



METODECENTRET
Center for Innovation & Metodeudvikling



Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd

Indsatsmodel



Socialstyrelsen

**Unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd
- Indsatsmodel**

Metodecentret
Olof Palmes Allé 19
8200 Aarhus N

Sofie Ilsvard, Simon Østergaard Møller, Marie Høstrup & Morten Greve

Udgivet maj 2019

Der kan frit citeres fra indsatsmodellen, korrekt angivelse er:
Ilsvard, S., Møller, S.Ø., Høstrup, M. & Greve, M. 2019. Unge med spiseforstyrrelser eller
selvskadende adfærd: Indsatsmodel. Metodecentret og DEFACTUM.

ISBN: 978-87-93676-77-0

Indhold

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Indledning | 7 |
| 1.1 | Problemforståelse | 8 |
| 1.2 | Målgrupper og kerneproblematikker | 10 |
| 2 | Principper for indsats | 13 |
| 2.1.1 | Hvad skal vi kigge efter? | 14 |
| 2.2 | Borgerrettede aktiviteter | 14 |
| 2.2.1 | Princip #1: Indsatsen skal tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte unge 14 | |
| 2.2.2 | Princip #2: Indsatsen skal være dialektisk og balanceret | 18 |
| 2.2.3 | Princip #3: Indsatsen skal være familie- og netværksinvolverende | 19 |
| 2.3 | Organisatoriske aktiviteter | 23 |
| 2.3.1 | Princip #4: De fagprofessionelle i tilbuddet har ekspertise og erfaring i at støtte unge i målgruppen | 23 |
| 2.3.2 | Princip #5: Tilbuddet skal sikre tværorganisatorisk samarbejde med andre relevante indsatser | 24 |
| 3 | Forventninger til effekter | 26 |
| 4 | Kommunale scenarier | 28 |
| 5 | Litteratur | 31 |
| 6 | Bilag - indsatsbeskrivelser | 33 |
| 6.1 | SESAM - Aalborg Kommune | 33 |
| 6.1.1 | Målgruppe og formål | 33 |
| 6.1.2 | Implementering | 33 |
| 6.1.3 | Logisk model | 34 |
| 6.1.4 | Vidensgrundlag | 36 |
| 6.1.5 | Kontakt | 37 |
| 6.2 | Team for spiseforstyrrelser – Aarhus Kommune | 37 |
| 6.2.1 | Målgruppe og formål | 37 |
| 6.2.2 | Implementering | 37 |
| 6.2.3 | Logisk model | 38 |
| 6.2.4 | Vidensgrundlag | 39 |
| 6.2.5 | Kontekstfaktorer | 40 |
| 6.2.6 | Kontakt | 40 |

| | | |
|-------|---|----|
| 6.3 | Systemisk familiebehandling – Gladsaxe Kommune | 40 |
| 6.3.1 | Målgruppe og formål | 40 |
| 6.3.2 | Implementering | 41 |
| 6.3.3 | Logisk model..... | 42 |
| 6.3.4 | Vidensgrundlag..... | 43 |
| 6.3.5 | Kontekstfaktorer..... | 44 |
| 6.3.6 | Kontakt | 45 |
| 6.4 | Spiseforstyrrelsesnetværk – Gladsaxe Kommune..... | 45 |
| 6.4.1 | Målgruppe og formål | 45 |
| 6.4.2 | Implementering | 45 |
| 6.4.3 | Logisk model..... | 46 |
| 6.4.4 | Vidensgrundlag..... | 47 |
| 6.4.5 | Kontekstfaktorer..... | 48 |
| 6.4.6 | Kontakt | 48 |
| 6.5 | Task Force for Spiseforstyrrelser og Selvskade - Holstebro Kommune..... | 48 |
| 6.5.1 | Målgruppe og formål | 49 |
| 6.5.2 | Implementering | 49 |
| 6.5.3 | Logisk model..... | 51 |
| 6.5.4 | Vidensgrundlag..... | 52 |
| 6.5.5 | Kontekstfaktorer..... | 53 |
| 6.5.6 | Kontakt | 54 |
| 6.6 | Ligevægt – Kolding Kommune | 54 |
| 6.6.1 | Målgruppe og formål | 54 |
| 6.6.2 | Implementering | 55 |
| 6.6.3 | Logisk model..... | 56 |
| 6.6.4 | Vidensgrundlag..... | 57 |
| 6.6.5 | Kontekstfaktorer..... | 59 |
| 6.6.6 | Kontakt | 60 |
| 6.7 | ROBUS – Københavns Kommune | 60 |
| 6.7.1 | Målgruppe og formål | 60 |
| 6.7.2 | Implementering | 60 |
| 6.7.3 | Logisk model..... | 61 |
| 6.7.4 | Vidensgrundlag..... | 63 |

