbejde og koordination med den regionale psykiatri	1	5	6
6.4	Samarbejde og koordination med almen praksis	0	1	1
6.5	Ansvarsfordeling ved samtidigt misbrug	0	16	16
7.1	Fagprofessionelle kompetencer	6	39	45
7.2	Evaluering og kvalitetssikring	0	2	2
	I alt			266

8.4 Bilag 4: Oversigt over anvendte love i de nationale retningslinjer

Generel
<ul style="list-style-type: none">• Forvaltningsloven, Lovbekendtgørelse nr. 433 af 22. april 2014• Lov om behandling af personoplysninger (persondataloven), Lov nr. 429 af 31. maj 2000• Lov om offentlighed i forvaltningen (offentlighedsloven), Lov nr. 606 af 12. juni 2013• Lov om retssikkerhed og administration på det sociale område (retssikkerhedsloven), Lovbekendtgørelse nr. 1052 af 8. september 2015
Social
<ul style="list-style-type: none">• Lov om social service (serviceloven), Lovbekendtgørelse nr. 1053 af 8. september 2015• Lov om socialtilsyn (socialtilsynsloven), Lovbekendtgørelse nr. 1054 af 10. september 2015
Økonomi, beskæftigelse og uddannelse
<ul style="list-style-type: none">• Lov om aktiv beskæftigelsesindsats (beskæftigelsesindsatsloven), Lovbekendtgørelse nr. 807 af 1. juli 2015• Lov om aktiv socialpolitik (aktivloven), Lovbekendtgørelse nr. 806 af 1. juli 2015• Lov om erhvervsuddannelser (erhvervsuddannelsesloven), Lovbekendtgørelse nr. 789 af 16. juni 2015• Lov om folkeskolen (folkeskoleloven), Lovbekendtgørelse nr. 665 af 20. juni 2014• Lov om individuel boligstøtte (boligstøtteloven), Lovbekendtgørelse nr. 158 af 19. februar 2015• Lov om organisering og understøttelse af beskæftigelsesindsatsen mv. (organiseringsloven), Lov nr. 1482 af 23. december 2014• Lov om ret til orlov og dagpenge ved barsel (barselsloven), Lovbekendtgørelse nr. 571 af 29. april 2015• Lov om social pension (pensionsloven), Lovbekendtgørelse nr. 10. af 12. januar 201• Lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser (SPS-loven), lovbekendtgørelse nr. 748 af 16. maj 2015• Lov om statens uddannelsesstøtte (SU-loven), Lovbekendtgørelse nr. 39 af 15. januar 2014• Lov om sygedagpenge (sygedagpengeloven), Lovbekendtgørelse nr. 938 af 12. august 2015• Lov om uddannelse til højere forberedelseksamen (hf-loven), Lovbekendtgørelse nr. 767 af 9. juni 2015• Lov om uddannelse til højere handelseksamen (hhx) og højere teknisk eksamen (htx), Lovbekendtgørelse nr. 768 af 9. juni 2015• Lov om uddannelse til studentereksamen (stx) (gymnasieloven), Lovbekendtgørelse nr. 766 af 9. juni 2015• Lov om ungdomsuddannelse for unge med særlige behov (STU-loven), lovbekendtgørelse nr. 783 af 15. juni 2015• Lov om vejledning om uddannelse og erhverv samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv. (vejledningsloven), Lovbekendtgørelse nr. 995 af 12. september 2014
Sundhed
<ul style="list-style-type: none">• Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien (psykiatriloven), Lovbekendtgørelse nr. 1729 af 2. december 2010• Sundhedsloven, Lovbekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014

8.5 Bilag 5: Oversigt over redskaber til måling af funktionsevne og progression

Nedenfor er præsenteret en liste over redskaber, der kan understøtte vurderingen af borgerens funktionsevne og/eller progression. Listen er ikke udtømmende.

Redskaberne er opdelt efter, hvorvidt de specifikt er målrettet borgere med spiseforstyrrelser, eller ift. om de er målrettet en bredere målgruppe af borgere med psykiske vanskeligheder, og hvor det vurderes, at redskaberne også vil kunne bruges i indsatser målrettet til borgere med spiseforstyrrelser. Nogle af de anførte redskaber har et sundhedsfagligt fokus, og bør således anvendes af eller i samarbejde med sundhedsprofessionelle. Redskaberne omfatter både spørgeskemaer, interviewspørgsmål og test. Flere af de omtalte redskaber er på engelsk, og forelægger ikke i en dansk oversættelse.

Tema	Redskaber til måling af funktionsevne og progression hos borgere med spiseforstyrrelser
Livskvalitet	Eating Disorder Quality of Life Scale (EDQLS): Anvendes til måling af livskvalitet.
Motivation	Eating Disorder Stage of Change (EDSOC): Anvendes til vurdering af grad af motivation (224).
Måltidsstøtte	<p>Kostdagbog: Dagbog hvor borgeren kan registrere måltider. Kan anvendes til at synliggøre uhensigtsmæssige spisemønstre og tydeliggøre fremskridt/tilbagefald.</p> <p>Recovery record: Applikation hvori borgeren kan registrere måltider og dele oplysninger med fagprofessionelle. Applikationen kan erstatte kostdagbøger i papirform.</p> <p>Cravingskema: Skema til registrering af tidspunkt for og grad af craving (225). Kan anvendes til at synliggøre cravingmønster og tydeliggøre fremskridt/tilbagefald.</p> <p>Minusliste: Redskab til dokumentation af madvarer borgeren undgår/spiser.</p> <p>Adfærds- og madprotokol: Redskab til fagprofessionelle til dokumentation af borgerens spiseadfærd (138).</p>
Sociale kompetencer	Emotion Regulation Questionnaire (ERQ): Anvendes til måling af borgerens oplevelse af egen evne til at udtrykke følelser (166,215).
Spiseforstyrrelses-symptomer	<p>Eating Disorder Intervention (EDI-3): Anvendes til måling af graden af spiseforstyrrelsessymptomer (226).</p> <p>Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Anvendes til måling af graden af spiseforstyrrelsessymptomer. Anvendes hovedsagelig ved afslutning af forløb (226).</p> <p>Eating Attitudes Test (EAT-26): Anvendes til måling af graden af spiseforstyrrelsessymptomer.</p>

Tema	Redskaber til måling af funktionsevne og progression hos borgere med psykiske vanskeligheder
Beskæftigelse og uddannelse	<p>Work and Social Adjustment Scale: Anvendes til måling af borgerens oplevelse af egen evne til at kunne varetage arbejde/følge en uddannelse (179,216).</p>
Familieintervention	<p>Family Environment Scale (FES): Anvendes til måling af familiens evne til at indgå i positive familierelationer.</p>
Generel funktionsevne/ progression	<p>Goal Attainment Scaling (GAS): Anvendes til vurdering af målopnåelse.</p> <p>Global Assessment of Function (GAF): Anvendes til vurdering af borgerens psykosociale funktionsevne (227).</p> <p>Minvej: Applikation hvori borgeren kan opstille personlige mål og følge op på disse.</p>
Livskvalitet	<p>The 5-item World Health Organization Well-Being Index (WHO-5): Anvendes til måling af livskvalitet (228).</p> <p>SF36: Anvendes til måling af livskvalitet.</p> <p>KIDSCREEN: Anvendes til måling af livskvalitet hos børn og unge.</p>
Motivation	<p>The Readiness and Motivation Interview (RMI): Anvendes til vurdering af grad af motivation (224).</p> <p>The Readiness and Motivation Questionnaire (RMQ): Anvendes til vurdering af grad af motivation (224).</p>
Perfektionisme	<p>Frost Multidimensional Perfectionism Scale: Anvendes til vurdering af grad af perfektionisme. Måler på fem dimensioner: Bekymring over fejl, krav til sig selv, forældreforventninger, tvivl om adfærd og krav til orden og præcision.</p> <p>Hewitt Multidimensional Perfectionism Scale: Anvendes til vurdering af grad af perfektionisme. Måler på tre dimensioner: Selvorientering, andre-orientering og social forskrevet perfektionisme.</p>
Psykiske velbefindende	<p>Psychological well-being (PWB): Anvendes til vurdering af psykiske velbefindende (229).</p>
Sociale kompetencer	<p>Emotion Regulation Questionnaire (ERQ): Anvendes til måling af borgerens oplevede evne til at regulere og udtrykke følelser (166,215)</p> <p>Perceived Support Scale (PSS): Anvendes til måling af borgerens oplevede evne til at modtage støtte.</p> <p>Piers-Harris Children's Self-Concept Scale og Socialization (PHSC): Anvendes til måling af børn og unges selvopfattelse (169).</p> <p>Quality of Relationship Inventory (QRI): Anvendes til måling af netværkets oplevelse af borgerens evne til at indgå i sociale relationer.</p> <p>Social Interaction Scale (SIS): Anvendes til måling af sociale kompetencer.</p> <p>Social Competence Questionnaire (COM-Q): Anvendes til måling af sociale kompetencer.</p>

