



Socialstyrelsen

# Bilag 1

# Til central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser

Socialstyrelsen - den nationale koordinationsstruktur  
2. november 2015

# Indhold

Indhold .....	2
Indledning .....	3
1. Baggrund for den centrale udmelding .....	3
2. Den centrale udmelding .....	6
3. Beskrivelse af målgruppen omfattet af den centrale udmelding .....	6
4. Indhold i de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud på det sociale område ..	10
5. Særlige fokusområder for delmålgruppen af børn og unge med svær spiseforstyrrelse ....	14
6. Vidensgrundlaget for den centrale udmelding .....	14
7. Afrapportering .....	15
8. Begrebsdefinitioner .....	15

## Indledning

Dette bilag indeholder en uddybning og konkretisering af baggrunden for den centrale udmelding, målgruppen samt indholdet i de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud beskrevet i den centrale udmelding.

Det er derfor vigtigt at have orienteret sig i bilaget, før afrapporteringen bliver udarbejdet.

### 1. Baggrund for den centrale udmelding

I forbindelse med evalueringen af kommunalreformen, blev der rejst et ønske om at afdække, hvorvidt der nu og fremover vil være det fornødne udbud af højt specialiserede indsatser og tilbud til borgere med svære spiseforstyrrelser. Derudover ses der på spiseforstyrrelsesområdet, som nævnt i den centrale udmelding, en række udviklingstendenser, der uddybes i det følgende:

*Der er et stigende antal indlæggelser i den regionale psykiatri af borgere med spiseforstyrrelser, og det kan potentielt betyde et øget behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud til målgruppen*

Af nedenstående figur ses det, at antallet af indlæggelser for borgere med spiseforstyrrelser har været stigende de seneste syv år. Siden 2008 ses en stigning på 20-25 % i antallet af indlæggelser for borgere med spiseforstyrrelser i den regionale psykiatri. Dette skaber behov for at afdække, hvorvidt der er det fornødne udbud af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud til det stigende antal borgere, der udskrives fra den regionale psykiatri, og som potentielt kan have behov for en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område.

**Figur 1. Antal psykiatriske indlæggelser for borgere med spiseforstyrrelser**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	(2008-14) pct.
<b>Borgere under 18 år</b>	191	148	178	150	181	185	230	20,4 %
<b>Borgere på 18 år eller derover</b>	187	153	173	199	205	236	234	25,1 %

**Note:** Pr. 1. september 2014 blev der indført behandlingsgaranti i psykiatrien.

**Kilde:** Landspatientregistret, både psykiatri og somatik

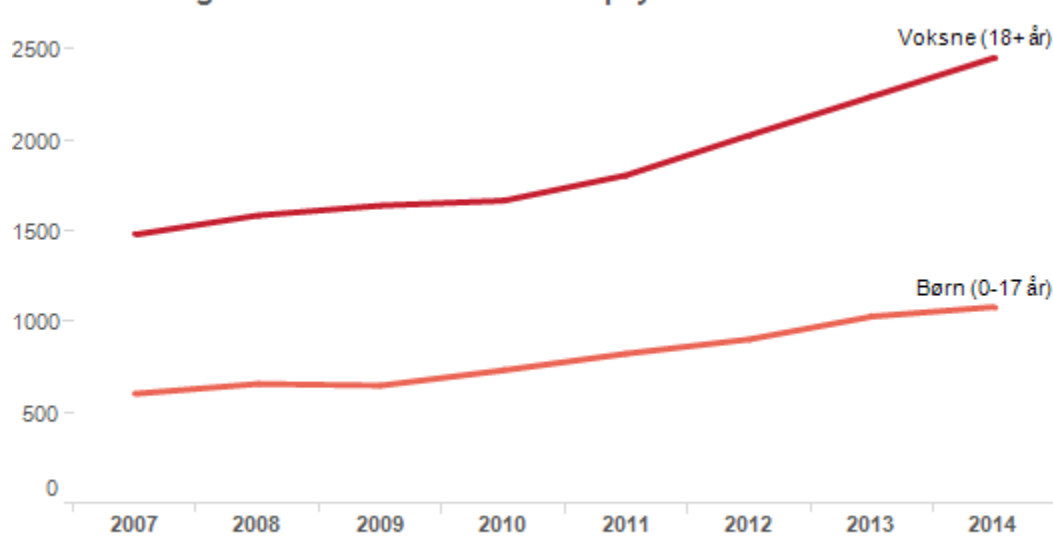
*Antallet af borgere med spiseforstyrrelser, der behandles ambulant i den regionale psykiatri, er steget med ca. 70 % siden 2007. Dette kan betyde et øget behov for højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud på det sociale område*

Som det fremgår af figur 2 er antallet af både børn og voksne, der modtager ambulante behandling i den regionale psykiatri, steget. Sammenlagt for begge aldersgrupper er antallet af borgere, der modtog ambulante behandling i den regionale psykiatri, steget fra 2.078 borgere i 2007 til 3.534 borgere i 2014. Antallet af borgere, der modtager ambulante behandling er således steget med ca. 70 % siden kommunalreformen i 2007.

Udviklingen i antallet af borgere, der modtager ambulante behandlingsforløb, muliggør, at flere borgere potentielt kan have behov for at modtage højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område sideløbende med eller efterfølgende behandlingen i den regionale psykiatri.

