



Holbergsgade 6  
DK-1057 København K

T +45 7226 9000  
F +45 7226 9001  
M sum@sum.dk  
W sum.dk

Folketingets § 71-tilsyn

Dato: 24-08-2020  
Enhed: FOPS  
Sagsbeh.: DEPMZO  
Sagsnr.: 2008408  
Dok. nr.: 1305491

Folketingets § 71-tilsyn har den 10. juni 2020 stillet følgende spørgsmål nr. 62 (Alm. del) til sundheds- og ældreministeren, som hermed besvares endeligt.

Spørgsmål nr. 62:

”Kan ministeren redegøre for, om brug af korte indlæggelser af børn og unge med spiseforstyrrelser skyldes kapacitetsproblemer på afdelingerne eller om der er evidens for, at børn og unge bliver påvirket af andre patienter på afdelingerne?”

Svar:

. / . Jeg henviser til mit svar på §71-tilsynet alm. del – spm. 61, hvor Sundhedsdatastyrelsen har opgjort indlæggelser blandt børn og unge med spiseforstyrrelser, fordelt efter indlæggelsestid. Jeg har herudover bedt Sundhedsstyrelsen om et bidrag. De oplyser følgende, som jeg kan henholde mig til:

#### ”Spiseforstyrrelser hos børn og unge

Spiseforstyrrelser hos børn og unge vedrører overvejende anoreksi og bulimi. I henhold til ICD-10 er spiseforstyrrelser klassificeret på følgende måde:

- F 50.0 Anoreksi /anorexia nervosa (AN)
- F 50.1 Atypisk anoreksi / anorexia nervosa atypica (atypisk AN)
- F 50.2 Bulimi / bulimia nervosa (BN)
- F 50.3 Atypisk bulimi / bulimia nervosa (atypisk BN)
- F 50.8 Andre spiseforstyrrelser, herunder indgår også BED
- F 50.9 Uspecificerede spiseforstyrrelser

Børn og unge har ikke nødvendigvis de klassiske symptomer på spiseforstyrrelse, som de er beskrevet hos voksne. Særligt de yngste børn kan mangle, ikke være bevidste om eller være ude af stand til at sætte ord på fx forvrænget kropsopfattelse, fedtfobi eller vægt-angst, men dog alligevel have en trang til fx at tabe sig, spise ekstremt sundt, spise selektivt, særpræget osv. En trang, der trods manglen på udtalte symptomer, alligevel gør dem alvorligt syge og udfordrende at behandle. Det er vigtigt, at fagpersoner har opmærksomhed på, at det er almindeligt, at børn i perioder kan have særlige og specielle spisemønstre, der ikke nødvendigvis er et symptom eller ”en forstyrrelse”. Diagnostisk vil man ofte anvende en atypisk spiseforstyrrelsesdiagnose alt afhængig af, hvilke symptomer der er tilstede, og her gælder de samme kriterier for børn og unge som for voksne.

#### Omfang af børn og unge med spiseforstyrrelser

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens analyse: *Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden*

2010-2018<sup>1</sup> er antallet af mennesker diagnosticeret med spiseforstyrrelser steget fra 7.200 i 2010 til 11.700 i 2018. Ud af de 11.700 personer var der i 2018 1.800 børn og unge med spiseforstyrrelse. Hovedparten af både børn og unge samt voksne med en spiseforstyrrelse har kontakt til psykiatrien grundet anoreksi, og piger og kvinder udgør størstedelen, mens andelen af drenge er svagt stigende blandt børn og unge. 51 % af børn og unge med en spiseforstyrrelse har i 2018 haft kontakt til den regionale psykiatri. Ca. 40 % af de børn og unge, der har kontakt med psykiatrien har udelukkende ambulante kontakt.

### **Spiseforstyrrelsens sværhedsgrad**

Spiseforstyrrelser kan forekomme i forskellig sværhedsgrad og have forskellig varighed. Det er den samlede kliniske vurdering af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad, varighed og tilstedeværelse af andre samtidige sygdomme og/eller andre symptomer (fx selvmordstanker), der er afgørende for, hvilken behandling der vil være den rette for patienten. Mange patienter oplever symptomer af let til moderat grad, men andre samtidige sygdomme kan forværre funktionsniveauet og dermed stille højere krav til behandlingsindsatsen. Yderligere er det vejledende for intensiteten af behandlingen, herunder hvilket behandlingsniveau patienten bør behandles på, om der er andre samtidige sygdomme.

