



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**

Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade

Februar 2013

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade
Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 35 20 04 46

Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade

© ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Det er tilladt at citere, kopiere m.v. fra denne rapport med tydelig kildehenvisning

Udgivet af ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Dronningens Tværgade 46
1302 København K
Telefon: 35 20 04 46
www.vioss.dk

1 udgave, 1 oplag, februar 2013, København

ViOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade blev etableret i maj 2012. Formålet med videnscenteret er at indsamle og formidle viden om spiseforstyrrelser og selvskade og dermed være det sted, hvor fagpersoner kan søge uddybende viden på området og få overblik over den allerede eksisterende viden.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
1. Indledning.....	6
1.1 Formål.....	6
1.2 Metode.....	7
2. Konklusion.....	8
2.1 Opsamlende konklusion.....	10
3. Rehabilitering.....	11
3.1 Specialiserede rehabiliteringstilbud.....	11
3.2 Behov for specialiserede rehabiliteringstilbud.....	12
4. Specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne.....	15
5. Karakteristika for kommuner med specialiserede tilbud.....	18
5.1 Betydningen af kommunernes størrelse.....	20
5.2 Betydningen af geografien.....	20
6. Specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter antallet af genindlæggelser.....	23
7. Specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling.....	26
8. Specialiserede rehabiliteringstilbud efter behandling.....	31
9. Udskrevet fra psykiatrien.....	34
9.1 Fast procedure.....	35
10. Undersøgelsens metode.....	37
11. Litteraturliste.....	38

Forord

Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS) har gennemført en systematisk kortlægning af kommunernes tilbud til personer med psykosociale problemer med særligt fokus på spiseforstyrrelser og selvskade. Denne rapport gennemgår resultaterne af undersøgelsen.

Ansvar for rehabilitering har siden strukturreformen i 2007 ligget hos kommunerne. Baggrunden for denne undersøgelse er, at personer med spiseforstyrrelser eller selvskade oplever at få meget forskellige rehabiliteringstilbud afhængigt af bopælskommune. Mens nogle kommuner har specialiserede tilbud, hvor medarbejderne har et særligt kendskab til og erfaring med den pågældende lidelse, tilbydes personer med samme lidelser i andre kommuner tilbud, hvor medarbejderne ikke har erfaring med spiseforstyrrelser eller selvskade. Ovenstående skal ses i lyset af, at op mod halvdelen af de, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, får tilbagefald.¹ Dette kan tyde på, at ikke alle modtager tilstrækkelige rehabiliteringstilbud efter at være blevet behandlet i hospitalspsykiatrien. Samtidig oplever mange ikke at kunne få hjælp til deres spiseforstyrrelse, før de er syge nok til behandling i psykiatrien, idet behandlingsmulighederne i primærsektoren, dvs. uden for psykiatrien, er stærkt begrænsede. Mange kunne imidlertid hjælpes gennem en specialiseret indsats tidligere i forløbet med store både økonomiske og menneskelige gevinster.

Spiseforstyrrelser er dyre for samfundet at behandle, idet et højt specialiseret behandlingsforløb på et år ifølge Danske Regioner koster op mod 3.24 millioner kr.² Den omkostningstunge behandling kombineret med, at op mod halvdelen får tilbagefald og skal behandles igen, gør det væsentligt at få sat fokus på, hvilke muligheder der er for rehabilitering på området. Den høje tilbagefaldshyppighed kan tyde på, at der ikke bliver gjort tilstrækkeligt i dag.

Der har været fokus på rehabilitering af personer med spiseforstyrrelser, siden TV AVISEN den 13. marts 2012 bragte en historie om, hvordan unge med spiseforstyrrelser ofte overlades til sig selv efter udskrivelse fra psykiatrien, fordi kommunerne fravælger specialiserede rehabiliteringstilbud.³ Politisk er der ligeledes fokus på specialiserede rehabiliteringstilbud. Senest er Danske Regioner

¹ Sundhedsstyrelsen 2005:71

² Danske regioner:

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Oktober/Der+skal+tages+bedre+hånd+om+svært+spiseforstyrrede.aspx>

³http://www.sdu.dk/om_sdu/institutter_centre/institut_psykologi/forskning/forskningsgrupper/videnscenter_for_psykotraumatologi/nyheder/kommuner+frav%C3%A6lger+efterbehandling+af+anoreksiramte

kommet med et udspil, hvor der foreslås regionale, specialiserede tilbud om social rehabilitering til personer med svære spiseforstyrrelser i hver region.⁴

På baggrund af ovenstående finder ViOSS det relevant at skabe overblik over, hvilke specialiserede tilbud kommunerne på nuværende tidspunkt har målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. ViOSS takker de medvirkende kommuner for at have bidraget til undersøgelsen.

Sabine Klinker

Leder af Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade

Februar 2013

⁴ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012

1. Indledning

Undersøgelsen har fokus på to lidelser: spiseforstyrrelser og selvskade. At have en spiseforstyrrelse indebærer at være optaget af vægt, krop og mad i en sådan grad, at det nedsætter livskvaliteten. Spiseforstyrrelsens funktion er at lindre og håndtere svære følelser. I Danmark findes der 75.000 mennesker, børn, unge og voksne, der lider af en spiseforstyrrelse. Heraf lider ca. 5.000 af anoreksi, 30.000 af bulimi og 40.000 af tvangsoverspisning.⁵ Denne undersøgelse fokuserer på anoreksi, bulimi og atypiske spiseforstyrrelser. Ifølge Landspatientregisteret blev 3.104 personer behandlet i psykiatrien for spiseforstyrrelser i 2011.⁶

Ved selvskade forstås direkte, bevidst selvskade uden intention om selvmord.⁷ Et eksempel på selvskade er 'cutting' – når personer bevidst skærer i sig selv. Der findes ikke danske undersøgelser, der estimerer antallet af personer med selvskade i den samlede danske befolkning. En dansk undersøgelse fra 2012 viser dog, at 13,5 % af eleverne folkeskolens ældste klasser har skadet sig selv en eller flere gange⁸, mens et andet studie fra 2012 viser, at 22 % piger og 19 % drenge i danske gymnasier har udført selvskadede handlinger⁹. Amerikanske undersøgelser viser, at omkring 4 % af den almindelige befolkning og 14 % af de studerende indimellem udfører selvskadende handlinger.¹⁰ Selvskade er således et relativt udbredt fænomen, særligt blandt unge.

1.1 Formål

Både spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor psykiske og somatiske symptomer spiller sammen og derfor ofte kræver specialiserede tilbud, hvor fagpersonerne har viden om de pågældende lidelser. Formålet med undersøgelsen er, at skabe et overblik over kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade med særligt fokus på de specialiserede tilbud. Ved specialiserede tilbud forstås tilbud, som målrettes personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, og hvor fagpersonerne har specialiseret viden om lidelserne. Specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade behøver ikke at være permanente tilbud, men kan være tilbud, der oprettes efter behov eller tilkøbes fra private udbydere eller andre kommuner.

⁵ LMS – Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (www.lmsnyt.dk) samt Hecht & Schousboe 2012

⁶ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012: 5

⁷ Favazza 1987:197

⁸ Zøllner et al.: 2012:14

⁹ Møhl et al.: 2012: 148

¹⁰ Møhl 2006:50

I undersøgelsen skelnes mellem tilbud som kommunerne har målrettet personer, der henholdsvis har og ikke har modtaget behandling for en spiseforstyrrelse eller selvskade. Behandling forstås som behandling i psykiatrien og omfatter både døgnindlæggelse og ambulante behandling. Behandling indbefatter dermed ikke andre former for behandling hos fx privat praktiserende psykologer, diætister eller læger.

1.2 Metode

Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets kommuner. For at afdække kommunernes tilbud er der udviklet et spørgeskema til børne- og ungeområdet og et spørgeskema til voksenområdet, eftersom de fleste kommuner har forskellige tilbud afhængigt af, om borgeren er under eller over 18 år. Data er indsamlet fra oktober til december 2012. Svarprocenten blandt de 98 kommuner er henholdsvis 82 % på børne- og ungeområdet og 79 % på voksenområdet. I forhold til størrelse og geografi er der ikke nogen systematik i forhold til de kommuner, der ikke har svaret. I alt har 94 af landets kommuner svaret på minimum et af de to spørgeskemaer. Den høje svarprocent sikrer, at undersøgelsens resultater afspejler kommunernes reelle tilbud. Se kapitel 10 for yderligere uddybning af undersøgelsens metode.

2. Konklusion

Denne rapport kortlægger danske kommuners tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Eftersom spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor somatiske og psykiske forhold gensidigt påvirker hinanden, er der et særligt behov for specialiserede rehabiliteringstilbud til denne målgruppe. Gennem specialiserede rehabiliteringstilbud vil livskvaliteten forbedres for den enkelte, ligesom der vil være en økonomisk gevinst som følge af færre genindlæggelser for både kommuner og regioner. Der vil derfor ud fra et både menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv være store gevinster at hente ved at tilbyde personer med spiseforstyrrelser eller selvskade rehabiliteringsforløb, hvor fagpersoner med specialiseret viden støtter processen.

Specialiserede tilbud nedsætter genindlæggelsesprocenten

En central konklusion i rapporten er, at specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter andelen af genindlæggelser på børne- og ungeområdet. Således har kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, generelt en lavere genindlæggelsesprocent end kommuner, som ikke har specialiserede tilbud til denne målgruppe. Dette underbygger det økonomiske rationale i at anbefale specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne efter behandling i psykiatrien.

Kun få kommuner har specialiserede tilbud

Undersøgelsen viser, at langt størsteparten af kommunerne ikke tilbyder specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Af kommunerne tilbyder 23 % på børne- og ungeområdet og 13 % på voksenområdet specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med en spiseforstyrrelse. I forhold til selvskade er det 35 % af kommunerne på børne- og ungeområdet og 20 % på voksenområdet, der har specialiserede tilbud. Der ses således en tendens til, at en større andel af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge sammenlignet med voksne. Derudover viser undersøgelsen, at flere kommuner har specialiserede tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. I de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud, tilbydes generelle rehabiliteringstilbud til personer med psykosociale problemer.

Under en fjerdedel af kommunerne har specialiserede tilbud til personer, der har modtaget behandling i psykiatrien for spiseforstyrrelse eller selvskade. Denne tendens er interessant set i lyset af tilba-

gefaldshyppigheden for personer med spiseforstyrrelser på op mod 50 % ¹¹, idet flere specialiserede tilbud potentielt vil kunne forebygge denne tendens.

