



**PS LANDSFORENING**  
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

### **Foretræde for Folketingets sundhedsudvalg onsdag den 12. december 2007**

*Deltagerne i deputationen er:*

*Formand i Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser Mette Waadegaard, overlæge psykoteraeutisk Center Stolpegård, tlf. 39777558 / 28897677 – PS gæst og samarbejdspartner og anerkendt fagperson.*

*Formand i PS Erna Poulsen, Nørbysvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig tlf. 97891160 / 40254860*

*Næstformand i PS Dorte Nielsen, Poppelvej 19, Glyngøre 7870 Roslev tlf. 51226722*

### **Indsats for spiseforstyrrede**

#### **Området mangler ressourcer til behandling og opkvalificering**

På sundhedsområdet kan vi mærke en lille effekt af de iværksatte tiltag. En positiv udvikling, som vi hilser velkommen. Men der er lang vej endnu, og området bør opprioriteres og tilføres flere midler hurtigst muligt.

- Socialpsykiatrisk indsats en vigtig faktor i indsatsen for spiseforstyrrede
- Specialiseret kompetence er afgørende. Spiseforstyrrelsesteams ikke en kvalitet i sig selv
- Incitamentspuljen på de 16,5 mio kr
- Tilbud til "kroniske" og specialiserede behandlingstilbud til voksne spiseforstyrrede
- Forskellige tilgange
- Forældre skal ikke påtvinges en "behandlerfunktion"
- Videnscenter i Sundhedsstyrelsen
- Bedre koordinering og opkvalificering og kvalitetssikring med fælles rammer - KOK
- Afføringsmidler på recept
- Unge under 25 år med anoreksi og bulimi skal have højeste kontanthjælpssydelse
- Handicap-ydelse fra SU-styrelsen bør kunne gives til studerende med spiseforstyrrelser

#### **Socialpsykiatrisk indsats en vigtig faktor i indsatsen for spiseforstyrrede**

Strukturreformen har ikke bidraget til afklaring af spørgsmålene omkring behandling af psykiatiske patienter og i særdeleshed spiseforstyrrede.

Behandling af spiseforstyrrelser består af 3 dele:

- en biologisk
- en psykoteraeutisk
- en socialpsykiatrisk

Alle 3 former indgår i behandlingen, og elementernes indbyrdes vægt skal afspejles i behandlingsplanen.

Socialpsykiatrisk indsats er en særlig vigtig faktor i indsatsen for spiseforstyrrelser. Men vi oplever at der er en begrebsforvirring omkring netop socialpsykiatrisk indsats. Det forstærkes af, at der bruges begreber som "efterbehandling", rehabilitering" og "genoptræning" – uanset de her 3 nævnte udtryk, så er det socialpsykiatrisk indsats – og det er en del af BEHANDLINGEN.

Men en læge har kun formel indflydelse på 2 af de 3 behandlingsformer, derfor virket systemet ikke.

Vi skal have sikret, at lægefagligt begrundede behov for socialpsykiatrisk indsats ikke kan afvises med henvisning til manglende bevillinger m.m.. Den "ordinerede" socialpsykiatiske indsats skal kunne iværksættes straks – altså uden unødigt administrativ sagsforhandling.

Statsminister Anders Fogh Rasmussen har afgivet et løfte om, at han ville sørge for, at der blev skåret igennem, så vi kunne få en klar ansvarsfordeling i indsatsen for spiseforstyrrede. Det kan kun ske ved en ny lovformelig ansvarsfordeling.

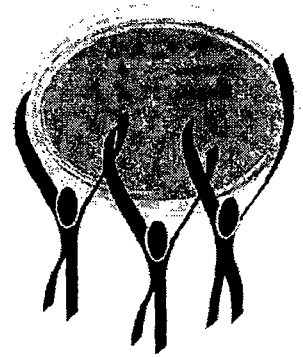
**PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede**

www.pslandsforening

v/formand Erna Poulsen, Nørbysvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig

Tlf. 97891160 / 40254860 – E-mail: [erna.poulsen@mail.dk](mailto:erna.poulsen@mail.dk)

Side 1 af 6



**PS LANDSFORENING**  
**PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE**

Regionerne fremkommer lige nye med deres psykiatriplaner – her viser det sig også tydeligt, at netop den socialpsykiatriske indsats er problematisk at håndtere, og der ikke den fornødne åbenhed og samarbejde regioner og kommuner imellem. Det er ikke i orden, at der ikke er klarhed over den socialpsykiatriske indsats, som er en særlig vigtig del af specielt de ikke-psykotiske lidelser.

Det betyder, at der fortsat vil være store forskelle i indsatsen og dermed ulige adgang til behandling og støtte.

Som den socialpsykiatriske indsats er i dag, oplever vi, at der er en enorm stor forskel på, hvilken indsats den enkelte kan få. I Århus har lokalpsykiatri Centrum et specielt bostøtte team, til spiseforstyrrede. De er med støtte fra socialministeriet blevet kvalificerede til at arbejde med spiseforstyrrelser. I PS har vi oplevet, at både pårørende og spiseforstyrrede er meget tilfredse med deres indsats.

En anden lokalpsykiatri har forsøgt sig med at starte tilsvarende op, men uden den grundige oplæring/uddannelse – og her har vi så mødt en mere negativ effekt. Det fortæller, at vi har med et kompleks område at gøre, og hvor vi ikke må gå på kompromis med den kompetence medarbejderne nødvendigvis må være i besiddelse af, for at kunne arbejde i det felt.

*(evalueringsrapport om bostøtte til personer med spiseforstyrrelser medbringes til alle ved foretrædet)*

Derfor kan det kun gå for langsomt med et nationalt uddannelsesprogram med nogle fælles referencerammer, kompetencer, viden og fælles sprog for både offentlige og private behandlere samt for omsorgsmedarbejdere i primærsektoren. Der skal ligeledes være undervisning, supervision og kvalitetssikring med i samarbejdsfladerne mellem socialpsykiatriske tilbud og de specialiserede centre for spiseforstyrrelser. **Vi anbefaler derfor at igangsætte projekt KOK.**

*( "NOTAT – Behandling af psykisk syge – behandlingsformer og ansvar" af Knud Kristensen, DE9 udleveres ved foretrædet)*

**Specialiseret kompetence er afgørende. Spiseforstyrrelsesteams ikke en kvalitet i sig selv**

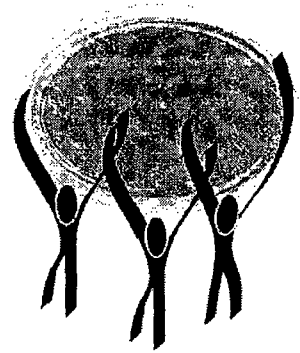
Indenfor børne- og ungdomsområdet er der tilført midler, som har medført en række forbedringer. Der er nu en række gode teams rundt i landet. Der er sket en udbygning i regionerne. *(se bilag fra overlæge Mette Waadegaard. Samt vi vil medbringe en liste over tilbud ved foretrædet)*

Visse steder er der dog fortsat nogle mangler i indsatsen. Ofte skyldes det, at der mangler ressourcer og specialiseret indsigt og kompetence i hele teamet.

Derfor er et "spiseforstyrrelsesteam" ikke en kvalitet i sig selv. Og flere af de afdelinger lever slet ikke op til de kvalitetskrav, et behandlingssted bør indeholde. Kvalitetskrav som regionerne ellers stiller til evt. private aktører. Heller ikke alle private tilbud er gode nok. Men vi kan pege på gode rollemønstre, som vi kender indgående. F.eks: Symfonien (et behandlingsbosted), Horisont (ambulant tilbud), Kognitiv terapicenter (ambulant tilbud) og en række specialiserede psykologer – de burde i perioden med incitamentspuljen have været fuld belagte, men var det ikke....