| | | |
|--------|--|----|
| 6.7.5 | Kontekstfaktorer..... | 63 |
| 6.7.6 | Kontakt | 64 |
| 6.8 | Familier og Spiseforstyrrelser – Region Midtjylland..... | 64 |
| 6.8.1 | Målgruppe og formål..... | 64 |
| 6.8.2 | Implementering..... | 64 |
| 6.8.3 | Logisk model..... | 65 |
| 6.8.4 | Vidensgrundlag..... | 67 |
| 6.8.5 | Kontekstfaktorer..... | 68 |
| 6.8.6 | Kontakt | 68 |
| 6.9 | Team for spiseforstyrrelse – Sønderborg Kommune..... | 68 |
| 6.9.1 | Målgruppe og formål..... | 68 |
| 6.9.2 | Implementering..... | 69 |
| 6.9.3 | Logisk model..... | 70 |
| 6.9.4 | Vidensgrundlag..... | 71 |
| 6.9.5 | Kontekstfaktorer..... | 72 |
| 6.9.6 | Kontakt | 73 |
| 6.10 | Gruppetilbud til unge med spiseforstyrrelse – Vejle Kommune..... | 73 |
| 6.10.1 | Målgruppe og formål..... | 73 |
| 6.10.2 | Implementering..... | 74 |
| 6.10.3 | Logisk model..... | 75 |
| 6.10.4 | Vidensgrundlag..... | 75 |
| 6.10.5 | Kontekstfaktorer..... | 76 |
| 6.10.6 | Kontakt | 76 |
| 6.11 | Dialektisk adfærdsterapi..... | 76 |
| 6.11.1 | Målgruppe og formål..... | 77 |
| 6.11.2 | Implementering..... | 77 |
| 6.11.3 | Logisk model..... | 78 |
| 6.11.4 | Vidensgrundlag..... | 79 |
| 6.11.5 | Kontekstfaktorer..... | 80 |
| 6.11.6 | Kontakt | 81 |
| 7 | Baggrund og tilrettelæggelse af kortlægningsundersøgelse..... | 82 |
| 7.1 | Baggrund for kortlægningen..... | 82 |
| 7.2 | Formål og kriterier for indsatser | 82 |

| | | |
|-------|---|----|
| 7.3 | Kortlægning af lovende praksis i Danmark og nordn | 83 |
| 7.3.1 | Videnspersonkortlægning | 83 |
| 7.3.2 | Kommunekortlægning | 84 |
| 7.3.3 | Efterspørgselsvurdering | 85 |

1 Indledning

Denne indsatsmodel er blevet til på baggrund af Socialstyrelsens ønske om at synliggøre kommunale lovende metoder og indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser i Danmark og i Norden¹. Publikationen baserer sig på en kortlægningsundersøgelse gennemført af Metodecentret og DEFACTUM i foråret 2019.

Formålet med kortlægningsundersøgelsen er (1) at klargøre forståelsen af målgrupperne; (2) udpege lovende indsatser i Danmark og Norden på området; (3) identificere virksomme mekanismer, fagligt grundlag og centrale implementeringsvilkår for indsatserne, som kan have potentiale til videre metodeudvikling og efterfølgende udbredelse i kommunal sammenhæng.

Oprindeligt var målet med kortlægningen at udvælge og beskrive de mest lovende kommunale indsatser. Imidlertid har kortlægningsundersøgelsen fundet flere perspektivrige og overførbare kerneelementer på tværs af 11 indsatser som adresserer målgrupperne. Der er desuden tale om forskelligartede indsatser i form af åben rådgivning, faciliterede støttetilbud, egentlige behandlingsindsatser samt tværorganisatoriske samarbejder. Der er på den baggrund udarbejdet en samlet generisk indsatsmodel, som beskriver de tværgående kerneelementer i de potentielt virksomme kommunale indsatser for unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

Disse kerneelementer betegnes som potentielt virksomme på baggrund af kommunernes egne erfaringer og deres faglige antagelser, ligesom litteraturen på området ligeledes peger på, at der er tale om kerneelementer, som man bør være særligt opmærksom på i forebyggelses- eller behandlingssammenhæng af unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