Færre end tre ud af ti kommuner har specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Dette viser, at det ofte ikke er muligt at få kvalificeret hjælp, før personen må indskrives i psykiatrien. Den begrænsede tidlige indsats efterlader stort potentiale for forebyggelse overfor personer med risikoadfærd i forhold til at udvikle behandlingskrævende spiseforstyrrelse eller selvskade.

Hvem har de specialiserede tilbud?

Kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud har en række fælles karakteristika. Det er de samme kommuner, der har specialiserede tilbud til personer efter og uden behandling samt til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Næsten alle kommuner, der har et specialiseret tilbud til personer med spiseforstyrrelser, har også et specialiseret tilbud til personer med selvskade. Det er imidlertid ikke de samme kommuner, som har tilbud til børn og unge, der også har tilbud på voksenområdet.

Kommunens størrelse målt på antallet af indbyggere har en betydning, således at kommuner med specialiserede tilbud har et højere gennemsnitligt antal indbyggere. I forhold til den geografiske fordeling af specialiserede tilbud viser undersøgelsen, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland er de regioner, hvori flest kommuner har specialiserede rehabiliteringstilbud. Dette indikerer, at geografi har en betydning, således at personer med spiseforstyrrelser eller selvskade i disse regioner er bedre stillet end personer i resten af landet.

Typer af specialiserede tilbud

Der er forskel på hvilke specialiserede tilbud, der gives til børn og unge sammenlignet med voksne, både i forbindelse med spiseforstyrrelser og selvskade. Mens specialiseret familierådgivning og gruppeforløb målrettet lidelsen er meget udbredt til børn og unge, er specialiserede støttekontaktpersoner/bostøtter det mest udbredte tilbud til voksne. Ovenstående tendenser er ens for personer, uanset om de har modtaget behandling i psykiatrien eller ej.

¹¹ Sundhedsstyrelsen 2005:71

Proceduren ved udskrivning

Omkring 80 % af kommunerne har en aftale med de lokale psykiatriske afdelinger om at blive informeret, når en borger udskrives. Dette dækker over, at næsten alle kommuner på voksenområdet på tværs af regionerne har en aftale, hvilket ikke i samme grad er gældende på børne- og ungeområdet. Der er stor forskel på, hvordan det håndteres i kommunerne, når en borger udskrives. Kun en fjerdedel af kommunerne har på børne- og ungeområdet en fast procedure, mens op imod halvdelen af kommunerne har en fast procedure på voksenområdet.

2.1 Opsamlende konklusion

De centrale konklusioner i denne undersøgelse er således, at udbuddet af specialiserede rehabiliteringstilbud til personer med spiseforstyrrelser nedsætter andelen af genindlæggelser. Samtidig viser undersøgelsen, at kun en meget begrænset andel af kommunerne trods dette tilbyder specialiseret rehabilitering. ViOSS peger på, at der er et stort forebyggelses- og rehabiliteringspotentiale at hente i kommunerne med både menneskelige og økonomiske gevinster.

3. Rehabilitering

Rehabilitering er den indsats, som kan tilbydes for at støtte det enkelte menneskes proces mod at komme sig. Hvor behandling fokuserer specifikt på sygdommen, symptomerne og helbredelsen, er fokus bredere ved rehabilitering. Rehabilitering omfatter samtlige områder af personens liv, der har betydning for, at vedkommende kan leve et almindeligt hverdagsliv både på det sociale, uddannelses- og arbejdsmæssige plan. Formålet med rehabilitering er, at personen opnår et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt.¹²

Kommunerne er siden strukturreformen i 2007 blevet hovedaktører på rehabiliteringsområdet, hvori ansvaret for ydelser og tilbud med et rehabiliterende sigte hovedsageligt er forankret. Kommunerne har efter gældende lovgivning ligeledes mulighed for at iværksætte ydelser og tilbud inden for sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområdet, der alle kan indgå som elementer i et samlet rehabiliteringsforløb. I henhold til Serviceloven skal alle kommuner tilbyde rehabilitering, men det udmøntes i forskelligartede tilbud. Det er disse tilbud, nærværende rapport er med til at klarlægge.

3.1 Specialiserede rehabiliteringstilbud

Foruden den almene rehabilitering og de sociale tilbud, som kommunerne varetager i henhold til Serviceloven, tilbydes i enkelte kommuner specialiserede rehabiliteringstilbud. Specialiserede rehabiliteringstilbud er tilbud, som udelukkende tilbydes personer med bestemte lidelser. Her målrettes indsatsen direkte den enkelte lidelse, og fagpersonerne er i besiddelse af specialviden, som ikke findes i den almene rehabilitering. Specialiserede tilbud behøver ikke være permanente tilbud, men kan være tilbud, der oprettes efter behov, eller som tilkøbes.

De tilbud, som kommunerne giver alle borgere med psykosociale vanskeligheder, er således ikke specialiserede tilbud, eftersom de ikke er særligt målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade.

Specialiserede tilbud særligt målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskade kan fx være:

- Støttegruppe/samtalegruppe/gruppeforløb målrettet personer med spiseforstyrrelse eller selvskade.
- Specialiseret bostøtte/støttekontaktperson/hjemmevejleder med særlig ekspertise i spiseforstyrrelser eller selvskade.

¹² Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet 2004

- Botilbud/bosteder specialiseret i spiseforstyrrelser eller selvskade (evt. som tilkøb fra andre kommuner eller private tilbud).
- Familierådgivning/familiestøtte specialiseret i spiseforstyrrelser eller selvskade.
- Dagtilbud/værested/aktivitetscenter med særligt fokus på spiseforstyrrelser eller selvskade.

Det særlige ved de specialiserede rehabiliteringstilbud er, at fagpersonerne har en specialiseret viden om lidelserne, og at forløbet tager højde for de særlige forhold, som gør sig gældende for personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. Det væsentlige er ikke at samle personer med samme lidelser, men at fagpersonerne har den nødvendige specialistviden til at kunne hjælpe personer. Målet med de specialiserede tilbud er, at fagpersoner med specialiseret viden om lidelserne kan støtte personer bedst muligt.

3.2 Behov for specialiserede rehabiliteringstilbud

Behovet for specialiserede rehabiliteringstilbud opstår, når der i det almene system ikke er tilstrækkeligt kendskab til de specifikke behov, der knytter sig til en bestemt lidelse. For personer med symptomer på spiseforstyrrelser eller selvskade kan specialiserede tilbud have afgørende betydning i forhold til at forebygge og mindske de symptomer, som potentielt kan udvikle sig i en sådan grad, at indlæggelse bliver nødvendig. Samtidig er det vigtigt, særligt i lyset af en tilbagefaldshyppighed på op mod 50 % inden for spiseforstyrrelser¹³, at der ydes målrettet og specialiseret rehabilitering efter behandling i psykiatrien, og at dette gennemføres af fagpersoner med viden om spiseforstyrrelser.

Eftersom spiseforstyrrelser og selvskade er komplekse lidelser, hvor somatiske og psykologiske forhold gensidigt påvirker hinanden, er det af stor betydning, at såvel fysiologiske, psykologiske og sociale faktorer medtænkes i rehabiliteringsprocessen.¹⁴ Derudover skjuler personer med spiseforstyrrelser eller selvskade ofte deres lidelse for omverdenen og vil forsøge at snyde, hvis fagpersonalet ikke kender til mekanismerne bag lidelsen.¹⁵ Dette kan komplicere rehabiliteringsprocessen yderligere og stiller særlige krav om specialiseret viden. Derudover er effekten af medicin som stabiliserende psykofarmaka tvivlsom, hvilket fjerner muligheden for at medicinere som løsning eller som stabilisering.¹⁶

¹³ Sundhedsstyrelsen 2005:71

¹⁴ Jarman et al. 1999:785

¹⁵ Møhl 2006:49

¹⁶ Sundhedsstyrelsen 2005:72f

For mennesker uden en spiseforstyrrelse er mad en naturlighed og ofte en nydelse, men for mennesker med en spiseforstyrrelse fylder tanker om mad en uforholdsmæssig stor del af deres hverdag. I de fleste sociale sammenhænge indgår mad som omdrejningspunkt, og det kan derfor være en stor udfordring for en person med en spiseforstyrrelse at deltage i sammenhænge, hvor der indgår mad.

For de personer, der har været i behandling i psykiatrien for især anoreksi, kan det være nødvendigt at have fokus på aftraumatisering i rehabiliteringen. Dette skyldes, at der, ifølge LMS - Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, er risiko for, at de anorektiske patienter i behandlingen, hvor mad og ofte også tvang omkring mad, indgår, udvikler traumer, som efterfølgende skal behandles. For at kunne facilitere aftraumatiseringen som en del af rehabiliteringen kræves et indgående kendskab til lidelserne.

Lidelserne ændrer sig undervejs i forløbet. I starten af en spiseforstyrrelse kan personen opleve en følelse af kontrol, selvbestemmelse, frihed og enkelthed. Senere vil personen ofte opleve isolation, lavt selvværd og rastløshed.¹⁷ Derudover overvældes personen fra tid til anden af udmattelse samt oplever forringet koncentration og opmærksomhed, og tilføjes hermed følelser af skam, afmagt og tomhed. Samtidig er det muligt at skifte frem og tilbage mellem tilstandene.¹⁸ Disse forskelligartede symptomer skal man i et specialiseret tilbud have for øje og kunne adskille for på den måde at imødekomme personen bedst muligt.

Modsat andre psykiske lidelser følger der med spiseforstyrrelser og selvskade en følelse af kontrol og magt over eget liv. Mange oplever, at spiseforstyrrelsen eller selvskaden har mange fordele og vil derfor ofte være ambivalente i motivationen for at komme sig.¹⁹ Rehabiliteringsprocessen kan derfor være fundamental forskellig fra andre psykiske lidelser, og denne ambivalens er fagpersonen nødt til at være opmærksom på for bedst muligt at kunne hjælpe den enkelte.²⁰ Hvis fagpersonen ikke forstår, at mennesker med spiseforstyrrelser eller selvskade oplever deres lidelse som en måde, hvorpå de kan håndtere svære følelser og dermed også som en fordel og løsning, vil de ikke kunne samarbejde optimalt med personen. Dette ville målrettede og specialiserede tilbud ligeledes kunne imødekomme.