Vi oplever, mangel på viden og mangel på støtte ved lettere spiseforstyrrelser hos de professionelle udenfor de specialiserede spiseforstyrrelses teams – f.eks, praktiserende læger, der bør behandle de lette tilfælde. Første problem er, at de fleste med spiseforstyrrelser ikke bliver diagnosticeret og dermed ej heller bliver tilbudt behandling. Lange reaktionstider og ventetider er en stor risikofaktor i forhold til de unges personlige udvikling, uddannelse og aktive deltagelse i sociale netværk. Ligeledes er der stor risiko for, at spiseforstyrrelsen forværres og behøver specialiseret hjælp. Med en kvalificeret indsats her, vil vi kunne hjælpe endnu flere på vej.

Erfaringer viser, at det kan være svært at rekruttere folk til at arbejde med de spiseforstyrrede, da det er en kompleks sygdom – men bag det komplekse findes det almindelige. Vi ved også fra vores arbejde, at det er



**PS LANDSFORENING**  
**PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE**

utrolig vigtigt, at der i et team omkring den unge er en stor fælles forståelse og samlet opbakning til den iværksatte indsats. **Vi anbefaler derfor at igangsætte projekt KOK.**

### **Incitamentspuljen på 16,5 mio kr.**

Sidst vi havde foretræde hos Jer – den 22. februar 2006 sagde vi bl.a.:

*"Helt konkret forlyder det, at der er kommet 16,5 mio kr. retur til indsatsen for spiseforstyrrelse – vores forslag er at øremærke dette beløb til arbejdet med og etablering af en overordnet organisering og koordinering og lade restbeløbet gå i en uddannelsesfond, så der er midler til straks i 2007 at igangsætte kursus til opkvalificering af behandlere m.m., der arbejder med de spiseforstyrrede."*

Vi fik de 16,5 mio kr. til indsatsen for spiseforstyrrede. Men selve udmøntningen blev en fiasko af de helt store. Vi havde på forhånd advaret om, at det ikke ville kunne lade sig gøre – men vore advarsler blev overhørt. Ærgerligt – men vi må se fremad.

En sidegevinst har vi dog fået oplyst, der kom ud af tiltaget, idet region Hovedstaden har informeret os om, at man valgte at øge ressourcerne med ca. 5 mio. kr. til behandling af voksne og børn i det offentlige behandlingstilbud på specialiserede centre i stedet for at skulle benytte samme beløb til at dække den offentlige betaling til privat behandling. Idet man generelt fandt, at de private behandlere ikke kunne leve op til de kvalitetskrav, der blev fremsat.

Derfor har vi gentaget et budskab fra sidste foretræde. Det gør sig fortsat gældende. **Koordinering – Opkvalificering – Kvalitetssikring.** Vi kalder det **KOK**

Den optimale måde at yde en indsats på er via et langt sejt træk med opkvalificering, ligesom man har gjort i Norge. Et fælles nationalt uddannelsesprogram vil skabe større samarbejde og netværk på tværs.

Vi tror på, at samarbejde og dialog er nøgleord, hvis vi skal løfte opgaven med en god og anstændig indsats/tilbud til de spiseforstyrrede. Vi forsøger målrettet at skabe samarbejde med andre interesseorganisationer, kommuner, amter behandlere og bosteder. Gennem dialogen får vi stor og meget bred indsigt i de forskellige tilgange til opgaverne/problemene. Derfor gentager vi heller ikke som sidst at vi ønsker behandlingsgaranti. Det er ganske enkelt ikke muligt at yde en behandlingsgaranti, førend vi har fået givet et kompetenceløft. Der skal så til gengæld tilføres ressourcer til både udbygning af indsatsen og et nationalt uddannelsesprogram. **Vi anbefaler derfor at igangsætte projekt KOK.**

(Reelt lovede ordfører Birgitte Josefsen os, at spiseforstyrrede i april 2006 blev lige så godt stillede som, hvis de havde fået det udvidede frie sygehusvalg. Så der er noget at leve op til.)

### **Tilbud til "kroniske" og specialiserede behandlingstilbud til voksne spiseforstyrrede**

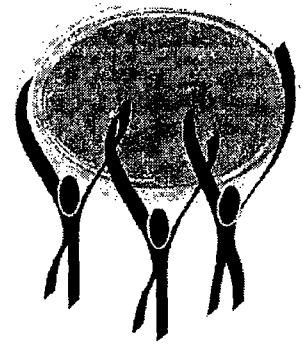
Trods bedre og mere effektive behandlingsmetoder, er der stadigvæk alt for mange, der ikke bliver bedre trods behandling, idet ca. 10% med bulimi og 25-30% med anoreksi slet ikke bedres, men bliver kroniske tilfælde. (iflg. Mette Waadegaard). En gruppe som ikke får den støtte og behandling, som kan være med til at forbedre deres livskvalitet. Disse syge og dårligt fungerende mennesker har brug for såvel medicinsk, psykologisk og især social støtte, da de ikke passer ind i de specialiserede behandlingstilbud, der satser på aktiv behandling med helbredelse som mål. Desuden er der stort set ingen behandlingsmuligheder for de personer med den alvorligste grad af kronisk bulimi, som også har andre problematiske impulsstyret adfærd (personlighedsforstyrrelser, misbrug, cutting). De har heller ikke et specialiseret tilbud, men kommer i ny og næ på psykiatriske eller somatiske skadestuer, og de passer ej heller ind i de nuværende intensive behandlingstilbud på centre for spiseforstyrrelser, der primært er indrettet på patienter med svær anoreksi.

I indsatsen for voksne spiseforstyrrede er der ikke sket meget. Generelt er der stor mangel på behandlingspladser, særligt i Region Nordjylland og Sjælland.

Det er ikke acceptabelt. Spiseforstyrrede hører ikke hjemme på almindelige psykiatriske afdelinger, her er der ikke den fornødne ro, forudsigelighed og ikke mindst specialiseret kompetence i personalegruppen.

**PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede**  
www.pslandsforening

v/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig  
Tlf. 97891160 / 40254860 – E-mail: [erna.poulsen@mail.dk](mailto:erna.poulsen@mail.dk)



**PS LANDSFORENING**  
**PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE**

Disse "oversete" grupper må vi nødvendigvis etablere et tilbud til. Med kompetenceløft og flere midler kan vi komme langt. **Vi anbefaler derfor at igangsætte projekt KOK.**

### **Flere tilgange/behandlingsmodeller**

Kompleksiteten i sygdommen stiller store krav til behandlingsindsatsen, og der er behov for forskellige tilgange, hvilket bl.a. psykiater Finn Skårderud er en stor fortaler for.

Det er nødvendigt, med flere forskellige behandlingstilbud til de spiseforstyrrede. For nogen er det godt med et restriktivt behandlingstilbud. For andre skal den individuelle situation og behov sættes højest, og omsorg og støtte til at genvinde livskvalitet går forud for vægt og kalorier. Målet i begge behandlingsformer er selvfølgelig vægtøgning og/eller en normal adfærd i forhold til spisesituationerne. Der er samtidig de somatiske forhold, der skal vurderes på i forhold til den enkelte.