Indsatsmodellen trækker på en principfokuseret tilgang, som på den ene side sikrer en systematik i forhold til indholdet i en given indsats, kerneelementer eller principper, men som på den anden side åbner op for en betydelig grad af lokale tilpasninger af selvsamme principper. Pointen med den principfokuserede tilgang er således, at principperne kan (og skal) tilpasses den lokale kontekst, som en indsats skal fungere i, blandt andet i forhold til målgruppen, målgruppens problematikker samt lokale organisatoriske og ressourcemæssige betingelser. En sådan tilpasning indebærer derfor, at det samme princip kan operationaliseres på flere forskellige måder og have forskellige udtryk. De kommunale indsatser anvendes derfor som konkrete eksemplificeringer af, hvordan indsatsprincipperne *kan* omsættes til praksis.

Indsatsmodellen forventes at være interessant for primært politiske og administrative beslutningstagere samt faglige nøglemedarbejdere, som er ansvarlige for at koordinere og udvikle forebyggende og tidlige indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Publikationen kan også læses af en bredere kreds af videns- eller fagpersoner med interesse for mere viden om selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser blandt børn

¹ Norge, Sverige, Finland og Island.

og unge. Publikationen kan derfor også læses med forskellige udgangspunkter. Den kan læses som retningsanvisende inspiration til at gå i gang med at etablere eller udvikle indsatser til målgrupperne, og den kan læses med afsæt i et bestemt behov eller interesse for at blive klogere på målgrupperne og ift. at opnå detaljeret viden om, hvordan bestemte kommuner adresserer problematikkerne. En læser med sidstnævnte interesse kan derfor med fordel dykke ned i bilagspublikationerne om målgrupperne og beskrivelser af de kommunale indsatser. I bilaget findes også en beskrivelse af kortlægningsmetoden.

Slutteligt vil vi rette en tak til de kommunale ledere og medarbejdere, som har bidraget med deres kommunale erfaringer til kortlægningen, ligesom vi vil takke den gruppe af eksperter og videnspersoner, som har hjulpet os på vej til at identificere potentielt lovende indsatser til målgrupperne. En række personer fra Landsforeningen for Spiseforstyrrelser og Selvskade samt personer fra social- og hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland har desuden løbende kommenteret og kvalificeret dele af teksten.

1.1 Problemforståelse

Udbredelsen af selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser blandt unge i den vestlige verden er steget markant og har som følge heraf fået karakter af at være folkesundheds- eller samfundsproblematikker (Due m.fl. 2014; Møhl, 2006). Hvor selvskadende adfærd tidligere primært fremtrådte i forbindelse med svære psykiske lidelser, er det i dag et udbredt fænomen, også blandt personer uden psykiatriske lidelser (Ilsvard, 2016). Derved indskrives udviklingen i antallet af unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd sig også i en bredere problemstilling omkring stigende psykisk mistrivsel hos unge i Danmark (Ilsvard, 2016). Derfor er der inden for de sidste årtier kommet større fokus på, hvordan problematikkerne kan adresseres gennem tidlige forebyggende indsatser (Klonsky, Victor og Saffer, 2014: 565; Walter, L., 2019).

Der er stor usikkerhed omkring, hvad der forårsager en selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse. Dog er der i litteraturen gennemgående enighed om, at forekomsten af selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse ikke kan tilskrives en enkelt faktor. Risikoen for at udvikle og efterfølgende vedligeholde en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd skal nærmere findes i kombinationen af og interaktionen mellem en række forskellige sårbarheds- og risikofaktorer. Adskillige studier belyser derfor, hvordan bestemte risikofaktorer (ift. sociokulturelle forhold, familiære eller arv- og miljømæssige forhold samt psykologiske forhold) øger risikoen for selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, men fastlægger typisk ikke forholdet mellem årsag og virkning. På baggrund heraf, peger litteraturen generelt på, at der fortsat mangler solid viden om årsagerne til spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, ligesom det er vanskeligt at sondre entydigt mellem risikofaktorer og følgevirkninger af problematikkerne.

Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser bør derfor ansues som sammensatte og komplekse problematikker. Årsagerne til, at en ung udvikler selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse spænder vidt, og er derfor forskellige fra person til person. Det betyder

ydermere, at løsningen på problematikkerne vanskeligt lader sig definere eller kan sættes på "formel", idet fokus på den bagvedliggende årsag i det *enkelte* tilfælde er væsentlig.