¹⁷ Lunn 2010: 176

¹⁸ Rokkedal & Jensen 2008: 505-514

¹⁹ Skårderud 2000:33

²⁰ Bottorff et al. 2005:171

Muligheden for specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, der ikke har været i behandling, kan være afgørende i forhold til, om personen får den nødvendige hjælp og støtte, før lidelsen udvikler sig og en indlæggelse i psykiatrien bliver nødvendig. For personer, der har været indskrevet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse eller selvskade, kan et specialiseret tilbud målrettet disse lidelser være vejen til en hverdag uden lidelsen og dermed undgå tilbagefald, samtidig med at en væsentligt bedre livskvalitet opnås.

4. Specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne

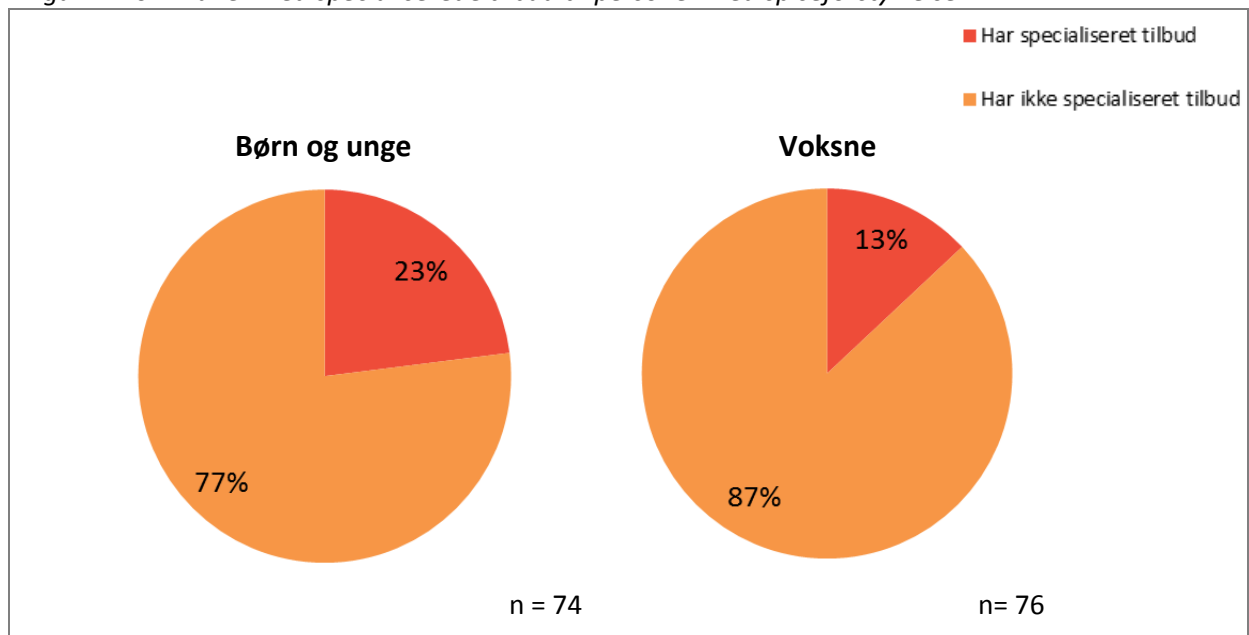
Efter at have beskrevet baggrunden for undersøgelsens tilblivelse analyseres og diskuteres i det følgende de indsamlede resultater. Indledningsvis belyses andelen af kommuner, der har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaade. Fokus er på, hvorvidt kommunerne har specialiserede tilbud, og der vil derfor ikke skelnes mellem, om tilbuddet er målrettet personer, der har modtaget behandling i psykiatrien eller ej.

Det er vigtigt at understrege, at de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaade, tilbyder målgrupperne samme tilbud som andre med psykosociale problemer. Ifølge Serviceloven er kommunerne forpligtede til at have tilbud til denne målgruppe. Så når en kommune ikke har et specialiseret tilbud, modtager borgeren altså et tilbud, som ikke er særligt målrettet den pågældende lidelse.

Spiseforstyrrelser

Som det fremgår af figur 1 nedenfor, har 23 % af de danske kommuner specialiserede tilbud målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser. I 77 % af kommunerne anvendes tilbud, som ikke er særligt målrettet spiseforstyrrelser. Af figur 1 fremgår det ligeledes, at 13 % af kommunerne har specialiserede tilbud til voksne, hvor fagpersonerne har særlig viden om spiseforstyrrelser i modsætning til de 87 %, hvor fagpersonerne ikke har specialiseret viden om spiseforstyrrelser. Over trefjerdedele af kommunerne har således ingen specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, hvilket udgør en risiko for, at mange med spiseforstyrrelser derfor ikke modtager den nødvendige rehabilitering, der skal til for, at kunne leve et liv uden spiseforstyrrelsen.

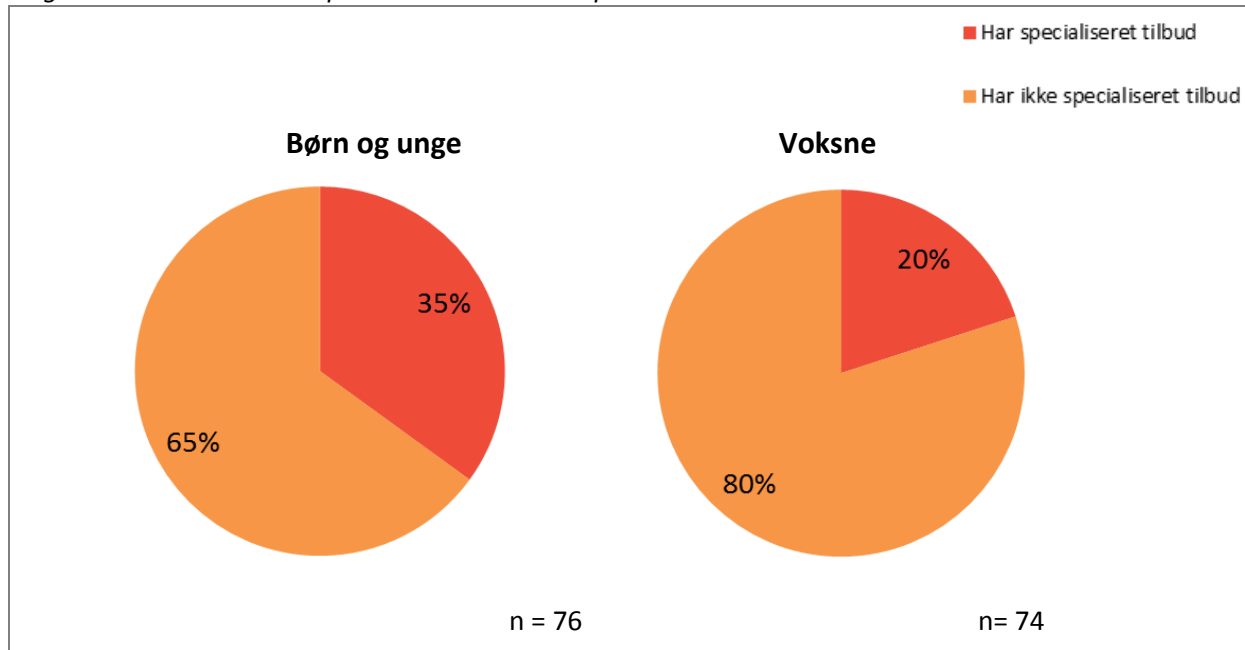
Figur 1: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser



Selvskade

Ved selvskade viser det sig, at flere kommuner har specialiserede tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. Således har 35 % af kommunerne et specialiseret tilbud målrettet børn og unge med selvskade, mens 20 % af kommunerne har tilbud målrettet personer over 18 år med selvskade. Dette betyder dog, at langt over halvdelen (65-80 %) af kommunerne ikke har mulighed for at tilbyde personer med selvskade et tilbud, hvor fagpersonerne har specifikke kompetencer i forhold til at støtte en person med selvskade på vej ud af lidelsen.

Figur 2: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade



En mulig forklaring på at flere kommuner har tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser er, at kommunerne i højere grad oplever et behov for specialiserede tilbud til denne målgruppe. Dette kan skyldes, at flere med denne lidelse henvender sig til kommunerne. Det kan også hænge sammen med, at kommunen ved alvorlige spiseforstyrrelser har mulighed for at henvise borgeren til psykiatrien. Dette er sværere ved personer med selvskade, eftersom selvskade endnu ikke er en selvstændig diagnose og derfor kræver en meget alvorlig grad eller en anden samtidig diagnose, før personen kan få behandling i psykiatrien.²¹ En forklaring kan ligeledes være, at selvskaden fejlagtigt forveksles med selvmordsforsøg og på den baggrund tages mere alvorligt af kommunerne. Undersøgelsen kan dog ikke give nogen entydig forklaring på, hvorfor flere kommuner har tilbud til personer med selvskade. De personer, som har udfyldt spørgeskemaet, og som administrerer tilbuddene, kender ikke nødvendigvis de strategiske årsager til prioriteringen mellem forskellige typer af tilbud og ved dermed heller ikke, hvorfor en given kommune har specialiserede tilbud til personer med selvskade, men ikke til personer med spiseforstyrrelser. I de fleste kommuner, som ViOSS har været i kontakt med, lyder det dog til, at det i høj grad er problemets omfang, der er afgørende for, hvornår der udvikles målrettede tilbud til en bestemt lidelse.

²¹ Selvskade er endnu ikke en selvstændig diagnose, men det tyder på at blive klassificeret som diagnose i næste udgave af henholdsvis ICD-11 og DSM-V.

5. Karakteristika for kommuner med specialiserede tilbud

I det følgende ses der nærmere på, hvad der karakteriserer kommuner med specialiserede tilbud. Først undersøges det, om det er de samme kommuner, der har flere typer af specialiserede tilbud og dermed udgør en form for ”mønsterkommune”. Det undersøges derfor, om det er de samme kommuner, som har specialiserede tilbud både til personer, der har og ikke har modtaget behandling, til både børn og voksne samt både til spiseforstyrrelser og selvskade.

Af tabel 1 fremgår det, at størsteparten af de kommuner, som har specialiserede tilbud målrettet enten spiseforstyrrelser eller selvskade, både har tilbud til personer, som har og ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Dette gælder sandsynligvis, fordi det ofte er de samme specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser, som kommunerne visiterer til efter behov, uden at det har betydning, om personen har været i behandling i psykiatrien eller ej. Der er således færre kommuner, der udelukkende har specialiserede tilbud til personer, som har modtaget behandling, eller tilbud til personer, som ikke har modtaget behandling.

