



SUNDHEDSSTYRELSEN

FORLØBSPROGRAM
FOR BØRN OG UNGE MED
spiseforstyrrelse

INDHOLD

1	INTRODUKTION	5
1.1	Formål	5
1.2	Baggrund.....	5
1.3	Vidensgrundlag for forløbsprogrammet	5
1.4	Sammenhæng med øvrige initiativer	6
1.5	Lovgrundlag.....	6
2	OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER	7
	Anbefalinger om samarbejde og koordination (kapitel 5).....	7
	Anbefalinger om graduerede indsatser og organisering (kapitel 6).....	8
	Anbefalinger om implementering og opfølgning (kapitel 7).....	9
3	ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE.....	11
3.1	Forebyggelse af mistrivsel	11
4	MÅLGRUPPE.....	13
4.1	Afgrænsning af målgruppen	13
4.2	Symptomer og karakteristika	13
4.3	Demografi	15
5	SAMARBEJDE OG KOORDINATION	17
5.1	Planlægning af forløb.....	17
5.2	Fælles målsætninger	18
5.3	Forløb med samtidige og koordinerede indsatser.....	18
5.4	Overgange	20
6	GRADUERED E INDSATSER OG ORGANISERING.....	24
6.1	Model for gradueret indsats	25
6.2	Tidlig indsats (trin 1).....	26
6.3	Uddybende vurdering og indsats (trin 2)	28
6.4	Udredning, diagnostik og behandling (trin 3)	29
6.5	Opfølgning (trin 4).....	31
7	IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING	33
7.1	Forudsætninger for vellykket implementering.....	33
7.2	Opfølgning	34
7.3	Revision af det nationale forløbsprogram	34

8	REFERENCER	35
9	BILAGSFORTEGNELSE	37
	Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse.....	38
	Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser	41
	Bilag 3: Lovgrundlag	44
	Bilag 4: Vejledende oversigt over symptomer på spiseforstyrrelse	50
	Bilag 5: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barn/unges forløb.....	51



1 INTRODUKTION

1.1 FORMÅL

En sammenhængende indsats baserer sig på tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, der ydes med høj faglig kvalitet og effektivitet. Formålet med forløbsprogrammet er derfor at understøtte et godt tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge med spiseforstyrrelse, både i forhold til indsatser, behandling og opfølgning samt med inddragelse af barnet/den unge og dennes forældre/pårørende. Samtidig er forventningen, at en bedre sammenhæng medvirker til en bedre ressourceudnyttelse på tværs af sektorer.

Selvom dette forløbsprogram omhandler børn og unge med spiseforstyrrelse, er hensigten, at de overordnede anbefalinger om organisering og sammenhæng i indsatsen også finder anvendelse i forhold til samarbejdet omkring børn og unge med andre psykiske lidelser/vanskeligheder.

Forløbsprogrammerne henvender sig til planlæggere samt ledende og koordinerende medarbejdere i regioner, kommuner og almen praksis.

1.2 BAGGRUND

Der er, som en del af satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2017-2020, afsat midler til udarbejdelse af forløbsprogrammer for børn og unge med henholdsvis ADHD, angst / depression og spiseforstyrrelser.

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der beskriver samarbejdet mellem forskellige parter og kan være med til at understøtte ensartet høj kvalitet og sammenhæng i indsatsen for en specifik målgruppe. Desuden kan forløbsprogrammet bidrage til at understøtte anvendelsen af bestemte indsatser og evidensbaserede behandlingsmetoder i arbejdet med barnet, den

unge og familien, samt understøtte udarbejdelse af retningslinjer for samarbejdet mellem faggrupper og sektorer.

Dette forløbsprogram tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet i 2015 med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Forløbsprogrammet er blevet kvalificeret af en arbejdsgruppe og en referencegruppe, som Sundhedsstyrelsen har nedsat. Arbejdsgruppens og referencegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

1.3 VIDENSGRUNDLAG FOR FORLØBSPROGRAMMET

Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse er baseret på den aktuelt bedste viden i forhold til at skabe kvalitet og koordination i indsatser, behandling og opfølgning. Forløbsprogrammet bygger således på eksisterende nationale og internationale kliniske retningslinjer, øvrige retningslinjer, handleplaner, statusrapporter mv. Derudover bygger forløbsprogrammet på input fra arbejdsgruppen, ekspertviden og bedste praksisviden, der har kvalificeret og præciseret forløbsprogrammets opbygning og indhold. Der er ikke foretaget en systematisk litteraturgennemgang i forbindelse med udarbejdelsen af forløbsprogrammet.



1.4 SAMMENHÆNG MED ØVRIGE INITIATIVER

Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse skal ses i sammenhæng med øvrige, relaterede initiativer og publikationer på området. Dette gælder bl.a. den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsens centrale udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser (2015a), Socialstyrelsens nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser (2015b), samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling (2005), Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af anorexia nervosa (2016) og nationale kliniske retningslinjer for behandling af moderat til svær bulimi (2015).

Hvor flere af de nævnte publikationer uddyber indsats, udredning og behandling, er forløbsprogrammet den overordnede ramme for koordinationen og samarbejdet omkring disse. Udmøntning af forløbsprogrammernes anbefalinger forudsætter og sker via indgåelse af lokale samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftalerne.

Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelse er udarbejdet sideløbende med forløbsprogrammer for børn og unge med hhv. ADHD og lignende vanskeligheder, samt angst og/eller depression, og dele af de tre forløbsprogrammer er identiske. Det drejer sig om kapitel 1 (introduktion), kapitel 2 (oversigt over forløbsprogrammets anbefalinger), kapitel 3 (alment forebyggende indsats i kommunerne), kapitel 5 (samarbejde og koordination) og kapitel 7 (implementering og opfølgning). De tre målgrupper har imidlertid forskellige behov for indsatser og behandling, og der er stor forskel på, på hvil-

ket indsatsstrin og i hvilken sektor den primære indsats varetages¹.

1.5 LOVGRUNDLAG

Der er flere lovgivninger, der giver mulighed for indsatser til børn og unge, hvor der er mistanke om eller diagnosticeret en psykisk lidelse, eller hvor der er en adfærd, der minder herom². Det drejer sig om sundhedsloven, lov om social service, psykiatriloven, lov om folkeskolen, samt dagtilbudsloven. For en uddybende beskrivelse af de enkelte lovgrundlag se bilag 3. Her gives et overblik over de forskellige fagområders lovgivning, samt de muligheder for indsatser, der findes i loven, når et koordineret forløb for børn og unge med psykiske lidelser skal tilrettelægges.

1 Se bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* for uddybende data om målgruppernes aktivitet i praksissektor, børne- og ungdomspsykiatri og somatik.

2 Forstås som vanskeligheder fx i forhold til indlæring, motorik, koncentration, adfærd, emotionel kontakt, stemningsleje mv.

2 OVERSIGT OVER FORLØBSPROGRAMMETS ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for samarbejde og koordination, graduerede indsatser og organisering samt implementering og opfølgning er samlet i nedenstående oversigt. Anbefalingerne skal ses i sammenhæng med de uddybende beskrivelser i kapitlerne 5, 6 og 7.

ANBEFALINGER OM SAMARBEJDE OG KOORDINATION (KAPITEL 5)

Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



ANBEFALINGER OM GRADUERERE INDSATSER OG ORGANISERING (KAPITEL 6)

Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge, der har en spiseforstyrrelse eller tegn på en spiseforstyrrelse

TRIN 1

Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

TRIN 2

Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge
- at kommunen, almen praksis, mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

TRIN 3

Udredning, diagnostik og behandling

- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

TRIN 4

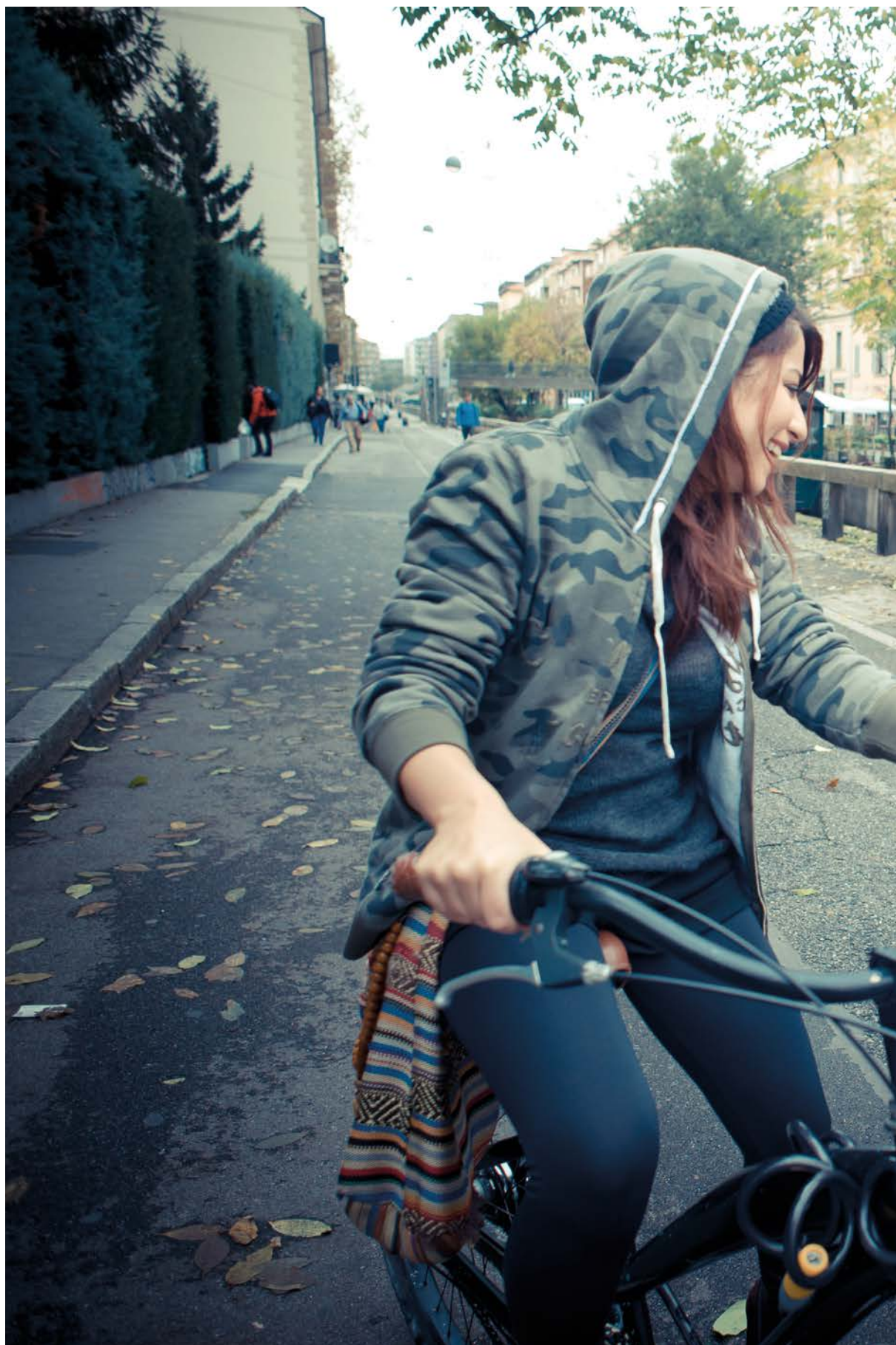
Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling

ANBEFALINGER OM IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING (KAPITEL 7)

Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har **de rette kompetencer** til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder
- at **samarbejdet** omkring forløbsprogrammet løbende **følges og evalueres** med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. – 4. år



3 ALMENT FOREBYGGENDE INDSATS I KOMMUNERNE

3.1 FOREBYGGELSE AF MISTRIVSEL

Forløbsprogrammet omhandler alene børn og unge, der har en spiseforstyrrelse eller tegn på en spiseforstyrrelse. Tidlig opsporing og forebyggelse af mistrivsel er imidlertid også en vigtig del af en indsats, der skal forhindre, at barnet/den unge får behov for mere indgribende indsatser.

I kommunerne betegnes de indsatser, der har fokus på at undgå mistrivsel, som alment forebyggende indsatser. Alment forebyggende indsatser fokuserer bl.a. på trivsel, adfærd og socialt samspil, som kan understøtte, at problemer ikke udvikler sig, og mere omfattende indsatser bliver nødvendige. Alment forebyggende indsatser er derfor vigtige, men mistrivsel kan ikke altid undgås ved forebyggende indsatser.

RISIKOFAKTORER FOR MISTRIVSEL

Forskellige faktorer kan øge risikoen for, at barnet/den unge mistrives eller oplever forskellige vanskeligheder. Centrale risikofaktorer er både karakteristika ved barnet/den unge selv og faktorer i barnets/den unges omgivelser. Den forebyggende indsats kan godt påbegyndes alene ud fra vurderingen af individuelle risikofaktorer, og med tilstedeværelse af flere risikofaktorer bliver den tidlige indsats endnu mere påkrævet.

HANDLEMULIGHEDER

Forældre og fagprofessionelle omkring barnet i bl.a. sundhedsplejen, dagtilbud, skole og almen praksis skal kunne reagere så tidligt som muligt i forhold til en faglig begrundet bekymring for/signaler på mistrivsel hos et barn, så der kan

foretages en vurdering af, om der skal iværksættes en alment forebyggende indsats, eller der er behov for en mere indgribende indsats i kommunen eller i almen praksis. Det er således afgørende, at de fagprofessionelle har viden om tidlige tegn på mistrivsel, så de hurtigst muligt kan identificere de børn/unge, der har behov for indsatser. Dette kan eksempelvis ske gennem informationsmateriale, efteruddannelse, fyraftenskurser, mv. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en række pjecer for sund psykisk udvikling hos børn (Sundhedsstyrelsen, 2000c). Desuden findes der forskellige redskaber til systematisk refleksion og opsporing af børns/unges adfærd, udvikling og trivsel.

Det er væsentligt at tilbyde en alment forebyggende indsats til børn og familier, inden at et barn når at udvikle alvorlige symptomer på mistrivsel. Fagprofessionelle, fx sundhedsplejersker i barnets hjem, pædagoger i daginstitutionen eller lærere i barnets skole, bør observere barnets tidlige udvikling og samspillet mellem barn og forældre. Der kan være behov for at støtte op om børn i risiko, eksempelvis børn med forældre med psykiske lidelser, børn i skilsmis-situationer, i hjem med vold mv., med henblik på at forebygge mistrivsel.

Det er endvidere væsentligt, at fagprofessionelle kender procedurer for, hvordan man skal handle på bekymringer for/signaler på mistrivsel hos børn og unge med henblik på, at der kan iværksættes en relevant tidlig indsats. Derfor anbefales det, at der foreligger klare og faste procedurer for henvendelser om mistrivsel og for underretninger (fx hvor man skal henvende sig, principper for sagsbehandling af denne type henvendelser, links til guide på kommunale hjemmesider mv.), så fagpersoner og forældre



har optimale muligheder for at reagere på tegn på mistrivsel (information om underretningspligt kan findes i bilag 3).

