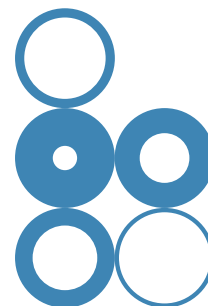


Klart ansvar for
de svageste Høj kvalitet og
god økonomi på
det specialiserede
socialområde

DANSKE
REGIONER



Et liv til forskel

– bedre social rehabilitering af mennesker
med svær spiseforstyrrelse

Et liv til forskel – bedre social rehabilitering
af mennesker med svær spiseforstyrrelse

Danske Regioner 2012

Tryk: Danske Regioner
Layout: UHI, Danske Regioner

ISBN tryk: 978-87-7723-795-9
ISBN Elektronisk: 978-87-7723-797-3

Mange mennesker med svær spiseforstyrrelse kan blive raske, hvis de får den nødvendige sociale rehabilitering på det rette tidspunkt. Alligevel er det i dag en kamp for mange af disse mennesker at få den hjælp, de har behov for.

Et liv til forskel

– bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse

Spiseforstyrrelser berører flere og flere danskere. Omkring 75.000 danskere lever i dag med en spiseforstyrrelse – heraf 5.000 med anoreksi, 30.000 med bulimi og 40.000 med overspisning. Hvor spiseforstyrrelser traditionelt har sat ind i teenageårene hos piger, rammer de i dag tidligere og i stigende grad også hos drenge og mænd.

Mens der over de sidste fem år er behandlet flere og flere patienter for spiseforstyrrelser i psykiatrien, får mennesker med svær spiseforstyrrelse desværre ikke altid den sociale rehabilitering, de har behov for. Det kan resultere i tilbagefald og genindlæggelser på grund af livstruende vægttab.

Fremtrædende psykiatere på området vurderer, at andelen af genindlæggelser af patienter med spiseforstyrrelser er vokset betragteligt gennem de senere år. Særligt er væksten stor på området for børn og unge, hvor genindlæggelser siden 2007 er vokset med 105 procent (Landspatientregisteret, 2012).

De mangelfulde rehabiliteringsforløb og efterfølgende genindlæggelser fører til et unødvendigt vanskeligt og uværdigt liv for mennesker, som har brug for al den omsorg og støtte, vi som samfund er i stand til at give dem. Samtidig udnyttes samfundets ressourcer ikke effektivt.



BOKS 1

Spiseforstyrrede får mere psykiatrisk hjælp

Psykiatrien i Danmark behandler flere og flere med spiseforstyrrelser. I perioden 2007-2011 er antallet af patienter med spiseforstyrrelse, der har fået psykiatrisk behandling, vokset fra 2.399 til 3.104 patienter. Det svarer til en stigning på 29,4 procent. Samtidig er antallet af psykiatriske besøg på ambulatorier, hjemme og på botilbud for patienter med spiseforstyrrelser i samme periode steget fra 35.938 til 55.233 besøg. Det er en stigning på 53,7 procent.

Kilde: Landspatientregistret

Omfattende konsekvenser for menneske og samfund

En spiseforstyrrelse har omfattende konsekvenser for den, der lider af sygdommen, og for omgivelserne. Vigtige ungdomsår mistes - med hvad de indebærer af følelsesmæssig og social udvikling. På længere sigt kan spiseforstyrrelse føre til alvorlige fysiske følgesygdomme som knogleskørhed og skader på tænder, hjerte, lever, nyre og hjerne. Den kan samtidig føre til psykiske følgesygdomme som angst og depression. Risikoen for at dø af underernæring eller selvmord er samtidig 10 gange højere end hos resten af befolkningen.

Sygdommen har også samfundsøkonomiske konsekvenser i form af langvarige indlæggelser, behandling af fysiske og psykiske følgesygdomme og tabt arbejdsfortjeneste på grund af sygdom, mangel på uddannelse, førtidspension og tidlig død.

Ved at give mennesker med svær spiseforstyrrelse den nødvendige sociale rehabilitering på det rette tidspunkt kan vi ikke kun skabe markant bedre liv for syge og pårørende. Vi kan også udnytte samfundets knappe ressourcer bedre ved at give en viderebehandling i socialt regi, som ligger i naturlig forlængelse af den psykiatriske behandling, som patienten allerede har modtaget i sundhedsvæsenet.

Dermed kan vi sikre et mere helhedsorienteret og sammenhængende forløb for mennesker med svær spiseforstyrrelse. Samtidig minimerer vi de samlede samfundsomkostninger på området væsentligt.



BOKS 2

Svær anoreksi og psykiatrisk behandling

Den spiseforstyrrelse, som oftest bliver livstruende på kortere sigt, er anoreksi. Det skønnes, at der lige nu er omkring 500 svære tilfælde af anoreksi i Danmark. Af disse bliver omkring 150 meget langvarigt syge eller ender med at dø af sygdommen. Et typisk forløb med svær anoreksi starter i de tidlige teenageår og fortsætter ofte til omkring 20-årsalderen. Her er personen med spiseforstyrrelse typisk så svækket rent fysisk, at vedkommende må indlægges for ikke at dø af udmagring.

På psykiatrisk afdeling forsøger man at stabilisere vægten gennem specialiseret støtte til spisning og undertiden sondeernæring. Man arbejder med den følelsesmæssige tilstand gennem miljø- og psykoterapeutisk behandling og i visse tilfælde medicin. Først og fremmest handler det om at få patienten til at anerkende sin sygdom. Herefter skal patienten motiveres til videre behandling.