Tabel 1: Kommuner med specialiserede tilbud

		Ingen behandling	Efter behandling	Både ingen og efter behandling	Total
Børn og unge	Spiseforstyrrelser	2	3	9	14
	Selvskade	6	3	13	22
Voksne	Spiseforstyrrelser	1	3	6	10
	Selvskade	2	3	9	14

Af tabel 2 og 3 ses det, at det imidlertid ikke er de samme kommuner, der har specialiserede tilbud til børn og unge, som også har specialiserede tilbud til voksne. Ud af de medvirkende kommuner i undersøgelsen er det således kun tre kommuner, som både har specialiserede tilbud til børn og unge samt voksne med spiseforstyrrelser. Sammenlignet hermed har syv kommuner specialiserede tilbud til henholdsvis børn og unge samt voksne med selvskade.

Tabel 2: Kommuner med specialiserede tilbud ved spiseforstyrrelser

Tilbud	Børn og unge		
	Ja	Nej	Total
Voksne			
Ja	3	5	8
Nej	12	37	49
Total	15	42	57

Tabel 3: Kommuner med specialiserede tilbud ved selvskade

Tilbud	Børn og unge		
	Ja	Nej	Total
Voksne			
Ja	7	5	12
Nej	15	30	45
Total	22	35	57

Der er en generel tendens til, at det i høj grad er de samme kommuner, som har specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser og til personer med selvskade. Blandt de kommunale tilbud til børn og unge fremgår det således af tabel 4, at 16 (21 %) af kommunerne både har specialiserede tilbud til børn og unge, der lider af spiseforstyrrelser, eller som lider af selvskade. Ingen kommuner har udelukkende specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, mens to tredjedele af kommunerne med tilbud til børn og unge med selvskade også har specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser. På børne- og ungeområdet er det således i høj grad de samme kommuner, som har specialiserede tilbud.

I forhold til de specialiserede tilbud til personer over 18 år fremgår det, at 9 (12 %) af kommunerne har specialiserede tilbud både til personer med spiseforstyrrelser og personer med selvskade. Blot 1 % af kommunerne har udelukkende specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, mens tre femtedele af de kommuner, der har specialiserede tilbud til voksne med selvskade, også har tilbud til voksne med spiseforstyrrelser. Det tyder således på, at de kommuner, der har specialiserede tilbud til en lidelse, også har tilbud til andre lidelser.

Tabel 4: Kommuner med specialiserede tilbud til børn og unge

Tilbud	Spiseforstyrrelser		
	Ja	Nej	Total
Selvskade			
Ja	16	8	24
Nej	0	49	49
Total	16	57	73

Tabel 5: Kommuner med specialiserede tilbud til voksne

Tilbud	Spiseforstyrrelser		
	Ja	Nej	Total
Selvskade			
Ja	9	6	15
Nej	1	59	60
Total	10	65	75

5.1 Betydningen af kommunernes størrelse

Undersøgelsen viser, at der er forskel på, om kommunerne har specialiserede tilbud afhængig af deres gennemsnitsstørrelse målt på antal indbyggere. Tabel 6 nedenfor viser, at gennemsnitsstørrelsen i de kommuner, der har specialiserede tilbud generelt er højere.

Tabel 6: Det gennemsnitlige antal indbyggere i kommunerne fordelt på specialiserede tilbud eller ej

		Børn og unge		Voksne	
		Spiseforstyrrelser	Selvskade	Spiseforstyrrelser	Selvskade
Specialiserede tilbud	Ja	113.896	87.550	128.803	82.857
	Nej	43.651	43.504	51.066	56.815

Sammenhængen mellem kommunestørrelse og sandsynligheden for specialiserede tilbud hænger sammen med, at jo større befolkningsgrundlaget er, desto flere personer har potentielt behov for et specialiseret tilbud. Det kan være svært for en mindre kommune i økonomisk trængte tider at have specialiserede tilbud, da der kan være langt mellem relevante personer i målgruppen og generelle tilbud derfor er mere anvendelige.²² Denne forklaring ændrer dog ikke på, at undersøgelsen viser, at personer er bedre stillet, hvis de får en spiseforstyrrelse eller selvskade i en stor kommune med specialiserede tilbud, end hvis de får lidelsen i en mindre kommune uden specialiserede tilbud hvor der ikke ydes en målrettet indsats i forhold til lidelsen. Om kommunen er klassificeret som en landkommune, bykommune eller heterogen kommune²³ tyder ikke på at have betydning for, om kommunen har specialiserede tilbud eller ej.

5.2 Betydningen af geografien

Det fremgår af den regionale fordeling af kommuner, der har specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, at der er en skæv fordeling på tværs af de fem regioner. I det følgende belyses, hvordan kommuner med specialiserede tilbud fordeler sig regionalt i Danmark.

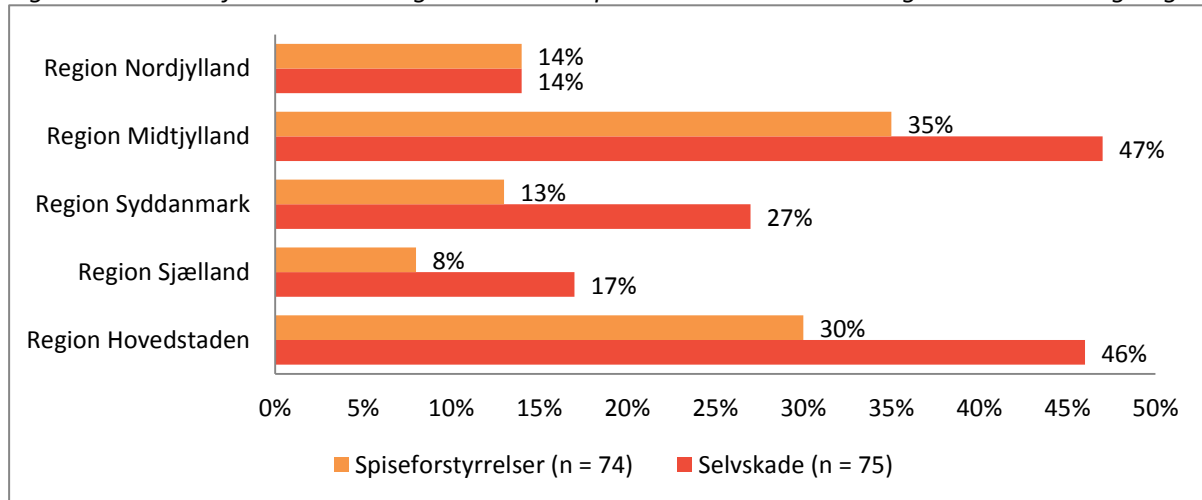
Børn og unge

I nedenstående figur 3 ses den procentmæssige andel af kommuner i hver region, der har specialiserede tilbud til børn og unge målrettet spiseforstyrrelser eller selvskade.

²² Udfordringer til rehabilitering i Danmark: 2011:119

²³ Kommuneinddeling efter kommunalreformen

Figur 3: Andelen af kommuner i regionerne med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge



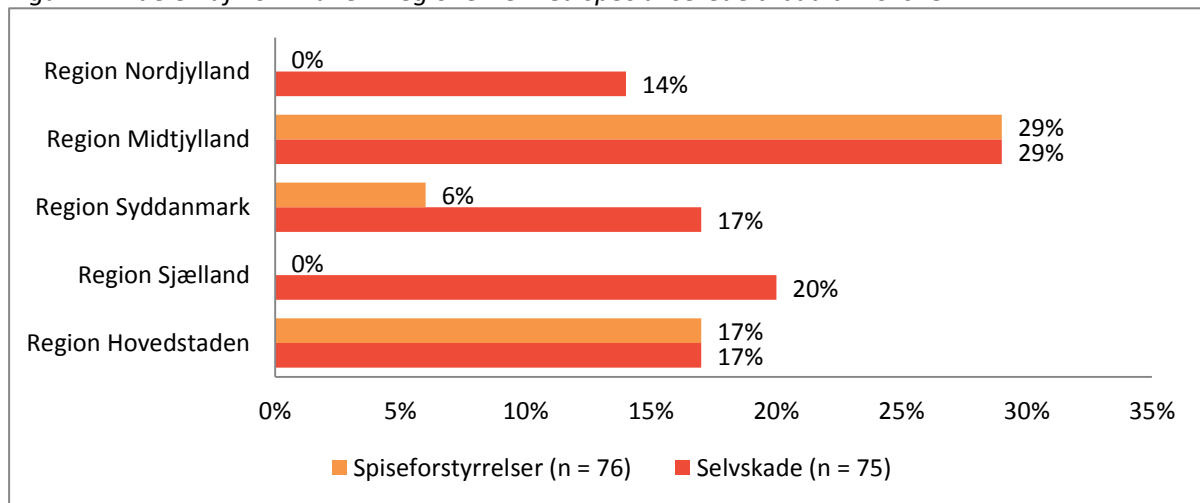
Som det fremgår af figur 3 har flest kommuner i Region Hovedstaden og Region Midtjylland specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, idet omkring en tredjedel har specialiserede tilbud. I Region Nordjylland og Region Syddanmark har knap 15 % af kommunerne specialiserede tilbud, mens Region Sjælland er den region med færrest specialiserede tilbud, idet kun 8 % af kommunerne har specialiserede tilbud.

I forhold til andelen af kommuner fordelt på de fem regioner, der har specialiserede tilbud målrettet børn og unge med selvskade, viser det sig igen, at Region Hovedstaden og Region Midtjylland er de regioner, hvor flest kommuner har specialiserede tilbud. Lidt under en tredjedel af kommunerne i Region Syddanmark har specialiserede tilbud, mens Region Sjælland og Region Nordjylland har færrest specialiserede tilbud målrettet børn og unge med selvskade.

Voksne

Figur 4 nedenfor viser den procentmæssige andel af kommuner i hver region, der har specialiserede tilbud målrettet spiseforstyrrelser eller selvskade til personer over 18 år.