**Figur 2: Udviklingen i antal børn og voksne (unikke borgere), der har modtaget ambulante behandling for spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri 2007-2014**

**Antal børn og voksne med en ambulante psykiatrisk kontakt i 2007-14**



Kilde: Landspatientregistret, psykiatri, 2007-14

**Antal børn og voksne med en ambulante psykiatrisk kontakt i 2007-14**

Type	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Børn (0-17 år)	600	654	645	729	821	900	1.026	1.079
Voksne (18+ ..)	1.478	1.584	1.638	1.665	1.806	2.026	2.240	2.455

Kilde: Landspatientregistret, psykiatri, 2007-14

*Andelen af borgere med spiseforstyrrelser, der indlægges igen, er høj, hvilket giver anledning til at rette fokus på den samlede rehabiliteringsindsats samt koordinationen mellem social- og sundhedssektoren*

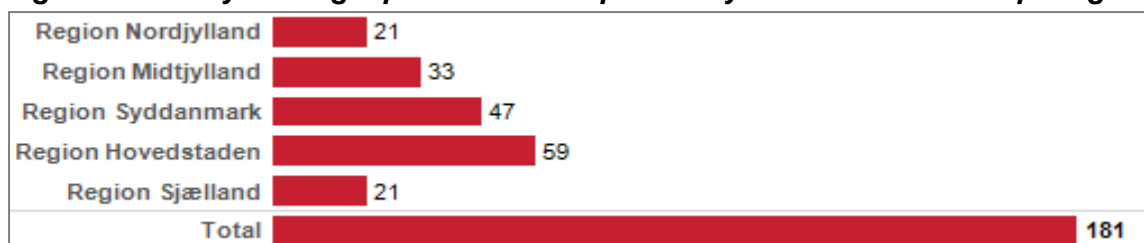
Tal fra Landspatientregisteret viser, at næsten halvdelen af de borgere, der indlægges i den regionale psykiatri med en spiseforstyrrelse, bliver indlagt igen minimum en gang mere i de efterfølgende tre år efter udskrivning. Tallene viser også, at mere end hver

tiende borger, der indlægges i den regionale psykiatri med en spiseforstyrrelse, bliver indlagt igen fem gange eller mere i de efterfølgende tre år.

Den høje andel af borgere med spiseforstyrrelser, der indlægges igen, giver anledning til at rette fokus på den samlede rehabiliteringsindsats samt koordinationen mellem social- og sundhedssektoren.

I det følgende gennemgås relevant data, der underbygger disse tal. Figur 3 viser, at der i 2011 var 181 borgere, som blev indlagt i den regionale psykiatri med en spiseforstyrrelse. Data dækker over borgere, som har været indlagt på psykiatrisk eller somatisk hospital i 2011, men ikke i årene 2008 til 2010. Dette er opgjort sådan for så vidt muligt at afdække, hvor mange "nye" borgere der blev indlagt på grund af en spiseforstyrrelse i 2011.

**Figur 3: Antal nye indlagte patienter med spiseforstyrrelse i 2011 fordelt på region**

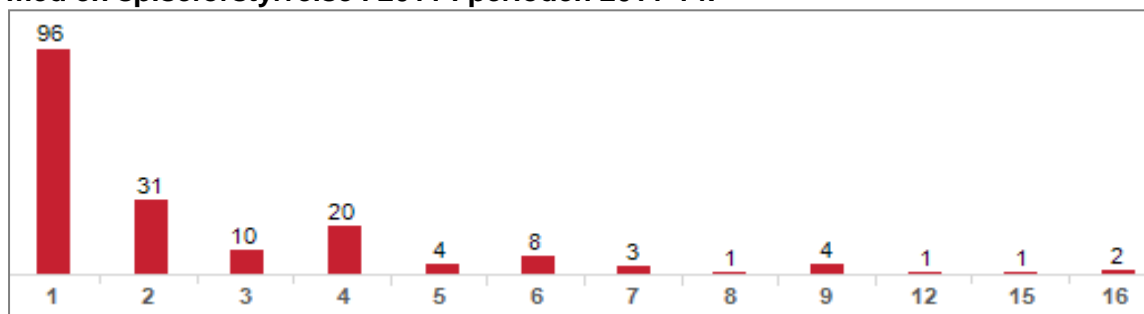


*Kilde: Landspatientregistret, psykiatri og somatik, 2008-2011*

Ud af denne patientgruppe på 181 borgere, som var indlagt for spiseforstyrrelse i 2011, er det efterfølgende opgjort, hvor mange der efter udskrivelse blev indlagt igen i de efterfølgende tre år.

Figur 4 herunder viser, hvor mange gange de 181 borgere i alt blev indlagt igen på grund af spiseforstyrrelse i årene fra 2011 til og med 2014.

**Figur 4: Antal indlæggelser igen på grund af spiseforstyrrelse for nye patienter med en spiseforstyrrelse i 2011 i perioden 2011-14.**



*Kilde: Landspatientregistret, psykiatri og somatik, 2008-2014*

Det ses af figur 4, at 96 borgere (53 procent) kun blev indlagt én gang i perioden, mens de resterende 85 borgere (47 procent) blev indlagt mere end én gang. 24 borgere (13 procent) blev indlagt fem gange eller mere. To borgere var indlagt hele 16 gange på de tre år.

Der kan være flere forhold i den regionale psykiatri og på det sociale område, der har betydning for dette.

Et systematisk review dokumenterer, at risikoen for tilbagefald er høj, hvis man vælger at stoppe behandlingen af borgeren, når spiseforstyrrelsessymptomerne er blevet mindsket, men uden at der er sket en ændring i de psykologiske bagvedliggende faktorer for udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen<sup>1</sup>. Set i lyset heraf skaber den høje andel af borgere, der bliver indlagt flere gange, et behov for øget fokus på den samlede rehabiliteringsindsats samt koordinationen mellem social- og sundhedssektoren.