I offentligt regi er de fleste bygget op omkring specifikke krav til ugentlig vægtøgning, vægtkontrol og madplan, men sideløbende hermed indeholder behandlingen også ernæringsterapi, psykoterapi og sociale færdigheder. Vi anerkender, at det virker på en del af de spiseforstyrrede. Men hvad med den del, som ikke profiterer af den behandlingsmetode, og som ikke KAN sige ja, til et behandlingstilbud, hvor de skal tage 1 kilo på om ugen, men måske til 250 gr. Pr. uge? Har de ikke ret til et andet tilbud?

Vi oplever, at behandlingen afsluttes, hvis ikke de vil følge en restriktiv plan – men de er stadig lige syge. Har de ikke også ret til behandling?

Hvis man siger nej til det tilbud, som lægen mener er det bedste, er det så ikke ok at patienten vælger det 2. eller 3. bedste?

Problemet er igen ressourcer – så de enkelte steder har kun 1 vare på hylden, og hvis patienten siger nej til det, så bliver der ikke taget hånd om, at patienten kommer et andet sted hen, hvor der er en anden vare i en lidt anden indpakning.

### **Forældre skal ikke påtvinges en "behandlerfunktion" og de skal sikres "akut" aflastning**

Vi skal værne og styrke den ressource til pårørende udgør. Både ved ambulant behandling og ved indlæggelse, bør der altid være samtaletilbud til de pårørende, da det er en stor belastning at have en spiseforstyrret i hjemmet.

I mange behandlinger får forældre tildelt en behandlerrolle, idet de bliver ansvarlige for maden til den spiseforstyrrede. Primært når deres barn/unge hjemmeboende er i ambulant behandling, eller når den spiseforstyrrede er på hjembesøg. Det er en KÆMPE opgave, fordi det netop er det synlige problem. Her skal man være meget varsom, idet det kan være for stor en opgave for nogen at løfte. Og hvis de skal have en sådan rolle, så skal vi sikre, at de bliver klædt godt nok på til at magte opgaven.

Vi oplever at mange forældre ikke magter opgaven. I støttegrupperne kan vi give nogen af dem værktøjer til at klare opgaven. Men det er en opgave, som behandlerystemet ikke må tage som en selvfølge. Det er tidskrævende og udfordrende.

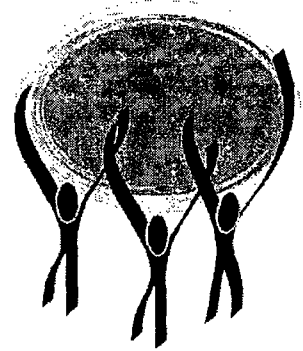
Vi oplever at mange mødre bukker under, når de har en spiseforstyrret. Stress, depression m.m.

Det er et enormt ansvar/pres at stå med, når den unge kvinde modtager ambulant behandling og har en meget lav BMI. Desuden bør der sikres, at der kan ske akut aflastning af forældre til en alvorlig spiseforstyrret – uanset om det er weekend eller hverdag – i de tilfælde, hvor de ikke mere magter opgaven. Vi har mange af de pårørende i telefonen, og vi kan hjælpe mange af dem med akut telefonrådgivning. Netop derfor har vi mange henvendelser lige over aften, i weekender og ferie. Den del fylder mere og mere i vores arbejde.

Men vores rådgivning er ikke altid nok, derfor skal vi have sikret, at forældre til moderat til svære spiseforstyrrede altid kan få akut aflastning. Enten i form af bostøtte eller ved indlæggelse.

**PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede**  
www.pslandsforening

v/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig  
Tlf. 97891160 / 40254860 – E-mail: [erna.poulsen@mail.dk](mailto:erna.poulsen@mail.dk)



**PS LANDSFORENING**  
**PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE**

### **Videnscenter i Sundhedsstyrelsen**

Vi kan se, at der er tanker fremme om et centralt videnscenter, sådan som vi anbefalede efter vores konference på Christiansborg i november 2005. Det vil vi gerne bakke kraftigt op omkring. Hvis det bliver en realitet, vil vi se store muligheder i, at netop koordineringen af en national uddannelse, kommer til at ligge her. Videnscentrets første store opgave **anbefaler vi bliver projekt KOK.**

### **Bedre koordinering og opkvalificering og kvalitetssikring med fælles rammer - KOK .**

Vi har siden konference i 2005 samarbejdet med en række fageksperter på området her. Vi bliver vedholdende med at pege på, at vi har brug for et nationalt uddannelsesprojekt - KOK. Vi har set og hørt meget om de positive forbedringer det har betydet for Norge.

PS har taget initiativ til med vore sparsomme tilskudsmidler at samle en bred og tværfaglig arbejdsgruppe, og vi er kommet langt med vore drøftelser. Alt sammen tager det udgangspunkt i rapporten fra sundhedsstyrelsen, der giver de kliniske retningslinier for organisation og behandling af spiseforstyrrelser, der bør efterleves, i lighed med Guidelines for god klinisk behandling, som vi ser i andre lande.

Overordnet handler det om, at vi har afdækket, hvordan vi bedst muligt får lavet opkvalificering og kvalitet i indsats for de spiseforstyrrede. Der mangler kvalificerede behandlere og øvrige kvalificerede omsorgsmedarbejdere.

Vi havde november 2006 en konference på Christiansborg, hvor vi bl.a. hørte nærmere om den indsats, som man iværksatte i Norge i 1999. Meget inspirerende. Her er der sket opkvalificering på alle niveauer, og specielt indsats i den primære sektor, har været meget afgørende. PS har fået lov at deltage i det norske uddannelsesprogram, for at få bedre og konkret indblik i uddannelsen.

Arbejdsgruppen er kommet langt med arbejdet – og der kan laves rapport og et bud på indhold og opbygning af uddannelsen. **Vi anbefaler at igangsætte projekt KOK.**

Med en national uddannelse er vi også godt på vej i en overordnet kvalitetssikring, men næste step, må så nødvendigvis være den systematisk kvalitetssikring. Med en række værktøjer og vidensopsamling. Her kan man lave nogle fælles rammer og værktøjer, således det skal anvendes af alle både i privat og offentlige regi. PÅ Stolpegården og Cfs i Risskov er langt fremme i arbejdet. De har bl.a. skelet til det kvalitetsarbejdet i Sverige. I PS er vi i gang med et undersøgende arbejde omkring eksisterende kvalitetssikringsværktøjer – både i privat og i offentligt regi. Dansk Selskab for Spiseforstyrrelse har også et arbejde i gang, og her vil man invitere os med i et samarbejde.

Også ansvaret for en national kvalitetssikring kan ligge i et centralt videnscenter.

### **Afføringsmidler på recept**

I vores rådgivning, fra samarbejdspartner [ww.girltalk.dk](http://ww.girltalk.dk) og øvrige chatsteder på nettet kan vi se en voksende interesse blandt de unge omkring brug af afføringsmidler. Det er simpelthen for let at få fat på. De unge bruger det i stadig stigende omfang. De er ikke klar over de store konsekvenser brugen af disse midler kan få. Det kan bl.a. påvirke deres calciumtal og ved længerevarende udrensende adfærd kan det give pludselige dyk i calciumtallet. Det kan være livstruende idet lave calciumtal kan medføre hjertestop. Vi ser derfor gerne, at afføringsmidler bliver receptpligtige.