Figur 4: Andelen af kommuner i regionerne med specialiserede tilbud til voksne



Ligesom ved børn og unge, er det Region Midtjylland og Region Hovestaden, der har flest specialiserede tilbud til voksne med spiseforstyrrelser - henholdsvis 29 % og 17 %. I Region Syddanmark har 6 % af kommunerne et tilbud, mens ingen kommuner i Region Nordjylland eller Sjælland har et specialiseret tilbud til voksne med spiseforstyrrelser.

I forhold til specialiserede tilbud til voksne med selvskade, fordeler kommunerne sig mere jævnt i regionerne. Der er mellem 14-29 % af kommunerne i hver region, der har tilbud til voksne med selvskade. Mens Region Midtjylland med 29 %, har flest kommuner med specialiserede tilbud, er Region Nordjylland den region, hvor færrest kommuner (14 %) har specialiserede tilbud til voksne med selvskade.

Samlet set viser analysen, at man som borger i Region Midtjylland og Region Hovedstaden generelt er bedre stillet, hvis man får en spiseforstyrrelse eller selvskade, da disse to regioner adskiller sig positivt fra de øvrige regioner ved, at der er flest kommuner i disse to regioner, der har specialiserede tilbud.

6. Specialiserede rehabiliteringstilbud nedsætter antallet af genindlæggelser

Efter at have givet et indblik i hyppigheden og fordelingen af specialiserede kommunale tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade, undersøges det i følgende afsnit, hvorvidt specialiserede rehabiliteringstilbud påvirker genindlæggelsen af personer med spiseforstyrrelser i psykiatrien. Det er således formålet at klarlægge, hvorvidt specialiseret kommunal rehabilitering mindsker genindlæggelse i psykiatrien. Genindlæggelsesdata fordelt på bopælskommune er leveret af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.²⁴

Genindlæggelse defineres her som værende en ny indlæggelse indenfor seks måneder efter udskrivelse fra primær indlæggelse. Der skelnes ikke mellem, hvorvidt behandlingen er af ambulante eller døgnbehandlende karakter, idet der fokuseres på, hvorvidt personen modtager behandling i psykiatrien eller ej. For at forhindre at personer, som overflyttes fra døgnbehandling til ambulante behandling, fremstår som værende genindlagt, er der indsat en fem dages margin således, at der som minimum skal gå fem dage mellem udskrivning fra primær kontakt til genindlæggelse, for at denne defineres som en genindlæggelse. En person kan genindlægges mere end en gang. I det følgende fokuseres på perioden 2007 til 2012, således at samtlige genindlæggelser inden for seks måneder i denne periode indgår i det analytiske materiale. Data opdeles i genindlæggelser på henholdsvis børne- og ungeområdet samt voksenområdet således, at der kan analyseres separat på, hvordan genindlæggelsesprocenterne fordeler sig i de enkelte kommuner både blandt børn og unge samt voksne. I tabel 7 ses det, hvor mange henholdsvis primære- og genindlæggelser der i alt blev foretaget i perioden fra år 2007 til år 2012 i de kommuner, der er med i undersøgelsen.

Tabel 7: Indlæggelser i perioden 2007 - 2012

	Primære indlæggelser	Genindlæggelser	Genindlæggelsesprocent
Børn og unge	2.694	779	30 %
Voksne	3.291	3.531	113 %
Total	5.985	4.310	72 %

Den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent inden for et halvt år for alle, der har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse i perioden 2007-2012, er 72 %. Dette afspejler en stigning i tilbagefald siden Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005, som dokumenterer en tilbagefaldshyppighed på

²⁴ Mors, Mortensen & Perto 2011

op mod 50 %.²⁵ Dette stemmer overens med, at antallet af genindlæggelser ifølge Landspatientregisteret er steget med 105 % siden 2007.²⁶ Den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent på 72 % dækker imidlertid over store forskelle mellem børn og unge samt voksne. Hvor den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent i perioden for børn og unge med spiseforstyrrelser er 30 %, er den væsentligt højere hos voksne, hvor 113 % genindlægges. Dette dækker over, at en person kan blive genindlagt flere gange. Således kan få personer med mange genindlæggelser trække den samlede genindlæggelsesprocent op. Dette kunne tyde på, at behandlingen ikke er tilstrækkelig, eller at de voksne udskrives for hurtigt. Det kan også tyde på, at der ikke gøres tilstrækkeligt for at rehabiliterer personer over 18 år, efter de har modtaget behandling i hospitalspsykiatrien.

Nedenfor undersøges sammenhængen mellem de psykiatriske genindlæggelsesprocenter for personer med spiseforstyrrelser²⁷ fordelt på bopælskommune, samt hvorvidt den givne kommune har et specialiseret rehabiliteringstilbud til personer, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse. Det skal bemærkes, at fokus er på, hvorvidt den enkelte kommune har specialiserede tilbud eller ej, samt hvorledes dette påvirker genindlæggelsen, mens andre bagvedliggende faktorer, som kan tænkes at indvirke herpå, ikke er undersøgt.

Tabel 8: Genindlæggelsesprocenters sammenhæng med specialiserede tilbud til børn og unge behandlet for en spiseforstyrrelse

		Antal kommuner	Middelværdi (%)	P-værdi
Specialiserede tilbud	Nej	59	31,15	
	Ja	13	22,26	
Total		72	29,53	0,0855

Tabel 9: Genindlæggelsesprocenternes sammenhæng med specialiserede tilbud til voksne behandlet for en spiseforstyrrelse

		Antal kommuner	Middelværdi (%)	P-værdi
Specialiserede tilbud	Nej	68	115,91	
	Ja	9	96,64	
Total		77	113,66	0,2869

²⁵ Sundhedsstyrelsen 2005:71

²⁶ Danske Regioner: Et liv til forskel 2012: 5

²⁷ I det følgende arbejdes med ICD-10 diagnoserne for spiseforstyrrelser: DF500, DF501, DF502, DF503, DF508 og DF509.

Ved brug af t-test - en statistisk test, der anvendes til at teste hypotesen om, at middelværdierne i to populationer er ens - viser det sig, at der for børn og unge er en statistisk signifikant forskel på gennemsnittet af genindlæggelsesprocenterne i kommuner med og uden specialiserede rehabiliterings-tilbud. Denne sammenhæng er signifikant med et 90 % konfidensinterval og en p-værdi på 0,0855. Resultatet vidner således om, at kommuner med specialiserede rehabiliteringstilbud til børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, generelt har en lavere genindlæggelsesprocent, end kommuner uden specialiserede tilbud til denne målgruppe. For de kommuner, der ikke har specialiserede tilbud, er den gennemsnitlige genindlæggelsesprocent for børn og unge, som har været behandlet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, 31 %, mens den gennemsnitlige genindlæggelse for kommuner, der har specialiserede tilbud, er nede på 22 % inden for et halvt år i perioden 2007 – 2012.

Resultatet bekræfter en antagelse om, at de specialiserede tilbud nedsætter genindlæggelsesprocenterne for personer med spiseforstyrrelser. Dette har stor betydning både fra et menneskeligt og et samfundsøkonomisk perspektiv. For det enkelte menneske er der betydelig øget livskvalitet forbundet med at lægge spiseforstyrrelsen bag sig, undgå genindlæggelser og fortsætte vejen mod et almindeligt hverdagsliv både på det sociale-, uddannelses- og arbejdsmæssige plan. I et samfundsøkonomisk perspektiv er der ligeledes betydelige gevinster at hente ved at undgå genindlæggelser af personer med spiseforstyrrelser. Dels fordi udgifterne til behandling ifølge Danske Regioner kan udgøre op mod 270.000 kroner pr. måned²⁸, dels fordi udgifter til behandling af følgesygdomme, tabt arbejdsfortjeneste, potentiel førtidspension m.v., kan være konsekvensen af langvarige sygdomsforløb med spiseforstyrrelser.

Der kunne ikke påvises en signifikant sammenhæng mellem specialiserede rehabiliteringstilbud til voksne, som har været behandlet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse og genindlæggelsesprocenten. Dette kan skyldes en række faktorer, eksempelvis at antallet af kommuner med et specialiseret tilbud for denne gruppe er meget lavt, idet kun ni kommuner har et sådan tilbud, og det derfor er svært at påvise en signifikant sammenhæng.

²⁸ Danske regioner:

<http://www.regioner.dk/Aktuelt/Nyheder/2012/Oktober/Der+skal+tages+bedre+hånd+om+svært+spiseforstyrrede.aspx>

7. Specialiserede tilbud til personer, der ikke har modtaget behandling

Tidligere i rapporten er det samlede antal af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede analyseret uden at tage højde for, hvorvidt tilbuddene målrettes personer, der har eller ikke har modtaget behandling. Hvorvidt personerne har modtaget behandling eller ej vil være fokus for følgende. Først analyseres tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede, der ikke har modtaget behandling i psykiatrien, hvorefter fokus rettes mod rehabiliterende tilbud efter behandling.

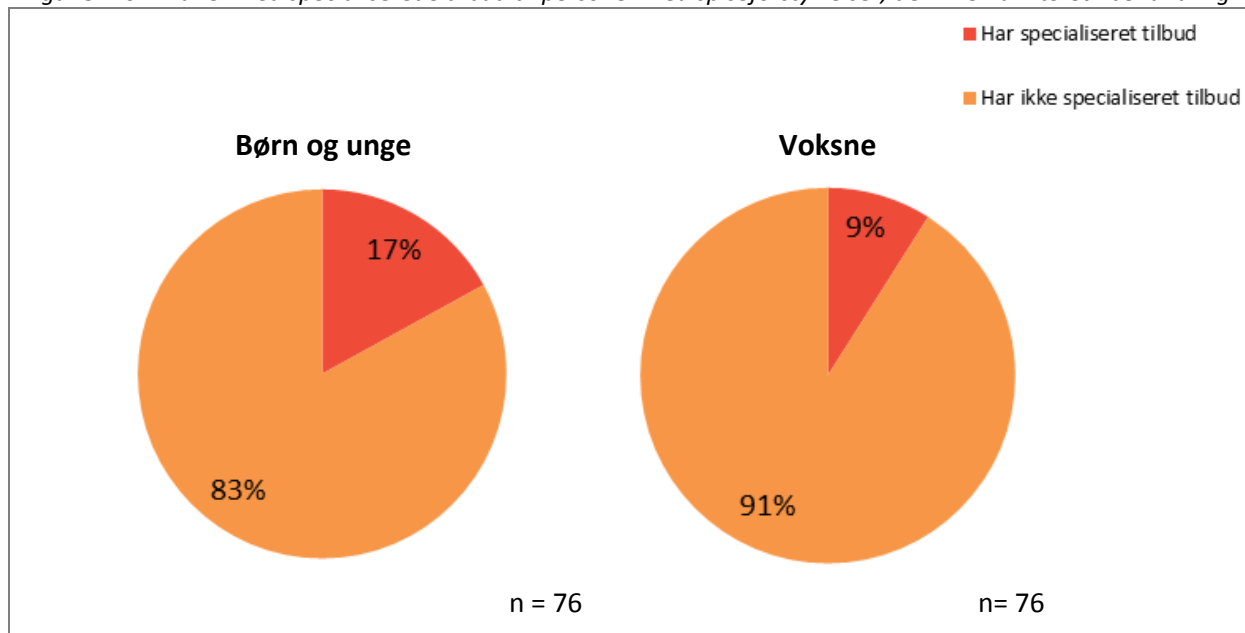
Det følgende vil således kortlægge antallet af kommuner, som har specialiserede tilbud målrettet personer med spiseforstyrrelser eller selvskaede, i de tilfælde, hvor personen ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Derudover vil afsnittet gå yderligere i dybden med, hvilke specialiserede tilbud der findes i de enkelte kommuner.