En lang række faktorer har betydning for den samlede rehabilitering af borgere med en svær spiseforstyrrelse. Fokus for denne centrale udmelding er udbuddet af højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud på det sociale område.

## 2. Den centrale udmelding

Ingen supplerende kommentarer til den centrale udmelding.

## 3. Beskrivelse af målgruppen omfattet af den centrale udmelding

Afsnittet indeholder en nærmere beskrivelse af målgruppen samt opgørelser over antallet af borgere med spiseforstyrrelser behandlet i den regionale psykiatri fordelt på aldersgrupper og geografi. Den uddybende beskrivelse er foretaget med henblik på at understøtte kommunernes arbejde med at identificere målgruppen for den centrale udmelding.

### **Opgørelser over antallet af borgere med spiseforstyrrelse behandlet i den regionale psykiatri**

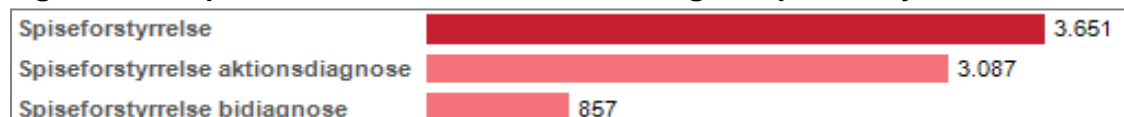
Der findes ingen opgørelser på det sociale område over antallet af borgere med svære spiseforstyrrelser, samt hvilken indsats de modtager. I det følgende redegøres der derfor for, hvor mange borgere der havde en så kompliceret grad af spiseforstyrrelse, at de var tilknyttet den regionale psykiatri.

De borgere, der har været i behandling i den regionale psykiatri, vil alle potentielt kunne have behov for en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område, da de har en kompliceret grad af spiseforstyrrelse. Det vil dog i praksis ikke være alle, der har behov for højt specialiseret rehabilitering, da det afhænger af en række faktorer, såsom borgerens grad af funktionsevnededsættelser, behov for støtte, samt omfanget af familie og netværk, der kan støtte borgeren i at genvinde evnen til at leve sit eget liv.

Se tabel 1 og 2 i den centrale udmelding for vejledning i forhold til hvilke funktionsevne-  
nedsættelser, der er vigtige i kommunernes vurdering af, hvilke borgere der har behov  
for højt specialiseret rehabilitering på det sociale område.

I det følgende redegøres der nærmere for antallet af borgere, der i alt i 2014 har modta-  
get behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri.

**Figur 5: Antal patienter der har været i behandling for spiseforstyrrelse i 2014**



*Kilde: Landspatientregistret, psykiatri og somatik, 2014*

Af figur 5 ses det, at der i 2014 var i alt 3.651 borgere, der modtog ambulantly behandling  
eller var indlagt i den regionale psykiatri med enten anoreksi eller bulimi. Af disse blev  
3.087 behandlet for spiseforstyrrelse som hoveddiagnose og 857 blev behandlet for spi-  
seforstyrrelse som bidiagnose<sup>2</sup>.

En nærmere fordeling, af de borgere der modtog behandling i den regionale psykiatri i  
forhold til køn, alderstrin samt diagnose, ses af figur 6<sup>3</sup>. Det er her vigtigt at notere sig, at  
langt størstedelen af de borgere, der behandles for spiseforstyrrelse i den regionale  
psykiatri udgøres af unge kvinder. Derudover er anoreksi den mest behandlede type af  
spiseforstyrrelse blandt de behandlede borgere i den regionale psykiatri.

Eksempelvis viser tallene for 2014, at 74 % af de unge piger under 18 år, der blev be-  
handlet i den regionale psykiatri for en spiseforstyrrelse, blev behandlet for anoreksi.

**Figur 6: Antal patienter der har været i behandling for spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose i 2014**

Kvinde 0-17 år	Spiseforstyrrelse aktionsdiagnose	975
	Anoreksi	618
	Bulimi	290
	Atypisk anoreksi	81
	Atypisk bulimi	36
Kvinde 18+ år	Spiseforstyrrelse aktionsdiagnose	2.013
	Anoreksi	785
	Bulimi	466
	Atypisk anoreksi	629
	Atypisk bulimi	265
Mand 0-17 år	Spiseforstyrrelse aktionsdiagnose	65
	Anoreksi	39
	Bulimi	25
	Atypisk anoreksi	2
	Atypisk bulimi	3
Mand 18+ år	Spiseforstyrrelse aktionsdiagnose	71
	Anoreksi	29
	Bulimi	24
	Atypisk anoreksi	12
	Atypisk bulimi	8

*Kilde: Landspatientregistret, psykiatri og somatik, 2014*

### Borgere behandlet i den regionale psykiatri fordelt på kommuner og regioner

For at give et landsdækkende overblik over antallet af borgere, der modtog behandling i den regionale psykiatri for en spiseforstyrrelse, har Socialstyrelsen valgt at vise fordelingen af borgere på både regions- og kommuneniveau. Data er trukket fra Landspatientregisteret og er baseret på borgerens bopælskommune i 2014. I nedenstående figur ses fordelingen af antal borgere på regionalt niveau