Fagprofessionelle og litteraturen på området beskriver, at selvskaden eller spiseforstyrrelsen bedst forstås som udtryk for funktionel adfærd, som de unge oplever som virksomme midler til affektregulering. Selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser fungerer derfor som konkrete mestringsstrategier til at håndtere det, der er svært. Sagt med andre ord er disse mestringsstrategier forsøg på at dulme og dæmpe negative tanker eller følelser. Når en ung skærer i sig selv, overspiser, fremprovokerer opkastninger eller sulter sig selv, får den indre smerte et ydre udtryk, som giver den unge en følelse af kontrol over det, der er svært. I og med at spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd opleves som meningsfulde mestringsstrategier, så er skræks scenariet også at blive frataget disse mestringsstrategier. Netop derfor ses der også en høj grad af ambivalens i forhold til at slippe spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd. I forsøget på at få greb om, hvorfor nogle unge tyr til netop disse mestringsstrategier, understreger litteraturen såvel som praktikere derfor vigtigheden af at betragte selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, som de bedst tilgængelige strategier den unge har til rådighed på nuværende tidspunkt. Det paradoksale i netop den sammenhæng er dog, at adfærden kan ende med at tage magten fra den enkelte, eller true den enkeltes oplevelse af kontrol, fordi der opstår en afhængighed af adfærden (Møhl & Rubæk, 2017; Rubæk, 2009).

Flere af de identificerede kommunale indsatser tager derfor udgangspunkt i en problemforståelse af spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd som et udtryk for affektregulering, og hvor kommunens primære socialfaglige opgave er at bryde den unges adfærdsmønster og sætte andre mere hensigtsmæssige mestringsstrategier i stedet.

Eksempler fra praksis

- **Gladsaxe Kommunes** systemiske familiebehandling blev etableret på baggrund af en bølge af henvendelser fra forældre, lærere, klubmedarbejdere mm., som oplevede at selvskade og spiseforstyrrelse var en stadig mere udbredt mestringsstrategi blandt unge i mistrivsel. Gennem en helhedsorienteret rådgivende og støttende indsats til unge, deres netværk og professionelle, der er tæt på den unges hverdagsliv, arbejdes der med at udvikle alternative mestringsstrategier, og derigennem opnå øget trivsel og samfundsmæssig inklusion.
- **ROBUS i Københavns Kommune** er et tilbud til unge med spiseforstyrrelser og deres forældre. Gennem rådgivning og samtaleforløb arbejdes der med at give de unge bedre mestrings- og handlestrategier til at håndtere udfordringer, så de med støtte fra deres netværk kommer til at trives bedre og eksempelvis bedre kan håndtere hverdagens krav og deres egne tanker og følelser.
- Indsatsen **SESAM i Aalborg Kommune** sigter mod at sætte andre mere hensigtsmæssige mestringsstrategier i stedet for selvskadende adfærd (herunder også spiseforstyrrelser). Indsatsen adresserer i udgangspunktet ikke selvskade som et problem, men som borgerens bedste løsning på sine problemer. Gennem individuelle samtaler og undervisning arbejdes

- der på at styrke borgernes evne til at opøve alternative mestringsstrategier til det, der er svært, og derigennem forebygge den selvskadende adfærd.

Denne problemforståelse ses desuden i studier over virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd. Her peges der på vigtigheden af behandlingselementer som:

- "Funktionsanalyse", som drejer sig om at undersøge funktionen af den selvskadende adfærd, og undersøge, hvad den er et udtryk for set fra patientens perspektiv
- "Adfærdsinterventioner", som kan styrke personens evne til at finde alternative løsninger fremfor at skade sig selv, samt
- Kognitive omstruktureringer", der handler om at ændre personens grundopfattelse af sig selv og til at kunne håndtere negative tanker (Muehlenkamp, 2006).