Spiseforstyrrelser

Figur 5 nedenfor viser, at 17 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge, som har symptomer på en spiseforstyrrelse, men som ikke har modtaget behandling. I langt de fleste kommuner (83 %) er det ikke muligt for børn og unge at modtage et specialiseret tilbud målrettet spiseforstyrrelser fra kommunen, som kunne forebygge en forværring af spiseforstyrrelsen.

I forhold til voksne har under 10 % af kommunerne et specialiseret tilbud til personer over 18 år, der lider af en spiseforstyrrelse, men som ikke har modtaget behandling. Over 90 % af kommunerne har ikke mulighed for at give denne målgruppe et specialiseret, forebyggende tilbud.

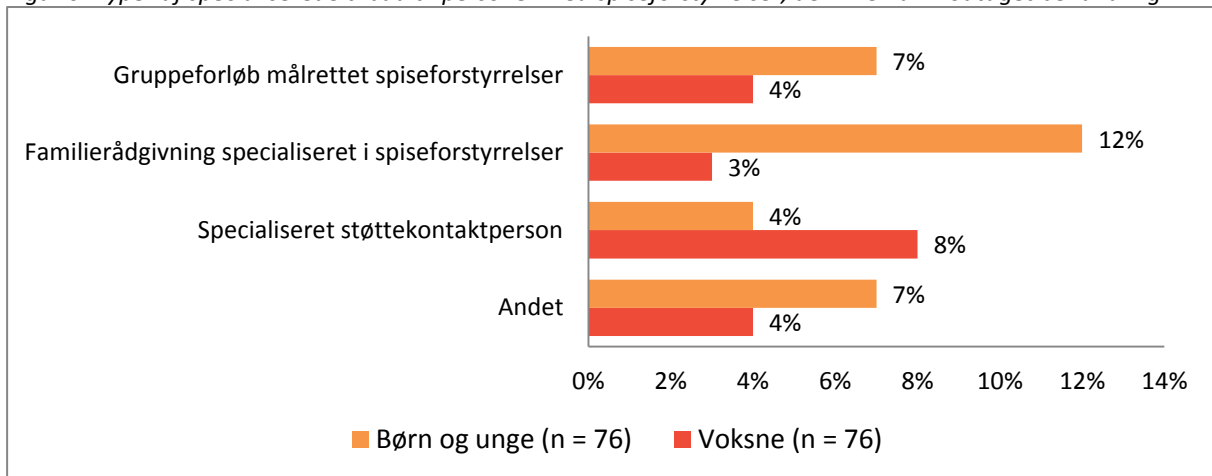
Figur 5: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der ikke har været i behandling



Samlet set betyder det, at personer i mere end otte ud af ti kommuner ikke kan få et specialiseret tilbud, som måske kunne hjælpe dem, og forbedre deres situation, så de ikke senere får behov for behandling i psykiatrien. Ifølge LMS handler en del af de 3600 årlige rådgivningssamtaler om, at det ikke er muligt at få kvalificeret hjælp i Danmark, før man er syg nok til psykiatrien. Kommunernes tilbud er for generelle til at gøre en forskel, mens regionerne ikke tager imod personer, før de er syge nok til at få en diagnose. Forebyggende bliver der således ikke sat tiltrækkeligt ind overfor personer, der potentielt kunne have undgået en indlæggelse i psykiatrien og fortsat på uddannelse, arbejde osv. Der er således mange økonomiske og menneskelige ressourcer, der kan spares, hvis det i højere grad var muligt tidligt i forløbet at få et specialiseret tilbud.

Figur 6 nedenfor viser hvilke typer af specialiserede tilbud til personer med symptomer på spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, der findes blandt kommunerne.

Figur 6: Typer af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der ikke har modtaget behandling

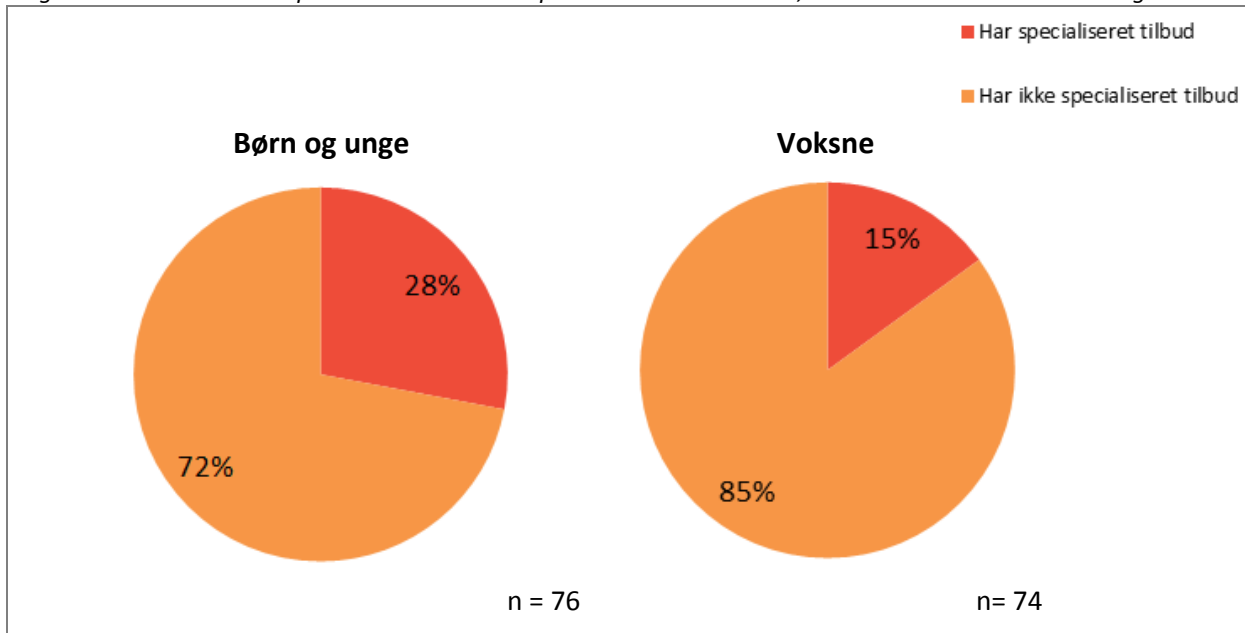


Som det fremgår af figur 6, er specialiseret familierådgivning med 12 % det mest udbredte tilbud til børn og unge med symptomer på spiseforstyrrelse. Det mest udbredte tilbud til voksne er specialiseret støttekontaktperson/bostøtte, som tilbydes af 8 % af de adspurgte kommuner. Af kategorien "andet" fremgår det endvidere, at der i enkelte kommuner tilbydes botilbud med særlig ekspertise inden for spiseforstyrrelser, ligesom der kan tilbydes rådgivning ved sundheds- og ernæringsrådgiver samt samtaler hos psykolog med erfaring med spiseforstyrrelser.

Selvskade

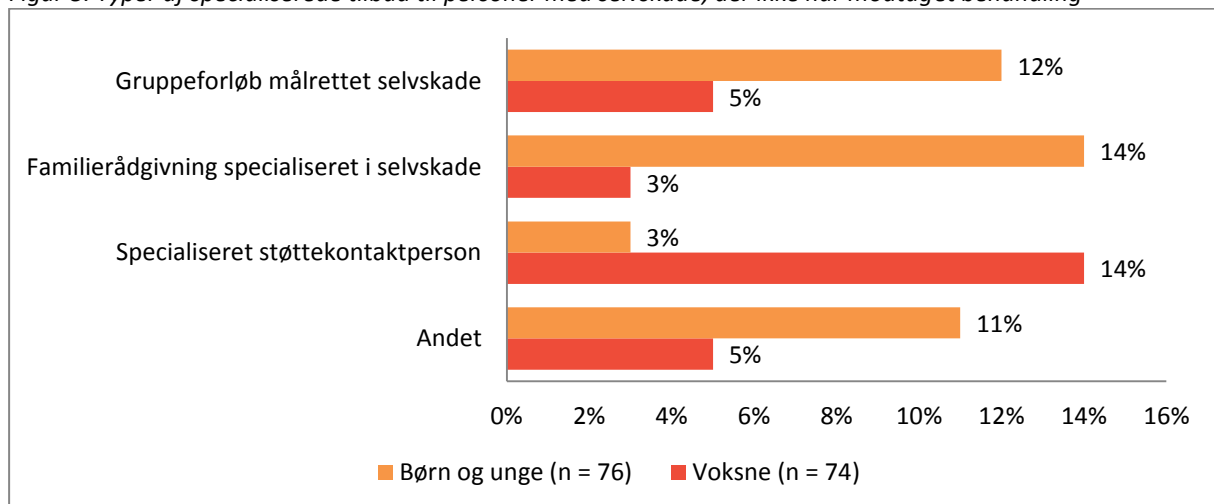
Tendensen i forrige afsnit viste, at der samlet set er flere tilbud til personer med selvskade end til personer med spiseforstyrrelser. På samme måde viser nedenstående figur 7, at der er flere specialiserede tilbud til personer med selvskade, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, end der er til personer med spiseforstyrrelser.