Når vægten begynder at nærme sig det normale, kommer der et tidspunkt, hvor patienten ikke længere kan gøre fremskridt under indlæggelse. Patienten er dermed færdigbehandlet i behandlingspsykiatriens døgnregi. For at sikre yderligere udvikling har patienten behov for at komme udenfor sygehusets mure og træne i, hvordan man lever et almindeligt liv. Noget, som denne målgruppe ofte ikke har gjort i mange år, fordi spiseforstyrrelsen siden tidlig ungdom har ført til selvalgt social isolation.

Også bulimi – overspisningsepisoder efterfulgt af f.eks. opkastning eller brug af afføringsmidler - fører på sigt til et svækket helbred. Men udviklingen sker over lang tid og fører sjældnere end anoreksi til indlæggelser i psykiatrien. Mange mennesker med spiseforstyrrelser veksler dog mellem at have lidelserne anoreksi og bulimi.

Kilde: Anoreksiklinikken, Psykiatrisk Center København, Center for Spiseforstyrrelser, Århus Universitetshospital, Risskov og LMS - Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade.

Behov for intensiv rehabilitering

Hvis der sættes ind i tide, kan mange mennesker med spiseforstyrrelser blive raske i løbet af få år og igen komme til at leve et aktivt og socialt liv med venner, familie og arbejde. Det gælder også mennesker med spiseforstyrrelser i meget svær grad, som indlægges på sygehusets psykiatriske afdelinger. Men det kræver, at de efter indlæggelsen får den nødvendige sociale rehabilitering.

Der er, i langt de fleste tilfælde, behov for en massiv social rehabilitering efter udskrivning fra sygehuset, det vil sige ophold på et socialt døgntilbud. Her kan der være brug for specialiseret pædagogisk støtte før og efter et måltid. Der kan også være behov for til at tackle angst eller undgå tvangsmotion. Og efterhånden som tilstanden bliver bedre, vil der være brug for at skabe kontakt til verden udenfor - praktiksteder, uddannelsesinstitutioner eller fremtidige arbejdspladser.



BOKS 3

Hvad er rehabilitering?

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Kilde: 'Hvidbog om rehabilitering' (2005) udarbejdet af bl.a. handicaporganisationer, Lægeforeningen, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter, Dansk Sygeplejeråd og Socialministeriet.

En person med en svær spiseforstyrrelse vil oftest have behov for at kunne fortsætte i ambulant psykiatrisk behandling, mens han eller hun bor på et døgntilbud. Psykiatrien skal her tilbyde støtte og supervision til døgntilbuddet for at sikre en kontinuitet i overgangen fra behandlingspsykiatri til rehabilitering for patienten. Kun sådan kan man bevare den skrøbelige motivation hos en person med svær spiseforstyrrelse.

Med andre ord er der brug for et midlertidigt men ofte længerevarende socialt døgntilbud, der er specialiseret i spiseforstyrrelser. Et døgntilbud hvis personale forstår at holde både fysisk, psykisk og social udvikling på rette spor, så der kan bygges videre på den ofte langvarige psykiatriske behandling og de fremskridt, den har indebåret.

Erfaring viser, at det tager omkring to år, før et menneske med en svær spiseforstyrrelse er socialt rehabiliteret og klar til at blive udsluset fra det højt specialiserede døgntilbud.

For yngre børn gælder en særlig problematik, fordi de ofte vil have behov for at bo hjemme hos deres forældre, mens de går i et dagtilbud eller modtager hjemmestøtte. Også dagtilbud og hjemmestøtte skal være højt specialiseret og knyttet til et højt specialiseret fagligt miljø.



BOKS 4

Hvor svært kan det være at spise?

Umiddelbart kan det måske virke svært at forstå, at mennesker med spiseforstyrrelser har brug for ganske særlig eksperthjælp. Men bare det at få spist et enkelt måltid kan være ganske uoverkommeligt for et menneske, som præges af impulser til at undgå at spise og kan siges at have et traumatisk forhold til mad.

Derfor er der brug for, at hver af dagens måltider bliver spist i rolige omgivelser tæt støttet af en medarbejder, der undertiden skal motivere ved hver enkelt bid og bagefter sikre, at maden bliver i kroppen. Samtidig skal kostens passende sammensætning sikres ved, at der af en diætist udarbejdes kostplan, som følges, og som sikrer, at vægten gradvist forbedres.

Kilde: Foreningen mod Spiseforstyrrelser og Selvskade samt Center for Spiseforstyrrelser, Århus Universitetshospital, Risskov.

Mange mennesker med svær spiseforstyrrelse kan blive raske, hvis de får den nødvendige sociale rehabilitering på det rette tidspunkt. Alligevel er det i dag en kamp for mange af disse mennesker at få den hjælp, de har behov for.

Det skyldes, at der ikke findes tiltrækkeligt med specialiserede tilbud på området, og at det i dag er svært for disse borgere at få deres hjemkommune til at visitere til tilbud med den fornødne ekspertise, varighed og intensitet.

Specialisering – et nyt tanke sæt i socialpsykiatrien

Hvis vi skal kunne give alle mennesker med svær spiseforstyrrelse – og andre lignende sjældne og komplekse lidelser - den rigtige hjælp på det rigtige tidspunkt, er der behov for at fremme specialisering i socialpsykiatrien.