1.2 Målgrupper og kerneproblematikker

Ifølge tal fra Sundhedsstyrelsen (2017) er spiseforstyrrelser en af de oftest forekommende psykiske sygdomstilstande blandt børn og unge (mellem 0 og 18 år). Tal fra sundhedsdatastyrelsen viser, at der er sket en fordobling af børn og unge, der får stillet en spiseforstyrrelsesdiagnose i perioden fra 2006 til 2017 (1.118 og 2.551 personer). Studier, der belyser forekomsten af unge med risikoadfærd for at udvikle en spiseforstyrrelse, rapporterer risikoadfærd blandt unge kvinder i alderen 16 til 24 år på 23 pct., (Brienholt, F. 2017), mens 23 pct. af pigerne og 9 pct. af drengene i 9. klasse havde et forhold til mad, som giver dem en øget risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse (Alim & Nielsen, 2016). I litteraturen er det desuden en selvstændig pointe, at spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd er fænomener der er forbundet med social smitte, hvilket indebærer en risiko for at de unge smitter og inspirerer hinanden til at udvikle og fastholde adfærden. Dette ses blandt andet i forbindelse med de sociale medier, i klasseværelset og ikke mindst i (gruppe-)indsatssammenhænge (Aggerbeck, 2017; Jarvi et al., 2013).

Forekomsten af selvskadende adfærd er generelt sparsomt belyst og fokuserer ofte på afgrænsede populationer. Sådanne studier rapporterer forekomster på omkring 20 pct. blandt elever i 9. klasse og gymnasieelever. Lignende tal ses i en undersøgelse blandt unge (16 til 24-årige) i almenbefolkningen (Brienholt, F. 2017). Der er således tale om omfattende problematikker, men hvor vi populært sagt kun kender til toppen af isbjerget, da mørketal skjuler den nøjagtige forekomst.

For begge målgrupper gælder, at den spiseforstyrrede eller selvskadende adfærd især ses blandt unge og unge voksne. Selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser, som bulimi og anoreksi, opstår typisk i de tidlige ungdomsår, mens BED (tvangsoverspisning) typisk opstår senere. Flere piger og unge kvinder end drenge og unge mænd lider af en spiseforstyrrelse, men et forbehold i den forbindelse er dog, at der kun findes meget få undersøgelser om spiseforstyrrelser blandt drenge og unge mænd, hvorfor denne vinkel er underbelyst (LMS, 2019). Relativt til spiseforstyrrelsesområdet ses der en mere ligelig fordeling af unge mænd og kvinder med selvskadende adfærd. Til gengæld benytter kvinder og mænd sig

typisk af forskellige (kønnede) selvskademetoder. Mens kvinder typisk benytter såkaldte indadrettede metoder (fx at skære i sig selv), så benytter mænd i højere grad udadrettede metoder (fx at banke hoved eller hånd ind i en væg) (Møhl & Rubæk, 2017b).

Både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser kan betegnes som skjulte lidelser, forstået på den måde, at de unge typisk skjuler deres adfærd og sjældent søger hjælp. Det betyder også, at det kan være vanskeligt at få øje på unge med selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse. De få sikre advarselstegn, man kan være opmærksom på, i forbindelse med selvskadende adfærd, er, om den unge systematisk undgår blottelse, og fx ikke bader eller klæder om sammen med andre til fx idræt, ligesom den unge typisk altid har tildækkede arme og ben. For unge med eller med en begyndende spiseforstyrrelse kan advarselssignaler være restriktiv spisning og overoptagethed af kost, motion, træning.

Selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse udløses typisk af svære situationer eller følelsesmæssige kriser, der bevirker, at den unge oplever stress eller føler et stort pres. Det kan fx være i forbindelse med forældres skilsmisse, flytning, skoleskift, mobning, dødsfald mv. De unge bruger derfor spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd til at få afløb for deres indre psykiske smerte ved at give den et fysisk udtryk, som derved giver dem en oplevelse af kontrol. For at kunne tage hånd om den enkeltes mestring og mestringsbehov, er det derfor væsentligt at arbejde med og få greb om årsagerne til den enkelte unges spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd. Denne pointe fremhæves i undersøgelser som belyser de unges egne perspektiver (se fx Thastum & Khodaie, 2017, Ilsvard 2017) ligesom Møhl argumenterer for, at selvskadende adfærd bør forstås som et symptom på en underliggende problematik. En vellykket behandling indebærer derfor ifølge Møhl en "akut indsats over for den selvskadende adfærd og [dernæst red.] en bearbejdning af personens strategier i forhold til affektregulering og interpersonelle problemer" (Møhl & Psykiatrifonden, 2006).