**Figur 7: Antal patienter der har været i behandling for spiseforstyrrelse i 2014 fordelt på region og alder**

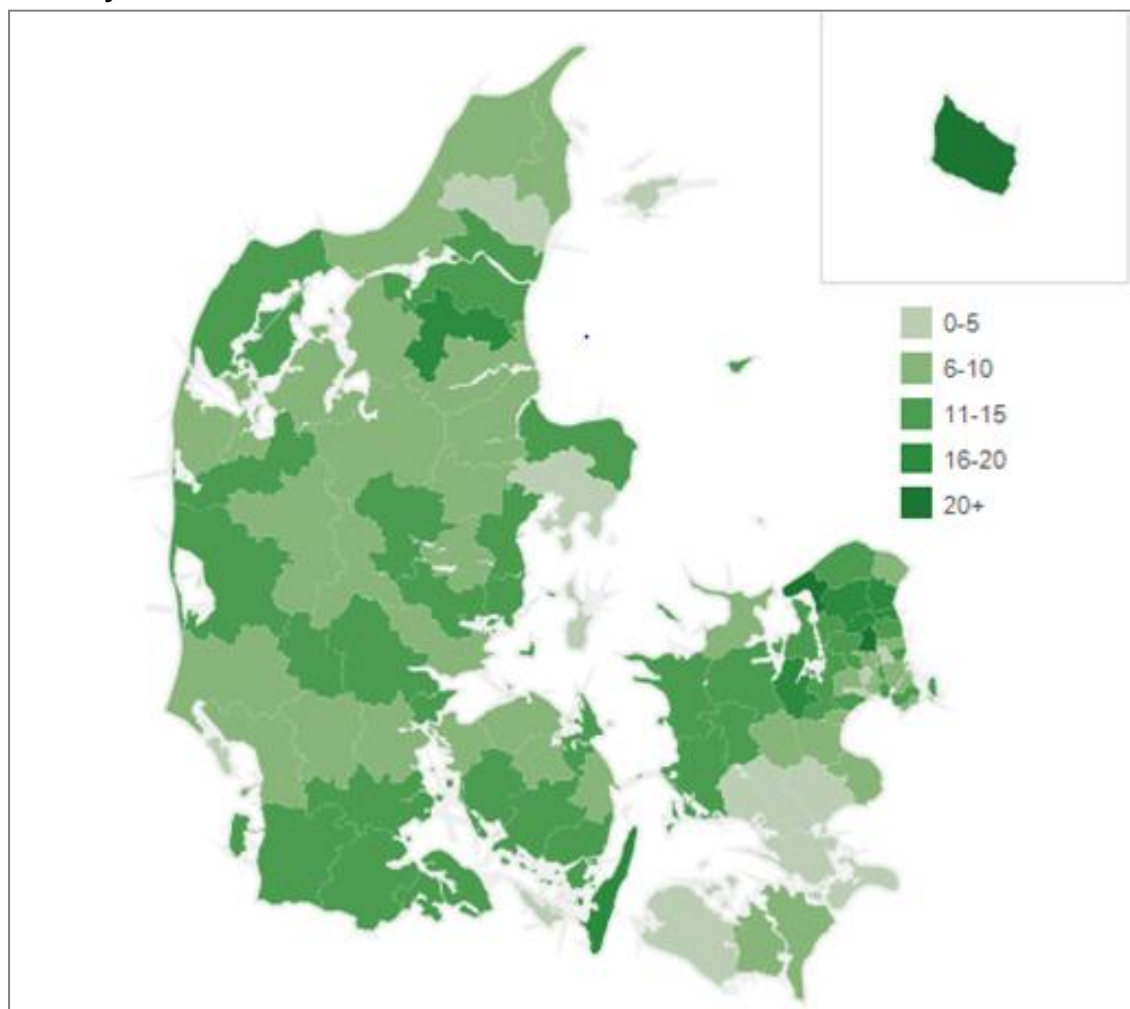
Region Nordjylland	Barn	130
	Voksen	186
Region Midtjylland	Barn	266
	Voksen	514
Region Syddanmark	Barn	242
	Voksen	440
Region Hovedstaden	Barn	356
	Voksen	1.234
Region Sjælland	Barn	154
	Voksen	252

*Kilde: Landspatientregistret, psykiatri og somatik, 2014*

Af figur 8 på næste side ses fordelingen af antal børn og unge, der har været i behandling i den regionale psykiatri, på kommuneniveau.



