

*Til social- og sundhedsudvalgsmedlemmer  
og samt partiernes ordfører i forbindelse med  
debatforespørgslen i Folketinget den 1. marts 2006  
" Om pigers og unge kvinders psykiske velbefindende "*

**Indsatsen for spiseforstyrrelse skal højnes. Det bør ske ved:**

- ***bedre overordnet organisering/koordinering***
- ***øget kapacitet og ventelistegaranti***
- ***øget behandlingskompetence***
- ***adgang til specialiseret behandlingstilbud uanset hvor i landet man bor***

Vi mener ikke, at det er hensigtsmæssigt den udvikling der sker lige nu. De psykiatriske afdelinger opretter lige nu "spiseforstyrrelses teams" i flæng. Men det nytter ikke noget, når der ikke er tale om kvalificeret og specialiseret indsats. Der skal en dybere forståelse og indsigt til hos hele personalegruppen, der er omkring den spiseforstyrrede.

Det er ikke noget man bare lige opretter og så har man fulgt/indfriet de anbefalinger, som står beskrevet i rapporten fra Sundhedsstyrelsen.

Vi ved, at når den spiseforstyrrede gang på gang oplever ikke at blive forstået, så er det med til at fastholde og endda forværre sygdommens tilstand.

I Norge igangsatte man i 1999 et gennemarbejdet projekt med opkvalificering af behandlere omkring de spiseforstyrrede. Et specialiseret kursusprogram, der løber over 1½ år. Et langsigtet uddannelsesprogram på 17 intensive kursusdage og cases i mellemprioriteten, samt etablering af netværksgrupper.

Et projekt med god respons. Evalueringsrapport kan eftersendes.

Det har bl.a. betydet meget, at der med dette projekt er blevet skabt en basis grundforståelse og det har også været af betydning, at det har været den samme grundforståelse på tværs af faggrupperne. Før var der meget lidt samarbejde og forståelse – men dette kursusprogram har vist sig at udmønte sig i bedre dialog og samarbejde på tværs af grupper og sektorer.

Prisen for et kursusforløb har været ca. kr. 25.000,- og i Norge er der i årene fra 1999 frem til i dag brugt ca. 1,5mio kr. pr. år til kursus i hvert helseregion – der er 4 regioner.

Man kan ikke sige noget præcist om hvad tiltaget har betydet for antal indlæggelser i forbindelse med spiseforstyrrelser og udviklingen i selvmord. Den målrettede indsats har nemlig betydet, at væsentlig flere er kommet i behandling, da behandlere og det sociale netværk er blevet væsentlig bedre til at opspore sygdommen. Samtidig har det været en periode, hvor spiseforstyrrelse generelt i Europa har været i stigende udvikling.

**Forslag til organisering:**

Formålet med overordnet organisering er jf. rapporten fra Sundhedsstyrelsen:

- *at lidelsen opdages tidligt*
- *at henvisningsvejene er enkle*
- *at der etableres tilstrækkelig behandlingskapacitet og kvalitet*
- *at patientens behandling er den fagligt bedst mulige og på det niveau, som er nødvendigt*
- *at undgå diskontinuitet i forbindelse med overgang fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien, fra somatisk til psykiatrisk behandling og fra sundhedsvæsenets behandling til socialvæsenets støtte og rehabilitering*
- *at behandlingsresultaterne monitoreres, og der skabes mulighed for videreudvikling af behandlingsmetoderne*
- *at forskning øges*
- *at personalet uddannes bedre/opkvalificering og undervisning til personale*

- *at patienter, pårørende og social netværk får rådgivning (nyt fra PS)*
- *at myndighederne får rådgivning*

### **Der oprettes 5 regionale spiseforstyrrelsesteams – ét i hvert amt.**

Desuden ét overordnet videns- og forskningscenter, der er beliggende sammen med den ene af de 5 regionale teams eller sammen med én af de bestående centerafdelinger. Her har man det overordnede overblik og indsigt omkring spiseforstyrrelse og herfra igangsættes forskningsprojekter. Central opsamling af viden m.m.

De regionale tværfaglige teams bør bestå af fagpersonale med særlig kompetence i spiseforstyrrelse:

- *læge (psykiater, børne- og ungdomspsykiater)*
- *psykolog*
- *diætist*
- *fysioterapeut*
- *tandlæge*
- *socialrådgiver*
- *ergoterapeut*
- *plejepersonale*
- *sekretær*
- *konsulent med særlig interesse for pårønderarbejde, herunder rådgivning af myndigheder og pårørende m.m.*
- *endvidere et socialteam, som skal forestå indsatsen for socialstøtte og rehabilitering samt forebyggelse.*

Der vil være behov for et tæt samarbejde med en bestemt pædiatrisk/medicinsk afdeling og teamet skal have adgang til senge på en særlig skærmet psykiatrisk afdeling for spiseforstyrrede. Behandling af spiseforstyrrelse kræver stor indsigt og forståelse for den store kompleksitet, hvorfor vi vurderer, at det er vigtigere, at der er **kvalitet og højt kompetenceniveau hos personalet** og derfor en **central organisering frem for en decentral organisering** til at varetage denne opgave. Hyppigheden af spiseforstyrrelse er

Ikke så stor, at der kan være specialiseret pleje og behandlingspersonale på alle landets sygehuse.