8.6 Bilag 6: Sundhedsstyrelsens kriterier for behandlingsindsats

Generelt anbefaler Sundhedsstyrelsens retningslinje om spiseforstyrrelser: ”Anbefalinger for organisation og behandling” fra 2005, at patienter bør behandles med den mindst indgribende indsats, der har effekt og så vidt muligt behandles ambulantly.

Retningslinjen indeholder udarbejdede oversigtsskemaer over kriterier for en gradsinddeling af borgere med spiseforstyrrelser afhængig af sværhedsgraden af deres tilstand. Skemaerne tager udgangspunkt i en lang række forskellige symptomer, forekomst af komorbiditet og behov for behandling og støtte ved forskellige sværhedsgrader af sygdommene, hvor grad 5 repræsenterer den sværeste sygdomsgrad²⁵.

Det skal understreges, at disse skemaer vedr. gradsvurderinger er vejledende oversigter, som ikke kan udgøre eller fungere som et egentlig beslutningstræ. Der er tale om elementer, som bør indgå i den samlede vurdering af tilstandens alvorlighed, men skemaerne kan ikke erstatte en konkret vurdering af den enkelte patient/borger. Generelt vil sværhedsgrad 3-5 indeholde karakteristika, som ofte og typisk vil medføre, at patienten/borgeren omfattes af en specialfunktion, som skal råde over flere specifikke behandlingsmodaliteter fx mulighed for døgnindlæggelse. Siden retningslinjen blev publiceret, er der sket en udvikling i behandlingsmuligheder, som har betydet, at behandlingen af patienter med spiseforstyrrelse primært varetages ambulantly. Det gælder også for patienter, som har en spiseforstyrrelse af grad 4 og 5²⁶.

Det vil imidlertid afhænge af en konkret faglig klinisk vurdering af den enkelte patients/borgers situation og aktuelle problematik, hvilket behandlingstilbud og hvilken behandlingsform – ambulantly, intensiv ambulantly (dagbehandling) eller døgnindlæggelse – det er relevant at tilbyde. Vurderes patienten/borgeren eksempelvis at være særlig kompliceret, foregår behandling på højtspecialiseret niveau, uanset om der er tale om døgnindlæggelse, dagbehandling eller ambulantly behandling.

Tabel 1 og 2 gælder for voksne borgere med henholdsvis anoreksi og bulimi. Tabel 3 og 4 gælder for børn og unge med henholdsvis anoreksi og bulimi. Indikationer for valg af behandlingsform i forhold til børn og unge er på mange områder de samme, som gælder for voksne. Dog bør børn indlægges på snævrere somatisk indikation end voksne. De værdier for puls, BT og BMI, der er angivet som vejledende for akut indlæggelse for voksne, kan ikke uden videre bruges, når det gælder børn. De kriterier, der er forskellige mellem børn og voksne, er indikeret i tabel 3 og 4 med en anden skriftfarve.

25 I retningslinjen har man søgt at beskrive og give et overblik over dette kontinuum af graden af spiseforstyrrelsen med en gradsinddeling i 1-5 sværhedsgrader med udgangspunkt i en amerikansk udarbejdet gradsinddeling (230).

26 Sundhedsstyrelsen har sendt rettelse ift. retningslinjen fra 2005 til Socialstyrelsen: Siden retningslinjen blev publiceret er der sket en udvikling i behandlingsmuligheder, som har betydet, at behandlingen af patienter med spiseforstyrrelser primært varetages ambulantly. Det gælder også for patienter, som har en spiseforstyrrelse af grad 4 og 5.

Tabel 1: Kriterier for behandlingsindsats ved Anorexia Nervosa (AN)²⁷ for voksne
(sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for valg af behandlingsform)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let AN/-----Middelsvær AN-----Livstruende AN					
Behandlingsform	Ambulant	Intensiv ambulant	Daghospital/ Indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs- indlæggelse
Medicinske komplikationer	Medicinsk stabil- således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Medicinsk stabil, således at iv-drop, sondeernæring, daglige laboratoriumundersøgelser mv. ikke er nødvendig	<ul style="list-style-type: none"> • Puls < 40 • BT < 90/60 • K + < 3 m.ækv/l • Lever/nyre-påvirkning 	
Suicidaltruethed	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impulser
Vægt i % af normal	> 85 %	> 80 %	> 75 %	< 85 %	< 75 %
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt/tage på	Selvhjulpen	Selvhjulpen med psykologisk støtte	Behøver struktur	Overvågning nødvendig under spisning	Tæt observation eller sondeernæring
Evne til at bekæmpe obsessive tanker	God	Rimelig	Delvis bevaret: Ego-syntone slankeplaner > 3 t/dag Samarbejde muligt	Dårlig: Ego-syntone slankeplaner 4-6 t/dag. Samarbejde kun muligt i meget struktureret miljø	Meget dårlig: Vedvarende ego-syntone slankeplaner. Stort set ingen samarbejdsvegne
Evne til at bekæmpe tvangsmotion	God	Rimelig	Behøver struktur/hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Struktur og konstant overvågning nødvendig
Evne til at bekæmpe opkastninger	God	Rimelig	Behøver struktur/hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Konstant overvågning nødvendigt
Evne til at bekæmpe udrensning	God	Rimelig	Behøver hjælp	Struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig	Konstant overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte		Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene
Komorbiditet	Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedenstående er vejledende</i>				
Misbrug	-	-	-	+	+
Depression	-	(+)	+	+	+
Angst	-	(+)	+	+	+
Personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling.

Tabel 2: Kriterier for behandlingsindsats ved Bulimia Nervosa (BN) for voksne

(sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for behandlingsform)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let BN/-----Middelsvær BN-----Livstruende BN					
Behandlingsform	Ambulant	Intensiv Ambulant	Daghospital/ Indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs-indlæggelse
Medicinske komplikationer	Medicinsk stabil – således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Ja, hvis tæt monitorering, observation eller behandling er nødvendig	<ul style="list-style-type: none"> • K + < 3 m.ækv/l • Lever/nyre-påvirkning • Forlænget QT interval 	
Suicidaltruet	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impulser
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis (ambivalens)	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt	Selvhjulpen	Selvhjulpen med støtte	Behøver støtte og struktur	Behøver støtte, struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg	Behøver konstant overvågning
Hyppeghed af overspisning	< 2/uge	≥ 2/uge, men ikke dagligt	Op til 2 gange dagligt	≥ 3/dag	Talrige gange dagligt
Hyppeghed af opkastning	< 2/uge	≥ 2/uge, men ikke dagligt	Op til 2 gange dagligt	≥ 3/dag	Talrige gange dagligt
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte	Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene	
Komorbiditet	Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedenstående er vejledende</i>				
Misbrug	-	-	-	+	+
Depression	-	(+)	+	+	+
Angst	-	(+)	+	+	+
Personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling.