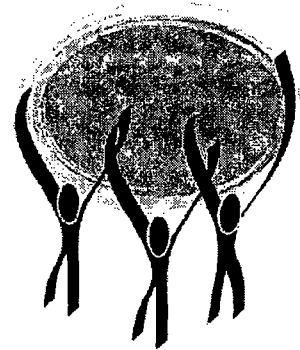
### **Unge under 25 år med anoreksi og bulimi skal have højeste kontanthjælpsydelse**

Der blev lavet en lovændring, som sikrede patienter under 25 år med skizofreni og borderline den høje kontantydelse. Vi finder det helt grotesk, at denne lov ikke også omfatter anoreksi og bulimi. Vi har allerede kontaktet både beskæftigelsesminister og andre politikere på dette område, men vi vil ikke forpasse chancen til at gøre opmærksom på, at der er meget vigtigt at unge spiseforstyrrede får den høje kontanthjælpsydelse. Deres medicin er den daglige indtag af kost – og på den lave kontanthjælpsydelse er det en umulig opgave

**PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede**  
[www.pslandsforening](http://www.pslandsforening)

v/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig  
Tlf. 97891160 / 40254860 – E-mail: [erna.poulsen@mail.dk](mailto:erna.poulsen@mail.dk)

Side 5 af 6



**PS LANDSFORENING**  
**PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE**

at få pengene til at strække til en sund og lødigt kost, som er så afgørende for deres sygdom. Det nytter ikke at prøve at presse dem i arbejde så de kan få højere indtægt – de er ofte ikke i stand til at passe et job. Politikken har netop bragt en artikel om, at der er forbavsende mange unge kvinder på kontanthjælp. Netop disse unge kvinder møder vi i vores rådgivning. De er voldsomt forpinte – vi håber ikke, at andre forledes til at tænke i de samme baner, som Politikken gør, hvor det lyder ”De har ingen ryggrad og er dybt naive i forhold til livet” – mange af disse unge kvinder er syge, og dem kan man altså ikke bare sætte i arbejde. Hvis de har en kræftsygdom er der ingen som stiller spørgsmålstejn – hvorfor gør man det så, når de lider så voldsomt i sjælen?

**Spiseforstyrrede skal have adgang til Handicap-ydelse fra SU-Styrelsen**

Spiseforstyrrelser kan være så voldsomt invaliderende og behandlingskrævende, at det er svært at passe studier på almindelige vilkår. Derfor skal vi have sikret adgang til, at studerende med spiseforstyrrelser kan få den særlige handicap-ydelse fra SU-styrelsen. Spiseforstyrrelser kan være af en sådan grad, at det reelt er at betragte som et stort handicap for det enkelte individ.

Ved at give det særlig belastede denne handicap-ydelse, kan vi skabe nogle vilkår som vil betyde, at flere kan gennemføre en egentlig uddannelse.

**TAK for Jeres opmærksomhed og støtte**

Til slut vil vi gerne benytte lejligheden til at sige tak for den tillid, man har vist PS LANDSFORENING ved at støtte os med midler til støttegrupper igennem 5 år. De 2 tidligere år har vi også fået 125.000,- til administration – et beløb som vi i høj grad kommer til at mangle. Derfor håber vi på, at vi ved de forestående satspuljeforhandlinger kan blive tilgodeset med et beløb til drift af foreningen. Det er desværre sparsomme – og ikke tilstrækkelige midler vi får fra Tips & Lotto til driften.

Vi håber selvfølgelig, at vi fortsat kan modtage en støtte, da det er altafgørende for vores indsats.

I øvrigt står vi altid til rådighed for dialog og er gerne behjælpelig med belysning af forskellige problematikker. Via vores meget brede samarbejde, har vi efterhånden oparbejdet en meget stor indsigt, som vi gerne vil have udvidet endnu mere, men som vi også gerne deler ud af.

Med venlig hilsen  
PS LANDSFORENING  
Pårørende til Spiseforstyrrede

  
Formand, Erna Poulsen

Erna Poulsen  
Formand



Dorte Nielsen  
Næstformand

Bilag:  
Kronik - "Behandling af spiseforstyrrelser", af overlæge Mette Waadegaard  
Opbakningsbrev KOK  
artikel om det norske projekt "kropp og selvfølelse"

- til foretrædet medbringes evalueringsrapport på det norske nationale projekt, samt rapport om bostøtte til personer med spiseforstyrrelser. Oversigt over offentlige behandlingssteder samt Notat "Behandling af psykisk syge – behandlingsformer og ansvar" af Knud Kristensen, formand DE9

PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede  
www.pslandsforening  
v/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig  
Tlf. 97891160 / 40254860 – E-mail: erna.poulsen@mail.dk  
Side 6 af 6

## Behandling af spiseforstyrrelser

*Mette Waaddegaard, speciallæge i psykiatri, Ph.d., formand for Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser*

Jeg undrer mig ofte over, at behandlingen af spiseforstyrrelser i det offentlige behandlingssystem bliver så negativt fremstillet i diverse medier. Der høres fra tid til anden historier om, hvorledes personer med alvorlige spiseforstyrrelser kun har kunnet få hjælp ved behandling på et privat behandlingssted. Så hvorfor mon regionerne tøver med at fordele 16 millioner kroner til privat behandling af spiseforstyrrelser, penge som er øremærkede til at afhjælpe lange ventelister til offentlig behandling? Jeg håber at kunne give lidt bedre grundlag for de fremtidige diskussioner om den nødvendige udvikling af behandlingstilbud til denne patientgruppe.

### **Løsningen bliver til problemet.**

Spiseforstyrrelser er et samlet begreb for forskellige psykiatriske lidelser, anoreksi, bulimi og tvangsoverspisning, der alle er symptomer på et alvorligt forstyrret forhold til krop og vægt og mad, frygt for at miste kontrollen med spisningen og intens frygt for fedme og ønske om vægttab. Hilde Bruch, en af de første pionerer i udforskningen af spiseforstyrrelser, beskrev personer med spiseforstyrrelser som "individer, der misbruger spisefunktionen i deres anstrengelser for at løse eller kamouflere problemer med at leve, som ellers synes uløselige"(1973). Eller som psykiater og forfatter Finn Skårderud fra Norge, har udtrykt det: "Den spiseforstyrrede taler til os igennem madens og kroppens sprog." Konsekvenserne af denne spiseforstyrrelsens kommunikation og disse uhensigtsmæssige forsøg på løsning af problemer ender desværre med også *at blive* problemet. Den unge kvinde er helt underlagt spiseforstyrrelsen krav om forsøg på kontrol med mad og vægt. Og har dermed mistet kontrollen over sit liv.

### **Fysiske, psykiske og sociale konsekvenser**

Der er endog meget alvorlige både fysiske, psykologiske og sociale følgevirkninger af spiseforstyrrelser. De fysiske konsekvenser skyldes undervægt, under – eller fejlnæring, opkastninger eller andre former for "udrensning" eller overdreven motion. Specielt anoreksi medfører en betydelig overdødelighed, således at sammenlignet med raske kvinder, dør omkring 10 gange flere med anoreksi. Men udover sådanne fatale konsekvenser er der et væld af alvorlige fysiske symptomer på grund undervægt som svind af muskler, organer og hjerne, knogleskørhed og menstruations-ophør. Ligeledes ses forstyrret hjerterytme, mave-tarm-spiserørsproblemer,

tandskader og vitaminmangelsymptomer, der også ses ved bulimi, hvor man oftest er normalvægtig. Herudover medfører selve spiseforstyrrelsen udtalt tristhed og stemningssvingninger, søvnforstyrrelser, koncentrationsbesvær. Mellem 1/3 og 1/2 af alle personer med spiseforstyrrelser har også andre psykiatriske lidelser at slås med i form af depression, angst, tvangssymptomer og personlighedsforstyrrelser. Ligeledes medfører spiseforstyrrelse udtalte sociale problemer med isolation fra andre, problemer med at gennemføre uddannelse, mange sygedage osv.