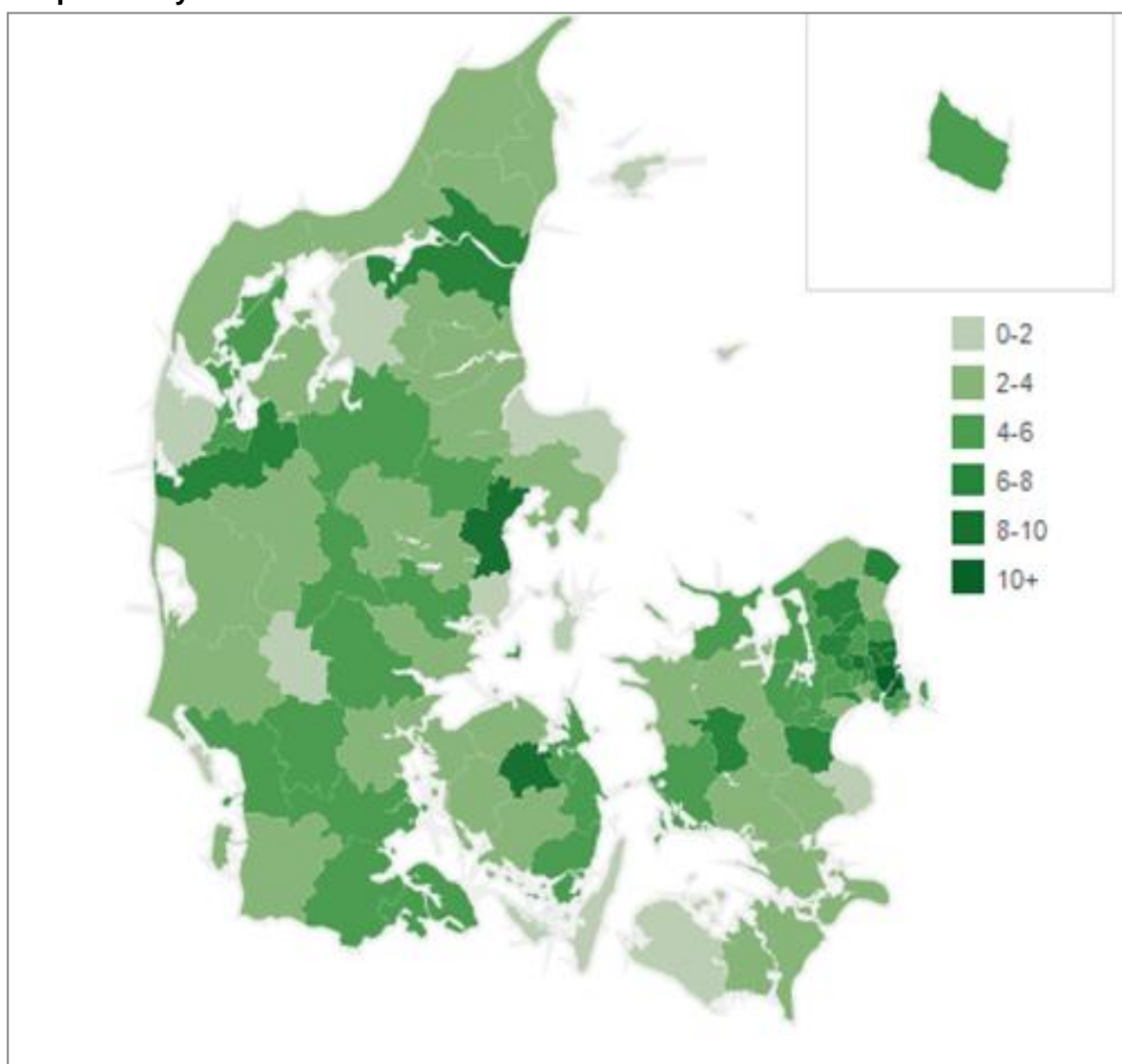
**Figur 8: Antal børn og unge under 18 år som har modtaget behandling for en spiseforstyrrelse**



*Kilde: Landspatientregistret, opgjort 1:10.000 i kommunerne, psykiatri og somatik, 2014*

Af figur 9 på næste side ses fordelingen af antal voksne, der har været i behandling for en spiseforstyrrelse i den regionale psykiatri, på kommuneniveau. Det ses her afspejlet, at der specielt blandt de voksne borgere bor mange omkring de større byer København, Århus og Odense.

**Figur 9: Antal voksne på 18 år eller derover, der har modtaget behandling for en spiseforstyrrelse**



*Kilde: Landspatientregistret, opgjort 1:10.000 i kommunerne, psykiatri og somatik, 2014*

#### 4. Indhold i de højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud på det sociale område

Afsnittet indeholder en uddybende beskrivelse af de kompetencer, der er en forudsætning for at kunne yde en højt specialiseret rehabiliteringsindsats til borgere med svære spiseforstyrrelser, samt korte beskrivelser af de indsatser, der indgår i en højt specialiseret rehabiliteringsindsats for målgruppen. Afsnittet er relevant for besvarelsen af spørgsmål 2 i afrapporteringen.

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb vil typisk bestå af en eller flere specialiserede indsatser på socialområdet samt eventuelle indsatser på beskæftigelses-, sundheds-,

undervisnings- og uddannelsesområdet, der alle har til formål at støtte og udvikle borgernes funktionsevne.

Helt konkret kan et højt specialiseret rehabiliteringsforløb være sammensat af en række udkørende indsatser eller udgøres af et dagtilbud eller døgntilbud. De specialiserede indsatser på det sociale område vil have hjemmel i Lov om social service (serviceloven)<sup>4</sup> og gives efter en konkret og individuel vurdering.

For borgere, der er over 18 år, og som har et omfattende behov for hjælp og støtte, vil denne kunne bestå af fx socialpædagogisk støtte (§ 85), genoptræning og vedligeholdelse (§ 86), ligesom at de kan komme i betragtning til et midlertidigt botilbud, jf. servicelovens § 107 (se nationale retningslinjer for vejledende anvisning i forhold til, hvornår borgeren har behov for botilbud).

I de sjældne tilfælde, hvor det efter en rehabiliteringsproces vurderes, at der er tale om en varig nedsat funktionsevne, kan der være behov for et længerevarende botilbud jf. servicelovens § 108.

Til børn og unge, der har behov for særlig støtte, kan der være tale om fx familiebehandling eller anden behandling af barnets eller den unges problemer, døgnophold for børn og unge og eventuelt forældremyndighedsindehaver eller en anbringelse uden for hjemmet (§ 52 stk. 3). Desuden kan der ydes efterværn til unge over 18 år, der har været anbragt eller har haft en kontaktperson umiddelbart inden de fyldte 18 år. Efterværn kan fx være en udslusningsordning eller et opretholdt døgnophold på et anbringelsessted (§ 76).