Tabel 3: Kriterier for behandlingsindsats ved Anorexia Nervosa (AN)²⁸ for børn og unge
(sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for valg af behandlingsform)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let AN/-----Middelsvær AN-----Livstruende AN					
Behandlingsform	Ambulant	Intensiv ambulant	Daghospital/ Indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs-indlæggelse
Medicinske komplikationer Indikationer for døgnindlæggelse er på mange måder de samme som for voksne. Dog bør børn indlægges på snævrere somatisk indikation end voksne.	Medicinsk stabilitet - således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Medicinsk stabil, således at iv-drop, sondeernæring, daglige laboratorieundersøgelser mv. ikke er nødvendig	<ul style="list-style-type: none"> • Puls < 40 • BT < 90/60 • K + < 3 m.ækv/l • Lever/nyre-påvirkning 	
			1) Svær afmagring, BMI < ca. 15 kg/m ² , især ved AN af bulimisk variation, 2) Hurtigt væggtab, mere end 30 % over 3 måneder til mere end 4 kg/4 uger, 3) Specifikke tegn på organsvigt, fx leukopeni, svær leverpåvirkning eller lignende, 4) Puls under 40-50/min, 5) Systolisk BT under 60-80 mmHg, 6) Temperatur under 36°C, 7) Elektrolytforskydninger (serum kalcium < 2,5-3 mmol/l), 8) QT-forlængelse på EKG, 9) Svær myopati (fx vanskeligheder ved at gå på trapper), 10) Bevidsthedspåvirkning vil udgøre en absolut indikation for en akut indlæggelse, om nødvendigt ved tvang.		
Vægt i % af normal.	Korrigeret > 85 % ift. barns alder	Korrigeret > 80 % ift. barns alder	Korrigeret > 75 % ift. barns alder	Korrigeret < 85 % ift. barns alder	Korrigeret < 75 % ift. barns alder
Vægt i % af normal	> 85 %	> 80 %	> 75 %	< 85 %	< 75 %
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt/tage på	Selvhjulpen	Selvhjulpen med psykologisk støtte	Behøver struktur	Overvågning nødvendig under spisning	Tæt observation eller sondeernæring
Evne til at bekæmpe obsessive tanker	God	Rimelig	Delvis bevaret: Ego-syntone slankeplaner > 3 t/dag Samarbejde muligt	Dårlig: Ego-syntone slankeplaner 4-6 t/dag. Samarbejde kun muligt i meget struktureret miljø	Meget dårlig: Vedvarende ego-syntone slankeplaner. Stort set ingen samarbejdsevne
Evne til at bekæmpe tvangsmotion	God	Rimelig	Behøver struktur/hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Struktur og konstant overvågning nødvendig
Evne til at bekæmpe opkastninger	God	Rimelig	Behøver struktur/hjælp	Struktur og overvågning nødvendig	Konstant overvågning nødvendigt
Evne til at bekæmpe udrensning	God	Rimelig	Behøver hjælp	Struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig	Konstant overvågning ved måltider og toiletbesøg nødvendig
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte	Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene	
	Omgivelsernes støtte og accept af patienten har stor betydning i afvejningen af, om indlæggelse er nødvendig. Hjemlige problemer, eventuelle emotionelle, fysiske eller seksuelle overgreb taler for indlæggelse eller fjernelse fra det hjemlige miljø.				
Komorbiditet	Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet. <i>Følgende er vejledende:</i>				
Misbrug	-	-	-	+	+
Depression	-	(+)	+	+	+
Angst	-	(+)	+	+	+
Personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling.

Tabel 4: Kriterier for behandlingsindsats ved Bulimia Nervosa (BN) for børn og unge
(sygdomsvarighed og komorbiditet har betydning for behandlingsform)

Sygdommens alvorlighed	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Let BN/-----Middelsvær BN-----Livstruende BN					
Behandlingsform	Ambulant	Intensiv Ambulant	Daghospital/ Indlæggelse	Indlæggelse	Tvangs-indlæggelse
Medicinske komplikationer	Medicinsk stabil – således at omfattende somatisk monitorering ikke er nødvendig		Ja, hvis tæt monitorering, observation eller behandling er nødvendig	<ul style="list-style-type: none"> • K + < 3 m.ækv/l • Lever/nyre-påvirkning • Forlænget QT interval 	
Indikationer for døgnindlæggelse er på mange måder de samme som for voksne. Dog bør børn indlægges på snævrere somatisk indikation end voksne.			1) Svær afmagring, BMI < ca. 15 kg/m ² , især ved AN af bulimisk variation, 2) Hurtigt væggtab, mere end 30 % over 3 måneder til mere end 4 kg/4 uger, 3) Specifikke tegn på organsvigt, fx leukopeni, svær leverpåvirkning eller lignende, 4) Puls under 40-50/min, 5) Systolisk BT under 60-80 mmHg, 6) Temperatur under 36°C, 7) Elektrolytforskydninger (serum kalcium < 2,5-3 mmol/l), 8) QT-forlængelse på EKG, 9) Svær myopati (fx vanskeligheder ved at gå på trapper), 10) Bevidsthedspåvirkning vil udgøre en absolut indikation for en akut indlæggelse, om nødvendigt ved tvang.		
Suicidaltruet	Nej	Nej	Evt. tanker	Tanker, planer, men ikke impulser	Planer/impulser
Psykologisk indsigt	God	Rimelig	Delvis	Dårlig	Dårlig
Motivation for behandling	God	Rimelig	Delvis (ambivalens)	Dårlig	Dårlig
Evne til at spise normalt	Selvhjulpen	Selvhjulpen med støtte	Behøver støtte og struktur	Behøver støtte, struktur og overvågning ved måltider og toiletbesøg	Behøver konstant overvågning
Hypighed af overspisning	< 2/uge	≥ 2/uge, men ikke dagligt	Op til 2 gange dagligt	≥ 3/dag	Talrige gange dagligt
Hypighed af opkastning	< 2/uge	≥ 2/uge, men ikke dagligt	Op til 2 gange dagligt	≥ 3/dag	Talrige gange dagligt
Omgivelsernes støtte/stress	Netværket yder den nødvendige støtte		Netværket yder delvist den nødvendige støtte	Alvorlige hjemlige problemer, evt. overgreb. Ingen social støtte; bor evt. alene	
	Omgivelsernes støtte og accept af patienten har stor betydning i afvejningen af, om indlæggelse er nødvendig. Hjemlige problemer, eventuelle emotionelle, fysiske eller seksuelle overgreb taler for indlæggelse eller fjernelse fra det hjemlige miljø.				
Komorbiditet	Psykiatrisk komorbiditet kan have betydning for behandlingsniveauet <i>Nedenstående er vejledende</i>				
Misbrug	-	-	-	+	+
Depression	-	(+)	+	+	+
Angst	-	(+)	+	+	+
Personlighedsforstyrrelse	-	-	+	+	+

Kilde: Sundhedsstyrelsen (2005): Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling.