Det er vanskelig for almenpsykiatriske afdelinger at skaffe sig tilstrækkelig erfaring i behandling af denne vanskelige patientgruppe og ofte vil patienterne skulle skifte behandlingsniveau i forløbet. Derfor bør der ske en centralisering/specialisering af behandlingen, og der bør være en **fastere samarbejdsstruktur mellem regionerne og landsdelsfunktionerne**.

Ligesom vi fra PS LANDSFORENING anbefaler et **samarbejde med de godkendte private behandlingssteder og bosteder**, der har kvalitetssikring og har vist gode resultater.

På alle behandlingsniveauer anbefales det, at patienten har én hovedansvarlig person, som er "tovholder". **"Tovholderen" har hele tiden ansvar for, hvor den spiseforstyrrede er i systemet**. Hvis/når en patient udskrives fra behandling, så er der pr. automatik kontakt hertil. Specielt vigtigt hvis patient afsluttes i behandling, fordi behandlingen ikke fører til noget. Så skal der samles op, så patienten ikke står tilbage alene og fortabt.

Når vi (PS LANDSFORENING) ønsker den social indsats med i teamet, er det primært for at sikre en optimal og lige adgang til den forebyggende og støttende indsats. Ved at lade teamet udarbejde konkrete og individuelle planer og dernæst indgå forhandling med den pågældende kommune sikrer vi os, at der er taget højde for aktuel lovgivning, og vi sikrer at hjælpen gives ligeligt, i stedet for som nu, hvor det kun er dem, der har overskud til at tage kampen op, eller som får særlig assistance, der får adgang til de sociale tiltag.

### **Opgaverne i de regionale teams er:**

- at visitere patienter med spiseforstyrrelser i regionen til ambulant behandling/indlæggelse
- at sørge for, at der er forskellige behandlingsmetoder (forslag fra frivillige foreninger)
- at forestå udregning og behandling ambulant og på de særlige afdelinger
- at have formelt samarbejde med en medicinsk og en pædiatrisk afdeling
- at samarbejde med en bestemt landsdelsafdeling
- at kvalitetsudvikle og evaluere behandlingseffekten
- at være konsulent, yde rådgivning og deltage i det forebyggende arbejde
- at have nedsat et visitationsteam, der finder frem til den optimale behandlingsmetode i hvert enkelt tilfælde
- at guide og vejlede patienterne
- at sørge for, at pårørende får adgang til støtte og indsigt i sygdommen
- at sørge for, at patienten får relevant rådgivning fra socialrådgiver
- at forestå undervisning/opkvalificeringen (efter de overordnede principper, som er udstukket fra vidensscenret og med udgangspunkt i den indsats, man har lavet i Norge)
- forestå det forebyggende arbejde
- udarbejde individuelle planer for social støtte og rehabilitering

### **Centerafdelingernes opgave er:**

- at behandle de alvorligst syge af spiseforstyrrelser
- at udvikle behandlingen af spiseforstyrrelser
- at udføre forskningsindsats
- at støtte de regionale teams og behandlingssteder
- at rådgive i forhold til socialpsykiatrisk indsats
- at udvikle samarbejdet og forskningsindsatsen i forhold til medicinske og pædiatriske problemstillinger
- at bidrage med second opinionen ift. Konkrete patienter
- at løse opgaver som regional team

### **Videnshus**

Endvidere vil én af centerafdelingerne evt. kunne udpeges som det overordnede videnshus med følgende opgaver:

- udarbejde overordnede handleplaner. Undervisning, behandlingsmetoder, forskningsprojekter, opfølgninger m.m.
- udarbejde samlede oversigter over indsatser på området. Herunder "blåstempling" af private bosteder og behandlingssteder
- uvildigt visitationsteam
- sikre samarbejde på tværs med offentlige og private behandlingssteder
- Igangsætte tiltag for forebyggelse
- Følge resultater og forskning i udlandet
- Landsdækkende database

Meget af ovenstående anbefaling er at finde i rapporten fra Sundhedsstyrelsen, men også nye tanker er indarbejdet. Nogle af disse tanker er opstået på konferencen på Christiansborg den 22.11.2005 mens nogle få af de præsenterede tiltag/holdninger, står for vores egen regning. I den forbyggende indsats, mener vi også det er væsentligt, at sundhedsplejersker og skolelæger får den fælles langsigtede uddannelse, og endelig skal der være mere focus på de unges selvværd – spiseforstyrrelse udspringer, vokser og trives i et dårligt selvværd. Vi foreslår at man i lighed med temadag om alkohol, indfører en temadag med selvværd og dialog med voksen (dialogen lindrer).

Vejen frem her er samarbejde på tværs af det sociale- og sundhedsvæsnets, men også på tværs med det offentlige system og inddragelse af kompetente/kvalitative private tilbud samt frivillige foreninger.

Omkring det økonomiske er det svært at sætte præcise tal på – men anbefaler, at der nedsættes en arbejdsgruppe i den nye fremtidige organisering.

Med venlig hilsen

PS LANDSFORENING

Pårørende til Spiseforstyrrede

Erna Poulsen

*Formand*

Dorte Nielsen

*bestyrelsesmedlem*