På sundhedsområdet har man lange traditioner for at arbejde målrettet med at sikre kvaliteten i behandlingen. Elementerne er blandt andet en tilgang baseret på evidens og en højt specialiseret indsats. Tanken er, at øvelse gør mester. For at opnå specialiseret kompetence kræver det, at man som fagperson ser og behandler tilstrækkeligt mange komplekse tilfælde for at opnå viden om, hvordan de skal håndteres.

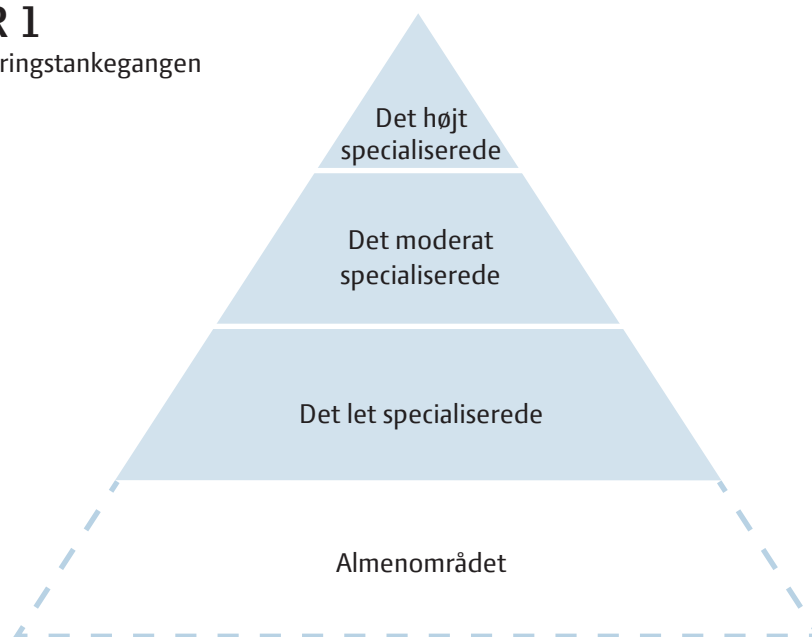
På det socialpsykiatriske område varetages hovedparten af opgaverne i kommunalt regi. Det er en god og rigtig organisering til gavn for de fleste borgere, fordi kommunen her kan sikre nærhed, sammenhæng og faglig kvalitet i løsningen af opgaverne. Men for en lille del af befolkningen – de borgere der har de mest sjældne og komplekse problemstillinger – er der behov for nogle strukturer, som understøtter faglig specialisering.

Specialisering er nødvendig i socialpsykiatrien for at sikre kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse, når borgere med de mest komplekse problemstillinger skal rehabiliteres. Her må hensynet til nærhed ikke gå forud for kvaliteten og den enkelte borgers behov. Med andre ord er det vigtigere, at borgeren får det rette tilbud end et tilbud lige henne om hjørnet. Figuren herunder illustrerer specialiseringstankegangen:



FIGUR 1

Specialiseringstankegangen



Det specialiserede socialområde omfatter de tre øverste kasser i pyramiden. Graden af specialisering stiger, jo højere op man kommer. Øverst varetages ydelserne til de borgere, der har de mest sjældne, sværeste og komplekse behov. Målgrupperne bliver tilsvarende mindre i takt med specialiseringsgraden. Nederst ses almenområdet, hvor der gives støtte til borgere med "almindelige sociale behov" som f.eks. ældrestøtte til rengøring.

Erfaringen fra sundhedsområdet viser, at langt de fleste borgere prioriterer tilbuddets indhold og kvalitet frem for dets placering. Borgere er i al overvejende grad optaget af deres funktionsevne og deres livsvilkår, snarere end at tilbuddet gives i nærområdet.



BOKS 5

Danskerne vælger ekspertise frem for nærhed

Beliggenheden er ikke vigtig, når det gælder specialiseret handicapbehandling og sociale tilbud. Danskerne sætter i stedet den faglige kvalitet i højsædet, viser en meningsmåling foretaget af Epinion.

80 procent af de adspurgte vægter kvalitet frem for beliggenhed, hvis de selv eller en pårørende skulle få brug for midlertidig behandling af et kompliceret handicap. Det samme gælder for 78 procent, hvis der var tale om behandling af komplicerede sociale problemer.

Kilde: Epinion for Danske Regioner, februar 2012.

Visioner for et bedre liv med svær spiseforstyrrelse

Det er på tide, at vi forbedrer indsatsen over for mennesker med svær spiseforstyrrelse og deres pårørende. Regionernes visioner på området er enkle:

- Mennesker med svær spiseforstyrrelse skal sikres den nødvendige sociale rehabilitering på det rette tidspunkt.
- Mennesker med svær spiseforstyrrelse skal opleve en glidende overgang mellem indlæggelse i psykiatrien og den efterfølgende sociale behandling.
- Vi skal have skabt de nødvendige rammer for at sikre faglig, økonomisk og organisatorisk bæredygtighed, når det gælder rehabilitering af svær spiseforstyrrelse.



VISION 1

Den nødvendige sociale rehabilitering på det rette tidspunkt

For gruppen af mennesker med svær spiseforstyrrelse er den nødvendige hjælp i rette tid ofte et spørgsmål om liv eller død. Målgruppen har brug for en højt specialiseret social rehabilitering. Det vil sige en tværfaglig og individuelt tilrettelagt social hjælp og støtte baseret på evidens, der gør brug af både socialpædagogisk, psykiatrisk og somatisk ekspertise. For at sikre brug af nyeste viden og udvikling på sådanne tilbud, skal de være tæt forankret til sundhedsvæsenet, både psykiatri og somatik.