REFERENCER

9. Referencer

- (1) Regeringen. Bedre kvalitet og samarbejde. Opfølgning på evaluering af kommunalreformen. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet. 2013.
- (2) Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version, 2. udgave. Aarhus: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. 2013.
- (3) Socialstyrelsen. Bilag 1 til central udmelding for voksne med kompleks erhvervet hjerneskade. Odense: Socialstyrelsen. 2014.
- (4) Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af moderat og svær bulimi. København: Sundhedsstyrelsen. 2015.
- (5) Sundhedsloven. LBK nr 1202 af 14/11/2014.
- (6) Bønsing S. Almindelig Forvaltningsret. 3. udgave. København: Djøf Forlag. 2013.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. København: Sundhedsstyrelsen. 2005.
- (8) Skårderud F. Stærk/Svag. En håndbog om spiseforstyrrelser. København: Hans Reitzels Forlag. 2000.
- (9) Statens helsetilsyn. Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i specialisthelsetjenesten. Oslo: Statens Helsetilsyn. 2000.
- (10) Nielsen S. Epidemiology and mortality of eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America* 2001;24(2):201-214.
- (11) Møller-Madsen S, Nystrup J, Nielsen S. Mortality in anorexia nervosa in Denmark during the period 1970-1987. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1996;94(6):454-459.
- (12) Emborg C. Mortality and causes of death in patients with eating disorders in Denmark, 1970-1993. *Ugeskrift for Læger* 2001;163(25):3476-3480.
- (13) Winkler LA, Bilenberg N, Hørder K, Støving RK. Does specialization of treatment influence mortality in eating disorders? - A comparison of two retrospective cohorts. København: Abstract from 31st Nordic Congress of Psychiatry. 2015.
- (14) Meidahl B. Spiseforstyrrelseres psykiske og fysiske følger. I: Andeasen J, Christiansen E (red.). Spiseforstyrrelser. En tværfaglig antologi, s. 107-114. Frederiksberg: Frydenlund. 2000.
- (15) Noordenbos G. Recovery from Eating Disorders. A Guide for Clinicians and Their Clients. West Sussex: Wiley-Blackwell. 2013.
- (16) Robinson PH. Severe and Enduring Eating Disorder (SEED): Management of Complex Presentations of Anorexia and Bulimia Nervosa. West Sussex: Wiley-Blackwell. 2009.
- (17) Rosenvinge JH, Martinussen M, Østensen E. The comorbidity of eating disorders and personality disorders: A meta-analytic review of studies published between 1983 and 1998. *Eating and weight disorders* 2000;5(2):52-61.
- (18) Møhl B. Selvskade – psykologi og behandling. København: Hans Reitzels Forlag. 2015.
- (19) Nazar BP, Pinna CM, Coutinho G, Segenreich D, Duchesne M, Appolinario JC, et al. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2008;30(4):384-9.
- (20) Seitz J, Kahraman-Lanzerath B, Legenbauer T, Sarrar L, Herpertz S, Salbach-Andrae H, et al. The role of impulsivity, inattention and comorbid ADHD in patients with bulimia nervosa. *PLoS One* 2014;8(5).
- (21) Bleck JR, DeBate RD, Olivardia R. The Comorbidity of ADHD and Eating Disorders in a Nationally Representative Sample. *Journal of Behavioral Health Services & Research* 2015;42(4):437-51.
- (22) Hay P, Chin D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugener L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2014;48(11):977-1008.
- (23) Pepin G, Stagnitti K. Come Play With Me: An Argument to Link Autism Spectrum Disorders and Anorexia Nervosa Through Early Childhood Pretend Play. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention* 2012;20(3):254-259.

- (24) Socialstyrelsen. Voksenudredningsmetoden. Metodehåndbog. Udarbejdet i samarbejde med Kommunernes Landsforening. 3. udgave. Odense: Socialstyrelsen. 2013.
- (25) National Center on Addiction and Substance Abuse. Food for Thought: Substance Abuse and Eating Disorders. New York: Colombia University. 2003.
- (26) Holderness CC, Brooks-Gunn J, Warren MP. Co-Morbidity of Eating Disorders and Substance Abuse Review of Literature. *International Journal of Eating Disorders* 1994;16(1):1-34.
- (27) Ressler A. Insatiable Hungers: Eating Disorders and Substance Abuse. *Social Work Today* 2008;8(4):30-35.
- (28) HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse - ROP lidelser. Oslo: HelseDirektoratet. 2011.
- (29) Alley C. Developing an integrated model of eating disorders: A neurological perspective. *PsyPAG Quarterly* 2012;83(1):23-26.
- (30) Baum A, Goldner EM. The relationship between stealing and eating disorders: A review. *Harvard Review of Psychiatry* 1995;3(4):210-221.
- (31) Carr A. The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach. 2nd edition. London: Routledge. 2006.
- (32) Vammen KS, Christoffersen MN. Unges selvskade og spiseforstyrrelse. Kan social støtte gøre en forskel? København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (33) Bulik CM, Sullivan PF, Wade TD, Kendler KS. Twin Studies of Eating Disorders: A Review. *International Journal of Eating Disorders* 2000;27(1):1-20.
- (34) Strober M, Lampert C, Morrell W, Burroughs J, Jacobs C. A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders* 1990;9(3):239-259.
- (35) Strober M, Freeman R, Lampert C, Diamond J, Kaye W. Controlled family study of anorexia and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(3):393-400.
- (36) Lilenfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, et al. A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 1998;55(7):603-610.
- (37) Ottsen A. Spiseforstyrrelser i eliteidræt. I: Andreasen J, Christiansen E (red.). Spiseforstyrrelser. En tværfaglig antologi, s. 95-106. København: Frydenlund. 2000.
- (38) Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Beskæftigelsesministeriet, Undervisningsministeriet. Vejledning om kommunal rehabilitering. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2011.
- (39) Halvorsen I, Andersen A, Heyerdahl S. Good outcome of adolescent-onset anorexia nervosa after systematic treatment. Intermediate to long-term follow-up of a representative county-sample. *European Child and Adolescent psychiatry* 2004;13(5):295-306.
- (40) Halvorsen I. Outcome of anorexia nervosa in childhood and adolescence. Intermediate to long-term follow-up of a county sample. Oslo: University of Oslo. 2006.
- (41) Steinhausen HC, Boyadjieva S, Griogoroiu-Serbanescu M, Neumärker KJ. The outcome of adolescent eating disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2003;Suppl 1(23):91-98.
- (42) Harrison A, Mountford VA, Tchanturia K. Social anhedonia and work and social functioning in the acute and recovered phases of eating disorders. *Psychiatry Research* 2014;218(1-2):187-194.
- (43) Cockell SJ, Zaitsoff SL, Geller J. Maintaining change following eating disorder treatment. *Professional psychology: Research and practice* 2004;35(5):527.
- (44) Björk T, Ahlström G. The Patient's Perception of Having Recovered from an Eating Disorder. *Health Care for Women International* 2008;29(8):926-944.
- (45) Koman SA. A "Continuum of Care" Approach To Eating Disorders. Walden Behavioral Care, Waltham, Massachusetts. Adresse: <http://www.waldenbehavioralcare.com/pdfs/ContinuumOfCare.pdf>. Besøgt d.05/02, 2015.
- (46) Støving RK, Andries A, Brixen K, Nilenberg N, Hørder K. Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Research* 2011;186(2-3):362-366.
- (47) Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients. *The American Journal of Psychiatry*; 1997;154(8):1127-1132.