### **Hvor mange har spiseforstyrrelser?**

Det er rigtig mange yngre mennesker, oftest kvinder, der lider af spiseforstyrrelser. Blandt unge kvinder mellem 14-24 år lider op mod 2 % af bulimi, op mod 1 % af anoreksi og i hvert fald 3 % af atypisk anoreksi eller bulimi, tilstande der næsten lever op til alle krav for anoreksi - eller bulimidiagnosen. Der er ca. 10 piger for hver dreng med disse lidelser. Derudover ser det ud til, at ca. 2-3 % har tvangsoverspisning med en næsten ligelig fordeling af mænd og kvinder.

Men det er kun en ganske lille del af disse personer, der er kendt i behandlingssystemet. Mange med bulimi spørger ikke direkte om hjælp pga. at symptomerne hemmeligholdes. Mange bliver heller ikke set af den praktiserende læge, idet man ikke får noget at vide om symptomer på spiseforstyrrelse, med mindre man spørger til det. I forhold til anoreksi er det ofte den nærmeste familie, veninderne eller andre nære personer, der bliver bekymrede over vægttab, mistrivsel og social tilbagetrækning, selvom pigen ikke synes, at der er andet problem, end at hun stadig er for tyk og bare skal tabe sig mere.

### **Skal alle med spiseforstyrrelser indlægges?**

Faktisk er det de færreste med spiseforstyrrelser, der har behov for indlæggelse og intensiv behandling, heldigvis. Det er kun de dårligste patienter med fysiske og psykiatriske komplikationer pga. alvorlig undervægt, mange daglige opkastninger, selvmordshandlinger - eller planer og evt. anden selvskadende adfærd. Disse patienter har brug for daglig støtte til at spise og overvågning af deres fysiske og psykiske helbred i en periode, indtil de sammen med familie og netværk selv er i stand til at klare sig med mindre støtte. De middelsvære tilfælde har brug for specialiseret tværfaglig ambulans behandling med dokumenteret effekt en eller flere gange ugentligt. Patienterne har brug for forskellige grader af støtte til normalisering af spisevaner, hjælp til ændring af negativ kropsofattelse og hjælp til at finde andre og bedre løsninger på de problemer, de har. De letteste ukomplicerede tilfælde behøver ikke en specialiseret indsats, men kan hjælpes i primærsektoren i samarbejde mellem enten praktiserende læge, psykolog, psykiater eller diætist.



## **Dokumenteret behandling**

Der er efterhånden god dokumentation for effektive behandlingsmetoder. Men der er brug for stadig udvikling af og forskning i behandling, da der stadigvæk er alt for mange, der ikke bliver bedre trods behandling, idet ca. 10 % med bulimi og 25-30 % med anoreksi slet ikke bedres men bliver kroniske tilfælde.

Behandlingen er ofte langvarig, og det er altid vigtigt at have "flere spor" kørende samtidig. Det psykologiske spor med psykoterapi, der prøver at finde personen bag symptomerne ved at oprette en samarbejdsrelation, bearbejde de psykologiske problemer og hjælpe til i den psykologiske udvikling. Det fysiske spor, der retter sig mod normalisering af spisning og vægt og kropsopfattelse ved diætistvejledning og kropsterapi, og det sociale spor, der retter sig specielt mod efterbehandling og rehabilitering. Behandlingen bør ideelt set, udover at være differentieret efter sværhedsgrad, også være faseopdelt med en startfase med fokus på motivation og oprettelse af et samarbejde. Dernæst en aktiv behandlingsfase først med fokus på reduktion af symptomerne og i tiltagende grad med bearbejdelse af psykologiske problemer. Til slut en stabiliseringsfase med fokus på rehabilitering og forebyggelse af tilbagefald. Motivation er dog et gennemgående tema gennem hele behandlingen.

## **Ambivalens og motivation**

Ambivalens og motivation er nøglebegreber indenfor behandling af spiseforstyrrelser, særligt udtalt for anoreksi. Personer med anoreksi er ofte ikke interesserede i at ændre spisevaner eller tage på i vægt, tværtimod, som følge af selve spiseforstyrrelsens natur. Mange har det så elendigt, at de alligevel opsøger hjælp til at komme ud af anoreksiens andre symptomer med tvang, ufrihed, tristhed, social isolation, træthed, besvimelse osv., men de vil ikke tage på i vægt. Frygten for, at de bliver fede, hvis de skal spise andet end "pinde og blade" og nedsætte overdreven motion vanskeliggør ofte den nødvendige behandling. Personer med overspisningssymptomer er ofte også ambivalente og bange for at ændre spisevaner af frygt for at tage på af at spise almindelig sund varieret mad. Problemet er bare, at man ikke kan blive rask af en spiseforstyrrelse uden også at angribe undervægten, de forstyrrede spisevaner og kropsopfattelsen med frygten for fedme. Mange tror, at man først skal bearbejde de mange følelsesmæssige problemer og spiseforstyrrede tankegange og kropsopfattelse, førend der så kan blive overskud til at ændre på den spiseforstyrrede adfærd. Men det er en misforståelse, for de psykiske problemer vedligeholdes tværtimod af spiseforstyrrelsens øvrige symptomer med undervægt, vægtsvingninger, fejlnæring og overspisninger med udrensninger. Selve den negative kropsopfattelse normaliseres først sent i

forløbet. Forløbsstudier viser, at vil man helbredes for en spiseforstyrrelse er der ingen genveje. Man er pinedød nødt til at gøre det, man egentlig ikke tør, og konfrontere sig med frygten for fedtet og for tab af kontrol over maden – og begynde at øve sig i at spise regelmæssigt og varieret samtidig med at man arbejder med de følelsesmæssige og sociale problemer.

### **Chance for helbredelse**

Forskningen viser også, at chancen for helbredelse bliver bedre, jo hurtigere man får genoprettet normalvægt, normalt spisemønster og ernæringstilstand. Risiko for tilbagefald bliver ligeledes mindre, hvis kropsvægt og indhold af fedt i kroppen er normalt, således at man også har regelmæssig menstruation.

For børn og unge i vækst er der tale om meget alvorlige konsekvenser med manglende vækst og udvikling af krop, hjerne, emotionelle og kognitive funktioner, hvorfor man er nødsaget til at genoprette spisning og kropsvægt uden nogen forsinkelse, for at undgå alvorlige blivende skader. For voksne kan man, undtagen i de alvorligste tilfælde, tillade sig at starte med i en periode at arbejde med motivation og holdning til behandling, da det er så vigtigt at opbygge samarbejde og alliance mellem patient og behandlere i en fælles kamp mod spiseforstyrrelsen. Dette kan ske, såfremt den fysiske situation kontrolleres og med indgåelse af faste aftaler for, hvad der skal ske, hvis vægten f.eks. falder yderligere under en bestemt grænse.

### **Specialiserede behandlere**

Det er en specialistopgave at behandle moderate til svære spiseforstyrrelser, hvorfor det er nødvendigt med ekstra kompetenceudvikling og specialisering af behandlere med sundheds - eller socialfaglig grunduddannelse (læger, psykiatere, psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og diætister). Det er altså *ikke* sådan at alle læger, psykiatere eller psykologer osv. uden videre kan behandle spiseforstyrrelser udover de tidligere nævnte lettere tilfælde. Og dermed er det også klart, at folk uden disse grunduddannelser ikke kan behandle disse ofte svært syge børn og voksne, hvilket alligevel ofte er tilfældet på de private behandlingssteder.