Forældre spiller en afgørende rolle i alment forebyggende indsatser i forhold til at være inddraget og medansvarlige for deres barns trivsel og udvikling i dagligdagen. De fagprofessionelle bør have fokus på handlemuligheder for forældre og barnet/den unge selv, så de motiveres og gives mulighed for egenmestring indtil relevant indsats iværksættes eller samtidigt med denne.

Der vil imidlertid også være børn og unge, som har tegn på psykisk lidelse og derfor har behov for en mere indgribende foranstaltning/indsats, på trods af, at der er sat tidligt ind med forebyggende indsatser overfor mistrivsel. Derved er der forskel på generel mistrivsel og forstadie til psykisk lidelse.

4 MÅLGRUPPE

4.1 AFGRÆNSNING AF MÅLGRUPPEN

Forløbsprogrammet retter sig mod børn og unge fra cirka 8 år til og med det fyldte 17. år, som har en spiseforstyrrelse eller har tegn på en spiseforstyrrelse. Spiseforstyrrelser indbefatter i forløbsprogrammets sammenhæng følgende jf. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992):

- Anoreksi/anorexia nervosa (AN) (F50.0)
- Atypisk anoreksi/anorexia nervosa atypica (atypisk AN) (F50.1)
- Bulimi/bulimia nervosa (BN) (F50.2)
- Atypisk bulimi/bulimia nervosa atypica (atypisk BN) (F50.3)
- Andre eller uspecificerede spiseforstyrrelser (F50.8-9)

Under uspecificerede spiseforstyrrelser indgår også binge eating disorder (BED)³.

Dette forløbsprogram retter sig mod børn og unge under 18 år, som har en spiseforstyrrelse, eller har tegn på en spiseforstyrrelse. Børn med spiseforstyrrelser som fx anoreksi eller bulimi debuterer sjældent tidligere end 8 år.

Behandlingskrævende spiseproblemer i spæd- og småbarnsalderen omfatter typisk en helt anden gruppe børn, end dem der i barne- og ungdomsårene udvikler anoreksi og bulimi.

Børne- og ungdomspsykiatrien kan, jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning, varetage højt

specialiseret behandling af børn allerede fra 4 år (Sundhedsstyrelsen, 2017).

Forløbsprogrammet omfatter børn og unge med en spiseforstyrrelse af forskellig sygdomsvarighed og sværhedsgrad. Således omfatter forløbsprogrammet ikke kun børn og unge med en diagnosticeret spiseforstyrrelse, men også børn og unge med tegn på begyndende spiseforstyrrelse.

4.2 SYMPTOMER OG KARAKTERISTIKA

Spiseforstyrrelser forekommer i alle sociale lag og etniske grupper (Mulders-Jones et al, 2017; Rogers et al. 1997; Card & Freeman, 1995). De specifikke årsager til hvorfor nogle personer rammes af en spiseforstyrrelse, kendes ikke fuldt ud. Spiseforstyrrelser anses for at være multifaktorielt betingede lidelser, hvor en række disponerende, udløsende og vedligeholdende faktorer menes at kunne medvirke til udviklingen. Således spiller både kulturelle, sociale, psykologiske, biologiske og genetiske faktorer formentlig en rolle i udviklingen af en spiseforstyrrelse. Eksempler på kendte risikofaktorer til udviklingen af en spiseforstyrrelse kan være, at en (eller begge) forældre har/har haft en spiseforstyrrelse, overvægt i barndommen eller i familien med deraf følgende diætadfærd, vanskeligheder i socialt samspil, kulturelt relateret tyndhedsideal, fysiske sygdomme med behov for kostkontrol (f.x. diabetes) eller tab og traumer i barndommen. Endvidere har en større undersøgelse fra 2017 vist at arv (genetisk disposition) spiller en rolle ved anoreksi, men undersøgelsen understøtter samtidig en kompleks og multipel årsagssammenhæng (Duncan et al., 2017). Det er vigtigt, at understrege at den generelle årsagsmæssige rækkefølge i forhold til risikofaktorer er uafklaret.

3 BED er ikke en selvstændig diagnose i henhold til ICD-10.



Symptomerne og andre kendetegn ved spiseforstyrrelser, samt nedsat trivsel kan være opmærksomhedspunkter for centrale aktører i barnets/den unges hverdag i forhold til tidlig opsporing. Sammenfattende vil de første synlige tegn på en spiseforstyrrelse hos et barn/en ung ofte være et ændret forhold til mad og spisning, et overdrevent fysisk aktivitetsniveau og 'sundhedsadfærd'. Desuden vil barnets/den unges forhold til familie, venner, skole, fritidsaktiviteter mv. typisk blive påvirket med begyndende isolation og undgåelsesadfærd (herunder omkring måltider). Ofte vil hele familien efterhånden blive påvirket og involveret i barnets/den unges forstyrrede adfærd og typisk vil familien være under massivt pres fra spiseforstyrrelsen. Det er vigtigt at være opmærksom på både psykologiske såvel som fysiske og adfærdsmæssige symptomer, da det er det samlede symptombillede, som bør give anledning til skærpet faglig opmærksomhed på tidlige tegn på en spiseforstyrrelse.

Symptombilledet for spiseforstyrrelser kan ændre sig over tid, også betegnet som *cross over*, mellem de forskellige spiseforstyrrelsesdiagnoser. Dette ses eksempelvis mellem typisk og atypisk anoreksi eller bulimi, men kan ligeledes forekomme i form af udvikling fra anoreksi til bulimi (direkte eller efter en periode remission) eller i sjældnere tilfælde fra bulimi til anoreksi.

I det følgende vil en række centrale symptomer, som kan forekomme hos børn og unge med begyndende eller reel spiseforstyrrelse, blive beskrevet⁴

ANOREKSI

Anoreksi er kendetegnet ved undervægt opnået ved vægttab eller mangelfuld vægtøgning og højdevækst. Lidelsen er kendetegnet ved nogle centrale psykologiske symptomer, som omfatter

forvrænget kropsopfattelse hvor kroppen opleves som stor på trods af undervægt, fedtfobisk adfærd hvor barnet/den unge undgår fedende (reelt eller indbildt) fødeemner, øget fobisk adfærd i forhold til indtagelse af kulhydrater, samt overdrevent optagethed af mad og et stærkt behov for at kontrollere kalorieindtag, vægt og motion. I forbindelse med anoreksi ses restriktive spisevaner, slankekur og/eller faste, overdreven fysisk aktivitet eller motorisk uro, hyppig vejning og endvidere kan opkastning eller anden form for udrensende adfærd forekomme.

BULIMI

Bulimi er kendetegnet ved overspisningsanfald udløst af kontroltab, hvor en større mængde mad indtages sammen med en oplevelse af at have mistet kontrollen over spisningen. Overspisningsanfald er efterfulgt af kompenserende adfærd som eksempelvis opkastninger, overdreven fysisk aktivitet, brug af afføringsmidler og/eller vanddrivende medicin. De psykologiske symptomer ligner symptomerne ved anoreksi, såsom forvrænget kropsopfattelse, angst for fedme, ønske om vægttab og optagethed af mad. Ved bulimi kan endvidere ses perioder med faste og/eller overdreven fysisk aktivitet mellem overspisningerne. Optagethed af mad og vægt samt stor skamfølelse over den manglende kontrol over spisning optræder ofte ved bulimi. Det kan være svært at opdage bulimi, da denne patientgruppe typisk skjuler overspisninger og ofte er normalvægtige.

ATYPISKE SPISEFORSTYRRELSER

Atypisk anoreksi og atypisk bulimi ligner typisk anoreksi og bulimi, men opfylder ikke fuldt ud de diagnostiske kriterier herfor. Sværhedsgrad og kompleksitet ved atypisk anoreksi og atypisk bulimi kan dog alligevel være stor.

4 Se bilag 5 for en vejledende oversigt over hyppigt forekommende symptomer og opmærksomhedspunkter (psykologiske, fysiske og adfærdsmæssige).

4.3 DEMOGRAFI

FOREKOMST AF SPISEFORSTYRRELSE HOS BØRN OG UNGE

Det er vanskeligt at sige noget helt sikkert om, hvor mange børn og unge, der lider af en spiseforstyrrelse i Danmark. De nyeste tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at forekomsten af spiseforstyrrelser blandt børn og unge (0-18 år) er steget over en tiårig periode, således at forekomsten i 2006 var 1.118 diagnosticerede børn og unge, mens det tilsvarende tal for 2016 var 2.552 diagnosticerede børn og unge (prævalens). Alene i 2016 var der 609 nye tilfælde af børn og unge, der fik diagnosen spiseforstyrrelse, hvor der til sammenligning i 2006 var 397 nye tilfælde af børn og unge, der blev diagnosticeret med en spiseforstyrrelse (incidens)⁵.

Der er formodentligt flere forhold, som bidrager til udviklingen. Herunder ændring i indikationskriterier for henvisning til specialiseret behandling (flere børn og unge henvises tidligere), udvidelse af kapaciteten i den regionale børne- og ungdomspsykiatri og øget opmærksomhed på opsporing og diagnostik (Regeringens Udvalg om Psykiatri, 2013).

En dansk registerundersøgelse fra 2014 fandt, at livstidsforekomsten (0-50 år) af diagnosticerede spiseforstyrrelser var 3% (heraf 0,89% for anoreksi) blandt kvinder og 0,2% blandt mænd (Pedersen et al 2014). Det er endvidere værd at bemærke at de fleste spiseforstyrrelser debuterer inden det fyldte 18. år og børn og unge (specielt unge piger) udgør en særlig risikogruppe. Endvidere tyder befolkningsundersøgelser på at forekomsten af spiseforstyrrelser er langt højere end hvad man kan se ud fra de diagnosticerede tilfælde (registre), og der er formentlig store mørketal hos såvel piger/kvinder som drenge/

mænd. Forekomsten kan derfor reelt være en del større (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

FOREKOMST AF ANDRE SAMTIDIGE PSYKISKE LIDELSER

Der er som nævnt en høj forekomst af andre psykiske sygdomme hos børn/unge med spiseforstyrrelse enten før udviklingen af en spiseforstyrrelse eller samtidig med spiseforstyrrelsen. Hos børn og unge med en spiseforstyrrelse ses især en høj forekomst af depressive symptomer, angst, OCD og eventuelt selvskadende adfærd. Endvidere ses der en overhyppighed af tilstande indenfor autisme spektret (Rhind et al., 2014, Westwood, Heather and Kate Tchanturia, 2017) og der synes at være en øget forekomst af ADHD-symptomer blandt børn og unge med bulimi (Nazar et al., 2016). I den ældre del af ungegruppen ses til tider begyndende tegn på udvikling af en personlighedsforstyrrelse.

⁵ Se særskilt bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*.



5 SAMARBEJDE OG KOORDINATION

Det anbefales

- at indsatserne i barnets/den unges forløb er **samtidige og koordinerede** mellem sektorerne ud fra barnets/den unges behov
- at der foreligger **lokale aftaler** om, hvordan barnets/den unges forløb koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde mellem sektorerne såvel som internt i sektorerne
- at barnet/den unge og familien **aktivt involveres** i udarbejdelse af mål og aftaler, og at de fagprofessionelle løbende orienterer om forløbet
- at der foreligger lokale aftaler omkring **rådgivning fra børne- og ungdomspsykiatrien** til kommunen samt for samarbejdet mellem kommunen og børne- og ungdomspsykiatrien med henblik på **tilrettelæggelse af indsatsen** for barnet/den unge igennem hele forløbet
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri **etablerer tidlig kontakt** til og sparrer med kommunen, fx via netværksmøde. Kommunen bør tilsvarende løbende holde børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret, om en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats bliver iværksat
- at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges en **ansvarlig kontaktperson** blandt de involverede fagprofessionelle i hver sektor og internt i sektorerne med henblik på at varetage en koordinerende rolle
- at **overgangen** fra ung til voksen **planlægges** og koordineres ud fra en individuel vurdering



5.1 PLANLÆGNING AF FORLØB

Indsatsen for børn og unge med en spiseforstyrrelse eller tegn på en spiseforstyrrelse kan bestå af mange forskellige indsatser indenfor både sundheds-, social- og undervisnings-/uddannelsesområdet. Indsatsen kan varetages af forskellige fagpersoner internt i kommunerne og/eller mellem kommune, almen praksis, privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri⁶ eller børne- og ungdomspsykiatrien⁷ samtidig. Børn og unge bør tilbydes den indsats, der med mindst indgriben kan opnå det ønskede formål, og nogle børn og unge kan have behov for en mere intensiv indsats end andre med samme lidelse/vanskelighed. Derfor anbefales det at anvende graduerede indsatser i tilrettelæggelsen i kommuner og regioner (se også kap. 6.1 om graduerede indsatser).

De graduerede indsatser baseres på faglige anbefalinger, evidens og dokumentation, og det er ligeledes afgørende for kvaliteten, at de udføres af personale med de fornødne kvalifikationer og kompetencer.

Forældre spiller en afgørende rolle i barnets/den unges forløb. Ikke blot som forældre, der kan reagere på bekymringer for deres barn, men også som deltagere i barnets/den unges udvikling og trivsel. Derfor er det vigtigt, at de fagprofessionelle løbende involverer og informerer forældrene i planlægningen af forløbet. Barnet/den unge skal også inddrages når og på den måde, det er relevant, da barnet/den unge ofte selv er

den bedste til at beskrive symptomerne. Medinddragelse af forældrene og barnet/den unge har desuden stor betydning for at sikre medejerskab og motivation for indsatsen.

5.2 FÆLLES MÅLSÆTNINGER

Det er væsentligt, at indsatsen til børn og unge med spiseforstyrrelse eller tegn på spiseforstyrrelse målrettes, så barnet/den unge kan have så stabilt et hverdagsliv som muligt. Der bør derfor formuleres målsætninger for den konkrete indsats til barnet/den unge og familien, hvor disse inddrages aktivt i formuleringen af og opfølgningen på målsætningerne og eventuelle delmål undervejs (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2014). Målsætningerne bør tage udgangspunkt i det enkelte barns/den unges behov, så de indsatser, der tilbydes barnet/den unge, stemmer overens med den enkeltes almene trivsel, funktionsevne, forudsætninger og behov, fx i forhold til hjem, dagtilbud, skole og fritid. Målsætningerne bør således være styrende for den samlede indsats på tværs af social-, sundheds-, uddannelses- og beskæftigelsesområdet.

Fagprofessionelle i det tværfaglige samarbejde bør koordinere indsatserne og aftale opgavefordelingen og kommunikationen ud fra målsætningerne (Sundhedsstyrelsen, 2011). Dette forudsætter, at de involverede fagprofessionelle har en fælles (tværfaglig) forståelsesramme, hvilket involverer en ensartet fortolkning/forståelse af målsætninger og begreber på tværs af fagområder. En fælles forståelsesramme for målsætningerne skaber en fælles forståelse af forløbet. Det øger desuden muligheden for sammenhæng i forløbet, når parterne har viden om indsatser og organisering i de øvrige sektorer og/eller forvaltninger. Udover denne viden bør sektorerne også udvise respekt for hinandens arbejdsgange og muligheder, så det tværsektorielle samarbejde kan fungere optimalt.