- (48) Landspatientregistreret. Psykiatri og somatik. 2014.
- (49) Vejledning nr. 9493 af 13/07/2011 om kommunal rehabilitering.
- (50) de la Rie SM, Noordenbos G, van Furth EF. Quality of life in eating disorders. *Qualitative of life research* 2005;14(6):1511-1522.
- (51) Jenkins PE, Hoste RR, Meyer C, Blissett JM. Eating disorders and quality of life: A review of the literature. *Clinical Psychology Review* 2011;31(1):113-121.
- (52) Mitchison D, Hay P, Slewa-Younan S, Mond J. Time trends in population prevalence of eating disorder behaviors and their relationship to quality of life. *PLoS ONE* 2012;7(11).
- (53) DeJong H, Oldershaw A, Sternheim L, Samarawickrema N, Kenyon MD, Broadbent H, et al. Quality of life in anorexia nervosa, bulimia nervosa and eating disorder not-otherwise-specified. *Journal of eating disorders* 2013;1(43).
- (54) Winkler LA, Christiansen E, Lichtenstein MB, Hansen NB, Bilenberg N, Støvring RK. Quality of life in eating disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Research* 2014;219(1):1-9.
- (55) Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1999;56(1):63-69.
- (56) Keel PK, Mitchell JE. Outcome in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*; 1997;154(3):313-321.
- (57) Hsu LK, Sobkiewicz TA. Bulimia nervosa: a four- to six-year follow-up study. *Psychological Medicine* 1989;19(4):1035-1038.
- (58) Luka LP, Agras WS, Schneider JA. Thirty month follow-up of cognitive-behavioural group therapy for bulimia. *The British Journal of Psychiatry* 1986;148(1):614-615.
- (59) McFarlane T, Olmsted MP, Trottier K. Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample. *International Journal of Eating Disorders* 2008;41(7):587-593.
- (60) Berends A, van Meijel B, van Elburg A. The Anorexia Relapse Prevention Guidelines in Practice: A Case Report. *Perspectives in Psychiatric Care* 2011;48(3):149-155.
- (61) Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W. Rate and prediction of relapse in bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*; 1994;151(5):738-743.
- (62) Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. Relapse in anorexia nervosa: a survival analysis. *Psychological Medicine* 2004;34(4):671-679.
- (63) Hsu LK, Crisp AH, Harding B. Outcome of anorexia nervosa. *Lancet* 1979;1(8107):61-65.
- (64) Hall A, Slim E, Hawker F, Salmon C. Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. *The British Journal of Psychiatry* 1984;145(1):407-413.
- (65) Morgan HG, Russell GF. Value of family background and clinical features as predictors of longterm outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine* 1975;5(4):355-371.
- (66) Rosenvinge JH, Moulund SO. Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *The British Journal of Psychiatry* 1990;156(1):92-97.
- (67) Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2010;43(3):195-204.
- (68) Eckert ED, Halmi KA, Marchi P. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine* 1995;25(1):143-156.
- (69) Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: Prospective study. *The British Journal of Psychiatry* 2005;197(1):573-578.
- (70) Halvorsen I, Bergwitz T. Spiseforstyrrelser. I: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (red.). Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri. Kapittel 6. Oslo: Den norske legeforening. 2011.
- (71) Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skarderud F, Geller J, Holte A. Reluctance to recover in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2012;20(1):60-67.
- (72) Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry* 2002;159(8):1284-1293.
- (73) Frederici A, Kaplan AE. The Patient's Account of Relapse and Recovery in Anorexia Nervosa: A Qualitative Study. *European Eating Disorders Review* 2008;16(1):1-10.
- (74) Grilo CM, Pagano ME, Stout RL, Markowitz JC, Ansell EB, Pinto A, et al. Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: Six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorders* 2012;45(2):185-192.

- (75) Steinhausen HC, Weber S. The Outcome of Bulimia Nervosa: Findings From One-Quarter Century of Research. *The American Journal of Psychiatry*; 2009;166(12):1331-1341.
- (76) National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. National Clinical Practice Guideline Number CG9. Leicester: The British Psychological Society and Gaskell. 2004.
- (77) Rosling AM, Sparén P, Norring C, Knorrning A. Mortality of eating disorders: A follow up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *International Journal of Eating Disorders* 2011;44(4):304-310.
- (78) Gowers S, Bryant-Waugh R. Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2004;45(1):63-83.
- (79) Keel PK, Dorer DJ, Franko DL, Jackson SC, Herzog DB. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*; 2005;162(12):2263-2268.
- (80) Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders* 1997;22(4):339-360.
- (81) Socialstyrelsen. Veje til reelt medborgerskab. En kortlægning af udviklingshæmmedes vilkår for selvbestemmelse og brugerinddragelse. Odense: Socialstyrelsen. 2007.
- (82) Jensen P. Recovery på dansk. At overvinde psykosociale handicap. København: Gyldendal Akademisk. 2004.
- (83) Regeringens udvalg om psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Regeringens udvalg om psykiatri. 2013.
- (84) Rehabiliteringsforum Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet: Rehabilitering i Danmark. Aarhus: MarselisborgCentret. 2004.
- (85) Socialstyrelsen. Mennesker med psykiske vanskeligheder. Sociale indsatser der virker. Aktuel viden til udvikling og planlægning af den kommunale indsats. Odense: Socialstyrelsen. 2013.
- (86) Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Koncept for systematisk inddragelse af pårørende. Odense: Socialstyrelsen. 2014.
- (87) SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. Washington, D.C.: US Department of Health and Human Services. 2012.
- (88) Davidsen AH, Poulsen S, Waadegaard M, Lindschou J, Lau M. Feedback versus no feedback in improving patient outcome in group psychotherapy for eating disorders (F-EAT): a protocol for a randomized clinical trial. *Trials* 2014;15(138).
- (89) Shifloe PM. Sociale netværk. I: Fyrand L (red.). Perspektiver på socialt netværk. København: Universitetsforlaget. 1992.
- (90) Vanderlinden J, Buis H, Pieters G, Probst M. Which elements in the treatment of eating disorders are necessary 'ingredients' in the recovery process? - A comparison between the patient's and therapist's view. *European Eating Disorders Review* 2007;15(5):357-365.
- (91) Ruuska J, Koivisto AM, Rantanen P, Kaltiala-Heino R. Psychosocial functioning needs attention in adolescent eating disorder. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007;67(6):452-458.
- (92) Tiller JM, Sloane G, Schmidt U, Troop N, Power M, Treasure JL. Social Support in Patients with Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1997;21(1):31-38.
- (93) Socialpædagogerne. Redskab: Netværkskort. Adresse: <http://www.sl.dk/da/Fag%20og%20uddannelse/~media/Fag%20og%20Uddannelse/Relationsarbejde/Netvaerkskort.ashx>. Besøgt d.01/08, 2015.
- (94) Socialstyrelsen. Hvad er netværksmøder? Adresse: <http://www.inddrag.nu/netvaerksmoder/hvad-er-netvaerksmoder>. Besøgt d.27/01, 2014.
- (95) Socialstyrelsen. Åben dialog. Del I om tilgangen. Odense: Socialstyrelsen. 2014.
- (96) Clausen S, Djurhuus M, Kyvsgaard B. Udredning til brug for Kommissionen vedrørende ungdomskriminalitet. København: Justisministeriets forskningskontor. 2009.
- (97) Clausen L, Lübeck M, Jones A. Motivation to change in the eating disorders: a systematic review. *International Journal of Eating Disorders* 2013;46(8):755-63.