### **Kompetencer i en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område**

Udgangspunktet for at yde en højt specialiseret rehabiliteringsindsats for borgere med svære spiseforstyrrelser er bl.a. at de rette faglige, personlige og organisatoriske kompetencer er til stede hos de fagprofessionelle (for yderligere beskrivelse af disse kompetencer se de nationale retningslinjer).

I den centrale udmelding er oplistet de overordnede kompetencer for at kunne yde en højt specialiseret rehabiliteringsindsats på det sociale område. Derudover gælder der, at den højt specialiserede rehabilitering i høj grad ydes af fagprofessionelle, der besidder følgende uddybede kompetencer:

- Fagprofessionelle har en relevant uddannelsesmæssig baggrund og besidder specialiserede kompetencer i forhold til målgruppen.
- Fagprofessionelle har omfattende praksiserfaring i forhold til borgere med svære spiseforstyrrelser og har indgående viden om typiske symptomer og funktionsnedsættelser, adfærd og metoder i forhold til behandling og rehabilitering af borgere med svære spiseforstyrrelser.
- Fagprofessionelle har særlig viden om borgeres ambivalens i forhold til at komme sig og har stort fagligt kendskab til værktøjer til at motivere borgeren til at indgå i rehabiliteringsforløb.

- Fagprofessionelle har viden om indikationer på, hvornår en borger har behov for behandling i den regionale psykiatri eller har behov for lægeligt tilsyn ved privatpraktiserende læge.
- Fagprofessionelle har viden om kritiske overgange i forløb for borgere med svære spiseforstyrrelser, herunder overgangen fra behandling til rehabilitering, overgangen fra barn til voksen, overgangen fra behandling til skolegang eller arbejde, og er med til at sikre, at disse overgange sker med passende støtte.
- Fagprofessionelle kender til og kan anvende relevante dokumentationsredskaber i forhold til at måle borgerens progression og dermed behov for støtte.
- Fagprofessionelle skal kunne agere rollemodel i relationsarbejdet med borgeren for læring af nye relationelle kompetencer, fremstå følelsesneutral og undlade at dømme i mødet med borgeren.
- Fagprofessionelle er anerkendende, psykisk robuste og har en reflekterende tilgang til deres relationsarbejde.

### **Højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område**

I det følgende oplyses kort relevante højt specialiserede rehabiliteringsindsatser og -tilbud på det sociale område, der er relevante for hele målgruppen. Dernæst følger en beskrivelse af særlige indsatser for delmålgruppen af børn og unge under 18 år. For mere viden om de konkrete indsatser og tilbud henvises til de nationale retningslinjer.

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb kan være sammensat af forskelligartede indsatser, som kan være af midlertidig til længerevarende karakter. Den højt specialiserede rehabiliteringsindsats skal tilrettelægges i forhold til den enkelte borgers behov og funktionsevnenedsættelser og tilpasses afhængigt af borgerens alder. Borgeren behøver ikke nødvendigvis at modtage alle de beskrevne indsatser, det vil afhænge af borgerens funktionsevnenedsættelser og behov for hjælp og støtte.

#### **Indsats for netværksintervention**

Indsatsen er med til at sikre, at borgerens netværk får den nødvendige støtte til at trives og deltage i borgerens rehabilitering. Det er vigtigt at inddrage nærmeste netværk, da det kan medvirke til at reducere graden af tilbagefald og forbedre chancerne for, at borgeren kommer sig.

#### **Indsats for måltidsstøtte**

Indsatsen er med til at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser støttes ved måltider, så borgerne 1) trænes i at spise selv uden støtte fra andre, 2) ikke falder tilbage i et gammelt mønster med u hensigtsmæssig eller utilstrækkelig spisning, og 3) vedligeholder deres vægt eller en stabil vægtskurve og derved undgår væggtab og store variationer i vægten, som kan øge risikoen for et tilbagefald.

#### **Motion og genoptræning**

Indsatsen er med til at sikre, 1) at borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til fysisk genoptræning af kroppen, og 2) at borgere med svære spiseforstyrrelser, som er ved at komme sig, og er parate til at genoptage motion, bliver genin-

troduceret til motion på en måde, så det ikke tager overhånd og bliver til tvangsmotionering.

### **Indsats for træning af dagligdagskompetencer**

Indsatsen er med til at sikre, at voksne og udeboende unge under 18 år med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at lære og træne udvikling af dagligdagskompetencer, som borgeren har mistet igennem et sygdomsforløb, så borgeren selv bliver i stand til igen at tage vare på sig selv.

### **Indsats for træning af psykologiske kompetencer**

Indsatsen er med til at sikre, at borgere med svære spiseforstyrrelser får den nødvendige støtte til at vedligeholde og videreudvikle psykologiske kompetencer til at håndtere og regulere egen adfærd, vanskelige tanker og følelser. Træning af psykologiske kompetencer kan blandt andet også være med til at forebygge, at borgeren falder tilbage i negative tanke- og handlemønstre, som kan føre til tilbagefald.

### **Indsats for træning af sociale kompetencer**

Indsatsen er med til at sikre at borgere med svære spiseforstyrrelser, der har et behov for at styrke og videreudvikle deres sociale kompetencer, kan få træning i at forstå sociale sammenhænge, træne konflikthåndtering, udvikle nye kommunikationsstile og at kunne sige det de mener, med afsæt i egne behov.