I lovgivningen er der anført forskellige planer til beskrivelse af mål og indsatser i den enkelte borgers forløb, således også for børn og unge

6 Med privatpraktiserende speciallæge omfattes privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere og ved særlige aftaler privatpraktiserende pædiatere.

7 Børne- og ungdomspsykiatrien omfatter både stationære og ambulante funktioner, der er forankret på regionernes syge-huse. Private hospitaler og klinikker, der er godkendte til hovedfunktionsniveau, er også omfattet af betegnelsen børne- og ungdomspsykiatri. Privatpraktiserende speciallæger i børne- og ungdomspsykiatri nævnes eksplicit relevante steder i teksten.

(se bilag 4 for en oversigt). Børn og unge med spiseforstyrrelse kan have flere sideløbende handleplaner, men disse bør koordineres.

5.3 FORLØB MED SAMTIDIGE OG KOORDINEREDE INDSATSER

Det enkelte barn/den unge har ofte behov for indsatser i forskellige sektorer samtidigt med hinanden undervejs i forløbet. Den rette kombination af indsatser bør derfor tage udgangspunkt i målsætningerne for det enkelte barns/den unges behov, så de indsatser, der tilbydes barnet/den unge, stemmer overens med den enkeltes almene trivsel, funktionsevne, forudsætninger og behov, fx i forhold til hjem, dagtilbud, skole og fritid. Indsatserne bør derfor tilrettelægges i en tværfaglig samarbejdsproces, hvor relevante fagprofessionelle aktivt samarbejder undervejs i forløbet. I forløb med samtidige indsatser, som op- eller nedskaleres undervejs alt efter barnet/den unges behov, kan ansvarsfordelingen mellem børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, almen praksis og kommune variere. Derfor er der løbende behov for, at fagprofessionelle koordinerer forløbet mellem sektorerne såvel som inden for hver sektor. Samarbejdet skal finde sted under forudsætning af samtykke fra barnets forældre/den unge om videregivelse af oplysninger.

Det er væsentligt for samarbejdet og koordineringen, at der etableres kontakt mellem de involverede aktører så tidligt som muligt i forløbet, herunder at aktørerne ved, hvem de kan tage kontakt til i den videre kommunikation. Det anbefales således, at der altid tages stilling til og aftales, om der skal udpeges kontaktpersoner på hvert indsatstrin og i de sektorer, der er involveret i indsatsen. Kontaktpersonerne kan med fordel udpeges blandt de fagprofessionelle, der allerede er involveret i den konkrete indsats. Kontaktpersonen kan varetage en koordinerende rolle og eksempelvis have ansvar for at sikre, at der er tilstrækkelig progression i forløbet ved at indkalde til drøftelse om ændringer/tilpasninger

af indsatser, hvis den forventede udvikling ikke finder sted. Den ansvarlige kontaktperson kan desuden have særligt fokus på kommunikation ved overgange mellem aktører og indsatstrin, både når aktører påbegynder og afslutter en indsats, og når barnet evt. returnerer til tidligere indsatstrin. Kontaktpersonen kan desuden have ansvar for at videreformidle en faglig vurdering af, hvornår barnet skal afsluttes og indsatser stoppes. Det bør beskrives lokalt, hvordan den ansvarlige kontaktperson udpeges og kontaktes, og hvilke fagprofessionelle der hensigtsmæssigt kan varetage denne opgave i både børne- og ungdomspsykiatrien og kommune, og hvordan kontakten sker.

Det er væsentligt, at der undervejs i forløbet er mulighed for gensidig sparring parterne imellem, og at de forskellige fagprofessionelles viden sættes i spil i forhold til at tilrettelægge den rette indsats for barnet/den unge. Kommunen og almen praksis bør have mulighed for at rådspørge børne- og ungdomspsykiatrien ved behov, også i de tilfælde hvor henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien ikke er nødvendig⁸. Det anbefales, at der laves lokale aftaler om dette. Det kan eksempelvis være ved tvivlsspørgsmål, om et barn/en ung bør henvises til børne- og ungdomspsykiatrien. Det kan også dreje sig om sparring, fx i forhold til en faglig vurdering, en børneundersøgelse eller en undersøgelse i almen praksis. Rådgivningen kan organiseres og finde sted på forskellige måder enten fysisk, telefonisk eller digitalt. Omhandler rådgivningen et konkret forløb, skal der altid indhentes samtykke til udveksling af oplysninger fra barnets forældre/den unge forinden rådgivningen finder sted.

Hvis kommunen vurderer, at der er grundlag for at tilbyde kommunale indsatser eller justering af

8 Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning til kommunale fagprofessionelle, fx via kontaktpersoner i børne- og ungdomspsykiatrien eller faste netværksmøder/fora, jf. forebyggelsesforpligtelsen i Sundhedslovens § 119, stk. 3, bilag 3



allerede igangsatte indsatser, begynder kommunen sagsbehandlingen. Dette vil oftest ske ved, at kommunen træffer afgørelse om at iværksætte en børnefaglig undersøgelse. Sagsbehandlingen foregår ofte samtidigt med, at den børne- og ungdomspsykiatriske udredning og behandling finder sted. Kommunen bør holde børne- og ungdomspsykiatrien eller den privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri orienteret om, hvornår en social, psykologisk og/eller pædagogisk indsats forventes at kunne iværksættes.

Der kan opstå behov for justeringer af indsatser undervejs i forløbet. Vurderer børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, at barnet/den unge enten har eller kan få behov for andre kommunale indsatser, bør børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri så tidligt som muligt orientere kommunen om ændringer eller fremsende relevante oplysninger og vurderinger med relevans for forløbet. Kommunen træffer, på baggrund af tilbagemeldingen samt en individuel vurdering af barnet/den unges behov, beslutning om, hvorvidt der er behov for at justere en allerede foranstaltet indsats og/eller at iværksætte nye indsatser. Hvis kommunen har behov for rådgivning og vejledning vedr. specialundervisning og specialpædagogiske problemstillinger, kan VISO kontaktes⁹.

Er barnet/den unge udredt og modtager derpå behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, er samarbejde mellem kommune, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri fortsat vigtig. Børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsy-

kiatri er ansvarlig for fortsat ambulant psykiatrisk behandling sideløbende med kommunens understøttende indsatser til barnet og dets familie. I denne proces bør parterne fortsat være i dialog og følge op på samt koordinere forløbet og målsætningerne (se også afsnit 5.2 om fælles målsætninger).

I forbindelse med eventuel indlæggelse anbefales det, at børne- og ungdomspsykiatrien etablerer tidlig kontakt til og sparrer med kommunen fx via netværksmøde tidligt efter indlæggelsen. På denne måde kan der udveksles kontaktinformation, forventningsafstemmes i forhold til det videre forløb, laves aftaler om ansvars- og opgavefordelingen mv. tidligt i forløbet. Desuden kan parterne opnå kendskab til hinandens arbejdsgange med henblik på at koordinere de samtidige indsatser. I det omfang, der antages at være behov for at iværksætte særlig støtte efter serviceloven, og der derfor skal udarbejdes en børnefaglig undersøgelse, kan det eksempelvis koordineres, at den børnefaglige undersøgelse udarbejdes sideløbende med indlæggelsen, så den er foretaget inden barnet/den unge udskrives fra børne- og ungdomspsykiatrien. Tidlig kontakt er således væsentlig for en løbende dialog mellem parterne i forhold til ændringer i barnets/den unges behov og indsatser.

5.4 OVERGANGE

Hvis der ikke koordineres i overgangen, kan det skabe usammenhængende forløb for børnene/de unge og deres familier, unødigt ventetid, vidensstab mellem de fagprofessionelle, risiko for uklar ansvarsfordeling, mv. Overgange i forløbet kan eksempelvis være fra ungdomsuddannelse til videregående uddannelse, fra børne- og ungdomspsykiatri eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri til egen læge og/eller kommunal indsats, fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri mv. Der skal altid indhentes samtykke fra barnets forældre/den unge inden der videregives oplysninger om forløbet. Skift fra én instans til en anden udgør altid en administrativ og sammenhængsmæssig

⁹ VISO er den nationale Videns- og Specialrådgivningsorganisation på det sociale område og på specialundervisningsområdet.

udfordring, hvorfor overgangene bør planlægges og koordineres ud fra en individuel vurdering.

OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL VOKSENPSYKIATRI

Som udgangspunkt sker overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri, omkring 18-års alderen, med en mindre regional variation¹⁰. For mange unge i børne- og ungdomspsykiatrien kan overgangen til voksenpsykiatrien opleves som en brat overgang, da behandlingstilbuddet i børne- og ungdomspsykiatrien af mange opleves som mere intensivt og målrettet end i voksenpsykiatrien. Derudover sker der i ungdomsårene meget både biologisk, psykologisk og socialt, som den psykiske lidelse eller vanskelighed kan influere på, og som også kan influere på den psykiske lidelse eller vanskelighed.

En vellykket overgang fra børne- og ungdomspsykiatri til voksenpsykiatri kræver derfor et tæt samarbejde mellem de involverede afdelinger/centre, den unge og familien med henblik på at skift af fx behandlere og behandlingsintensitet sker planlagt og velovervejet og ikke pludseligt. Overgangen fra børne- og ungdomspsykiatri bør således ske ud fra en faglig og individuel vurdering af, hvornår det enkelte barn er klar til det.

For unge fra cirka 16 år, der fortsat har en psykisk lidelse eller vanskeligheder, bør der tages højde for den videre indsats og overgangen til voksenlivet, så den unge sikres en god, understøttet overgang til voksenlivet.

¹⁰ Det fremgår af Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, at patienter bør varetages i børne- og ungdomspsykiatrien indtil de fylder 18, men at aldersgrænsen i øvrigt er fleksibel og kan tilrettelægges lokalt og eventuelt efter det enkelte barns særlige forhold.

OVERGANG FRA BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI TIL KOMMUNE ELLER PRIVATPRAKTISERENDE SPECIALLÆGE I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI

I mange tilfælde vil den unge ikke overgå til voksenpsykiatrien, da den unge i stedet vil overgå til udelukkende kommunale indsatser, der tilrettelægges ud fra den unges aktuelle behov. Ved behov for videreførelse af farmakologisk behandling, vil den videre varetagelse af vedligeholdelsesbehandlingen ofte foregå i regi af almen praksis, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiatere eller ved særlige aftaler pædiatere. Denne overdragelse sker efter aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og den relevante part¹¹, og kan med fordel præciseres i lokale samarbejdsaftaler.

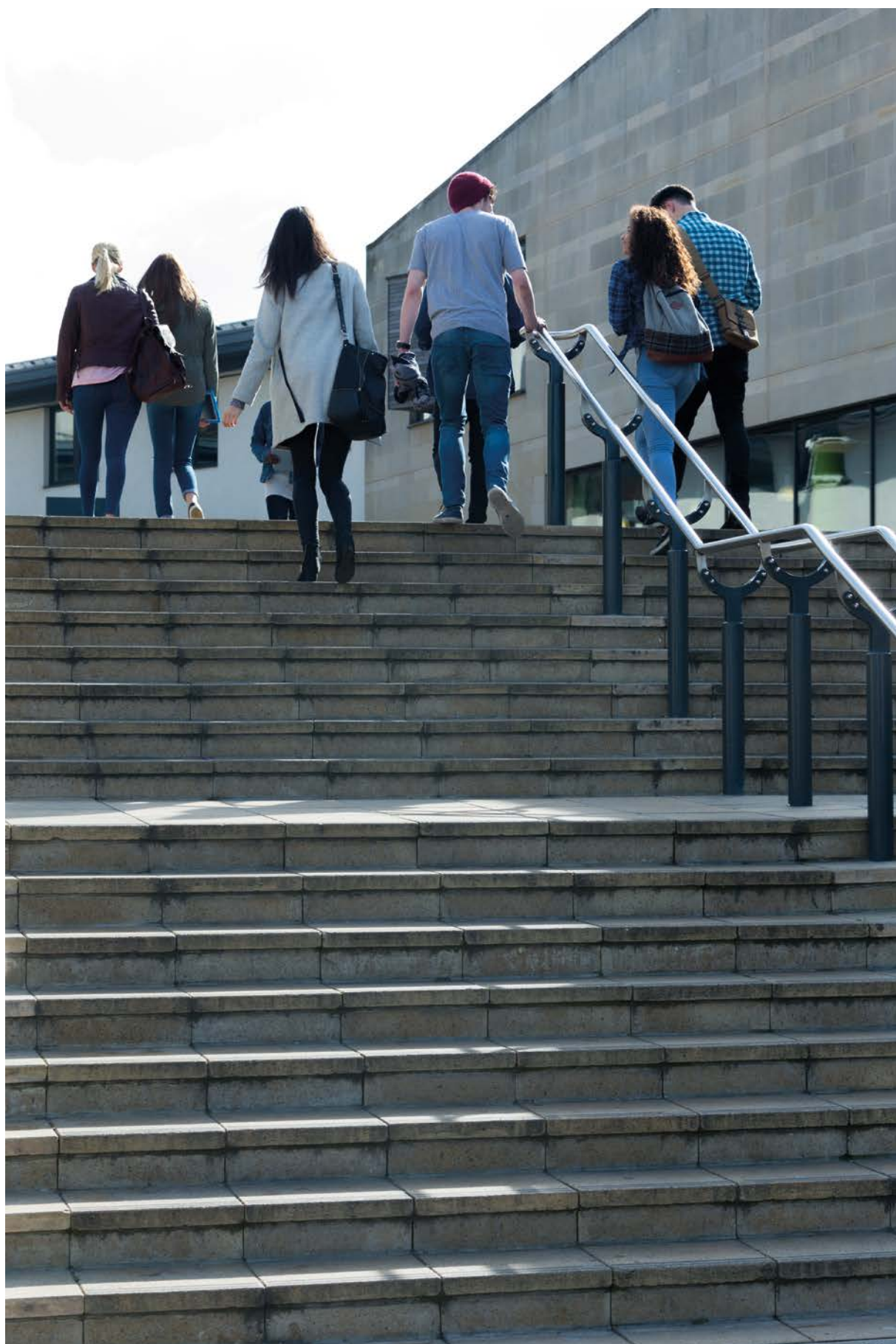
OVERGANG FRA BARN TIL VOKSEN I KOMMUNALT REGI

Serviceovens børneparagraffer er væsentligt forskellige fra voksenparagrafferne, der som udgangspunkt gælder fra den dag, den unge bliver 18 år. En ung med spiseforstyrrelse, der fylder 18 år, skal i det omfang, det er muligt, tage ansvar for sin egen tilværelse og forældrene bliver ikke automatisk involveret i sagen. Det indebærer blandt andet, at den hjælp, som kommunen har bevilliget forældrene kan ophøre (afhængigt af hvilken type hjælp, der har været iværksat). Hjælpen er nu målrettet den unge, ligesom alle henvendelser fra kommunen sker direkte til den unge. Hvis den unge vurderes fortsat at have behov for hjælp, kan der fx fortsættes fast kontaktperson for den unge, iværksættes socialpædagogisk bistand eller støtteordninger for den unge til uddannelser, læreplads eller skole fx i form af mentorer, studievejleder, støtte personer på praktikpladsen mv. Forældre spiller fortsat en central rolle, og selvom de ikke automatisk involveres, kan der med fordel arbejdes aktivt på

¹¹ Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser, VEJ nr. 9194 af 11/04/2013



at involvere forældrene i den unges forløb ved overgangen fra ung til voksen, bl.a. med henblik på at støtte den unge i forhold til at overholde møder og behandlingstiltag efter det 18. år.