Figur 7: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade, der ikke har været i behandling



Hvor 17 % af kommunerne har specialiserede tilbud til børn og unge med spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, viser figur 7, at 28 % af kommunerne har sådanne tilbud til børn og unge med selvskade. En lignende tendens ses i forhold til personer over 18 år, idet 9 % af kommunerne har tilbud til personer med spiseforstyrrelser, mens 15 % har tilbud til personer med selvskade, som ikke har været i behandling.

Figur 8: Typer af specialiserede tilbud til personer med selvskade, der ikke har modtaget behandling



Figur 8 viser andelen af kommuner med specialiserede tilbud til personer med selvskade, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien. Det fremgår, at omkring en ud af ti kommuner tilbyder henholdsvis specialiseret familierådgivning og gruppeforløb til børn og unge med selvskade. 11 % af kommunerne tilbyder under kategorien "andet" endvidere samtaler med psykolog med viden om selvskade eller særlige tværfaglige indsatsgrupper, som kan tilbyde samtaler med særlig ekspertise i selvskade. Få kommuner tilbyder en specialiseret støttekontaktperson/bostøtte til børn og unge med selvskade, som ikke har modtaget behandling. Dette tilbud er imidlertid det mest udbredte med 14 % i forhold til voksne med selvskade, som ikke har modtaget behandling. Herudover tilbyder enkelte kommuner specialiseret familierådgivning eller gruppeforløb målrettet personer over 18 år med selvskade.

8. Specialiserede rehabiliteringstilbud efter behandling

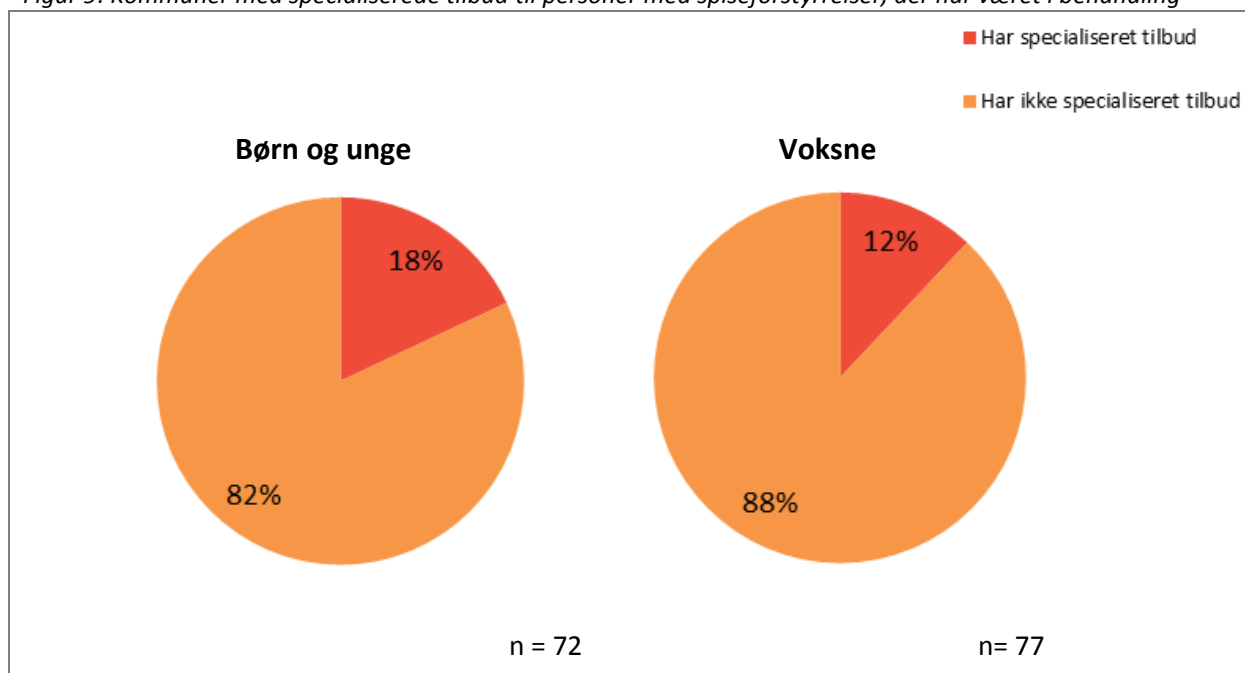
Efter behandling i psykiatrien for spiseforstyrrelser eller selvskade ligger rehabiliteringsansvaret hos kommunerne. Der er imidlertid store forskelle fra kommune til kommune i forhold til, hvilken rehabilitering der tilbydes. Nogle kommuner har specialiserede tilbud, som er målrettet fx spiseforstyrrelser, mens andre kommuner har generelle tilbud uanset hvilken lidelse, personen har været indskrevet med.

Hvor rapporten i ovenstående afsnit fokuserede på kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, vil denne del belyse, hvor mange og hvilke specialiserede rehabiliterende tilbud efter behandling, som findes i kommunerne. Eftersom selvskade som nævnt ikke er en selvstændig diagnose, er der i denne del ikke fokus på tilbud til personer, der har været indlagt med selvskade.

Spiseforstyrrelser

Figur 9 nedenfor viser, hvor mange procent af landets kommuner, der tilbyder specialiseret rehabilitering til personer med spiseforstyrrelser, som har været i behandling i psykiatrien.

Figur 9: Kommuner med specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der har været i behandling



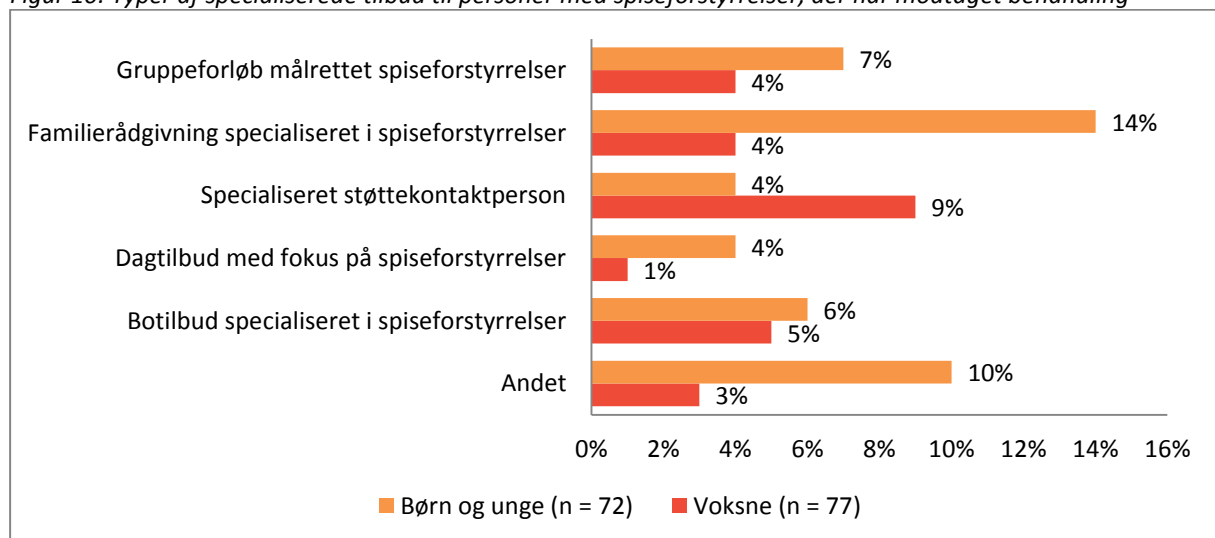
Som det fremgår af figur 9 ovenfor, har børn og unge, som har været indskrevet i psykiatrien med en spiseforstyrrelse, i 18 % af kommunerne mulighed for at modtage specialiserede rehabiliteringstilbud, hvor fagpersonerne har et indgående kendskab til spiseforstyrrelser. I de resterende 82 % af kommunerne vil børn og unge, der har været indskrevet med en spiseforstyrrelse, blive tilbudt et generelt rehabiliteringstilbud, som ikke er særligt målrettet børn og unge med spiseforstyrrelser.

For personer over 18 år er der færre specialiserede rehabiliteringstilbud i kommunerne end for børn og unge. For voksne, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, har 12 % af kommunerne et specialiseret rehabiliteringstilbud efter behandling, mens langt størsteparten af kommunerne (88 %) tilbyder generelle rehabiliteringstilbud.

At der ofte ikke tilbydes specialiseret rehabilitering til personer, der har været indskrevet med en spiseforstyrrelse, kan være en medvirkende faktor til, at så stor en andel oplever tilbagefald efter endt behandling med potentiel genindlæggelse til følge.²⁹

Figur 10 nedenfor viser hvilke specialiserede tilbud til personer, der har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, der tilbydes blandt de henholdsvis 18 % og 12 % af kommunerne, der har specialiserede tilbud.

Figur 10: Typer af specialiserede tilbud til personer med spiseforstyrrelser, der har modtaget behandling



Ligesom det var tilfældet for børn og unge, som ikke har modtaget behandling i psykiatrien, er det igen specialiseret familierådgivning, der er det mest udbredte tilbud, repræsenteret blandt 14 % af

²⁹ Sundhedsstyrelsen 2005:72f

kommunerne. Herudover tilbydes børn og unge gruppeforløb målrettet spiseforstyrrelser i 7 % af kommunerne. Under kategorien "andet" tilbydes samtaler med psykologer med speciale i spiseforstyrrelser i et mindre antal af kommunerne.

For personer over 18 år, som har modtaget behandling i psykiatrien for en spiseforstyrrelse, er det i 9 % af kommunerne muligt at få bevilliget en støttekontaktperson/bostøtte med specialiseret viden om spiseforstyrrelser. I 4-5 % af kommunerne tilbydes specialiserede gruppeforløb, specialiseret familierådgivning og bosteder målrettet personer med spiseforstyrrelser. Enkelte kommuner tilbyder under kategorien "andet" også rådgivning hos diætist eller anden ernæringsrådgiver med indgående viden om spiseforstyrrelser.

9. Udskrevet fra psykiatrien

Når en person har været i behandling i psykiatrien, kan kommunen træde til med rehabiliteringstilbud. Derfor har mange kommuner lavet en aftale med de lokale psykiatriske afdelinger om at blive informeret, når en borger udskrives. Undersøgelsen viser, at 78 % af kommunerne har en aftale om at blive informeret, når et barn eller en ung udskrives fra den psykiatriske afdeling, mens 89 % af kommunerne har en tilsvarende aftale, når voksne udskrives.