### **Indsats for fritidsaktiviteter**

Indsatsen er med til at sikre at borgere med svære spiseforstyrrelser støttes i at skabe eller genoptage et meningsfuldt fritidsliv med deltagelse i foreningsliv og fritidsaktiviteter uden for spiseforstyrrelsesmiljøet. For at forebygge tilbagefald er det derfor vigtigt også at iværksætte indsatser, der støtter borgeren i at genopbygge private og sociale relationer og herved opbygge et socialt liv uden for spiseforstyrrelsesmiljøet.

### **Botilbud**

Borgere der er over 18 år, og som har et omfattende behov for hjælp og støtte, kan komme i betragtning til et midlertidigt botilbud jf. servicelovens § 107 (se nationale retningslinjer for vejledende anvisning i forhold til, hvornår borgeren har behov for botilbud).

I de sjældne tilfælde, hvor det efter en rehabiliteringsproces vurderes, at der er tale om en varig nedsat funktionsevne, kan der være behov for et længerevarende botilbud jf. servicelovens § 108.

### **En beskæftigelses- eller uddannelsesrettet indsats for voksne**

Indsatsen er med til at sikre, at voksne kan vende tilbage til uddannelse eller beskæftigelse, og at de får den nødvendige støtte til at opnå og fastholde tilknytning til uddannelse eller beskæftigelse. Det er vigtigt, at opstarten på uddannelse eller beskæftigelse sker gradvist og med støtte, som er tilpasset borgeren, så der sikres en passende overgang til uddannelse eller beskæftigelse.

Udover de nævnte indsatser og tilbud ovenfor er det også vigtigt, at der i forbindelse med det højt specialiserede rehabiliteringsforløb er blik for borgerens økonomi og boligforhold, som kan udgøre hindringer for en helhedsorienterede rehabiliteringsproces (læs mere om det i de nationale retningslinjer).

## 5. Særlige fokusområder for delmålgruppen af børn og unge med svær spiseforstyrrelse

Et højt specialiseret rehabiliteringsforløb til børn og unge under 18 år kan bestå af de samme indsatser og tilbud som et rehabiliteringsforløb til voksne borgere. En stor forskel mellem højt specialiserede rehabiliteringsindsatser på det sociale område for henholdsvis voksne og børn og unge er dog, at der som udgangspunkt for alle borgere under 18 år primært arbejdes med indsatser, som tilrettelægges med udgangspunkt i hele familien.

Det er vigtigt, at de fagprofessionelle, der varetager indsatsen til borgere under 18 år, har særlige faglige, organisatoriske og personlige kompetencer i forhold til at arbejde med børn og unge (læs mere om det i de nationale retningslinjer).

### Indsats for familieintervention

Indsatsen er med til at sikre, at børn og unge under 18 år samt deres familier får den nødvendige støtte ved at tilbyde en familieintervention som en primær del af barnets eller den unges rehabiliteringsforløb. Det er centralt for et virksomt rehabiliteringsforløb, at både barnet eller den unge men også søskende og forældre får mulighed for at arbejde med de udfordringer, som de oplever, når et barn i familien lider af en svær spiseforstyrrelse.

### Anbringelsessteder til børn og unge

Børn og unge under 18 år kan på grund af den svære spiseforstyrrelse og typisk andre problemstillinger i hjemmet blive anbragt på et anbringelsessted, hvor fagprofessionelle har specialiserede kompetencer i forhold til børn og unge med svære spiseforstyrrelser.

### Skolerettet indsats for børn og unge

Indsatsen er med til at sikre, at børn og unge kan vende tilbage til skole, og at det sikres, at de får den nødvendige støtte til at opnå og fastholde tilknytning til skole eller ungdomsuddannelse. Det er vigtigt, at overgangen til at starte i skolen sker gradvist og med passende støtte, som er tilpasset barnet eller den unge, så der ikke sker tilbagefald.

## 6. Vidensgrundlaget for den centrale udmelding

Ingen supplerende kommentarer til den centrale udmelding.

## 7. Afrapportering

Se bilag 2 for afrapportering.

## 8. Begrebsdefinitioner

### **Funktionsevne**

Kvalitet, der udgøres af kroppens funktion, kroppens anatomi, aktivitet og deltagelse og betinges både af de kontekstuelle faktorer og individets helbredstilstand.

Funktionsevne betegner samspillet mellem et individ, individets helbredstilstand og de sammenhænge individet indgår i. Det er afgørende at bemærke, at funktionsevne ikke er en objektiv tilstand, men derimod er relativ til de kontekstuelle faktorer – både de personlige og omgivelsesmæssige faktorer. Til de omgivelsesmæssige faktorer hører eksempelvis den fysiske og menneskeskabte omverden og samfundets holdninger, værdier, regler og love. Til de personlige faktorer hører eksempelvis personens alder, køn, erfaring, holdninger, forventninger og værdier.

### **Funktionsevnenedsættelse**

Begrænsning af funktionsevne.

Nedsættelsen kan berøre hver af komponenterne: kroppens funktion og anatomi samt aktivitet og deltagelse.

Eftersom funktionsevnen er betinget af de kontekstuelle faktorer (omgivelsesmæssige og personlige faktorer), påvirker disse faktorer på samme måde graden af funktionsevnenedsættelse. En tilstand eller mangel, som en person selv eller omgivelserne ikke opfatter som en begrænsning, er ikke en funktionsevnenedsættelse.

Funktionsevnenedsættelse omfatter også sociale problemer.

### **Funktionsnedsættelse**

Del af funktionsevnenedsættelse, der vedrører kroppens anatomi eller kroppens funktion. Funktionsnedsættelse relaterer sig til kropslige begrænsninger, både begrænsninger i kroppens anatomi og begrænsninger i kroppens funktioner. Til sidstnævnte hører også begrænsninger i mentale funktioner.