- (98) Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, Bewell-Weiss CV, Crosby RD, Woodside DB, et al. A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: Implications for relapse preventions. *Psychiatry Research* 2012;200(2-3):518-523.
- (99) Nordbø RH, Espeset EM, Gulliksen KS, Skårderud F, Holte A. The meaning of self-starvation: qualitative study of patients' perception of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2006;39(7):556-564.
- (100) Nordbø RH, Gulliksen KS, Espeset EM, Skarderud F, Geller J, Holte A. Expanding the concept of motivation to change: The content of patients' wish to recover from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2008;41(7):635-642.
- (101) Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational interviewing for adolescent substance use: a review of the literature. *Addictive Behaviors* 2012;37(12):1325-1234.
- (102) Westra HA, Aviram A, Doell FK. Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2011;56(11):643-650.
- (103) Macdonald P, Hibbs R, Corfield F, Treasure J. The use of motivational interviewing in eating disorders: A systematic review. *Psychiatry Research* 2012;200(1):1-11.
- (104) Marner T. Eksternalisering af spiseforstyrrelsen: En moderne dæmonuddrivelse. I: Andreasen J, Christiansen E (red.). *Spiseforstyrrelser. En tværfaglig antologi*, s. 315-331. Frederiksberg C: Frydenlund. 2000.
- (105) Gulliksen KS, Espeset EMS, Nordbø RHS, Skårderud F, Geller J, Holte A. Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders* 2012;45(8):392-941.
- (106) Wright KM, Hacking S. An angel on my shoulder: a study of the relationship between women with anorexia and healthcare professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2012;19(2):107-115.
- (107) Godt K. Spiseforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser – sammenhæng og betydning for behandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2004;17(124):2247-2250.
- (108) Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. Clinical practice guideline: The diagnosis and treatment of eating disorders. *Deutsche Ärzteblatt International* 2011;108(40):678-85.
- (109) Robinson P. Mentalisation-Based therapy of Non-Suicidal Self Injury and Eating Disorders: MBT-ED. I: Claes L, Muehlenkamp JJ (red.). *Non-Suicidal Self Injury in Eating Disorders*, s. 163-179. Berlin: Springer. 2014.
- (110) Wilhelmsen VU. Diabetes og spiseforstyrrelser. Pilotprojekt: Støttegruppe for kvinder mellem 17 og 35 år. København: Diabetesforeningen. 2010.
- (111) Masters K. Type 1 diabetes mellitus and mortality risk in patients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry* 2014;171(2):229.
- (112) Nielsen S, Emborg C, Mølbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. *Diabetes Care* 2002;25(2):309-312.
- (113) Bryant-Waugh R, Lask B. Treatment of childhood eating difficulties and disorders. I: Grilo J, Mitchell JE (red.). *The treatment of eating disorders*, s. 417-427. New York: Guilford Press. 2010.
- (114) Sundhedsstyrelsen. Regionale sundhedsaftaler. Adresse: <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/sundhedsaftaler/sundhedsaftaler-2015-2018>. Besøgt d.01/08, 2015.
- (115) Socialstyrelsen. Barnets Velfærd i centrum – ICS håndbog. 4. udgave. Odense: Socialstyrelsen. 2014.
- (116) ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. Børn af forældre med en spiseforstyrrelse. København: ViOSS. 2014.
- (117) Bulik CM, Baucom D, Kirby J, Pisetski E. Uniting Couples in the treatment of anorexia nervosa (UCAN). *International Journal of Eating Disorders* 2011;44(1):19-28.
- (118) Bastiani AM, Rao R, Welzin T, Kaye WH. Perfectionism in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 1995;17(2):147-152.
- (119) Royal College of Psychiatrists. Junior MARSIPAN: Management of really sick patients under 18 with anorexia nervosa. London: Royal College of Psychiatrists. 2012.

- (120) Halmi KA. Management of anorexia nervosa in inpatient and partial hospitalization settings. I: Yager J, Powers PS (red.). *Clinical manuals of eating disorders*, s. 113-125. American Psychiatric Publishing. 2007.
- (121) Strober M. Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2004;36(3):245-255.
- (122) Ordnet.dk. Progression. Adresse: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=progression>. Besøgt d.01/08, 2015.
- (123) Socialstyrelsen. Sociale begreber: Din genvej til sociale begreber og definitioner. Odense: Socialstyrelsen. 2015.
- (124) Haigh R, Treasure J. Investigating the Needs of Carers in the Area of Eating Disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorders Review* 2003;11(2):125-141.
- (125) Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J. Appraisal of Caregiving Burden, Expressed Emotion and Psychological Distress in Families of People with Eating Disorders: A Systematic Review. *European Eating Disorders Review* 2009;17(5):338-349.
- (126) Nilsson K, Engstrom I, Hagglof B. Family climate and recovery in adolescent onset eating disorders: A prospective study. *European Eating Disorders Review* 2012;20(1):96-102.
- (127) de la Rie SM, Noordenbog G, Donker M, van Furth EF. Quality of life of family caregivers in eating disorders. *Eating Behaviors* 2005;13(4):338-349.
- (128) Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, Treasure J. A systematic review of family caregivers in eating disorders. *Eating Behaviors* 2014;15(3):464-477.
- (129) Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, Treasure J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 2015;48(4):349-361.
- (130) Grover M, Naumann U, Mohammad-Dar L, Glennon D, Ringwood S, Eisler I, et al. A randomized controlled trial of an Internet-based cognitive-behavioural skills package for carers of people with anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 2011;41(12):2581-2591.
- (131) Goddard E, Macdonald P, Sepulveda AR, Naumann U, Landau S, Schmidt U, et al. Cognitive interpersonal maintenance model of eating disorders: intervention for carers. *The British Journal of Psychiatry* 2011;199(3):225-231.
- (132) Macdonald P, Hibbs R, Rhind C, Harrison A, Goddard E, Raenker S, et al. Disseminating skills to carers of people with eating disorders: an examination of treatment fidelity in lay and professional carer coaches. *Health Psychology and Behavioral Medicine* 2015;2(1):555-564.
- (133) Mental Health Research Network. Expert Carers Helping Others (ECHO): A case study on carer involvement in mental health research. London: National Institute for Health Research. 2013.
- (134) Auckland Eating Disorder Service. Meal support. Information for family, friends and support people. Auckland: Auckland Eating Disorder Service. 2008.
- (135) Noordenbos G, Seubring A. Criteria for Recovery from Eating Disorders According to Patients and Therapists. *Eating Disorders* 2006;14(1):41-54.
- (136) Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice* 2010;25(2):122-136.
- (137) Couturier J, Mahmood A. Meal support therapy reduces the use of nasogastric feeding for adolescents hospitalized with anorexia nervosa. *Eating Disorders* 2009;17(4):327-332.
- (138) Cockfield A, Philpot U. Feeding size 0: the challenges of anorexia nervosa. Managing anorexia from a dietitian's perspective. *Proceedings of the Nutrition Society* 2009;68(3):281-288.
- (139) American Psychiatric Association. Table 8. Level of Care Guidelines for Patients With Eating Disorders. I: American Psychiatric Association (red.). *Practice guideline for treatment of patients with eating disorders*, s. 37-39. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2006.
- (140) Leichner M, Standish K, Leichner P. Strategies for supporting youth with eating disorders when intensive treatment is needed. *British Columbia medical journal* 2005;47(1):49.
- (141) Tholking MM, Mellowspring AC, Eberle SG, Lamb RP, Myers ES, Scribner C, et al. American Dietetic Association: standards of practice and standards of professional performance for registered dietitians (competent, proficient, and expert) in disordered eating and eating disorders (DE and ED). *Journal of the American Dietetic Association* 2011;111(8):1242-1249.