### **Behandling i det offentlige sygehusvæsen?**

Der er igennem de sidste mange år opbygget 5 specialiserede centre for spiseforstyrrelser: i Århus, i Odense samt København på Bispebjerg, Stolpegård og Rigshospitalet. Disse centre har også hidtil stået for forskning og kompetenceudvikling af behandlingen i Danmark. MEN (og det er et stort men), der har i lige så mange år været alt for lille kapacitet med meget lange ventelister i det offentlige behandlingssystem. Derfor er alt for mange patienter med spiseforstyrrelser enten slet ikke blevet tilbudt behandling eller de er blevet behandlet på hospitalsafdelinger uden

specialkompetence i netop spiseforstyrrelser. Dermed er der naturligvis skabt stor utilfredshed og frustration blandt patienter og pårørende. Hvilket nok er en del af baggrunden for oprettelsen af mange af de private behandlingssteder. Det er først indenfor de seneste år, at politikerne har øget bevillingerne til at udvikle området.

### **Vækst og udvikling**

Det har så til gengæld gennem især de sidste 3-4 år betydet en tilvækst af 12-13 mindre offentlige spiseforstyrrelsesteams, som samarbejder med de store centre og de er fordelt i de 5 regioner. Langt de fleste er placeret med basis i børne-ungdomspsykiatrien. Der er dog stadig mangel på specialiserede behandlingstilbud, især for voksne fra 18 år, og værst ser det ud i Region Nordjylland og Region Sjælland, hvor der ikke findes noget højt specialiseret center for spiseforstyrrelser endnu. Der mangler også tilbud til patienter med anoreksi med vedvarende sygdom trods mange behandlingsforsøg. Disse patienter kan ikke behandles på afdelinger, der er indrettede til aktiv behandling og vægtnormalisering mm., men de har brug for meget langvarig psykologisk, social og medicinsk kontakt og hjælp til at bedre livskvalitet.

Der udvikles stadig nye behandlingsformer, og udviklingsprojekter er i gang over det meste af landet.. F.eks. arbejdes med fler- familierapi på foreløbig 4-5 forskellige afdelinger, da familierapi har den dokumenteret bedste behandlingseffekt for børn og unge. For voksne er nye tilbud som motivationsterapi og dialektisk adfærdsterapi, ligesom udgående teams og andre særlige tilbud til spiseforstyrrede gravide og mødre under stadig udvikling. Med støtte fra Indenrigs - og Sundhedsministeriet og Socialministeriet samarbejder Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser med Pårørendeforeningen for Spiseforstyrrede, PS, om at udvikle en offentlig styret og finansieret kompetencegivende uddannelse af behandlere med sundheds - eller socialfaglig grunduddannelse.

### **Fælles kvalitetskrav**

Det vigtigste må være at kunne tilbyde tilstrækkeligt kvalificeret udredning og behandling til de spiseforstyrrede, at mindske ventelisterne samt at fokusere på at dokumentere behandlingen for at forbedre og udvikle nye effektive behandlingsformer.

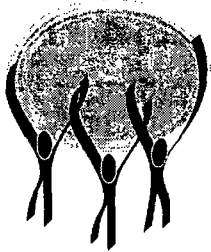
Sundhedsstyrelsens retningslinier for god udredning, behandling, evaluering og opfølgning af spiseforstyrrelser (2005) skal naturligvis gælde for alle, såvel offentlige som private behandlingssteder. Socialforvaltningerne, dvs. skatteborgerne, har i årevis betalt for privat behandling, men uden at der har været stillet krav til dokumentation af kvalitet og effekt, sandsynligvis fordi sagsbehandlere har været pressede af, at der har været for få behandlingstilbud i det offentlige system.

Regionernes før forømtalte tøven med at søge om og uddele midler til at få behandlet patienterne i det private regi må derfor anses som en følge af, at det er gået op for politikerne, at de bliver nødt til netop at stille disse krav til dokumentation af kvalitet og effekt af behandlingen af spiseforstyrrelser, uanset om denne finder sted i det offentlige eller det private regi, idet offentlige skatte kroner finansierer begge former for behandlingstilbud.

*Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within. Hilde Bruch, 1973*

*Nervøse Spiseforstyrrelser. Finn Skårderud, 1994*

*Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen, 2005*



# PS LANDSFORENING

## PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

Lemvig, den 17.09.2006



Der er netop afholdt Nordisk Kongres i Spiseforstyrrelse - og i pauserne blev indsatsen i Danmark drøftet livligt. Her er Erna Poulsen omgivet af nogle af de fagfolk, som støtter op om projekt KOK.

Bagerst fra venstre er det: Agnethe Ravnsborg - bostedet Bakkely-fonden, Kirsten Hørder - Center for Spiseforstyrrelse Odense Universitets Hospital, Mette Waadegaard - Psykoterapeutisk Center Stolpegården, Marianne Hertz - Rigshospitalet, Peer Nøhr-Jensen - Kolding Sygehus. Forrest fra venstre er det Eva Christiansen, formand Dansk selskab for Spiseforstyrrelse og privat praktiserende psykiater (tidligere Bispebjerg Hospital), Susanne Lunn - Institut for Psykologi, Kbh. Universitet, Erna Poulsen formand i PS LANDSFORENING og Kristian Rokkedal - Center for Spiseforstyrrelse i Århus.

## Behandlingsgaranti til spiseforstyrrede – ja tak, men første skridt er projekt KOK.

Vi sætter stor pris på, at der enighed blandt folketingspolitikkerne om, at det nu er på tide at tage hul på behandlingsgaranti i psykiatrien. Vi er naturligvis glade for, at der er fokus på at specielt spiseforstyrrelse skal med fra starten.

Men det bliver en udfordring af flere grunde, men i særlig grad fordi, der mangler kvalificeret behandlere og øvrig kvalificeret fagfolk.

En behandlingsgaranti er heller ikke noget værd, hvis ikke vi har kvalitet i den behandling, som patienten tilbydes.

Ved behandlingsgaranti vil der opstå stor mangel på ressourcer. Selvom vi inddrager de private behandlere, som har kvalitet og faglighed i deres tilbud, i behandlingsindsatsen, så er der slet ikke kapacitet nok til at dække behovet ved indførelse af behandlingsgaranti.

Derfor er det en væsentlig forudsætning for behandlingsgaranti, at vi omgående får iværksat en overordnet Kvalitetssikring, Opkvalificeringsprogram og Koordinering. Der skal afsættes en stor pulje penge til disse tiltag – NU.

Vi har indkaldt til konference den 14. november på Christiansborg – vi har sikret os opbakning fra landets specialister indenfor spiseforstyrrelse.

De deltager. Så det er her, vi skal have igangsat projekt KOK (Kvalitet, Opkvalificering, Koordinering).

Så kære folkevalgte – nu er det op til Jer, at finde midlerne – så vi kan komme i gang - NU.

PS LANDSFORENING står ikke alene med disse ønsker – vi får opbakning fra landets dygtigste specialister og behandlere indenfor dette felt.

Vi er ikke alle 100% enige i alt – men vi er enige i hovedtrækkende, og vi er klar til en åben og værdsættende dialog. Vi er alle klar til at trække i arbejdstøjet og få nedsat et udvalg, der kan arbejde videre og sætte gang i KOK. Men det kræver penge.

Vi ved, at rigtig mange af Jer har særlig focus på dette område. Vi sætter stor pris på den interesse og den energi, I har lagt i det her. Så vi håber, at I også kan se, at KOK er vejen frem. Vi står altid gerne til rådighed for yderligere dialog – I ringer bare, så kommer vi ...