6 GRADUERERE INDSATSER OG ORGANISERING

Det anbefales

- at regioner og kommuner arbejder ud fra en model om graduerede indsatser i forhold til børn og unge, som har en spiseforstyrrelse eller har tegn på en spiseforstyrrelse

TRIN 1

Tidlig indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en faglig vurdering af barnet/den unge og på den baggrund tager stilling til, om barnet/den unge og familien har behov for en kommunal indsats samt igangsætter og varetager indsatsen ved identificeret behov
- at kommunen og evt. almen praksis iværksætter en uddybende vurdering og indsats (trin 2), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

TRIN 2

Uddybende vurdering og indsats

- at kommunen, evt. i samarbejde med almen praksis eller anden relevant kompetence, foretager en uddybende faglig vurdering og på den baggrund viderefører eller revurderer den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge
- at kommunen, almen praksis, mv. henviser til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3), hvis den iværksatte indsats ikke har den forventede effekt

TRIN 3

Udredning, diagnostik og behandling

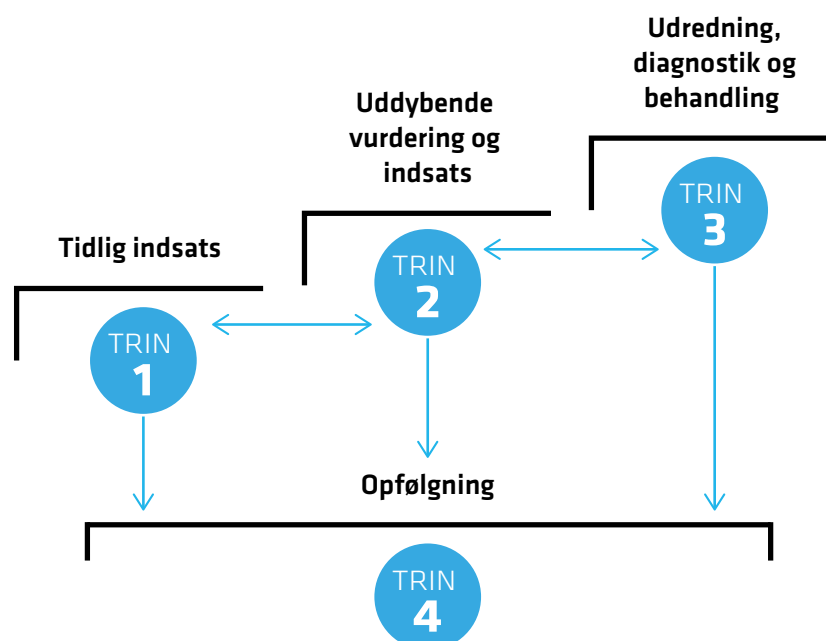
- at børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri foretager udredning og diagnosticering af barnet/den unge og formidler diagnosens indhold, den iværksatte behandling og resultater til kommunen og forældre

TRIN 4

Opfølgning

- at kommunen i samarbejde med relevante fagprofessionelle omkring barnet/den unge løbende vurderer barnets/den unges behov for opfølgende indsatser med henblik på at mestre hverdagslivet
- at der indgås aftale mellem børne- og ungdomspsykiatrien og almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri om eventuel videreførelse af og opfølgning på farmakologisk behandling

FIGUR 1



6.1 MODEL FOR GRADUERET INDSATS

Indsatserne i forløbsprogrammet er beskrevet som graduerede og opdelt på fire trin. På de første tre trin er intensiteten og specialiseringen stigende, mens trin fire omfatter opfølgning. Figur 1 viser en oversigt over indsatstrinene.

Tilgangen med en gradueret indsats er baseret på antagelsen om, at nogle børn og unge med psykiske lidelser eller tegn på psykiske lidelser, har behov for mindre indgribende indsatser, mens andre har behov for mere omfattende indsatser, ligesom nogle børn har behov for begge dele, men på forskellige tidspunkter. Uanset hvilket indsatstrin barnet/den unge befinder sig på, skal barnets/den unges behov vurderes, og indsatsen skal tilrettelægges herefter – både i region og kommune. Barnet/den unge skal tilbydes hjælp og støtte foreneligt med barnets/den unges problematikker – også selvom barnet/den unge ikke er diagnosticeret.

Indsatsen er afhængig af, at de personer der er omkring barnet reagerer. Det er altid vigtigt at vurdere, om indsatsen er den rigtige ud fra de observationer, de fagprofessionelle eller for-

ældre gør sig, da observationer og vurderinger danner udgangspunkt for indsatstrinnet. Det skal altid vurderes med korte intervaller, om en indsats har den fornødne effekt. En indsats kan ændres, hvis det observeres og vurderes, at indsatsen ikke virker, og det deraf er nødvendigt at ændre indsatsen og/eller henvise til videre behandling.

Børne- og ungdomspsykiatrien kan tilbyde rådgivning og vejledning til kommuner/almen praksis ved tvivlsspørgsmål om barnets/den unges forløb og/eller behov for indsatser, herunder hvorvidt barnet/den unge skal henvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. I det følgende gennemgås de fire trin med anførelse af hvilke overordnede aktører, der er involveret.

Dette forløbsprogram opererer således med fire indsatstrin, men i kommunalt regi arbejdes der ofte med tre forskellige typer af indsatser alt efter hvilke problemstillinger, de retter sig imod. Afhængigt af behovet, kan indsatsen rette sig mod henholdsvis alle børn og unge (alment forebyggende indsats), en afgrænset gruppe af børn og unge (foregribende indsats) eller enkelte



børn og unge (indgribende indsats). Det bør altid være barnets/den unges behov, der afgør, hvilken indsats der sættes i værk. På den måde kan der være tale om kommunale indsatser, som i skolen er af indgribende karakter, men som i forhold til familien er af foregribende karakter.

Det er vigtigt, at de fagprofessionelle hele tiden evaluerer og vurderer indsatsens effekt for barnet/den unge og, at indsatsen intensiveres, hvis der ikke opnås den ønskede eller forventede effekt.

Kommunen visiterer til indsatser på baggrund af en individuel vurdering af barnets/den unges og familiens behov, og indsatserne kan målrettes følgende områder:

- Familien og barnet/den unge
- Dagtilbud
- Skole/uddannelse
- Fritidsområde
- Hverdagsmestring

Selvom nogle børn/unge med en spiseforstyrrelse vil blive opsporet på trin 1, vil størstedelen først blive opsporet på trin 2 og derfor også have behov for en indsats og evt. behandlingsindsats, der starter på trin 2 eller trin 3.

6.2 TIDLIG INDSATS (TRIN 1)



Indsatsen på dette trin tilbydes typisk i kommunen og vil primært bestå af brede og kortvarige indsatser tæt på barnets/den unges dagligdag hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen.

Formålet med de kommunale indsatser er primært at vurdere særlige udfordringer med henblik på at afhjælpe vanskelighederne hos en risikogruppe, som kan være relateret til en spiseforstyrrelse fx ændret adfærd i forhold til mad,

måltider, krop eller fysisk aktivitet. Her bør der være fokus på, om forældre og fagpersoner kan håndtere de udfordringer/belastninger, som barnet/den unge måtte have som følge heraf, fx skolefaglige og/eller sociale problemer i skolen, indlæringsvanskeligheder, skilsmisse, psykisk lidelse hos forældrene mv. Der er en glidende overgang mellem mistvivl, risikoadfærd og en spiseforstyrrelse, og jo tidligere, den rette indsats iværksættes, jo bedre er mulighederne for at forebygge, at en spiseforstyrrelse bryder ud (Sundhedsstyrelsen, 2000a).

Ofte er det en forælder eller en lærer/pædagog i skole eller dagtilbud, der første gang bemærker, at et barn har vanskeligheder - enten hjemme, og/eller i dagtilbuddet og/eller i skolen. Når bekymringen for barnets/den unges udvikling og trivsel er opstået, bør barnet/den unge vurderes hos eksempelvis PPR¹² eller anden funktion med kompetence til at afdække mulige symptomer og vanskeligheder hos barnet. Hvis barnet/den unge ses i almen praksis, bør den praktiserende læge efter konkret undersøgelse og vurdering tage stilling til, om der skal rettes henvendelse til kommunen med henblik på iværksættelse af en indsats. Almen praksis kan foretage en underretning jf. fagpersoners skærpede underretningspligt¹³.

FAGLIGE INDSATSER

Vanskeligheder relateret til en spiseforstyrrelse opstår eller udvikler sig ofte grundet mange faktorer. Derfor er det afgørende, at indsatsen foregår ud fra en faglig vurdering af de mange samtidige faktorer (ofte både fysiske og psykiske). Når kommunen eller almen praksis registrerer, at et barn eller en ung er i risiko for at

12 PPR kan være organiseret forskelligt i kommunerne. Erfaringen viser, at der er psykologisk- og/eller pædagogisk specialiseret kompetence til stede. Nogle steder kan der desuden være andre kompetencer til stede, fx fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere.

13 Serviceloven §153 (se bilag 3)

have vanskeligheder, som kan være relateret til en spiseforstyrrelse, bør der foretages en faglig vurdering af de forskellige faktorer med henblik på at afdække barnet/den unges behov for indsatser og målrette forløbet.

Når man har fået kendskab til, at et barn eller ung har behov for særlig støtte bør der derfor foretages en indledende vurdering af problemerne og en stillingtagen til, om problemerne kan afhjælpes med en tidlig indsats (forebyggende støtte)¹⁴. Såfremt det vurderes, at problemerne kan afhjælpes med en tidlig indsats, skal det besluttes, hvilken type af indsats, der skal iværksættes og forløbet planlægges jf. kapitel 5.

Hos nogle børn kan der være behov for en faglig vurdering, hvor der ses på barnets hele situation, før den rette indsats kan tilrettelægges. I denne vurdering, kan der med fordel indhentes informationer fra barnet selv, forældre, institution, skole, sundhedsplejerske og andre aktører ved behov, herunder faktorer vedr. fysisk og mental sundhed, læring og deltagelse i skolen, sociale relationer (fx skole, fritid, nærmiljø), familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk), forældrenes rolle i forhold til omsorg og støtte/vejledning. Eventuel undersøgelse ved sundhedsplejerske, almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan inddrages i den faglige vurdering, under forudsætning af samtykke om videregivelse af oplysninger.

Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse¹⁵, hvor der ses på barnets behov for støtte ud fra barnets/den unges udvikling og adfærd, familieforhold, skoleforhold, sundhedsforhold, fritidsforhold, venskaber og andre relevante forhold i det omfang, det er nødvendigt for at belyse barnets forhold.

Der findes ikke et enkelt redskab til at vurdere barnet/den unge i forhold til spiseforstyrrelser, og derfor kræver det information fra flere kilder. Desuden er det et godt redskab til tidlig identifikation at lytte til forældres bekymring. Det at teste alle børn udgør en risiko for negative sideeffekter i form af stigmatisering mv. (Grønlie et al., 2016), hvorfor undersøgelse kun foretages ved en begrundet mistanke. Metoden ICS eller ICF-CY¹⁶ kan anvendes i forhold til at vurdere barnet/den unge på både individniveau og i relation til familien/omgivelserne og bidrager dermed til at få et overblik over barnets/den unges hele situation. Derudover kan der anvendes validerede vurderingsværktøjer, fx SDQ¹⁷, 5-15 (FTF)¹⁸ og CBCL, som alle er brede undersøgelser af barnet/den unge, der kan give en indikation af typen af barnets/den unges vanskeligheder samt sværhedsgraden heraf. Redskaberne er anvendelige som et fælles fagligt og sprogligt udgangspunkt, når der samarbejdes om barnet/den unge på tværs af faggrupper og sektorer.

På baggrund af den faglige vurdering vurderes familiens og barnets behov for støtte, og en eventuel indsats igangsættes og målrettes barnets/den unges og familiens vanskeligheder. Relevante kommunale parter (PPR-funktion, herunder skole, sundhedsplejerske, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, mv.) støtter således forældre, lærere og pædagoger i den videre håndtering af barnets/den unges vanskeligheder, fx ved konsultativ bistand. Ofte kan et tæt samarbejde mellem forældrene og personalet

14 En hurtig indsats kan ydes efter Serviceloven § 11, stk. 3, som muliggør en tidlig, målrettet indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte (se bilag 3).

15 Serviceloven § 50 (se bilag 3)

16 <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/sagsbehandling-born-og-unge/ics/om-ics>, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>, <http://www.marselisborgcentret.dk/icf/>, http://www.marselisborgcentret.dk/fileadmin/filer/Publikationer/PDF_er/ICF_vejledning_revideret_101013.pdf

17 <http://sdq-dawba.dk/>

18 <http://www.dp.dk/decentrale-enheder/dansk-psykolog-forenings-selskab-for-bor-neneuropsykologi/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/5-15-DANSK-MANUAL.pdf>



i barnets dagtilbud, skole, SFO eller klub være en del af indsatsen med at understøtte barnet/den unge i hverdagen. I andre situationer kan det være nødvendigt at involvere andre parter.

Den socialfaglige og/eller pædagogiske indsats kan både være bredt tilrettelagt og målrettet både familien og omgivelserne, og den kan være mere individuel tilrettelagt og primært være målrettet barnet/den unge selv.

VIDERE HENVISNING

I udgangspunktet henvises der ikke til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri (trin 3) fra dette trin, men i tilfælde, hvor barnet/den unge har svære symptomer og væsentligt nedsat funktionsevniveau, kan det være nødvendigt, at foretage videre henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri tidligt i forløbet. Barnet kan henvises til børne- og ungdomspsykiatrien fra kommunen, almen praksis eller praksissektoren.

Der bør således arbejdes med socialfaglige og/eller pædagogiske indsatser, før der overvejes henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri.

6.3 UDDYBENDE VURDERING OG INDSATS (TRIN 2)



Indsatserne på dette trin tilbydes, som den tidlige indsats, typisk af og i kommunen ofte i samarbejde med almen praksis eller en privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Indsatserne vil primært bestå af målrettede indsatser tæt på barnets/den unges

dagligdag. Tidligere iværksatte indsatser fortsættes, hvis der fortsat er behov.

Formålet er at iværksætte indsatser rettet mod barnet/den unge og støtte forældrene i håndteringen af udfordringer, samt at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen.

Målgruppen er børn og unge, der har en let grad af en spiseforstyrrelse, men som ikke har opnået tilstrækkelig effekt ved en indsats på trin 1.