Personer med svær spiseforstyrrelse skal samtidig have ret til en rehabiliteringsplan og -status, der følger dem på tværs af sektorer. Planens indhold skal være forpligtende for den myndighed, der skal udøve indsatsen. Og indholdet skal udfyldes der, hvor der er kompetence til at vurdere behovet for rehabilitering. Plan og status kan løbende revideres. De udgør således et dynamisk redskab, der fra forskellige faglige vinkler og på relevante tidspunkter beskriver rehabiliteringsbehovet.

Der er på området vedrørende spiseforstyrrelser – ligesom på det øvrige højt specialiserede socialområde - behov for at få udarbejdet en egentlig specialeplan, med inspiration fra sundhedsområdet. En specialeplan skal sikre, at der udbydes de rette tilbud med hensyn til kvantitet og kvalitet til de rette målgrupper. Dette oplæg kan bruges som udgangspunkt.

Endelig er der behov for at få udarbejdet et reelt forløbsprogram på området. Det skal være baseret på evidens og beskrive, hvordan man i de forskellige faser af psykiatrisk behandling og social rehabilitering sikrer den optimale behandling og støtte for mennesker med svær spiseforstyrrelse.



VISION 2

En glidende overgang mellem psykiatri og døgntilbud

De gode resultater efter en ofte langvarig indlæggelse på sygehuset skal bevares og holdes ved lige. Det kræver koordination mellem de involverede parter, som bør sikres gennem en obligatorisk udskrivningssamtale mellem behandlingspsykiatri, kommunal sagsbehandler og en repræsentant fra det nye døgntilbud.

Tryghed og kontinuitet i behandlingen efter udskrivning af patienten bør samtidig sikres gennem løbende støtte og kontakt mellem psykiatri- og døgntilbud. Det er særligt vigtigt før, under og efter patientens overgang fra behandlingspsykiatri til døgntilbud.



VISION 3

Nødvendige rammer for faglig, økonomisk og organisatorisk bæredygtighed

De nødvendige rammer for at kunne give højt specialiseret social efterbehandling til mennesker med spiseforstyrrelser eksisterer ikke med den nuværende arbejdsfordeling på området. Med kun få borgere med samme sjældne og komplekse behov inden for hver kommune, er det for selv større kommuner ikke økonomisk bæredygtigt at drive egne højt specialiserede døgntilbud. Det er derfor nødvendigt at tænke i større geografiske enheder for at sikre de nødvendige vilkår for drift af sådanne tilbud.

Derfor er det oplagt, at regionerne fremadrettet får ansvaret for at drive, etablere og udvikle tilbud til denne målgruppe. Regionernes fordel er, at de har et langt større befolkningsgrundlag end selv de største kommuner. Det betyder, at der på et regionalt tilbud, der dækker en halv eller hel region, vil være et tilstrækkeligt antal borgere med svær spiseforstyrrelse til, at faglige højt specialiserede tilbud kan opretholdes.

Et befolkningsgrundlag af regional størrelse vil dels sikre døgntilbuddet stor erfaring med målgruppen, fordi mange borgere vil blive behandlet på tilbuddet. Det vil også gøre døgntilbuddet økonomisk bæredygtigt, fordi der i en region – i modsætning til en kommune – er et tilstrækkeligt antal "kunder" i butikken. Med specialiserede og økonomisk bæredygtige enheder kan behandlingen målrettes bedre. Dermed udnyttes samfundets ressourcer mere effektivt.

Endelig vil et regionalt ansvar sikre en tæt kobling til det specialiserede sundhedsvæsen.

Regionerne får forsyningsansvaret for det område, hvor der ydes højt specialiseret rehabilitering for mennesker med spiseforstyrrelse. Der er tale om rehabilitering af midlertidig karakter. Kommunerne beholder myndighedsansvaret og visiterer – med rådgivning fra regionen – fortsat egne borgere til indsatsen.

Kommunernes incitament til at visitere borgere til en højt specialiseret indsats understøttes af en ny finansieringsmodel på området. Modellen indebærer, at kommunerne betaler en basistakst per borger, som er fastsat lige præcis dér, hvor det bliver dyrere for kommunen at anbringe borgeren i eget regi. Resten af udgifterne finansieres af regionerne med midler fra et bloktilskud.

Se mere om finansieringsmodellen i Danske Regioners oplæg "*Klart ansvar for de svageste - finansiering*"

Behovet for sociale tilbud til mennesker med svær spiseforstyrrelse

Danske Regioner vurderer, at der på landsbasis er behov for omkring 43 højt specialiserede døgnpladser af midlertidig karakter til mennesker med svære spiseforstyrrelser i offentligt regi. Pladserne kan være afdelinger under større botilbud eller være selvstændige botilbud. Fælles for dem er, at de skal være forbeholdt mennesker med spiseforstyrrelser og have et tværfagligt personale, som har erfaring med og ekspertise i netop denne problemstilling.

Udover den intensive døgnbehandling skal der til børne- og ungepladserne kunne tilbydes skoleforløb og til voksenpladserne kunne tilbydes udslusning til udslusningsbolig i sidste del af forløbet. Til pladserne skal desuden knyttes dagbehandlingstilbud, rådgivningsfunktion (til kommunerne) og et opsøgende team, der kan give specialiseret bostøtte til de mennesker, som bor i egen bolig, men stadig har behov for hjælp. På den måde kan det sikres, at der gives bostøtte af en passende kvalitet til alle med behov for dette uanset geografi.