### **Højt specialiserede indsatser**

Højt specialiserede indsatser vil typisk være tværfaglige og specialtilrettelagte og bestå af en kombination af flere specialiserede ydelser, hvor der forudsættes en høj grad af koordinering, samt at de fagprofessionelle har højt specialiseret viden og indgående kendskab til og erfaring med den konkrete målgruppe. Den højt specialiserede indsats er typisk ikke udbredt til mange lokale indsatser, men er kun tilgængelig relativt få steder i landet.

Det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde består derfor af indsatser, som meget få borgere vil få behov for i løbet af deres liv. Der er tale om målgrupper, der er meget små, eller hvor der er tale om en målgruppe, der har komplekse behov, der skaber behov for faglig specialviden.

### **Indsats**

En indsats er en handling, der er koncentreret og rettet mod et resultat. En indsats indebærer, at der over et afgrænset tidsrum anvendes (ekstra) ressourcer med henblik på at opnå et resultat.

## **Målgruppe**

Gruppe, hvis medlemmer en indsats er rettet mod.

## **Rehabiliteringsforløb**

Rehabiliteringsforløb er et helhedsorienteret, koordineret, målrettet og tidsbestemt samarbejde mellem en person og fagfolk, netværk og civilsamfund om en proces, der har rehabilitering af personen som mål.

Forløbet baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en sammenhængende og vidensbaseret indsats, der typisk vil involvere flere ydelser og fagpersoner på tværs af fagområder og sektorer. Rehabiliteringsforløbet kan være alt fra simpelt til komplekst afhængigt af borgerens behov.

Rehabiliteringsforløbet kan udover personen og fagfolk omfatte aktiv deltagelse af en eller flere af de nævnte samarbejdspartnere. Med samarbejde forstås, at personen og de involverede aktører arbejder sammen med afsæt i personens egne mål og ønsker.

At et rehabiliteringsforløb er tidsbestemt, vil sige, at der løbende evalueres på mål og resultater med henblik på at justere eller afslutte indsatsen.

## **Rehabilitering på det sociale område**

Rehabilitering på det sociale område omfatter primært de indsatser, der gives som en del af et rehabiliteringsforløb efter Lov om social service. Sociale indsatser bør forebygge eller tilgodese behov, som følger af en nedsat funktionsevne, og gives med henblik på at fremme den enkeltes mulighed for at klare sig selv, lette den daglige tilværelse eller forbedre livskvaliteten.

Nogle indsatser i rehabiliteringen på det sociale område vil dog omhandle tilgrænsende indsatser på sundheds-, beskæftigelses-, og undervisningsområdet, i tilfælde hvor disse er relevante for det.

## **Tilbud**

Organisation, der leverer ydelser.

## **Vidensudvikling**

Vidensudvikling er handlinger, hvor indsamling, udvikling og formidling af viden er målet. Den viden, der arbejdes med, er aktuelt bedste viden i forhold til en given målgruppe, fx i form af metodeudvikling eller udbygning af vidensgrundlaget i forhold til en given målgruppe og indsatser i forhold hertil, herunder viden om metoder, effekt, økonomi og implementering.

## **Vidensmiljø**

Vidensmiljø er et fagligt miljø, hvis fagpersoner er forankret i en organisation eller institutionel ramme, der med udgangspunkt i praksis arbejder med vidensudvikling og vidensdeling i forhold til en eller flere konkrete målgrupper på det mest specialiserede social- og specialundervisningsområde.

Med fagligt miljø forstås mindst tre personer, der har samme eller beslægtet faglighed. Med udgangspunkt i praksis forstås, at vidensudviklingen, der finder sted i det faglige miljø, tager udgangspunkt i gentagne praksiserfaringer med en konkret målgruppe og indsatser i relation hertil.

---

<sup>1</sup> Et systematisk review dokumenterer, at risikoen for tilbagefald er høj, hvis man vælger at stoppe behandlingen, når spiseforstyrrelsessymptomerne er blevet mindre, men uden at der er sket en ændring i de psyko-



---

logisk bagvedliggende faktorer for udvikling og vedligeholdelse af spiseforstyrrelsen. Tilbagefaldet skyldes, at borgeren ikke er behandlet for de bagvedliggende psykologiske faktorer, og borgeren vil derfor hurtigt genoptage sine gamle mønstre i hverdagen, når udsat for en spidsbelastning (Fennig og Roe 2002, Kordy et al. 2002, Stroeber et al 1997).

<sup>2</sup> Data er trukket fra Landspatientregisteret. Det forventes, at det oftest vil være borgere med spiseforstyrrelse som hoveddiagnose, der har en grad af funktionsevnededsættelser, som skaber behov for højt specialiserede rehabilitering på det sociale område. Dette kan dog også forekomme hos borgere med spiseforstyrrelse som bidiagnose, hvorfor denne gruppe også inkluderes i målgruppen. Enkelte borgere modtog i 2014 både behandlinger, hvor spiseforstyrrelse optrådte som aktionsdiagnose, og behandlinger, hvor spiseforstyrrelse optrådte som bidiagnose, hvorfor tallene ikke summerer til 3.651.

<sup>3</sup> Figur 6. Enkelte borgere blev i løbet af 2014 registreret som havende flere forskellige diagnoser, hvorfor tallene for de enkelte diagnoser ikke summerer op til det samlede antal med en spiseforstyrrelse som aktionsdiagnose.

<sup>4</sup> Lov om social service (serviceloven), LBK nr. 1053 af 8. september 2015.