Intensitetsniveauet bør øges, hvis barnet/den unge ikke oplever bedring af spiseforstyrrelsen indenfor en rimelig tidsramme af eksempelvis 1-2 måneders varighed (Sundhedsstyrelsen, 2015 og 2016).

FAGLIGE INDSATSER

Det anbefales, at psykologer eller lignende kompetence med viden om symptomer, funktion og adfærd forbundet med en spiseforstyrrelse, med inddragelse af øvrige relevante kommunale fagprofessionelle, almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge, vurderer barnets behov ved at foretage en uddybende vurdering af særlige opmærksomhedspunkter for målgruppen bl.a. vedrørende symptombilledet og det kognitive niveau. De fagprofessionelle, der involveres i den uddybende vurdering, bør have et kendskab til spiseforstyrrelser hos børn og unge. Der vil ofte være behov for en børnefaglig undersøgelse for at sikre, at eventuelle belastninger identificeres og håndteres, og at barnet og familien støttes tilstrækkeligt i at håndtere barnets/den unges udfordringer.

Den uddybende vurdering bør foretages ud fra tidligere beskrevne principper med udgangspunkt i indhentning af information fra barnet/den unge selv, forældre, samt andre aktører ved behov.

Den praktiserende læge kan foretage vurderingen af om barnet/den unge har en spiseforstyrrelse gennem samtale og somatisk undersøgelse/vægtkontrol. Vurderingen kan også finde sted

hos en psykiater eller psykolog (Sundhedsstyrelsen, 2000a). I vurderingen af en spiseforstyrrelse, bør den fagprofessionelle undersøge barnet/den unge grundigt i forhold til bl.a. spiseforstyrrelsens karakter og sværhedsgrad, omfanget af somatiske komplikationer, og hvorvidt barnet/den unge har andre samtidige psykiske lidelser, med henblik valg af den rette indsats (Sundhedsstyrelsen, 2005). I undersøgelsen kan der anvendes validerede vurderingsværktøjer fx EAT-26, EDE-Q, eller EDI-3, der kan give en indikation af typen af barnets/den unges vanskeligheder samt sværhedsgraden heraf. Som en del af vurderingen kan det også beskrives, hvilke indsatser der allerede er givet i forhold til barnets/den unges problematik, og hvilken effekt disse har haft. Den fagprofessionelle, der udfører den uddybende faglige vurdering, bør formidle resultater og rådgive fagprofessionelle tæt på barnet/den unge i at omsætte resultaterne til praksis og i at håndtere barnets/den unges vanskeligheder.

På baggrund af den uddybende faglige vurdering videreføres eller revurderes den socialfaglige, psykologiske og/eller pædagogiske indsats for barnet/den unge, såvel som den praktiserende læge eller den privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan iværksætte en behandlingsindsats, eksempelvis for at forebygge en indlæggelse.

På baggrund af den uddybende vurdering kan der være grundlag for eventuel afgørelse om foranstaltninger. Iværksættes der en foranstaltning, skal der udarbejdes en handleplan¹⁹.

Forældre, lærere, pædagoger, socialrådgivere og andre omkring barnet, er vigtige i forhold til at understøtte indsatsen, som barnet/den unge også selv typisk inddrages i.

VIDERE HENVISNING

Der bør viderehenvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, hvis ikke der opnås effekt, og/eller hvis spiseforstyrrelsen udvikler sig akut, eller hvis spiseforstyrrelsen vurderes at være af en karakter og sværhedsgrad, der ikke kan håndteres på trin 2. På samme måde bør der hurtigt viderehenvises til børne- og ungdomspsykiatrien, hvis der identificeres andre, samtidige psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen, 2005).

6.4 UDREDNING, DIAGNOSTIK OG BEHANDLING (TRIN 3)



Indsatserne på dette trin tilbydes som udredning, diagnosticering og behandling, enten i et ambulant forløb eller som et døgnindlæggelsesforløb. Børne- og ungdomspsykiatrien arbejder fortsat parallelt og i samarbejde med kommunen om forløbet, og tidligere iværksatte kommunale indsatser fortsættes, hvis der fortsat er behov. Der er ofte tale om længerevarende og specialiserede indsatser af moderat til høj intensitet, med involvering af en række fagprofessionelle, som ikke er en del af barnets/den unges hverdag.

Det er afgørende for behandlingen, at forløbet foregår dels ud fra en helhedsorienteret forståelse af spiseforstyrrelsens behandlingsbehov, og dels ud fra effektiv kommunikation mellem familien, netværk, kommune og børne- og ungdomspsykiatrien. Tidligere iværksatte indsatser i kommunen fortsættes, hvis der fortsat er behov.

Aktører er fagprofessionelle i børne- og ungdomspsykiatrien, eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri samt fagprofessionelle i kommunerne.

¹⁹ Der kan iværksættes foranstaltninger efter Serviceloven §52 og i så fald udarbejdes der en handleplan efter Servicelovens §140 (se bilag 3)



Formålet med indsatsen på dette trin er, at barnet/den unge tilbydes udredning og behandling, svarende til barnets/den unges vanskeligheder, symptom-billede og funktionsevnenedsættelse. Samtidig er formålet, at der rettes opmærksomhed på barnet/den unge og støtte forældrene i håndteringen af udfordringer, samt at understøtte barnet/den unge i at fungere i hverdagen med henblik på at forbedre betingelser og muligheder for barnet/den unge.

Målgruppen er børn og unge, der har en spiseforstyrrelse og som ikke har opnået effekt ved indsatser på trin 2, hvis spiseforstyrrelsen har udviklet sig akut, hvis spiseforstyrrelsen har en sværhedsgrad, der ikke kan håndteres på trin 2, eller hvis barnet/den unge har andre samtidige psykiske lidelser, eventuelt en kombination af de nævnte faktorer.

Som udgangspunkt er de beskrevne indsatser på de to foregående indsatstrin gennemført og/eller afprøvet uden tilstrækkelig effekt, og skal medtænkes som indsatser, der fortsat er relevante i et udvidet og intensiveret omfang. For nogle børn/unge kan det dog være nødvendigt at starte indsatsen på dette trin, hvis det fagligt vurderes, at lidelsen allerede har en sværhedsgrad, der kræver indsats på dette trin.

FAGLIGE INDSATSER

På dette trin tilbydes barnet/den unge udredning, diagnosticering og behandling svarende til barnets/den unges vanskeligheder, symptom-billede og funktionsevnenedsættelse, efter tidligere iværksatte indsatser er afprøvet uden tilstrækkelig virkning.

Hvis barnet er blevet henvist til børne- og ungdomspsykiatrien fra almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, bør den børne- og ungdomspsykiatriske udredning tage udgangspunkt i relevant viden fra den tidlige diagnostik af barnet/den unge, foretaget i almen praksis eller ved privatpraktiserende speciallæge.

Starter barnets/den unges forløb på trin 3, kan udredningen i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri involvere spiseforstyrrelsesinterview, familieinterview, samt somatisk og psykiatrisk undersøgelse.

I børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri vurderer den ansvarlige speciallæge, hvem der forestår udredning og behandling af barnet/den unge. Udredningen kan eksempelvis foretages af speciallæger eller fagprofessionelle med specialpsykologiske kompetencer under inddragelse af andre relevante fagprofessionelle repræsenteret i børne- og ungdomspsykiatrien, såsom sygeplejersker og pædagoger. Desuden er forældre, lærere, AKT-lærere²⁰ og lignende fortsat vigtige i forhold til at indgå i en koordineret indsats, og barnet/den unge er altid inddraget.

Familie og netværk bør informeres om fundene fra udredningen, og iværksættelse/tilretning af relevante indsatser i kommunen og regionen skal initieres²¹.

Elementerne i udredningen danner baggrund for, at der kan stilles en eventuel diagnose. Diagnosticering vil dermed være en del af udredningen for nogle børn og unge.

Formålet med døgnindlæggelse er primært at øge vægten. Vægtøgning ses som en forudsætning for, at barnet/den unge kan arbejde med fx psykologiske symptomer forbundet med spise-

20 AKT står for: Adfærd, Kontakt og Trivsel. De fleste skoler har en AKT-lærer/vejleder, og nogle kommuner har derudover ansat en AKT-konsulent. Generelt er AKT-vejlederen skolens ressourceperson på områder, der vedrører elevernes trivsel og psykiske undervisningsmiljø.

21 Der kan udarbejdes en genoptræningsplan, hvis barnet/den unge har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (se bilag 3).

forstyrrelsen. Så snart vægten er stabil, fortsættes forløbet ambulant.

I børne- og ungdomspsykiatrien arbejdes der på trin 3 eksempelvis med måltidsstøtte og spisetræning, familiebaseret behandling og anden psykoterapeutisk behandling (Sundhedsstyrelsen, 2005, Sundhedsstyrelsen 2015, Sundhedsstyrelsen 2016).

I kommunalt regi, er forældre, lærere, øvrige relevante kommunale fagprofessionelle og praktiserende læge fortsat vigtige i forhold til at indgå i en koordineret indsats, og barnet/den unge er altid inddraget.

Socialstyrelsen har udarbejdet retningslinjer for højt specialiserede indsatser til børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, som har behov for rehabiliterende indsatser og tilbud på grund af svære funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer i kommunalt regi (Socialstyrelsen 2015b). Indsatserne omfatter bl.a. måltidsstøtte og træning af psyko-/sociale kompetencer.

6.5 OPFØLGNING (TRIN 4)



Indsatserne på dette trin tilbydes typisk i kommunen og almen praksis, og indsatsernes formål er at fastholde funktionsevneniveauet og gøre barnet/den unge i stand til at mestre hverdagslivet.

Indsatserne på dette trin vil ofte have karakter af et udslusningsforløb fra sygehus til fx et døgntilbud i kommunen og eventuelt med inddragelse af almen praksis. Et afgørende mål for dette indsatsstrin er, at barnet/den unge skal undgå tilbagefald, fastholde funktionsevneniveauet og understøtte barnet/den unge og familien i at mestre hverdagen. Derfor bør forløbet være

velkoordineret, hvor behandling og opfølgende indsatser iværksættes ud fra en individuel vurdering af forløbet, og etableres parallelt og/eller gradvist, så det sikres, at det er det rette forløb, der er iværksat for barnet/den unge.

Der bør løbende (på alle indsatsstrin) følges op på indsatserne i forhold til, om det er de rette indsatser, der er igangsat for barnet/den unge, og om de eventuelt skal tilpasses²².

Efter endt forløb i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri bør kommune og almen praksis fortsat have mulighed for at kunne henvende sig til børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri med henblik på rådgivning eller revisitation ved manglende effekt af behandling eller komplikationer, som følge af andre samtidige sygdomme og/eller lidelser.

FAGLIGE INDSATSER

I kommunalt regi arbejdes der med indsatser med fokus på gradvis udslusning af indsatser i børne- og ungdomspsykiatrien og med fokus på at støtte barnet/den unge i at leve et selvstændigt liv (Socialstyrelsen, 2015a og 2015b), herunder rehabiliterende indsatser og tilbud til børn, unge og voksne med svære spiseforstyrrelser, som har behov for rehabiliterende indsatser og tilbud på grund af svære funktionsnedsættelser og/eller sociale problemer (Socialstyrelsen 2015b). Indsatserne omfatter bl.a. måltidsstøtte og træning af psyko-/sociale kompetencer. Der arbejdes ud fra en motiverende tilgang og med inddragelse af barnet/den unge og forældrene.

Opfølgende indsatser kan være indsatser på social-, sundheds-, undervisnings- og/eller beskæftigelsesområdet og kan bl.a. omfatte psykoedukation (både rettet mod barnet/den

²² Der skal løbende følges op og foranstaltes indsatser jf. Serviceloven §52 (bilag 3).



unge og forældre), opstilling af progressionsmål og støtte af barnet/den unge i forhold til hverdagsmestring. Det er vigtigt at støtte forældre og fagprofessionelle omkring barnet i at holde fast i strategier og integrere indsatserne i forhold til barnets videre udvikling.

Almen praksis eller privatpraktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri kan desuden bidrage til/varetage efterbehandling med henblik på at undgå tilbagefald.

I børne- og ungdomspsykiatrien arbejdes der eksempelvis med fortsat behandling af spiseforstyrrelsen og eventuelt andre samtidige psykiske lidelser med fokus på stabilisering og på færdigheder til at begrænse symptomers indvirkning på livskvalitet og sundhed, monitorering af symptomudvikling og øgning af behandlingsintensitet ved eventuelt tilbagefald.

7 IMPLEMENTERING OG OPFØLGNING

Det anbefales:

- at der indgås aftaler om fælles kompetenceudvikling, så fagprofessionelle omkring børn og unge har **de rette kompetencer** til at understøtte den rette indsats i forhold til barnets/den unges vanskeligheder.
- at **samarbejdet** omkring forløbsprogrammet løbende **følges og evalueres** med henblik på eventuelle justeringer i samarbejdet og i praksis. Opfølgning aftales lokalt fx hvert 2. – 4. år

7.1 FORUDSÆTNINGER FOR VELLYKKET IMPLEMENTERING

Med henblik på at forløbsprogrammet giver den tilsigtede forbedrede kvalitet i forløb for børn og unge med en spiseforstyrrelse, er det væsentligt at anbefalingerne implementeres. For at forløbsprogrammet kan blive fuldt implementeret, kræver det indsats på både nationalt og lokalt niveau. Det nationale niveau har primært fokus på den fortsatte faglige og organisatoriske udvikling af området, mens regioner og kommuner lokalt har fokus på at anvende, konkretisere og tilpasse det nationale forløbsprogram i tilrettelæggelse af forløbet for børn og unge med en spiseforstyrrelse. Nedenfor beskrives nogle af de væsentligste forudsætninger for en vellykket implementering og udvikling på området.

TVÆRSEKTORIELT/TVÆRGÅENDE SAMARBEJDE

Regioner og kommuner har allerede i regi af sundhedsaftalerne en organisation med ansvar for udvikling, implementering og opfølgning på det tværsektorielle/tværgående samarbejde, herunder aftaler vedrørende den konkrete arbejdsdeling, koordination og samarbejde.

Implementeringen af forløbsprogrammet kan hensigtsmæssigt forankres i denne organisation, eventuelt med nedsættelse af en særlig udviklings- og opfølgningsgruppe for forløbsprogrammet med deltagelse af relevante aktører fra region, kommuner i regionen, praktiserende speciallæger, herunder almen praksis og brugerorganisationer. Forløbsprogrammet kan desuden hensigtsmæssigt forankres i regi af praksisplaner for almen praksis, der udarbejdes som led i den samlede regionale sundhedsplanlægning.