Der eksisterer i dag allerede 13 regionale pladser, der mere eller mindre lever op til disse krav og en række private tilbud. Danske Regioner vurderer, at der er behov for omkring 30 pladser til midlertidigt døgnophold (§ 107) fordelt over de fem regioner. Der er samtidig behov for at udbygge en række af de 13 eksisterende pladser, så de kan tilbyde det helhedsorienterede forløb, der er beskrevet herover.

Dette vil i vid udstrækning kunne etableres via udvikling og omlægning af den eksisterende indsats indenfor socialpsykiatrien. Det vil sige, at der ikke nødvendigvis er behov for en kapacitetsudvidelse på området på samfundsplan.



ANBEFALINGER

Otte konkrete anbefalinger fra regionerne

Regionerne anbefaler, at man gør følgende for at forbedre vilkårene for mennesker med svær spiseforstyrrelse:

1. Patienter med svær spiseforstyrrelse skal sikres et midlertidigt døgntilbud, så snart de er klar til udskrivning fra behandlingspsykiatrien.
2. Tilbuddet skal være i stand til at yde en højt specialiseret social rehabilitering.
3. Mennesker med svær spiseforstyrrelse skal sikres en forpligtende rehabiliteringsplan- og status.
4. Der skal udarbejdes en specialeplan for området vedr. svær spiseforstyrrelse.
5. Der skal udarbejdes et forløbsprogram for området vedr. svær spiseforstyrrelse.
6. En udskrivningssamtale mellem behandlingspsykiatri, kommunal sagsbehandler og en repræsentant fra det kommende døgntilbud skal være obligatorisk.
7. Der skal sikres løbende støtte og kontakt mellem psykiatri og døgntilbud, særligt før, under og efter patientens overgang fra behandlingspsykiatri til døgntilbud.
8. Der skal oprettes omkring 30 pladser på højt specialiserede døgntilbud i regionalt regi.

Kilder:

Landspatientregistret

Rehabilitering i Danmark – hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborgscentret (2004)

LMS - Landsforeningen mod Selvskade og Spiseforstyrrelser

Center for Spiseforstyrrelser, Århus Universitetshospital, Risskov

Anoreksiklinikken, Psykiatrisk Center København

De fem regioner



CASE 1

Fem års konstante indlæggelser

En kvinde på 22 år har igennem flere år haft et kaotisk spisemønster og har tabt sig mere og mere. Hun er blevet indlagt akut på lukket afdeling på grund af selvmordstanker og selvskade. Hun er samtidigt voldsomt forpint af anorektiske tanker om mad og vægt og er cirka 10 kilo undervægtig.

Efter tre måneder på den lukkede afdeling bliver hun flyttet til Anoreksiafsnittet, hvor hun er indlagt cirka 35 måneder. Under indlæggelsen overflyttes hun fire gange af kortere tid til medicinsk afdeling, fordi hun har prøvet at begå selvmord med piller. Hun overflyttes også syv gange af kortere tid til lukket afdeling på grund af udtalt spisevægring og selvmordstanker.

Efter det 35 måneder lange forløb er vægt og spisning nogenlunde stabiliseret. Patientens impulsprægede adfærd er i høj grad blevet dæmpet og hun bliver flyttet videre til et alment psykiatrisk åbent afsnit, hvor hun efter tre en halv måneds indlæggelse omsider bliver bevilget et relevant bosted af sin kommune. Det sker 22 måneder efter, at den første ansøgning om bostedet er afsendt.

Efter udskrivelsen har kvinden en noget ustabil periode, hvor hun ryger ud og ind af den psykiatriske afdeling med korte mellemrum. Hun er også kort tid på et daghospital, og endelig må hun genindlægges på åben sengeafdeling til stabilisering i 10 måneder.

Kvinden har siden gennemført en højere uddannelse, er nu gift, har to børn og er velfungerende på arbejdsmarkedet. Hun har ikke været indlagt de sidste seks år og holder sin normale vægt og spisning. Hun går stadig til ambulans opfølgning hver anden-tredje måned og er i perioder i behandling med antidepressiv medicin, fordi hun i perioder er deprimeret. Aktuelt er hun dog helt medicinfri.

De næsten fem års konstante psykiatriske indlæggelser kunne formentlig – ifølge kvindens psykiater - være afkortet af et relevant botilbud på et tidligere tidspunkt, end det blevet givet.

Patientens sygdomsforløb er et eksempel på, at det er muligt at komme sig og få et velfungerende familie- og arbejdsliv, selvom man har haft en meget svær spiseforstyrrelse. Det kræver dog tålmodighed, og får patienten ikke den nødvendige rehabilitering undervejs, trækkes sygdomsforløbet ud til gene for patienten og større omkostninger for samfundet.



CASE 2

En times ugentlig støtte

En 37-årig tidligere sygeplejerske bliver henvist for anoreksi og tvangstanker- og handlinger. Kvinden har en bindevævssygdom og har gennem 10-15 års sygdom med tiltagende invaliditet tabt sig, så hun er 19 kilo undervægtig. Hun er begyndt at tvangsmotionere og har også fået flere og flere tvangstanker om renlighed, tal, farver og symmetri.

Kvinden har fået intensiv ambulant behandling hos en psykolog og en diætist, hvilket har fået hende til at tage 6-8 kilo på. Efterfølgende taber hun sig dog atter og må efter to års ambulant behandling indlægges på Anoreksiklinikken i maj 2007.