Tabel 10: Kommunernes aftale med psykiatrien efter udskrivelse af børn og unge

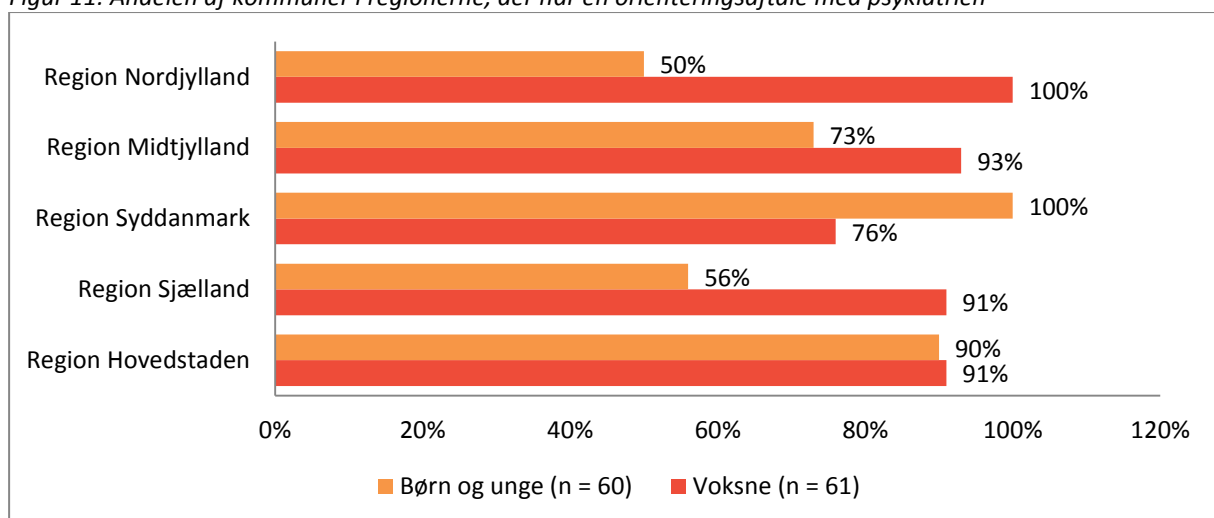
		Kommuner n (%)
Aftale	Ja	47 (78,33)
	Nej	13 (21,67)
Total		60 (100)

Tabel 11: Kommunernes aftale med psykiatrien efter udskrivelse af voksne

		Kommuner n (%)
Aftale	Ja	64 (88,89)
	Nej	8 (11,11)
Total		72 (100)

I mange kommuner er det en del af sundhedsaftalen med regionen, at de informeres om udskrivning af patienter. Andelen af kommuner, der har en sådan aftale, vurderes at være høj. Det ville dog være fordelagtigt med en fast procedure på alle psykiatriske afdelinger om at informere kommunen ved udskrivninger.

Figur 11: Andelen af kommuner i regionerne, der har en orienteringsaftale med psykiatrien



Alle kommuner på børne- og ungeområdet i Region Syddanmark har en aftale om at blive orienteret, mens det i Region Nordjylland og Region Sjælland kun er omkring halvdelen af kommunerne, der har

en sådan aftale på børne- og ungeområdet. I Region Midtjylland har knap tre fjerdedele af kommunerne en aftale.

På voksenområdet har næsten alle kommuner på tværs af regioner en aftale med psykiatrien om at blive informeret. I Region Syddanmark har færrest kommuner aftaler, men dog har trefjerdedele af kommunerne her en aftale med regionen. Det er således bemærkelsesværdigt, hvor meget mere udbredt den faste aftale er på voksenområdet end på børne- og ungeområdet, om end behovet må vurderes at være lige stort.

9.1 Fast procedure

Der er stor forskel mellem kommunerne i forhold til, hvordan det håndteres, når en borger udskrives fra behandling i psykiatrien.

Børn og unge

Undersøgelsen viser, at en fjerdedel af kommunerne har en fast procedure i forhold til udarbejdelse af handleplaner for børn og unge, der har modtaget behandling i psykiatrien for fx spiseforstyrrelser eller selvskade.

Tabel 12: Kommuner med en fast procedure efter udskrivelse af børn og unge

		Kommuner n (%)
Fast procedure	Ja	15 (24,59)
	Nej	46 (75,41)
Total		61 (100)

I de kommuner, der har en fast procedure ved udskrivning af børn og unge, kan proceduren samles i fire forskellige hovedtiltag:

- Fast procedure omkring udarbejdelse af børnefaglig undersøgelse (Serviceloven § 50) umiddelbart efter udskrivelsen.
- At kommunens læger eller psykologer deltager i udskrivningsmøder og bringer sagen direkte videre til et visitationsudvalg.
- At der straks efter orienteringen fra psykiatrien tages initiativ til et fællesmøde med relevante parter, herunder familien. Herefter udarbejdes handleplanen.
- At der iværksættes familievejledning eller specialrådgivning straks efter orienteringen. Herefter udarbejdes handleplanen.

I de kommuner, der ikke har en fast procedure for udarbejdelse af handleplaner, vil behovet blive vurderet i det enkelte tilfælde. Ofte vil løsningerne være de samme, særligt i forhold til udarbejdelse af en børnefaglig undersøgelse. Alligevel er det påfaldende, at kun 25 % af kommunerne har en fast procedure for udarbejdelse af handlingsplan for børn og unge, der har modtaget behandling i psykiatrien.

Voksne

Det ser imidlertid bedre ud for personer over 18 år, hvor 41 % af kommunerne har en fast procedure for udarbejdelse af handleplaner for personer, der har modtaget behandling i psykiatrien.

Tabel 13: Kommuner med en fast procedure efter udskrivelse af voksne

		Kommuner n (%)
Fast procedure	Ja	29 (40,85)
	Nej	42 (59,15)
Total		71 (100)

En stor del af de faste procedurer handler om, at der straks udarbejdes en handleplan, som det foreskrives i Servicelovens § 141. Igen vil det ofte være samme tilbud, som kommunerne uden en fast procedure vil tilbyde, men muligvis ikke så konsekvent og hurtigt, som de kommuner, der har en fast procedure for igangsættelse og udarbejdelse af en handleplan. Følgende procedurer er de mest udbredte i de 41 % af kommunerne, der har en fast procedure ved udskrivningen af voksne:

- Fast procedure for udarbejdelse af handleplan jf. Serviceloven § 141 straks efter henvendelsen fra psykiatrien.
- Samarbejdsaftaler mellem psykiatrien og kommunen, som typisk er en del af sundhedsaftalerne.
- Borgeren tilknyttes en socialkoordinator, der koordinerer indsatsen på tværs af forvaltninger.
- Handleplanen udarbejdes som en del af voksenundredningsmetoden, der systematisk anvendes på alle relevante henvendelser.

10. Undersøgelsens metode

Undersøgelsen er gennemført som en elektronisk spørgeskemaundersøgelse blandt alle landets 98 kommuner. For at afdække kommunernes tilbud er der udviklet to spørgeskemaer: ét spørgeskema til børne- og ungeområdet og ét til voksenområdet. Der er således udsendt 196 spørgeskemaer, to til hver kommune. Data er indsamlet fra oktober til december 2012 med flere rykkerprocedurer, herunder et telefonopkald til de kommuner, der ikke havde svaret. Svarprocenten blandt de 98 kommuner er henholdsvis 82 % på børne- og ungeområdet og 79 % på voksenområdet. Den høje svarprocent sikrer, at undersøgelsens resultater afspejler kommunernes reelle tilbud.

Foruden data omkring kommunale tilbud er antallet af primærindlæggelser og genindlæggelser, fordelt på bopælskommune i perioden 2007 til 2012, leveret af Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister.³⁰ Genindlæggelsesprocenterne er koblet med data på kommunale rehabiliteringstilbud til personer, som har været indskrevet i psykiatrien for en spiseforstyrrelse. For at sammenligne genindlæggelsesprocenterne i de kommuner, der har og ikke har specialiserede rehabiliteringstilbud, er der i undersøgelsen anvendt en t-test for at kunne beregne forskellen på middelværdierne i begge fordelinger.

Udvikling af spørgeskema, dataindsamling samt udarbejdelse af rapporten er gennemført af ViOSS – Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade. De statistiske analyser af data er foretaget i statistikprogrammet STATA.

³⁰ Mors, Mortensen & Perto 2011

11. Litteraturliste

Bangshaab, J., Hjortbak, B.R., Johansen, J.S. og Lund, H., 2011. *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark

Bottorff, J.L. og Lamoureux M.M., 2005. "Becoming the Real Me": Recovering from Anorexia Nervosa. *Health Care for Women International*. Nr. 26

Danske Regioner, 2012. *Et liv til forskel – bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse*. København: Danske Regioner

Favazza, A.R., 1987. *Bodies under siege*. Baltimore: The John Hopkins University Press

Hecht, L.K. og Schousboe, B.H., 2012. *Spiseforstyrrelser – symptomer, årsager og behandling*. København: PsykiatriFondens forlag

Jarman, M. og Walsh S., 1999. Evaluating recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Integrating lessons learned from research and practice. *Clinical Psychology Review*, 19, Nr. 7

Lunn, S., 2010. Den vanskelige behandlingsopgave. I: Lunn, S., Rokkedal, K. og Rosenbaum, B. (red.) *Frås og faste - spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning*. Dansk Psykologisk Forlag. København, Kap 9.

Mors, O., Mortensen P.B. og Perto G.P., 2011. The Danish Psychiatric Central Research Register. *Scandinavian Journal of Public Health*. Nr. 39

Møhl, B., 2006. *At skære smerten bort*. København: PsykiatriFondens Forlag

Møhl, B. og Skandsen, A., 2012. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high school students. *Personality and Mental Health*. Nr. 6

Rehabiliteringsforum Danmark, 2004. *Rehabilitering i Danmark - Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet*. Aarhus: Marselisborgcentret

Rokkedal og Jensen, 2008. *Spiseforstyrrelser*. I: Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N. og Kragh-Sørensen, P. (red.) *Klinisk psykiatri*. Munksgaard Danmark. København, s. 505-514

Skårderud, F., 2000. *Stærk/Svag*. København: Hans Reitzels Forlag

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

Zøllner, L., Konieczna, A. og Rask, L., 2012: *Unge sårbarhed, tanker om selvskade og selvskadende adfærd*. Odense: Center for Selvmordsforskning



VIDENSCENTER OM
**SPISEFORSTYRRELSER
OG SELVSKADE**