PLAN FOR IMPLEMENTERING

Den lokale implementering forudsætter, at hver region og tilhørende kommuner i samarbejde udarbejder en implementeringsplan

Implementeringsplanen bør beskrive:

- De væsentligste aktiviteter
- Rolle og ansvarsfordeling
- Tids- og milepælsplan



FAGLIGE RETNINGSLINJER

Forløbsprogrammet beskriver indsatserne overordnet. For at understøtte en implementering af de beskrevne sundhedsfaglige, socialfaglige og uddannelsesmæssige indsatser, kan der være behov for udarbejdelse af konkrete faglige retningslinjer/arbejdsgangsbeskrivelser. I den udstrækning, som det er relevant, bør disse være tværfaglige og tværsektorielle. Det er vigtigt, at de relevante videnskabelige og faglige selskaber og faglige organisationer indgår i dette arbejde, herunder at parterne identificerer områder med behov for retningslinjer og prioriterer rækkefølgen af udarbejdelsen af disse.

AFTALER OM KOMPETENCEUDVIKLING

For at opnå høj faglig kvalitet i indsatserne bør regioner og kommuner sikre tilstrækkelig og opdateret viden blandt alle involverede faggrupper.

Kompetenceopbygning kan ske ved hjælp af organisatoriske tiltag på flere niveauer. Fx kan mindre kommuner gå sammen i klynger med henblik på at dele viden og kompetencer, og der kan etableres fora mellem region og relevante kommuner med fokus på samarbejde for at forbedre indsatsen/kvaliteten, herunder opbygning af det rette kompetenceniveau til opgaveløsningen. Dette kan eksempelvis ske gennem fælles uddannelse, som vil øge kendskabet til andre faggruppers kompetencer og arbejdsopgaver samt understøtte kulturer, der samarbejder på tværs.

I forlængelse heraf anbefales det, at regioner og kommuner aftaler, hvordan de nødvendige kompetencer tilvejebringes og udnyttes på tværs af sektorer.

MONITORERING

Monitorering danner grundlag for planlægning og kvalitetsudvikling for indsatsen og forløbet for børn og unge med en spiseforstyrrelse. Det er derfor væsentligt, at der tages stilling til,

hvordan implementeringsprocessen kan monitoreres. Monitoreringen kan anvendes til at undersøge, om implementeringen forløber som planlagt og kan samtidig anvendes som beslutningsgrundlag vedrørende implementeringsprocesser.

7.2 OPFØLGNING

Når forløbsprogrammet implementeres i regioner og kommuner, er det væsentligt at følge, om programmet opfylder formålet og fungerer efter hensigten. Denne opfølgning vil bidrage med viden om og erfaringer med de enkelte indsatser, samt til koordineringen og organiseringen heraf. Den viden, der kommer af opfølgningen, den løbende monitorering af forløbene og fra forskning i øvrigt, bør anvendes til løbende justeringer af praksis.

I forbindelse med udmøntning af satspuljemidler til lokal implementering af det nationale forløbsprogram tilknyttes en evaluator. Viden fra denne nationale evaluering bør inddrages i det lokale arbejde.

Derudover bør der lokalt foretages en systematisk vurdering af forløbsprogrammet fx hvert 2.-4. år. Denne opgave kan hensigtsmæssigt forankres i eksisterende fora i sundhedsaftaleregion, der har deltagelse af relevante aktører fra region, kommune, almen praksis, eventuelt med involvering af brugerorganisationer.

En del af den viden, der frembringes på lokalt niveau, kan være relevant at dele bredere med andre regioner og kommuner.

7.3 REVISION AF DET NATIONALE FORLØBSPROGRAM

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en revision af det nationale forløbsprogram, når det skønnes nødvendigt.

8 REFERENCER

Specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri, Sundhedsstyrelsen 2017

Westwood, Heather, and Kate Tchanturia. 2017. 'Autism Spectrum Disorder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Review'. *Current Psychiatry Reports* 19 (7).

Brittany Mulders-Jones, Deborah Mitchison, Federico Girosi, and Phillipa Hay, 2017 "Socioeconomic Correlates of Eating Disorder Symptoms in an Australian Population-Based Sample" PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0170603 January 31, 2017 1 / 17

Westwood, Heather, and Kate Tchanturia. 2017. iaHeather, and Kate Trder in Anorexia Nervosa: An Updated Literature Reviewrep*Current Psychiatry Reports* 19 (7).

Anna Keski-Rahkonen and Linda Mustelin, 2016: Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*. 29(6):340–345, NOV 2016

Duncan, E. L., Thornton, L. M., Hinney, A., Daly, M. J., Sullivan, P. F., Zeggini, E., . . . Bulik, C. M. (2016). Genome-Wide Association Study Reveals First Locus for Anorexia Nervosa and Metabolic Correlations. *bioRxiv*.

Nazar, B. P., Bernardes, C., Peachey, G., Sergeant, J., Mattos, P., & Treasure, J. (2016). The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 49(12), 1045-1057.

Udviklingen og revideringen af Opsporingsmodellen, Socialstyrelsen & KORA (2016)

National klinisk retningslinje for behandling af anorexia nervosa, Sundhedsstyrelsen (2016)

National klinisk retningslinje for behandling af moderat til svær bulimi, Sundhedsstyrelsen (2015)

Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser, Socialstyrelsen (2015a)

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

Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen (2015)

Rapport fra arbejdsgruppe under Moderniseringsudvalget vedr. speciallægepraksis, Danske Regioner (2014)



Rhind, C., Bonfioli, E., Hibbs, R., Goddard, E., Macdonald, P., Gowers, S., . . . Treasure, J. (2014). An examination of autism spectrum traits in adolescents with anorexia nervosa and their parents. *Mol Autism*, 5(1), 56.

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

En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser, Rapport fra Regeringens Udvalg om Psykiatri (2013)

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5®)* (pp. 1 online resource (992 p.)).

Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling, Sundhedsstyrelsen (2005)

Tidlige tegn på spiseforstyrrelser – en tidlig indsats nytter. Sundhedsstyrelsen (2000a)

Spiseforstyrrelser – voksne omkring børn og unge kan være med til at forebygge, at spiseforstyrrelser udvikler sig (2000b)

Sund psykisk udvikling hos børn. Sundhedsstyrelsen (2000c)

Lisa Rogers, Michael D. Resnick, James E. Mitchell, and Robert W. Blum, 1997 “The Relationship Between Socioeconomic Status and Eating-Disordered Behaviors in a Community Sample of Adolescent Girls”, John Wiley & Sons, Inc. CCC 0276-3478/97/010015–09

Maisie C. E. Card & Chris P. Freeman, 1996 “The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status” *International journal of Eating Disorders*, Vol. 20, No. 1, 1-12 (1996) © 1996 by John Wiley & Sons, Inc. CCC 0276-3478/96/010001-12

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (1992). *tenth revision*. Geneva: WHO.

Garner, D. M., Garfinkel, P. E., & Bemis, K. M. (1982). A multidimensional psycho-therapy for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(2), 3-46.

9 BILAGSFORTEGNELSE

Bilag 1: Kommissorium for arbejdsgruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser

Bilag 2: Kommissorium for referencegruppe til udarbejdelse af forløbsprogram for børn og unge med psykiske lidelser

Bilag 3: Lovgrundlag

Bilag 4: Vejledende oversigt over symptomer på spiseforstyrrelser

Bilag 5: Oversigt over planer til beskrivelse af mål og indsatser i det enkelte barn/unges forløb

Se den særskilte bilagspublikation *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser* på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk



BILAG 1: KOMMISSORIUM FOR ARBEJDSGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBS- PROGRAM FOR BØRN OG UNGE MED SPISEFORSTYRRELSE

BAGGRUND

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til udarbejdelse af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser i regi af Sundhedsstyrelsen. Formålet er, at børn og unge skal tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling. Forløbsprogrammerne vil bygge på den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser: <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/generisk-model-for-forlobsprogrammer-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>

De tre forløbsprogrammer vil være rettet mod børn og unge med henholdsvis:

- Angst og/eller depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelse

Der er i satspuljeaftalen for 2017-2020 endvidere afsat puljemidler i perioden 2018-2020 til udbredelse og implementering af de tre nationale forløbsprogrammer i regioner og tilhørende kommuner, herunder lokal tilpasning.

FORMÅL OG RAMMER

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der har til formål at understøtte fælles mål og retning i indsatsen, sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder, høj faglig kvalitet, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og systematisk inddragelse af borgere og pårørende.

Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser skal beskrive den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats med

udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammet beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet modellen både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Den faglige indsats, der er relevant for børn og unge med spiseforstyrrelser, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

ORGANISERING

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe bestående af følgende repræsentanter:

DELTAGERE	ANTAL
Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Styrelsen for Undervisning og Kvalitet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/2 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1 repræsentant
Danske Handicaporganisationer	1 repræsentant
Danske Patienter	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	2 repræsentanter
Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings selskab for Psykopatologi for børn og unge (SPBU)	1 repræsentant
Pædiatriske psykologers selskab	1 repræsentant
Dansk Psykoterapeutisk selskab for psykologer	1 repræsentant
Dansk Selskab for Klinik Ernæring	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte	1 repræsentant
Dansk Socialrådgiverforening	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

Desuden nedsættes en overordnet reference-gruppe med relevante parter på tværs af de tre forløbsprogrammer, som vil følge arbejdet og rådgive Sundhedsstyrelsen undervejs i processen.

Sundhedsdatastyrelsen vil blive inddraget efter behov i forhold til datagrundlaget for beskrivelse af patientgrupperne samt i forhold til eventuelle beskrivelser af fremtidig monitorering af forløbsprogrammerne mv.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, som fremsendes hhv. én uge før og efter møderne.



ARBEJDSGRUPPENS OPGAVER

Arbejdsgruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af forløbsprogrammerne, herunder komme med fagligt input og eventuelt mindre skriftlige bidrag undervejs i arbejdsprocessen samt kommentere skriftligt på udkast til forløbsprogrammet, herunder til:

- Beskrivelse af metoder til systematisk og ensartet vurdering af behov for indsatser
- Beskrivelse af typer af behandling og faglige indsatser
- Arbejdet med opstilling af mål for barnet/den unge samt opfølgning på målene
- Fastlæggelse af den overordnede organisering af den tværfaglige indsats, herunder opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede fagpersoner samt samarbejde og koordination
- Overvejelser vedr. implementering af forløbsprogrammet
- En nærmere afgrænsning af målgruppen.

TIDSPLAN

Der forventes afholdt i alt fem møder i arbejdsgruppen i perioden fra marts til november 2017. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammet i december 2017.

ARBEJDSGRUPPEN FOR BØRN OG UNGE MED SPISEFORSTYRRELSER, MEDLEMSOVERSIGT

- Sarah Bang Refberg/Lisa Bugge-Toft, Sundheds- og Ældreministeriet
- Sine Jongdahl Kolind Møller, Socialstyrelsen
- Maj Balsløv, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet
- Susse Kolster, KL eller Kommunernes Landsforening
- Marianne Korsgaard Helms, KL eller Kommunernes Landsforening
- Anette Holm, Holstebro Kommune
- Kristian Rokkedal, Region Midtjylland
- Louise Linde, Danske Patienter

- Helle Koch-Christensen, Dansk Sygepleje Selskab
- Trine Muckert, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Nanna Nielsen, Ergoterapeutforeningen
- Ulla Moslet, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Else Marie Olsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Anette Maria Pilegaard, Dansk Psykolog Forening
- Mette Bentz, Pædiatriske Psykologers Selskab
- Anne Lydolff, Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer
- Henning Strand, Dansk Psykolog Forenings sektion for kommunalt ansatte psykologer
- Gry Kjærdsdam Telléus, Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Charlotte Humble Andersen, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Pernille Vieth, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Bettina Skovmand, Dansk Socialrådgiverforening
- Magnus Sjögren, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Christina Louise Lindhardt, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker

Fra Sundhedsstyrelsen:

- Elisabeth Skibsted (formand)
- Cecilie Juul
- Julie Præst
- Tina Birch (sekretær)

BILAG 2: KOMMISSORIUM FOR REFERENCEGRUPPE TIL UDARBEJDELSE AF FORLØBS- PROGRAMMER FOR BØRN OG UNGE MED PSYKISKE LIDELSER

BAGGRUND

I satspuljeaftalen for 2017-2020 er der afsat midler til udarbejdelse af tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser i regi af Sundhedsstyrelsen. Formålet er, at børn og unge skal tilbydes en mere sammenhængende indsats og den bedst mulige udredning og behandling med henblik på at forebygge behovet for medicinsk behandling.

De tre forløbsprogrammer vil være rettet mod børn og unge med henholdsvis:

- Angst og/eller depression
- ADHD
- Spiseforstyrrelse

Der er i satspuljeaftalen for 2017-2020 endvidere afsat puljemidler i perioden 2018-2020 til udbredelse og implementering af de tre nationale forløbsprogrammer i regioner og tilhørende kommuner, herunder lokal tilpasning.

FORMÅL OG RAMMER

Et forløbsprogram er et organisatorisk redskab, der har til formål at understøtte fælles mål og retning i indsatsen, sammenhængende og koordinerede forløb på tværs af sektorer og forvaltningsområder, høj faglig kvalitet, hensigtsmæssig ressourceudnyttelse og systematisk inddragelse af borgere og pårørende.

De tre forløbsprogrammer for børn og unge med psykiske lidelser skal beskrive den tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats med udgangspunkt i den aktuelle viden og lovgivning på området. Forløbsprogrammerne beskriver herunder ansvars- og opgavefordeling samt procedurer for samarbejde, koordinering og

kommunikation mellem de involverede aktører på tværs af enheder og sektorer.

Udarbejdelsen af forløbsprogrammerne tager afsæt i den generiske model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, som Socialstyrelsen i samarbejde med Sundhedsstyrelsen har udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom: <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/handicap/generisk-model-for-forlobsprogrammer-for-mennesker-med-psykiske-lidelser>. Modellen er specifikt tilpasset arbejdet med at skabe kvalitet og sammenhæng i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser, idet den både omfatter behandling og indsatser på sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesområdet.

Den faglige indsats, der er relevant for børn og unge med psykiske lidelser, beskrives med inddragelse af eksisterende viden på området. Beskrivelse af arbejdsdelingen baseres bl.a. på den generelle opgavedeling mellem sygehuse, almen praksis og kommune, som bl.a. fremgår af sundhedsloven samt den konkrete opgavefordeling, der fremgår af de lokale sundhedsaftaler.

ORGANISERING

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe for hvert af de tre forløbsprogrammer med relevante parter, som skal bidrage med fagligt input.

Der nedsættes desuden en overordnet referencegruppe på tværs af de tre forløbsprogrammer, bestående af følgende repræsentanter:



DELTAGERE	ANTAL
Sundheds- og Ældreministeriet	1 repræsentant
Børne- og Socialministeriet	1 repræsentant
Undervisningsministeriet	1 repræsentant
Socialstyrelsen	1 repræsentant
KL/kommuner	1/3 repræsentant/er
Danske Regioner/regioner	1/2 repræsentant/er
Danske Handicaporganisationer	1 repræsentant
Danske Patienter	1 repræsentant
Dansk Sygepleje Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Fysioterapi	1 repræsentant
Ergoterapifaglige Selskaber	1 repræsentant
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark	1 repræsentant
Dansk Psykiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Psykolog Forening	1 repræsentant
Dansk Selskab for Almen Medicin	1 repræsentant
Dansk Selskab for Klinisk Ernæring (DSKE)	1 repræsentant
Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser	1 repræsentant
Dansk Pædiatrisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Neurologisk Selskab	1 repræsentant
Dansk Selskab for Distriktpsychiatri	1 repræsentant
Socialpædagogernes faglige selskab om mennesker med sindslidelse	1 repræsentant
Børnerådet	1 repræsentant
Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker	1 repræsentant

Sundhedsdatastyrelsen vil blive inddraget efter behov i forhold til datagrundlaget for beskrivelse af patientgrupperne samt i forhold til eventuelle beskrivelser af fremtidig monitorering af forløbsprogrammerne mv.