- (142) Garner DM, Garfinkel PE. Mechanical Eating. I: Handbook of treatment for eating disorders, s. 161. New York: Guilford Press.1997.
- (143) Prakken K. Mindfulness Approach to Eating Disorders and Everyday Eating. North Carolina: UNC School of Social Work Clinical Lecture Series. 2012.
- (144) Cardi V, Lounes N, Kan C, Treasure J. Meal support using mobile technology in anorexia nervosa. Contextual differences between inpatient and outpatient settings. *Appetite* 2013;60(1):33-39.
- (145) White HJ, Haycraft E, Madden S, Rhodes P, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, et al. How do parents of adolescent patients with anorexia nervosa interact with their child at mealtimes? *International Journal of Eating Disorders* 2015;48(1):72-80.
- (146) Godfrey K, Rhodes P, Miskovic-Wheatley J, Wallis A, Clarke S, Kohn M, et al. Just one more bite: A qualitative analysis of the family meal in family-based treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 2015;23(1):77-85.
- (147) Royal College of Psychiatrists and Royal College of Physicians London. College Report CR189, Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2. edition. London: The Royal College of Psychiatrists. 2014.
- (148) Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G. Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders, prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry* 2008;49(4):346-352.
- (149) Stein D, Latzer Y. Treatment and Recovery of Eating Disorders. New York: Nova Science Publishers. 2012.
- (150) The Central West Eating Disorders Program of Oakland. Putting Eating Disorders on the Radar of Primary Care Providers: Assessment Tools, Guidelines and Resources. Oakville, Ontario: Central West Eating Disorder Program. 2010.
- (151) Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J, Rø Ø, Rosenvinge JH, Hoffart A, Martinsen EW. "I'm not physically active – I only go for walks": physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2010;43(1):88-92.
- (152) Thompson-Brenner H, Satir DA, Franko DL, Herzog DB. Clinician Reactions to Patients With Eating Disorders: A review of the Literature. *Psychiatric Services* 2012;63(1):73-78.
- (153) Lindgren B, Enmark A, Bohman A, Lundström M. A qualitative study of young women's experiences of recovery from Bulimia Nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 2015;71(4):860-869.
- (154) McVey GL, Davis R, Kaplan AS, Katzman DK, Pinhas L, Geist R, et al. Community-Based Training Program for Eating Disorders and Its Contribution to a Provincial Network of Specialized Services. *International Journal of Eating Disorders* 2005;37(1):35-40.
- (155) Pettersen G, Thune-Larsen K, Wynn R, Rosenvinge J. Eating disorders: Challenges in the later phases of the recovery process: A qualitative study of patients' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013;27(1):92-98.
- (156) Schlam TR, Wilson GT. Relapse Prevention for Eating Disorders. I: Witkiewitz K, Marlatt GA (red.). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*, s. 169-189. Elsevier Academic Press. 2007.
- (157) Beumont P, Hay P, Beumont D, Birmingham L, Derham H, Jordan A, et al. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38(9):659.
- (158) Campbell K, Peebles R. Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics* 2014;134(3):582-592.
- (159) Lamer K. Du og jeg og vi to! Om og fremme barns sosiale kompetanse, Teoriboka. Oslo: Universitetsforlaget. 1997.
- (160) Hansen M. Psykologisk pædagogisk ordbog. København: Gyldendal Akademisk. 2012.
- (161) Korsbek L, Epløv LF, Petersen L, Olander M. Psykiatrisk og psykosocial rehabilitering - en recoveryorienteret tilgang. København: Munksgaard. 2010.
- (162) Grissett NI, Norvell NK. Perceived Social Support, Social Skills, and Quality of Relationships in Bulimic Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992;60(2):293-299.
- (163) Espeset EM, Gulliksen KS, Nordbø RH, Skårderud F, Holte A. The Link Between Negative Emotions and Eating Disorder Behaviour in Patients with Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 2012;20(6):451-460.

- (164) Tárrega S, Fagundo AB, Jiménez-Murcia S, Granero R, Giner-Bartolomé C, Forcano L, et al. Explicit and Implicit Emotional Expression in Bulimia Nervosa in the Acute State and after Recovery. *PLoS ONE* 2014;9(7).
- (165) McFillin R, Cahn SC, Burks VS, Levine MP, Loney SL, Levine RL. Social Information-Processing and Coping in Adolescent Females Diagnosed With an Eating Disorder: Toward a Greater Understanding of Control. *Eating Disorders* 2012;20(1):42-59.
- (166) Davies H, Swan N, Schmidt U, Tchanturia K. An Experimental Investigation of Verbal Expression of Emotion in Anorexia and Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review* 2011;20(6):476-483.
- (167) Morris R, Bramham J, Smith E, Tchanturia K. Empathy and social functioning in anorexia nervosa before and after recovery. *Cognitive Neuropsychiatry* 2014;19(1):47-57.
- (168) Takahashi M, Kosaka K. Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2003;57(3):295-302.
- (169) Lazaro L, Font E, Moreno E, Calvo R, Vila M, Andrés-Perpina S, et al. Effectiveness of Self-esteem and Social Skills Group Therapy in Adolescent Eating Disorder Patients Attending a Day Hospital Treatment Programme. *BMC Psychiatry* 2011;19(5):398-406.
- (170) Matussek JA, Knudson RM. Rethinking recovery from eating disorders: spiritual and political dimensions. *Qualitative Health Research* 2009;19(5):697-707.
- (171) Krug I, Penelo E, Fernandez-Aranda F, Anderluh M, Bellodi L, Cellini E, et al. Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: A multi-centre European case-control study. *Journal of health psychology* 2012;18(1):26.
- (172) Hay PJ, Cho K. A Qualitative Exploration of Influences on the Process of Recovery from Personal Written Accounts of People with Anorexia Nervosa. *Women Health* 2013;53(7):730-740.
- (173) Fisker HJ. Rehabiliterende friluftsprogram. Skov og Landskab, udvikling, afprøvning og evaluering af metode vedrørende friluftstilbud med udgangspunkt i friluftaktiviteter i naturen til unge med spiseforstyrrelser. Frederiksberg: Skov og Landskab, Københavns Universitet. 2010.
- (174) Crow SJ, Frisch MJ, Peterson CB, Croll J, Raatz SK, Nyman JA. Monetary costs associated with bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2009;42(1):81-83.
- (175) Clemens EV, Welfare LEM, Williams AM. Elements of Successful School Reentry After Psychiatric Hospitalization. *Preventing School Failure* 2011;55(4):202-213.
- (176) Børnerådet. Det er bare almindelige mennesker, der har en sårbarhed. Børn og unge fortæller om at være indlagt i psykiatrien. København: Børnerådet. 2014.
- (177) The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders, The Eating Disorders Foundation of Victoria. An eating disorders resource for schools. A manual to promote early intervention and prevention of eating disorders in schools. Melbourne: The Victorian Centre of Excellence in Eating Disorders. 2004.
- (178) Tate A. Schooling. I: Lask B, Bryant-Waugh R (red.). *Eating disorders in childhood and adolescence*, 3. udgave, s. 131-334. New York: Routledge/Taylor & Francis Group. 2007.
- (179) Tchanturia K, Hambrook D, Curtis H, Jones T, Lounes N, Fenn K, et al. Work and social adjustment in patients with anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry* 2013;54(1):41-45.
- (180) de la Rie SM, Noordenbos G, Donker M, van Furth EF. The Patient's View on Quality of Life and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2007;40(1):13-20.
- (181) Borg W, Nezø MA, Kolte IV, Andersen MF. Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde. København: Det nationale forskningscenter for arbejdsmiljø. 2010.
- (182) Christensen T, Nordentoft M. Review om effekter af beskæftigelsesindsatser til personer med svær psykisk sygdom. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen. 2011.
- (183) Nygren U, Markström U, Svensson B, Hansson L, Sandlund M. Individual placement and support – a model to get employed for people with mental illness – the first Swedish report of outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011;25(3):591-598.
- (184) Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. København: Sundhedsstyrelsen. 2014.
- (185) Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – kapacitet, sammenhæng og struktur. Bilagsrapport 1. København: Regeringens udvalg om psykiatri. 2013.