■ KROPP OG SELVFØLELSE ■

# «Kropp og selvfølelse»

- informasjon om en kursserie  
og om personlige opplevelser som elev

AV SPESIALIST I ALLMENNEMEDISIN, ASTRID MEDBØ

Kursserien «Kropp og selvfølelse» går flere steder i Norge, blant annet i Tromsø. Det er en uvanlig kursform for leger. Kurset går over halvannet år med seks perioder over tre dager og med 50 timer veiledning i tillegg. Det gir en kontinuitet vi ikke er vant med. Kurset avsluttes med en skriftlig oppgave om veiledningen. Kurset er åpent for leger og andre som vil jobbe tett med pasienter med spiseforstyrrelser. I Tromsø ledes veiledningene av psykologer. For en person med spiseforstyrrelser tar det ofte lang tid før diagnosen stilles, og før vedkommende blir frisk. Det er gunstig for pasienten å kunne forholde seg til så få personer som mulig. Kan vi ta hånd om denne gruppen pasienter i lag i førstelinjetjenesten, ser vi på det som en stor fordel både for pasienter og pårørende.

## Jeg har lyst til å formidle hva jeg lærte i veiledningsgruppa:

Veiledningsgruppa vår har bestått av seks personer, hvorav to er leger. Veiledningen har vært delt opp slik at en eller to av oss har hatt med seg en pasienthistorie om spiseforstyrrelser til veiledningstidene. De som ikke har hatt en pasienthistorie har blitt sittende i et reflekterende team, mens den ene ried pasienthistorien, er blitt intervjuet av veileder.

I det reflekterende teamet skulle vi sitte utenfor arenaen til veileder og den som ble intervjuet. Vi skulle være stille, lytte, observere, tenke og eventuelt notere og oppføre oss «som om vi ikke var der», inntil intervjuet var over. Etter at intervjuet var ferdig (en halvtimes tid), fikk det reflekterende teamet snakke sammen, mens veileder og pasientframleggeren satt og hørte på. Også der uten blikkontakt og spørsmål. Til slutt oppsummerte veileder og den intervjuede hva de hadde sett og lært av intervjuet og tilbakemeldingen, og trakk linjer inn i framtida.

Dette er en arbeidsmetode som kan brukes på svært mange pasientkategorier i allmennpraksis. Som travel allmennpraktiker er det sjelden jeg tar meg tid til å lene meg tilbake og tenke igjennom den konsultasjonen jeg nettopp har hatt, eller planlegger nye den kommende konsultasjonen. I de fleste konsultasjonene mine er ikke temaet som skal tas opp, kjent for meg på forhånd slik det oftest er for

leger og terapeuter på institusjoner. Konsultasjonene hos allmennlegen blir i stor grad styrt av improvisasjon og opparbeidet rutine.

Når jeg sitter i det reflekterende teamet har jeg tid til å trekke pusten, kjenne etter og tenke, samtidig som nye prosesser foregår framfor meg. Jeg kan fordype meg i det som foregår, og la annet stress og andre tanker ligge. Veileder er den som styrer samtalen og bringer opp nye elementer, stiller spørsmål og prøver å finne nye forklaringer.

Jeg har tid til å kjenne på de følelsene som fester seg i kroppen min. Kjenne på klumpen i magen, kjevespenningene og uroen som brer seg fra fortellingen der framme.

Jeg har tid og ro til å dele dette opp i småbiter, prøve å forstå hvor det kommer fra og hvor det skal plasseres hen.

Jeg får bygget opp selvtiliten min ved å oppdage at jeg ser og forstår mye av det samme som veileder. Det gjør at jeg kan føle meg som et helere menneske som igjen gir meg mer faglig trygghet.

De andre i gruppa meddeler sine synspunkter, nye elementer vokser fram og sammen ser vi et større bilde. Det er flott å ha flere yrkesgrupper representert i gruppa, fordi vi er opplært og sosialisert til å se etter forskjellige elementer. Sammen ser vi mye, og sammen er det både viktig og godt å være. Jeg føler at jeg er underveis på en ny og bredere vei.

## Spørre spesifikt

På dette kurset har jeg lært at jeg må spørre spesifikt om spiseforstyrrelser og eventuelt oppkast hvis jeg har en anelse om at det kan være en årsak til symptomene som framlegges. Jeg må lete etter spiseforstyrrelser ved å spørre, ta blodprøver, gjøre en klinisk undersøkelse, spørre på nytt, og ha spiseforstyrrelser som en del av mitt sykdomsregister langt framme i hodet.

## Gode, åpne spørsmål

Mange av pasientene har ikke ord på følelser. De er stengt inne i seg selv. Et mål må være å lære dem å finne tilbake til ordene på følelsene. For eksempel «Hva kjente du da du kastet opp skolebrødet?» - for så å snakke om det. Jeg må også lære meg noen gode setninger slik at pasientens fortelling fortsetter. «Kan du fortelle meg hvordan det er å være deg?» «Jeg har en følelse av at det er noe jeg ikke får tak i. Kan du hjelpe meg videre?»

Ofte er det svært vanskelig for pasienten å snakke om seg selv, og spesielt om følelser. Det å ikke greie å formidle gir dårlig mestringsfølelse. En god og «nøytral» måte å finne åpninger og svar på er å be pasienten om å fortelle om seg selv. «Hvor ble du født?» «Hvor vokste du opp?» Jeg bør stoppe opp av og til og forfølge en opplysning. «Hvordan kjente du deg da?» Pasienten kjenner mestrings og forhåpentligvis et engasjement. Kanskje kan jeg be henne/ham sette farger på hendelser.

Et hverdagsintervju er også en måte å bli bedre kjent med pasienten på. Fortelle alt fra hun/han står opp om morgenen til hun/han legger seg på kvelden.

En annen måte er å fokusere på de negative, automatiske tankene pasienten har om seg selv. Det kan være vanskelig, men svært spennende å finne tak i.

### Ensomhet og selvfølelse

Det er viktige ord å ha med seg når det gjelder mennesker med spiseforstyrrelser. Den som har en spiseforstyrrelse er svært ensom. Hun/han har hodet fullt av mat og negative følelser, men snakker ikke med noen om det, og er ofte ikke klar over hvor dominerende problemet er inne i sitt eget hode. Pårørende opplever seg også svært ensomme i sin kamp for å få barnet sitt friskt og på føte igjen.

Det er viktig for meg å snakke åpent om denne ensomheten og om hva selvfølelsen går ut på for å få tak i tankene rundt dem. Jeg må også signalisere åpenhet for å ta hull på ballongen og si at jeg vet om denne ensomheten og selvfølelsen og tilslutt å snakke om dem.

### Å ta pasienten på alvor

Å sette av faste avtaler en god stund fram i tid kan være nyttig for begge parter. Det signaliserer omsorg, at en tar problemet på alvor, og at det tar tid å finne ut av det. Kanskje har pasientene ikke noen voksne som de føler at bryr seg om dem. Det er viktig å si til pasienten at jeg er bekymret for ham/henne og at jeg bryr meg om at hun/han skal få det bedre.

Det er også viktig å prøve å finne ut hvor hun/han står akkurat nå og hvor langt hun/han er villig til å gå i dag. Jeg prøver å hverdagsliggjøre det urevnelige og fokusere på at det er mange som sliter med liknende tanker som hun/han bærer på. Ensomhetsfølelsen blir mindre når en kjenner seg sett.

Å sette opp realistiske mål, enten det er på spising, oppkast, fysisk aktivitet eller annet er viktig i behandlingen av denne pasientgruppen. Det kommer kun i samhandling med pasienten. Det som for meg kan oppleves enkelt (for eksempel å spise en halv skive til frokost), kan for pasienten oppleves umulig.