Sundhedsstyrelsen varetager formandskab og sekretariatsfunktion.

Sundhedsstyrelsen udarbejder dagsorden og beslutningsreferat, som fremsendes hhv. én uge før og efter møderne.

REFERENCEGRUPPENS OPGAVER

Referencegruppen skal løbende følge udarbejdelsen af forløbsprogrammer og rådgive Sundhedsstyrelsen omkring den overordnede ramme og indhold for forløbsprogrammer.

Referencegruppens opgaver omfatter følgende:

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

TIDSPLAN

Der forventes afholdt i alt tre møder i referencegruppen i perioden fra marts til november 2017. Mødedatoerne fremgår af udpegningsbrevet.

Sundhedsstyrelsen forventer at offentliggøre forløbsprogrammerne i december 2017.

REFERENCEGRUPPEN, MEDLEMSOVERSIGT

- Ane Stallknecht, Kalundborg Kommune
- Carsten Obel, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Charlotte Aastrup Poole, Børne- og Socialministeriet
- Christina Louise Lindhardt, Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker
- Connie Nissen, Ergoterapifaglige Selskaber
- Eva Secher Mathiasen, Dansk Psykolog Forening
- Hanne Børner, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark
- Helge Toksvig Bjerre, Danske Handicaporganisationer/SIND Ungdom
- Ida Agnete Dalsjö, Danske Regioner
- Inger Becker, Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser
- Karin Kirstine Lassen, Dansk Pædiatrisk Selskab

- Kirsten Buur Thomsen, Socialpædagogernes faglige selskab om mennesker med sindslidelse
- Maja Gade Holm, Dansk Selskab for Fysioterapi
- Maja Sørensen, Sundheds- og Ældreministeriet
- Marianne Friberg Day, Dansk Sygepleje Selskab
- Mirian Meinertz, Dansk Selskab for Klinisk Ernæring
- Peter Treufeldt, Region Hovedstaden
- Sanna Dragholm, Socialstyrelsen
- Sanne Nielsen, Dansk Socialrådgiverforening
- Steen Andersen, Danske Patienter/ Landsforeningen mod selvskade og spiseforstyrrelser
- Susanne Bang Dahl, Børnerådet
- Susse Kolster, KL
- Torsten Bjørn Jacobsen, Dansk Psykiatrisk Selskab
- Ulla Skall, Undervisningsministeriet
- Fra Sundhedsstyrelsen:
- Kirsten Hansen (formand)
- Elisabeth Skibsted
- Cecilie Juul
- Julie Præst
- Janni Stauersbøll Kramer (sekretær)



BILAG 3: LOVGRUNDLAG

Oversigten giver et overblik over et udvalg af den mest centrale lovgivning uden at være fuldstændigt udtømmende.

SUNDHEDSFAGLIGE INDSATSER

Sundhedsloven

LBK nr. 1202 04/11/2014 om sundhedsloven.

Den sundhedsfaglige indsats omfatter forebyggelse, udredning, behandling, opfølgning og rehabilitering. Sundhedsvæsenet har jf. sundhedsloven til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge og behandle sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte. Patienter, der henvises til udredning eller behandling i psykiatrien har jf. sundhedsloven ret til at blive hhv. udredt og behandlet inden for en måned.

Regioners rolle

§ 79. Regionsrådet yder sygehusbehandling til personer, der har bopæl i regionen, ved sit sygehusvæsen og ved andre regioners sygehuse. Medmindre behandling sker akut, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, skal personen være henvist til behandling af en læge eller tandlæge. Personen kan også være henvist af andre autoriserede sundhedspersoner eller myndigheder, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvisning. Regionsrådet kan endvidere efter en konkret vurdering yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, jf. 2. og 3. pkt., når omstændighederne taler derfor.

§ 82 a. En person, der er henvist til en diagnostisk undersøgelse på sygehus, jf. § 79, til brug for udredning hos alment praktiserende læger, jf. § 60, og praktiserende speciallæger, jf. § 64, kan vælge mellem enhver regions sygehuse, jf. § 86. Personen kan desuden vælge at blive undersøgt på et af de sygehuse, en af de klinikker m.v., som Danske Regioner har indgået aftale med efter § 87, stk. 4 (aftalesygehuse), hvis regionsrådet i bopælsregionen ikke, inden 1 måned efter

at henvisningen er modtaget, kan tilbyde undersøgelse ved egne sygehuse eller et af de i § 79 nævnte sygehuse, som regionsrådet samarbejder med eller sædvanligvis benytter.

§ 82 b. Til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2.

§ 119. Stk. 3. Regionsrådet tilbyder patientrettet forebyggelse i sygehusvæsenet og i praksissektoren m.v. samt rådgivning m.v. i forhold til kommunernes indsats efter stk. 1 og 2.

Kommuners rolle

§ 119. Kommunalbestyrelsen har ansvaret for ved varetagelsen af kommunens opgaver i forhold til borgerne at skabe rammer for en sund levevis. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.

§ 120. Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. **Stk. 2.** Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov.

§ 123. Kommunalbestyrelsen opretter med henblik på at tilgodese børn og unge med særlige behov en tværfaglig gruppe, der skal sikre, at den enkeltes udvikling, sundhed og trivsel fremmes, og at der i tilstrækkeligt omfang formidles kontakt til lægefaglig, psykologisk og anden sagkundskab

Genoptræningsplan

§ 140. Kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri genoptræning til personer, der efter

udskrivning fra sygehus har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, jf. § 84 om genoptræningsplaner. **Stk. 2.** Kommunalbestyrelsens indsats efter stk. 1 tilrettelægges i sammenhæng med de kommunale trænings-tilbud m.v. i henhold til anden lovgivning. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen kan tilvejebringe tilbud om genoptræning i henhold til stk. 1 ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftaler herom med andre kommunalbestyrelser, regionsråd eller private institutioner. **Stk. 4.** Sundheds- og ældreministeren fastsætter nærmere regler om patienternes mulighed for at vælge mellem genoptræningstilbud.

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien

LBK nr. 1729 af 02/12/2010 om anvendelse af tvang i psykiatrien.

Lov om anvendelse af tvang i psykiatrien angiver regler for frihedsberøvelse og anvendelse af anden tvang i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på en psykiatrisk afdeling.

SOCIALFAGLIGE INDSATSER

Servicebogen

Servicebogen LBK nr. 150 af 16/02-2015 om bekendtgørelse af lov om social service.

Socialfaglige indsatser målrettes børn og unge med psykiske lidelser bevilles ud fra bestemmelserne i lov om social service.

Sammenhæng i indsatsen

§ 11. Kommunalbestyrelsen skal tilrettelægge en indsats, der sikrer sammenhæng mellem kommunens generelle og forebyggende arbejde og den målrettede indsats over for børn og unge med behov for særlig støtte.

Dækning af nødvendige merudgifter

§ 41. Kommunalbestyrelsen skal yde dækning af nødvendige merudgifter ved forsørgelse i hjemmet af et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse.

Det er en betingelse, at merudgifterne er en konsekvens af den nedsatte funktionsevne og ikke kan dækkes efter andre bestemmelser i denne lov eller anden lovgivning.

Dækning af tabt arbejdsfortjeneste

§ 42. Kommunalbestyrelsen skal yde hjælp til dækning af tabt arbejdsfortjeneste til personer, der i hjemmet forsørger et barn under 18 år med betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller indgribende kronisk eller langvarig lidelse. Ydelsen er betinget af, at det er en nødvendig konsekvens af den nedsatte funktionsevne, at barnet passes i hjemmet, og at det er mest hensigtsmæssigt, at det er moderen eller faderen, der passer det.

Børnefaglig undersøgelse

§ 50. Hvis det må antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, skal kommunalbestyrelsen undersøge barnets eller den unges forhold. Undersøgelsen, der betegnes som en børnefaglig undersøgelse, gennemføres så vidt muligt i samarbejde med forældremyndighedsindehaveren og den unge, der er fyldt 15 år. Undersøgelsen skal gennemføres så skånsomt, som forholdene tillader, og må ikke være mere omfattende, end formålet tilsiger.

Stk. 2. Kommunalbestyrelsens undersøgelse, jf. stk. 1, skal anlægge en helhedsbetragtning, der medmindre konkrete forhold betyder, at et eller flere af nedenstående numre ikke er relevante i forhold til det pågældende barn eller den unge, skal omfatte barnets eller den unges

1. udvikling og adfærd,
2. familieforhold,
3. skoleforhold,
4. sundhedsforhold,
5. fritidsforhold og venskaber og
6. andre relevante forhold.

Stk. 3. Som led i undersøgelsen skal der finde en samtale sted med barnet eller den unge. Samtalen kan undlades, i det omfang barnets eller den unges modenhed eller sagens karakter i afgørende grad taler imod samtalens gennemførelse.



Kan samtalen ikke gennemføres, skal oplysninger om barnets eller den unges synspunkter søges tilvejebragt. Samtalen kan finde sted uden samtykke fra forældremyndighedens indehaver og uden dennes tilstedeværelse, når hensynet til barnets eller den unges bedste taler herfor.

Stk. 4. I sin undersøgelse skal kommunalbestyrelsen afdække ressourcer og problemer hos barnet, familien og netværket. For unge, der er fyldt 15 år, skal undersøgelsen afdække de særlige forhold, der skal indgå ved valg af indsats for denne aldersgruppe, jf. §§ 52, 76 og 76 a.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen skal som led i undersøgelsen inddrage de fagfolk, som allerede har viden om barnets eller den unges og familiens forhold. Dette kan ske ved at inddrage sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, lærere eller andre. Hvis det er nødvendigt, skal kommunen lade barnet eller den unge undersøge af en læge eller en autoriseret psykolog.

Stk. 6. Undersøgelsen skal resultere i en begrundet stillingtagen til, om der er grundlag for at iværksætte foranstaltninger, og i bekræftende fald af hvilken art disse bør være. Hvis der er iværksat foranstaltninger sideløbende med, at undersøgelsen gennemføres, jf. § 52, stk. 2, skal der desuden tages stilling til, om disse foranstaltninger skal videreføres. Der skal være oplysninger om, hvordan forældremyndighedsindehaveren og barnet eller den unge stiller sig til foranstaltningerne, og om de forhold i familien eller i dennes omgivelser, som kan bidrage til at klare vanskelighederne. **Stk. 7.** Undersøgelsen skal afsluttes senest 4 måneder efter, at kommunalbestyrelsen bliver opmærksom på, at et barn eller en ung kan have behov for særlig støtte. Hvis undersøgelsen undtagelsesvis ikke kan afsluttes inden 4 måneder, skal kommunalbestyrelsen udarbejde en foreløbig vurdering og snarest herefter afslutte undersøgelsen. **Stk. 8.** I forbindelse med undersøgelsen skal kommunalbestyrelsen vurdere, om der skal foretages en undersøgelse af eventuelle andre børn i familien. En undersøgelse kan gennemføres som én samlet undersøgelse for flere børn i familien, dog således at der tages højde for børnenes individuelle forhold. **Stk. 9.** Hvis det må antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn

umiddelbart efter fødslen, skal kommunen undersøge de vordende forældres forhold nærmere. Undersøgelsen gennemføres så vidt muligt i samarbejde med de vordende forældre. Stk. 4-8 finder anvendelse ved afgørelsen.

Kommunen har desuden en særlig adgang i **retsikkerhedslovens § 11 c** til at indhente oplysninger til brug for en børnefaglig undersøgelse uden samtykke (men samtykket skal søges indhentet).

Foranstaltninger

§ 52. Kommunalbestyrelsen skal træffe afgørelse om foranstaltninger efter stk. 3, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til et barns eller en ungs særlige behov for støtte. Kommunalbestyrelsen skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse efter § 50. Afgørelsen træffes med samtykke fra forældremyndighedsindehaveren, jf. dog §§ 56, 57 a, 57 b og 58, § 68, stk. 2 og 3, og § 68 a. En afgørelse efter stk. 3, nr. 7, kræver tillige samtykke fra den unge, der er fyldt 15 år. **Stk. 3.** Kommunalbestyrelsen kan iværksætte hjælp inden for følgende typer af tilbud:

1. Ophold i dagtilbud, fritidshjem, ungdomsklub, uddannelsessted el.lign.
2. Praktisk, pædagogisk eller anden støtte i hjemmet.
3. Familiebehandling eller behandling af barnets eller den unges problemer.
4. Døgnophold, jf. § 55, for både forældremyndighedsindehaveren, barnet eller den unge og andre medlemmer af familien i en plejefamilie, i en kommunal plejefamilie, på et godkendt opholdssted eller på en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1, 2, 5 og 6, eller i et botilbud, jf. § 107.
5. Aflastningsordning, jf. § 55, i en plejefamilie, kommunal plejefamilie eller netværksplejefamilie eller på et opholdssted eller en døgninstitution, jf. § 66, stk. 1, nr. 1-3, 5 og 6.

6. Udpegning af en fast kontaktperson for barnet eller den unge eller for hele familien.
 7. Anbringelse af barnet eller den unge uden for hjemmet på et anbringelsessted, jf. § 66.
 8. Formidling af praktiktilbud hos en offentlig eller privat arbejdsgiver for den unge og i den forbindelse udbetaling af godtgørelse til den unge.
 9. Anden hjælp, der har til formål at yde rådgivning, behandling og praktisk og pædagogisk støtte.
2. at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
 3. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller undladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
 4. at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.

Efterværn

§ 76. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp efter stk. 2-5 til unge i alderen fra 18 til 22 år, når det må anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til den unges behov for støtte, og hvis den unge er indforstået hermed. Hjælpen skal bidrage til en god overgang til en selvstændig tilværelse og herunder have fokus på at understøtte den unges uddannelse og beskæftigelse samt øvrige relevante forhold, f.eks. anskaffelse af selvstændig bolig.

Handleplan

§ 140. Kommunalbestyrelsen skal udarbejde en handleplan, inden der træffes afgørelse om foranstaltninger, jf. §§ 52, 76 og 76 a. Betyder hensynet til barnet eller den unge, at man ikke kan afvente udarbejdelsen af en handleplan, er en kortfattet angivelse af formålet med foranstaltningen tilstrækkelig. Det påhviler da kommunalbestyrelsen snarest muligt og senest inden 4 måneder at opstille en handleplan.