I løbet af fem måneder bliver hendes vægt normaliseret, men hun har stadig kolossale problemer med tvangsmønstre ved måltiderne. Hun må derfor støttes og guides og kan ikke gennemføre måltider uden for afdelingen. Bittesmå afvigelser fra rutiner fører til selvskadende adfærd – f.eks. at hun dunker hovedet ind i væggen. Klinik for Angst og OCD bliver inddraget i patientens behandling, og hun får medicin for sine tvangstanker. Hun får daglig intensiv træning, men få dages ferie med familien fører hver gang til øjeblikkeligt vægttab.

I maj 2009 begynder man at planlægge, at kvinden kan udsluses til egen bolig med støtte under måltiderne. I august 2009 ansøger man om specialiseret bostøtte fra et privat bosted med særlig ekspertise i spiseforstyrrelser. Men kommunen giver afslag, og i august 2010 (et år efter) får kvinden afslag fra Ankestyrelsen begrundet med, at kommunen selv kan dække hendes behov.

Hun bliver tilbudt én times kommunal hjemmevejleder, selvom hendes behov – ifølge de involverede psykiatere – skønsmæssigt er 25 timers støtte i hjemmet. Kvindens psykiater vurderer, at hun ved udskrivning til én times hjemmevejledning ugentligt hurtigt vil komme i en helbredstruende lav vægt.

I november 2010 registreres patienten som færdigbehandlet på psykiatrisk afdeling. Først i maj 2012, hvor hun stadig er indlagt, får kvinden tilbud om støtte fra kommunen til måltider seks dage om ugen.

Sygdomsforløbet er et eksempel på, hvor langvarig og kompleks den psykiatriske behandling af en svær spiseforstyrrelse – ofte kombineret med andre lidelser som her OCD og somatisk sygdom - kan være. Samtidig viser det, hvor svært det kan være at få den nødvendige rehabilitering bevilget, selvom der påviseligt er behov for intensiv støtte.



CASE 3

Ingen udsigter til at komme sig

En ung pige er som 16- og 18-årig indlagt på grund af vægttab, kaotisk spisemønster, tvangsmotion, misbrug af afføringsmidler og selvskaade. Senere (i 2007) bliver hun henvist til ambulante anoreksibehandling først på et privat bosted, siden til offentlig dagbehandling, hvor hun får behandling i over otte måneder. Hun er dog svær at behandle, fordi hun er angst og føler skam ved at udtrykke sig på andre måder end gennem skrift, og hun taber sig derfor løbende.

Da kvinden er 20 år (i 2008), indlægges hun på psykiatrisk afdeling, herefter Anoreksiklinikken, hvor hun bliver i knapt to år. Under indlæggelsesforløbet tager hun 19 kilo på og bliver væsentligt mindre angst. Hun blev også bedre til at udtrykke sig mundtligt.

Allerede otte måneder efter indlæggelsen ansøger psykiatrien om at udsluse hende til en højt specialiseret privat udslusningsbolig, men kommunen giver afslag. I stedet bliver hun tilbudt en plads i et bofællesskab med tre andre personer med spiseforstyrrelse. Kvinden er nervøs for arrangementet, bl.a. fordi der kun er begrænset personalestøtte, men hun accepterer nødtvungent og får en plads i juli 2010.

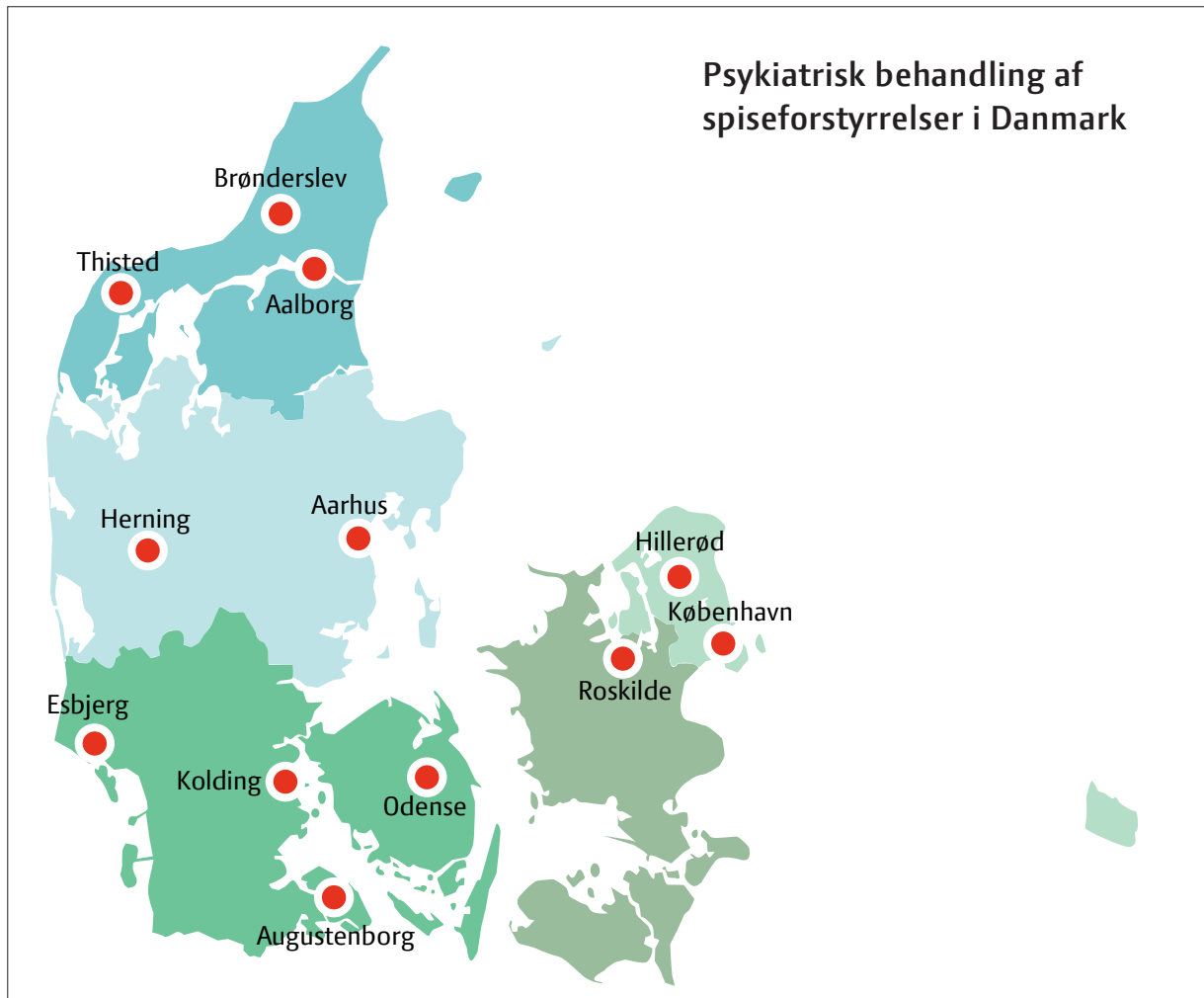
I bofællesskabet er der kun begrænset støtte til måltiderne, og straks efter udskrivelsen begynder kvinden at tabe sig, selvom hun fortsat går i et intensivt ambulante samtaleforløb med psykolog og diætist i regi af sygehuset. Hun er trist, opgivende, tiltagende socialt isoleret og ser ingen fremtid for sig.