### Ta tida til hjelp

Veileder ga oss en illustrasjon på at framgangen er som å gå opp en trapp, og at en må ta et og et trinn av gangen, og ikke hele trappa i ett skritt, for å unngå å falle og skade seg. Jeg begynner å innse at ting tar tid og at det må få ta den tiden det trenger.

Taushet er tid i stillhet, og kan være svært nyttig, men også vanskelig. Ut av taushet kan det komme mange ord.

Å sette av rikelig tid til samtalen, være klar på tida vi har til rådighet, og sette av tid til egen refleksjon når timen er over er viktig for å finne roen og dybden i samtalen. Å sette av tid etter timen har jeg ikke tidligere gjort.

### Å være tydelig

Når noe ikke stemmer er det noe mer. Ofte under samtaler kan jeg kjenne at «noe» fester seg som en klump i magen eller som en spenning i kjevene. Når jeg kjenner slikt ubehag ønsker jeg å lære meg å kunne ta det fram her og nå, kjenne på det og forfølge det. Da kommer jeg mest sannsynlig nærmere den «sanne» historien og får mer grep om pasientens virkelighet. «Dette forstår jeg ikke helt. Kan du si noe mer om det?»



## Om Kropp og selvfølelse

Kropp og selvfølelse er et klinisk kompetanseutviklingsprogram om spiseforstyrrelser over tre semestre. Utdanningen tilbys fagpersoner med ulik bakgrunn og erfaring.

Måsettingen med denne utdanningen er å gi helsepersonell viktig klinisk kompetanse innenfor området spiseforstyrrelser, eksempelvis kunnskap om forekomst, forebyggende arbeid og tidlig diagnostikk, forståelse av disponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer ved de ulike formene for spiseforstyrrelser, utredning, ulike behandlingsformer samt terapeutiske tilnærminger. Videre er måsettingen å fremme kunnskap om det spesielle ved spiseforstyrrelser samtidig som det viser seg at bak det spesielle dreier det seg om kjente psykologiske, relasjonelle og medisinske tema. Utdanningen er tenkt å bidra til en terapeutisk selvtilit slik at behandlere kan anvende sine tidligere og sine nye kunnskaper i møtet med denne gruppen mennesker. Kursdeltagerne vil i etterkant kunne bli lokale ressurspersoner i sine fagmiljøer.

Siden 1998 har leger, psykologer og høyskoleutdannet personell fullført utdanningen.

– Målet med «Kropp og selvfølelse» er at deltakerne skal bli selvstendige behandlere for pasienter med spiseforstyrrelser og være ressurspersoner på feltet i primær og spesialisthelsetjenesten, sier klinisk psykologspesialist Kari-Brith Thune-Larsen ved Sognsenter for barne- og ungdomspsykiatri.

– Mange vet ikke hva de skal gjøre med pasienter med spiseforstyrrelser og er snare til å henvise dem videre i spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å fjerne myten om at spiseforstyrrelser er så vanskelig å behandle og å vise at bak det spesielle dreier det seg om allmenne psykologiske, relasjonelle og medisinske temaer som er kjent for helsepersonell. Utdanningen er for behandlere på alle nivåer i helsetjenesten. Omkring en tredel av deltakerne er fra primærhelsetjenesten.

Det tas opp rundt 50 deltakere til hvert kull. De deles i grupper på åtte personer som utgjør en klinisk veiledningsgruppe.

Jeg må være klar og tydelig, først for meg selv og så for pasienten. Hva ser jeg, hva kjenner jeg og hva bør jeg formidle av dette til pasienten? Å ha skjulte agendaer vil raskt bli oppdaget.

### Å sette grenser

Hvor lenge greier/orker jeg å samtale alene med denne pasienten? Bør jeg søke råd hos mine kolleger på kontoret eller av terapeuter på Åsgård? Hverdagen som allmennpraktiker er så travelt at det er lett å skyve ting til siden. Jeg tror det blir lettere og mye morsommere hvis vi kan dele tvil og usikkerhet med våre kolleger. Hvor mange temaer kan vi ha oppe samtidig? Hvor lang tid skal jeg gi henne/ham i dag? Å være på etterskudd med hensyn til tiden til de andre pasientene vet jeg at setter seg som en stressende knyttneve i magen min. Derfor prøver jeg å lære å sette grenser for hvor lang tid vi har til rådighet for hver time og hvor mange forskjellige temaer vi kan snakke om per konsultasjon. Hva er viktigst å jobbe med i dag?

### Å være i sentrum

Som saksframlegger på kurset fikk jeg lov til å være i sentrum, til å dvele ved ting, stille spørsmål ved meg selv og om jeg er kompetent nok, og jeg fikk gode svar. Det styrket selvtilliten min.

### Å være bra nok

Ofte kan jeg få en slags følelse av å være bra nok blant annet fordi pasientene gjerne kommer tilbake, eller fordi de sier at de vil savne meg når jeg er i permisjoner. Noen ganger får jeg en blomst til jult av en pasient. Ellers er det liten plass til tilbakemeldinger slik primærhelsetjenesten vår er bygget opp. Å få gode og konkrete tilbakemeldinger fra kolleger gir trygghet og overskudd.

### Å bli bedre

Jeg vil aldri kunne forstå alt, og jeg vil møte pasienter jeg ikke greier å forstå. Jeg har sikkert møtt mange pasienter som jeg ikke har fått til å åpne opp og fortelle om det som plager dem mest. Det vil jeg nok oppleve i framtida også. På dette kurset lærte jeg meg måter der jeg kan få pasientene til å åpne seg mer opp i situasjoner som jeg tror er nødvendig for å komme videre i livet. I tillegg lærte jeg å bevege meg mellom to plan: «Her og nå» og et overordnet reflekterende plan: «Hva er det egentlige problemet her?» Det siste er vanskelig å greie alene og med en stadig kamp med klokka og de andre som venter på venteværelset.

### Konklusjon

Jeg ser at tid er en viktig ressurs på flere felter. Det er viktig å sette av tid til refleksjon, til å lenne seg tilbake og tenke igjennom det som skjer.

Pasienten må også føle at jeg gir ham/henne tid nok per samtale til å kunne sette ord på det som er viktig i denne konsultasjonen. Videre er den langsgående tiden viktig i all helbred.

Jeg vil prøve å gi meg selv den roen som trengs for å kunne tenke igjennom det som har skjedd og det som bør skje framover. Tid og ro henger i hop.

Trygghet er også et viktig ord. Det er viktig å kjenne seg faglig trygg. Det vil jeg som regel gjøre hvis jeg går på kurs og holder meg faglig oppdatert. Trygghet i konsultasjonen vil jeg oppleve om jeg har mulighet til å dele erfaringer og konsultasjoner med kollegene og få tilbakemeldinger fra dem, både positive og negative. Trygghet på jobben oppstår ved gode relasjoner til kollegene. Det er svært viktig å kunne snakke åpent ut om feil jeg har gjort og tvil jeg har, og likevel føle meg verdig.

Min målsetning er derfor: Mer samarbeid med kollegene. Jeg håper å kunne lage et forum for samsnackingstimer, der min pasient og jeg får være del i et opplegg som minner om dette: et reflekterende team.

Å bli sett og forstått er et annet viktig element i kommunikasjon. Det lar seg best gjøre hvis en virkelig har gitt seg selv tid. Jeg vil se og forstå mer av pasienten, og jeg trenger selv å bli sett og forstått og få tilbakemelding fra kolleger for å kunne justere kursen og for stadig å bli bedre.

Utposten nr. 7/8 2003