- (186) Ekspertgruppen om udredning af den aktive beskæftigelsesindsats. Nye veje mod job - for borgere i udkanten af arbejdsmarkedet. København: Ekspertgruppen om udredningen af den aktive beskæftigelsesindsats. 2015.
- (187) Høgelund J. Effekter af den beskæftigelsesrettede indsats for sygemeldte. En litteraturoversigt. København: SFI – Det nationale forskningscenter for velfærd. 2012.
- (188) Bengtsson S, Gregersen SØ. Integrerede indsatser for mennesker med psykiske lidelser. En forskningsoversigt. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (189) Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser. Odense: Socialstyrelsen. 2015.
- (190) Lægeforeningen, Kommunernes Landsforening. Socialt-lægeligt samarbejde. København: Lægeforeningen; Kommunernes Landsforening. 2015.
- (191) Sundhedsstyrelsen. Stofinfo. Adresse: <http://stofinfo.sst.dk/Forsiden/Ordbog.aspx>. Besøgt d.01/08, 2015.
- (192) Bengtsson S, Gregersen SØ. Integration af behandling og social indsats over for personer med sindslidelse. Evaluering af seks forsøg. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd. 2013.
- (193) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer. København: Sundhedsstyrelsen. 2012.
- (194) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling (endnu ikke offentliggjort). Odense: Socialstyrelsen. 2015 (forventet).
- (195) Socialstyrelsen, Deloitte. Integreret indsats for borgere med sindslidelse og misbrug - Evalueringsrapport. Socialstyrelsen: Odense. 2015.
- (196) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling. København: Sundhedsstyrelsen. 2008.
- (197) Kommunernes Landsforening. Kvalitet og organisering - inspirationskatalog til misbrugsbehandlingen. København: Kommunernes Landsforening. 2009.
- (198) Pedersen MUP. Samarbejdet om de dobbeltbelastede borgere. Misbrugsbehandlingen og socialpsykiatrien i kommunerne. I: Pedersen BM, Petersen SR (red.). Det kommunale sundhedsvæsen, s. 205-224. København: Hans Reitzels Forlag. 2014.
- (199) Lindholm JK, Olsen CB. Competence- og uddannelsesbehov på rusmiddelområdet - en indledende undersøgelse. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse. 2003.
- (200) Espíndola CR, Blay SL. Anorexia nervosa treatment from the patient perspective: A metasynthesis of qualitative studies. *Annals of Clinical Psychiatry* 2009;21(1):38-48.
- (201) Akey JE, Rintamaki LS. Optimal social support practices for health care professionals who treat patients managing eating disorders. *The Journal of nervous and mental diseases* 2014;202(2):126-132.
- (202) Linville D, Brown T, Sturm K, McDougal T. Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eating Disorders* 2012;20(3):216-231.
- (203) Darcy AD, Katz S, Fitzpatrick K, Forsberg S, Utzinger L, Lock J. All better? How former anorexia nervosa patients define recovery and engaged in treatment. *European Eating Disorders Review* 2010;18(4):260-70.
- (204) Happel B, Martin T, Pinikahana J. Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003;12(1):39-47.
- (205) Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of Caregivers; A Comparison Between partners of Psychiatric Patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 2006;20(4):158-165.
- (206) Warren CS, Schafer KJ, Crowley ME, Olivardia R. A qualitative analysis of job burnout in eating disorder treatment providers. *Journal of Eating Disorders* 2012;20(3):175-195.
- (207) Gulliksen KS, Nordbø RH, Espeset EM, Skarderud F, Holte A. The Process of Help-Seeking in Anorexia Nervosa: Patients' Perspective of First Contact With Health Services. *Eating Disorders* 2014;23(3):206-22.
- (208) von Ranson KM, Robinson KE. Who is Providing what Type of Psychotherapy to Eating Disorder Clients? A Survey. *International Journal of Eating Disorders* 2006;39(1):27-34.

- (209) Haltom C, Ribeiro R, Potter N. Collaborative professional education for carers of those with eating disorders. *European Eating Disorders Review* 2012;20(4):311-314.
- (210) Golan M, Yaroslavsky A, Stein D. Managing Eating Disorders: Countertransference Processes in the Therapeutic Milieu. I: Stein D, Latzer Y (red.). *Treatment and Recovery of Eating Disorders*, s. 133-148. Hauppauge NY: Nova Science Publishers.2012.
- (211) Skårderud F. Eating one's words, Part 1, Concretised metaphors & reflective function in anorexia nervosa – an interview study. *European Eating Disorders Review* 2007;15(3):163-174.
- (212) Long S, Wallis DJ, Leung N, Arcelus J, Meyer C. Mealtimes on eating disorder wards: a two-study investigation. *International Journal of Eating Disorders* 2012;45(2):241-246.
- (213) Long S, Wallis D, Leung N, Meyer C. "All eyes are on you": anorexia nervosa patient perspectives of in-patient mealtimes. *Journal of health psychology* 2012;17(3):419-428.
- (214) Alberti M, Galvani C, Capelli C, Lanza M, El Ghoch M, Calugi S, et al. Physical fitness before and after weight restoration in anorexia nervosa. *The journal of sports medicine and physical fitness* 2013;53(4):396-402.
- (215) Manley RS, Standish K. Should adolescents with eating disorders be allowed to exercise? Quantity, Quality and More. *Professional Journal of the Renfrew Center Foundation* 2005:17-19.
- (216) Pedrotty KN, Calogero RM. Let's get physical: challenging exercise abuse in two case studies. *Professional Journal of the Renfrew Center Foundation* 2005:20-27.
- (217) Zaitsoff S, Pullmer R, Cyr M, Aime H. The role of the therapeutic alliance in eating disorder treatment outcomes: A systematic review. *Eating Disorders* 2015;23(2):99-114.
- (218) Ramjan LM. Nurses and the 'therapeutic relationship': caring for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 2004;45(5):495-503.
- (219) Larsen E. Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut. Oslo: Universitetsforlaget. 2004.
- (220) Haig AJ, LeBreck DB. Measurement of change in rehabilitation team dynamics with the team assessment profile (TAP). *International Journal of Rehabilitation Research* 2000;5(2):71-83.
- (221) Vedung E. Utvärdering i politik och förvaltning. Lund: Studentlitteratur. 1991.
- (222) Socialstyrelsen - den nationale koordinationsstruktur. Bilag 1 til central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser (endnu ikke offentliggjort). Odense: Socialstyrelsen. 2015 (forventet).
- (223) Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4):11-23.
- (224) Hötzel K, von Brachel R, Schlossmacher L, Vocks S. Assessing motivation to change in eating disorders: a systematic review. *Journal of eating disorders* 2013;1(38).
- (225) Santini R. Sult-/cravingskema. Kildehøj Privathospital 2007.
- (226) Clausen L, Rosenvinge JH, Friberg O, Rokkedal K. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment* 2011;33(1):101-110.
- (227) Johansen K. GAs Danmark. Metode. Kompetence. Kontekst. København: Videnscenter for socialpsykiatri. 2005.
- (228) Sundhedsstyrelsen. Guide til trivselsindekset: WHO-5. Adresse: [https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx](https://sundhedsstyrelsen.dk/~/media/874C7A337C5F4450B55476CA535461E3.ashx). Besøgt d.09/09, 2015.
- (229) Tomba E, Offidani E, Tecuta L, Schumann R, Ballardini D. Psychological Well-Being in Out-Patients with Eating Disorders: A Controlled Study. *International Journal of Eating Disorders* 2014;47(3):252-258.
- (230) American psychiatric Association. Treatment of Patients with Eating Disorders 3rd ed. Table 8. Level of Care Guidelines for Patients with Eating Disorders. Psychiatry online, 2012.



Socialstyrelsen

Socialstyrelsen
Edisonsvej 18, 1.
5000 Odense C
Tlf.: 72 42 37 00
www.socialstyrelsen.dk

SOCIALSTYRELSEN – VIDEN TIL GAVN