I vurderingen af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad indgår en række forskellige parametre, herunder sværhedsgrad af spiseforstyrrelsessymptomerne, indre kontrol (eksempelsvis evne til at bekæmpe tvangstanker eller stressfølelse), motivation for behandling, psykologisk indsigt, evt. samtidig anden psykiatrisk og/eller somatisk sygdom og/eller komplicerede sociale forhold. Sværhedsgraden vurderes i forhold til 5 forskellige intensitetsniveauer:

- Grad 1: Let spiseforstyrrelse
- Grad 2: Let/moderat spiseforstyrrelse
- Grad 3: Moderat spiseforstyrrelse
- Grad 4: Moderat/svær spiseforstyrrelse
- Grad 5: Svær/livstruende spiseforstyrrelse

### **Behandling af spiseforstyrrelser**

I behandlingen af spiseforstyrrelser indgår typisk flere af følgende indsatser:

- Somatisk monitorering
- Farmakologisk behandling
- Psykoterapi
- Ernæringsterapi
- Psykoedukation
- Måltidsstøtte og spisetræning
- Kropsterapi
- Pårørendeinddragelse
- Familiebaseret behandling (særligt for børn og unge)

Behandling af børn og unge med spiseforstyrrelse kan varetages ambulant, som dagbehandling eller som døgnbehandling afhængigt af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad.

---

<sup>1</sup> Personer med spiseforstyrrelse. Registeranalyse af forekomst, nye tilfælde og aktivitet på tværs af sundhedsvæsenet i perioden 2010-2018, Sundhedsdatastyrelsen, 2020

Det vil typisk være patienter med en spiseforstyrrelse svarende til sværhedsgrad 3-5, som kan have behov for indlæggelse, men dette er en individuel vurdering.

### **Behov for indlæggelse**

Den overordnede behandlingsstrategi i den regionale børne- og ungdomspsykiatri er så vidt muligt at behandle patienter ambulant, således at børnene/de unge kan modtage behandling, således at de samtidig med at de opretholder en almindelige hverdag og socialt liv. Samtidig er der fokus på, at behandlingen sigter mod forebyggelse af yderligere forværring. Derfor ønsker man i videst muligt omfang at forebygge behovet for indlæggelse. I Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse anbefales ligeledes en tidlig og mindst mulig indgribende indsats, så børnene/de unge så vidt muligt bevarer en normal hverdag<sup>2</sup>. Såfremt en indlæggelse bliver nødvendig, er det således hensigtsmæssigt, at varigheden af indlæggelsen så vidt muligt begrænses. Når den somatiske tilstand er stabiliseret, og det vurderes forsvarligt, kan indlæggelse ændres til dagbehandling eller ambulant behandling.

Begrundelsen for indlæggelse af børn og unge med spiseforstyrrelser er på mange områder de samme, som for voksne. Dvs. meget lav vægt og/eller hurtigt vægttab, medicinske komplikationer, manglende effekt af ambulant- eller daghospitalsbehandling, svær psykiatrisk komorbiditet, nedsat evne til at spise normalt eller tage på i vægt, selvmordsrisiko, nedsat motivation til behandling og/eller nedsat/manglende social støtte eller problemer i familien/hjemmet. Dog bør børn indlægges tidligere end voksne, hvis der er somatiske komplikationer. Dette skyldes bl.a., at børn hurtigere bliver under-ernærede eller dehydrerede, og at længerevarende underernæring kan have alvorligere konsekvenser for børn end for voksne. Manglende respons på ambulant behandling bør derfor hurtigere medføre intensivering af behandlingen i form af indlæggelse for børn og unge.

I gennem mange år har den regionale børne- og ungdomspsykiatri arbejdet med at behandle flere patienter med spiseforstyrrelser ambulant og med kortere behandlingstid. På tværs af landet finder der i de fem regioner en vedvarende faglig udvikling sted i forhold til behandling på døgnafsnit for behandling af spiseforstyrrelser. Der anvendes i behandlingen på døgnafsnit i stigende grad familiebaseret terapi, herunder flerfamilierapi, så familierne kan få gavn af hinandens erfaringer i behandlingen. I forhold til behandlingen er børnene/de unge hele tiden omgivet af professionelt personale, som sikrer den rette og rettidige behandling.

I nogle regioner har man eksempelvis udvidet muligheden for dagbehandling af spiseforstyrrelser. Dette har også som formål at reducere, forebygge og afkorte indlæggelse og dermed være en mindre indgribende behandling end indlæggelse. Det skaber ligeledes grundlag for en god overgang fra døgnindlæggelse til dagbehandling. Igen med det formål at barnet/den unge opretholder en så almindelig hverdag som muligt. Behandlingsstrategien er således tilrettelagt ud fra et fagligt sigte og ikke på grund af kapacitetsproblemer.

Det er altid en individuel, faglig vurdering, hvor lang tid en indlæggelse skal vare, og varigheden af indlæggelsen afhænger, som beskrevet ovenfor, af spiseforstyrrelsens sværhedsgrad og barnets/den unges samlede situation. Den faglige vurdering sker i tæt samarbejde med barnet/den unge samt familien.

---

<sup>2</sup> Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse, Sundhedsstyrelsen, 2017

**Mulig påvirkning fra andre patienter under indlæggelse**

I forhold til spørgsmålet om, hvorvidt børn og unge bliver påvirket af andre patienter på afdelingerne, kan dette ske i et vist omfang, ligesom børn og unge påvirkes af hinanden i hverdagsituationer. Sundhedsstyrelsen er ikke på nuværende tidspunkt bekendt med evidens ift. om eller hvordan børn og unge påvirkes af andre patienter på en psykiatrisk afdeling.”

Med venlig hilsen

Magnus Heunicke / Martin Zohar