Underretningspligt

§ 153. Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,

1. at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,

UDDANNELSESRETTEDE INDSATSER

På børne- og undervisningsområdet er udgangspunktet, at alle børn og unge skal tilbydes den nødvendige støtte for at kunne trives, udvikles og lære samt gennemføre en uddannelse. Børn og unge med psykiske lidelser og problemstillinger er en del af målgruppen for den støtte, der skal gives. Der findes på området for ungdomsuddannelser og videregående uddannelser en række konkrete støtteordninger og regler, der giver mulighed for tilpasning og kompensation i forhold til funktionsnedsættelser og dermed kan støtte mennesker med psykiske lidelser i at gennemføre en uddannelse.

De lovgivningsmæssige rammer for støtten omfatter folkeskoleloven, lov om institutioner for erhvervsrettet uddannelse, lov om institutioner for almen- og gymnasiale uddannelser og almen voksenuddannelse m.v., love om de enkelte videregående uddannelser, lov om specialpædagogisk støtte ved videregående uddannelser og lov om statens uddannelsesstøtte.

Folkeskoleloven

Bekendtgørelse af lov om folkeskolen (LBK nr 989 af 23/08/201)

§ 3. Folkeskolen omfatter en 10-årig grundskole bestående af en børnehaveklasse og 1.-9. klasse samt en 1-årig 10. klasse, jf. kapitel 2 a. Undervisningen i grundskolen består af undervisning i folkeskolens fag, jf. §§ 5, 9 og 11, og obligatoriske emner, jf. § 7, samt understøttende undervisning, jf. § 16 a. **Stk. 2.** Børn, hvis udvikling kræver en særlig hensyntagen eller støtte, gives



specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand i specialklasser og specialskoler. Der gives desuden specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand til børn, hvis undervisning i den almindelige klasse kun kan gennemføres med støtte i mindst 9 undervisningstimer ugentligt, jf. § 16, stk. 4.

§ 4. Efter regler, der fastsættes af ministeren for børn, undervisning og ligestilling, tilbyder folkeskolen specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen. Ministeren for børn, undervisning og ligestilling fastsætter endvidere nærmere regler om adgangen for kommuner, regioner og skoler mv. til at indhente viden og specialrådgivning samt bistand til kommunens udredning fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation.

§ 20. Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for undervisning i grundskolen og 10. klasse af børn og unge under 18 år, der bor eller opholder sig i kommunen, og hvis forældre ønsker dem optaget i folkeskolen, jf. § 54. **Stk. 2.** Det påhviler kommunalbestyrelsen at sørge for specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand, jf. § 3, stk. 2, til de i stk. 1 nævnte børn og unge. Endvidere påhviler det kommunalbestyrelsen at sørge for specialpædagogisk bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen.

§ 12. Stk. 2. Henvisning til specialundervisning, som ikke er af foreløbig karakter, sker efter pædagogisk-psykologisk rådgivning og efter samråd med eleven og forældrene. Elevens synspunkter skal tillægges passende vægt under hensyntagen til elevens alder og modenhed.

Stk. 3. Ønsker forældre, at deres barn optages i en skole beliggende i en anden kommune end bopælskommunen, jf. § 36, stk. 3, foretages henvisningen til specialundervisning, jf. stk. 2, efter pædagogisk-psykologisk rådgivning i bopælskommunen. Skolekommunen kan ikke foretage henvisning til et mere vidtgående specialundervisningstilbud end det tilbud, som bopælskommunen har henvist barnet til. Afgørelsen af, om

tilbuddet er mere vidtgående, træffes af bopælskommunen.

Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn under skolealderen

Bek. nr. 999 af 15/09/2014 om folkeskoles specialpædagogiske bistand til børn, der endnu ikke har påbegyndt skolegangen

§ 3. Barnets forældre henvender sig til kommunalbestyrelsen med anmodning om specialpædagogisk bistand til barnet. Andre med kendskab til barnet kan også rette henvendelse til kommunen om specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Efter samråd med forældrene sørger kommunalbestyrelsen for, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering af barnet. Den pædagogisk-psykologiske vurdering skal efter samråd med forældrene suppleres med udtalelser fra andre sagkyndige i fornødent omfang, herunder sagkyndige fra andre kommuner. I de mest specialiserede og komplicerede tilfælde kan der indhentes bistand fra den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation (VISO), jf. § 11. I den pædagogisk-psykologiske vurdering indgår samtale med barnet og barnets forældre, som kan være til stede under undersøgelsen, og personale ved den dag- eller døgninstitution, hvor barnet er optaget, eller andre, der kan bidrage til belysning af barnets behov. **Stk. 3.** Har barnet behov for specialpædagogisk bistand, skal vurderingen indeholde et forslag til den nærmere ordning af den specialpædagogiske bistand. I modsat fald kan vurderingen ledsages af en vejledning til forældre eller andre om, hvilke foranstaltninger der må anses for hensigtsmæssige til forbedring af barnets situation. **Stk. 4.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering efter stk. 3 afgives efter samråd med barnet og forældrene. Kan der ikke opnås enighed med forældrene, skal den pædagogisk-psykologiske vurdering redegøre herfor. **Stk. 5.** Den pædagogisk-psykologiske vurdering fremsendes skriftligt til kommunalbestyrelsen. Samtidig fremsendes en kopi af vurderingen til forældrene.

Pædagogisk-psykologisk vurdering af børn i skolealderen

BEK nr. 693 af 20/06/2014 om folkeskolens specialundervisning og anden specialpædagogisk bistand

§ 2. Hvis det antages, at en elev har behov for specialpædagogisk bistand, jf. folkeskolelovens § 3, stk. 2, skal eleven indstilles til en pædagogisk-psykologisk vurdering. Indstilling afgives af skolens leder til pædagogisk-psykologisk rådgivning, eventuelt på initiativ af den kommunale sundhedstjeneste, hvis denne har kendskab til psykiske, fysiske, sproglige eller sensoriske funktionsvanskeligheder hos eleven, som giver grund til at antage, at eleven har behov for specialpædagogisk bistand. **Stk. 2.** Forældrene og eleven kan anmode om en pædagogisk-psykologisk vurdering i de tilfælde, hvor de finder, at der bør iværksættes specialpædagogisk bistand. **Stk. 3.** Indstilling om en pædagogisk-psykologisk vurdering, jf. stk. 1, afgives efter samråd med forældrene og eleven. Modsætter forældrene sig, at der foretages en pædagogisk-psykologisk vurdering, kan der kun afgives indstilling herom, hvis skolens leder anser det for absolut påkrævet, at der foretages en vurdering af elevens behov for specialpædagogisk bistand.

Uddannelse og erhverv

Bekendtgørelse af lov om vejledning om uddannelse og erhverv samt pligt til uddannelse, beskæftigelse mv. (LBK nr. 1097 af 28/09/2017)

§ 1. Vejledningen efter denne lov skal bidrage til, at valg af uddannelse og erhverv bliver til størst mulig gavn for den enkelte og for samfundet, herunder at alle unge gennemfører en erhvervskompetencegivende uddannelse. **Stk. 2.** Vejledningen skal i særlig grad målrettes unge, som uden en særlig vejledningsindsats har eller vil få vanskeligheder ved at vælge, påbegynde eller gennemføre en uddannelse eller vælge et erhverv.



BILAG 4: VEJLEDENDE OVERSIGT OVER SYMPTOMER PÅ SPISEFORSTYRRELSE

Nedenstående oversigt indeholder en beskrivelse af symptomer (fysiske, psykologiske og adfærdsmæssige), der kan forekomme hos børn og unge med en begyndende eller reel spiseforstyrrelse (anoreksi, bulimi og BED). Der kan hos det enkelte barn eller ung være andre opmærksomhedspunkter end de anførte:

SYMPTOMER	ANOREXIA NERVOSA (AN)	BULIMIA NERVOSA (BN)	BINGE EATING DISORDER (BED)
PSYKISKE	Forvrænget kropsofattelse samt fedtfobisk adfærd (angst for fødevarer med fedt selv i små mængder), kulhydratfobisk adfærd særligt relateret til simple kulhydrater, samt overdrevet optagethed af mad og vægt, der kan få karakter af tvangsprægede handlinger og et stærkt behov for at kontrollere kalorieindtag, vægt og motion.	Forvrænget kropsofattelse, stærkt behov for at kontrollere kalorieindtag, vægt og motion, overdrevet optagethed af mad og vægt, der kan få karakter af tvangsprægede handlinger, skamfølelse over manglende kontrol over spisning samt social isolation.	Lavt selvværd, depressiv sindstemning og skamfølelse over mangelfuld kontrol over spisning og/eller vægt, utilfredshed med egen krop.
FYSISKE	Vægttab eller mangelfuld vægtøgning i forhold til alder (ikke nødvendigvis afmagring), vigende højdevækst, lav kropstemperatur og kuldsår, tør og sprækket hud, dunet hårvækst i ansigt og/eller på torso, forstoppelse, kolde og evt. blå eller rødlige hænder/fingre og/eller fødder/tæer, lav puls og blodtryk. Endvidere er forsinket pubertetsudvikling og manglende menstruationsdebuto, uregelmæssig menstruation eller ophør af menstruation vigtige symptomer.	Smerter i spiserør og mave (som følge af overspisning og opkastninger), lavt kalium samt ophobning af bikarbonat/base i blodet (som følge af opkastninger), syreskader på tænder (obs. ved tandlægebesøg) og Russell's sign (skrabsår på knoerne).	BED involverer ikke altid fysiske symptomer. Når der optræder symptomer, kan disse typisk være overvægt eller fedme og forstyrrelse i stofskiftet bl.a. i form af insulinresistenssyndrom.
ADFÆRDSMÆSSIGE	Restriktive spisevaner/slankekure/faste med vægttab/vægtsnævnelse til følge, overdreven fysisk aktivitet eller motorisk uro, hyppig vejning, evt. opkastning, brug af afføringsmidler, vanddrivende medicin eller ophør med insulin ved diabetes. Endvidere spiser personer der lider af AN oftest helst alene.	Indkøb af overdrevne mængder madvarer, objektive (dvs. reelle) overspisningsanfald med kontroltab (oftest skjult), hyppige vejninger, opkastninger, brug af afføringsmidler/vanddrivende medicin, ophør af insulin ved diabetes eller anden uhensigtsmæssig kompenserende vægtregulerende adfærd. Der kan endvidere ses overdreven fysisk aktivitet, periodisk restriktive spisevaner/slankekure/faste (mellem overspisninger). Endvidere spiser personer der lider af BN, ligesom det er tilfældet ved AN, oftest helst alene.	Øget optagethed af mad, diæt og vægt, optagethed af indkøb til og planlægning af overspisninger og slankekurene, skamfølelse i forbindelse med spisning af såvel almindelige måltider som ved overspisninger, kontroltab i forbindelse med spisning, ved overspisningsanfald; spiser hurtigere og mere end hvad man normalt plejer at spise, kaotisk spisemønster med strenge normer for, hvad der må spises, uden man kan overholde det. Endvidere spiser personer der lider af BED, ligesom det er tilfældet ved AN og BN, oftest helst alene.

BILAG 5: OVERSIGT OVER PLANER TIL BESKRIVELSE AF MÅL OG INDSATSER I DET ENKELTE BARN/UNGES FORLØB

I den regionale psykiatri arbejdes med behandlingsplaner, kommunernes socialforvaltning arbejder med sociale handleplaner for de børn, hvor der iværksættes en § 50-undersøgelse, jobcentre har jobplaner, mv. Der er endvidere etableret forskellige kontaktpersonordninger, som følge af lovgivning, fx støttekontaktpersonordning (socialområdet), mentorordningen (beskæftigelsesområdet) og kontaktperson på sygehuset (sundhedsområdet). På dagtilbud- og skoleområdet vil der oftest blive udarbejdet handleplaner, hvor der dels er fokus på børne- og klassefællesskabet, samt personlige, sociale og faglige mål for barnet/den unge.

Nedenstående oversigt viser de forskellige planer inden for de enkelte fagområder:

INDSATSTYPE	INDSATSBEKRIVELSE
SUNDHED	Alle patienter i den regionale behandlingspsykiatri skal have en individuel behandlingsplan, der justeres løbende og efter behov (Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015).
SOCIAL	Serviceovens § 140 forpligter kommunen til at udarbejde handleplaner med mål for den socialfaglige indsats. For <i>børn og unge</i> gælder det, at der skal være udarbejdet en handleplan som redegør for formålet med indsatsen, hvilken indsats der er nødvendig for at opnå formålet, den forventede varighed af indsatsen og andre særlige forhold. For unge der er fyldt 16 år skal handleplanen opstille konkrete mål for den unges overgang til voksenlivet. Handleplanen skal være udarbejdet inden kommunen afgør, hvilke hjælpeforanstaltninger der skal iværksættes. Når en <i>voksen</i> er udredt, kan sagsbehandleren udarbejde en social handleplan. Kommunerne er forpligtet til at tilbyde og udarbejde sociale handleplaner for borgere med fysiske og psykiske handicap i sager, hvor det skønnes at være relevant. Handleplanen sikrer, at både borger, pårørende og professionelle har samme mål med indsatsen, ligesom handleplanen prioriterer de forskellige dele af støtten. Ifølge loven skal handleplanen så vidt muligt udarbejdes i samarbejde med borgeren. Udover at fungere som et styringsredskab er den sociale handleplan dermed også et redskab til at øge brugerinddragelsen, gøre indsatsen mere tydelig for borgeren og styrke borgerens selvbestemmelse.
BESKÆFTIGELSE	For borgere, som modtager en beskæftigelsesrettet indsats, skal der udarbejdes en jobplan, hvori indsatser og borgerens beskæftigelsesrettede mål med indsatserne opstilles. For borgere, som modtager et ressourceforløb og jobafklaringsforløb samt for borgere, der som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 3 og får en tværfaglig indsats, udarbejdes rehabiliteringsplanens indsatsdel. Indsatsdelen indeholder borgerens beskæftigelses- og uddannelsesmål og en plan for den tværfaglige indsats, der skal iværksættes i forløbet. For borgere der, som sygedagpengemodtagere er visiteret til kategori 2 og modtager en beskæftigelsesrettet indsats, indgår kommunen en aftale med den sygemeldte om beskæftigelsesmål og beskæftigelsesindsats.
UDDANNELSE	I folkeskolen udarbejdes der elevplaner for alle elever. Elevplanerne indeholder individuelle mål og status for elevernes læring samt en beskrivelse af de indsatser, der eventuelt iværksættes for at støtte eleven bedst muligt. På det videregående uddannelsesområde udarbejdes der som udgangspunkt ikke individuelle planer med opstillede mål for borgerens forløb.

Kilde: Generisk model for forløbsprogrammer for mennesker med psykiske lidelser, Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen, 2015. Bilag 3.

Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse

© Sundhedsstyrelsen, 2017

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk

Emneord: Forløbsprogram, børn, unge, psykiske lidelser, spiseforstyrrelse

Sprog: Dansk

Version: 1,0

Versionsdato: 15.12.2017

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, december 2017.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7104-937-4

Trykt udgave: ISBN 978-87-7104-942-8

Layout: 4PLUS4



SUNDHEDSSTYRELSEN

Islands Brygge 67
2300 København S
sst@sst.dk
Tlf. 72 22 74 00