I januar 2011 må hun genindlægges på psykiatrisk afdeling, og det lykkes at få hende til at tage otte kilo på over syv måneder. Det på trods af tristhed, tendens til selvskaade og mange selvmordstanker. Hun kommer dog ikke op på sin normale vægt igen og må derfor igen genindlægges i en måned i september 2011. Efterfølgende bliver hun atter udskrevet til bofællesskabet, fordi hun opgiver behandling.

Kvinden har således været indlagt et år ekstra på Anoreksiklinikken i mangel af et relevant døgntilbud. Hendes forgæves venten på et specialiseret tilbud og hendes sociale isolation medvirkede, ifølge hendes psykiater, klart til hendes hurtige tilbagefald efter udskrivning. Kvindens vægt og motivation til behandling har ikke kunnet genoprettes ved efterfølgende indlæggelse. Kvinden har derfor ikke udsigter til at komme sig.

Sygdomsforløbet viser, hvordan lang ventetid på et tilbud om rehabilitering er til skade for patientens bedring og tærer på psykiatriens ressourcer. Det viser desuden, hvordan et tilbud uden den rette ekspertise og intensive støtte kan risikere at ødelægge den motivation og helbredsmæssige bedring, som en patient med svær spiseforstyrrelse har opnået gennem et langvarigt behandlingsforløb i behandlingspsykiatrien.

Psykiatrisk behandling af spiseforstyrrelser i Danmark



Region Nordjylland

Aalborg

- Hovedfunktion, regionsfunktion for patienter op til 30 år
- Ambulant behandling
- Fire senge til børn og unge
- Fire senge til voksne

Thisted

- Hovedfunktion for patienter over 30 år
- Ambulant behandling

Brønderslev

- Hovedfunktion for patienter over 30 år
- Ambulant behandling

Region Midtjylland

Århus/Risskov

- Hovedfunktion, regionsfunktion, højt specialiseret funktion for alle aldersgrupper
- Ambulant behandling
- Flerfamiliebehandling
- Opsøgende behandlingsteams med fokus på familien
- 14 senge til børn og unge/voksne

Herning

- Hovedfunktion
- Pårørendebehandling
- Ambulant behandling
- Opsøgende behandlingsteams med fokus på familien

Region Syddanmark

Esbjerg

- Hovedfunktion
- Undervisningsdage for børn og forældre

Kolding/Augustenborg

- Regionsfunktion
- Psykoedukation for pårørende/forældre i gruppe
- Syv senge til børn og unge

Odense

- Hovedfunktion, regionsfunktion, højt specialiseret funktion for alle aldersgrupper
- Ambulant behandling
- 12 senge til børn og unge/voksne

Region Hovedstaden

Hillerød

- Hovedfunktion

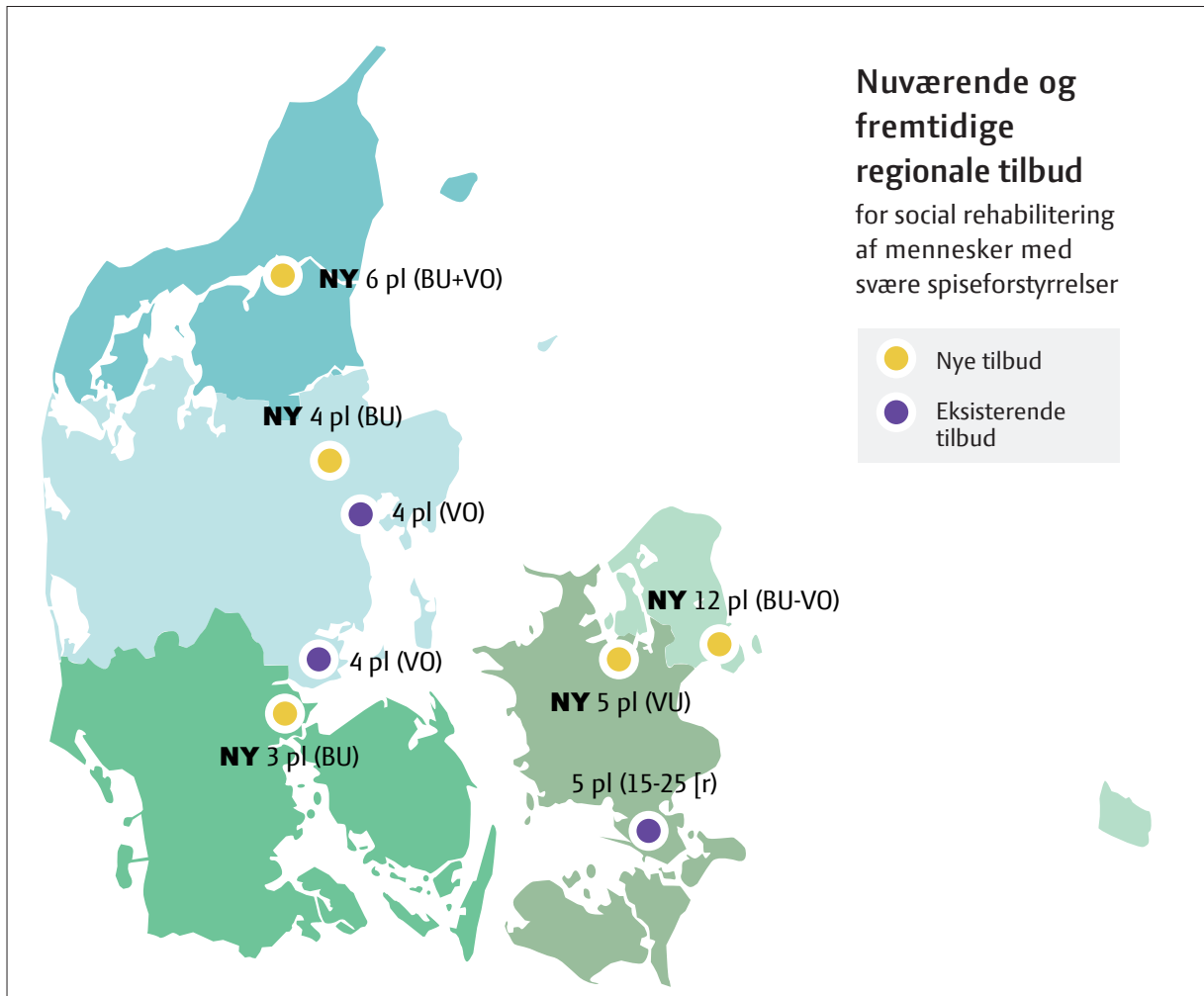
København

- Hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret funktion (Psykiatrisk Center København, Ballerup, Bispebjerg)
- Ambulant behandling for børn og unge tre steder og voksne fire steder
- Opsøgende behandling og samarbejde med lokale døgninstitutioner
- 10 senge til voksne (Psykiatrisk Center København)
- Otte senge til børn og unge (Bispebjerg)
- To senge til børn og unge efter behov (Glostrup)

Region Sjælland

Roskilde (først fra nov. 2012. Nuværende behandling i Holbæk)

- Hovedfunktion, regionsfunktion for alle aldersgrupper
- Ambulant behandling
- Pårørendebehandling
- 11 senge til børn og unge/voksne og fire senge til børn og unge, som deles fleksibelt med børne- og ungespsykiatrien



Som kortet herover viser, findes der i dag tre offentlige botilbud til højt specialiseret social rehabilitering af spiseforstyrrelser i Danmark (de lilla nåle). Det drejer sig om:

- Holmstruggård, fire pladser til voksne (Region Midtjylland)
- Pomona huset, fire pladser til voksne (Region Syddanmark)
- Platangården, fem pladser til 15-25-årige (Region Sjælland).

De tre tilbud råder i alt over 13 pladser. Hvis alle personer med svær spiseforstyrrelse skal have mulighed for at få den rette rehabilitering efter udskrivning fra sygehuset, er der behov for yderligere 30 pladser fordelt over Danmark.

De gule nåle på kortet markerer regionernes bud på type, antal og placering af de fremtidige pladser. Det drejer sig om:

- Seks pladser til børn, unge og voksne i Region Nordjylland
- Fire pladser til børn og unge i Region Midtjylland
- Tre pladser til børn og unge i Region Syddanmark
- 12 pladser for børn, unge og voksne i Region Hovedstaden
- Fem pladser for voksne i Region Sjælland

Med de eksisterende 13 pladser og de nye 30 pladser, vil der være i alt 43 pladser på landsplan.

Pladserne er placeret tæt på behandlingspsykiatrien i regionerne for at skabe de bedste betingelser for samarbejdet mellem den sociale og den sundhedsmæssige indsats. Der er taget hensyn til, at der bør være tilbud til både børn, unge og voksne i hver region.

**DANSKE
REGIONER**



Dampfærgevej 22
Postboks 2593
2100 København Ø

T 35 29 81 00
F 35 29 83 00
E regioner@regioner.dk
www.regioner.dk