Litteraturen påpeger dog, at de unge, som udvikler selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, er særligt sårbare for netop at håndtere kriser og svære situationer på netop den måde, idet de typisk i forvejen har svært ved at håndtere deres følelser (Aggerbeck, 2017). Det er derfor kendetegnende for målgrupperne, at de har:

- Regulationsvanskeligheder (ift. fx følelser, mæthed, søvn, behov for trøst osv.)
- Selvværdsproblemer (selvhad og kropshad)
- Stor selvkritik og en oplevelse af uoverkommelige samfundsmæssige krav (om præstationer mm.)
- Vedvarende tristhed, ulyst osv.
- Et stærkt ønske om kontrol.

Det er desuden kendetegnende for begge målgrupper, at der ofte ses dysfunktioner i deres omgivende systemer i form af hjemmet og forældre, skole/uddannelse og/eller i relationen til jævnaldrende. Litteraturen peger på, at selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser ofte er kendetegnet ved en sammenhæng mellem en eller flere af følgende risikofaktorer:

- Den unge har oplevet mobning eller er på anden vis socialt fravalgt

- Lavt selvværd og negativt selvbillede
- Dysfunktionelle familierelationer
- Opvækst kendetegnende ved manglende anerkendelse fra omsorgspersoner
- Omsorgssvigt og traumer i barndommen
- Fysiske og seksuelle overgreb
- Tilknytningsforstyrrelser
- Nedsat evne til mentalisering.

Det er desuden karakteristisk for begge målgrupper, at de trækker sig, eller kan blive nødt til at trække sig, fra det sociale, i forsøget på fortsat at kunne skjule og opretholde spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd.

Selvom den spiseforstyrrede eller selvskadende adfærd kan starte som en relativt uskyldig flugt fra personlige problemer, kan adfærden få vidtrækkende konsekvenser for den unge og for netværket omkring den unge. Selvom der ikke ligger et suicidalt ønske bag adfærden, er både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser potentielt livstruende for de unge, idet risikoen for tidlig død og selvmord er betydeligt højere for unge med selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser relativt til unge uden disse problematikker. På tværs af målgrupperne peger litteraturen på, at unge med selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse kan have sværere ved at gennemføre en uddannelse, oplever ringe livskvalitet, og har en øget forekomst af komorbide psykiske lidelser. Andre væsentlige følgevirkninger af både spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd er følelser af skyld, skam og tomhed, et oplevet behov for selvstraf, og desuden en stor ambivalens i forhold til at slippe adfærden. Alt sammen følelser, som er med til at vedligeholde "den onde cirkel", der fastholder den unge i spiseforstyrrelsen eller den selvskadende adfærd.

På tværs af målgrupperne ses der desuden lignende følgevirkninger for de unges forældre fx i form af ringe tilknytning til arbejdsmarkedet. Dette kan bl.a. skyldes de unges behov for støtte fra deres forældre i hverdagen, og den stressbelastning der kan være forbundet med at være forældre til et barn med selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse. Herudover viser en kvalitativ undersøgelse af forældre til unge med selvskadende adfærd, at forældrene og den øvrige familie i høj grad påvirkes af den unges tilstand. De oplever at være i en konstant stresspåvirkning og en konsekvens heraf er fx, at de, ligesom de unge selv, ofte trækker sig fra det sociale (Ilsvard, udgives i efteråret 2019).

På trods af, at årsagerne til selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser kan være meget forskellige, så viser spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd sig typisk i sammenlignelige tilbagevendende og vedholdende mønstre. Netop derfor bør indsatser til målgrupperne forsøge at arbejde "bagom" den spiseforstyrrede eller selvskadende adfærd, og ikke alene adressere spisning eller selvskaden, da de blot er symptomer på den bagvedliggende problematik.

I det følgende ses eksempler på, hvordan nogle af de identificerede kommunale indsatser forsøger at sætte fokus på de bagvedliggende årsager til den selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelse.

Eksempler fra praksis:

- Ved at fokusere på de bagvedliggende psykologiske årsager til overvægt og overspisning, arbejdes der i **Kolding Kommunes** tilbud "Ligevægt" (tilbud til voksne med BED) med at forebygge, foregribe og adressere konkrete problematikker som stigmatisering, selvbebrejdelse, skyld og skam. Der lægges desuden vægt på, at man med indsatsen har taget et aktivt valg om ikke at skulle agere sundhedsekspert over for målgruppen. Dette ud fra en antagelse om, at målgruppen ikke har for behov for mere viden om kost eller vægttab, men i højere grad har brug for at få balanceret deres forhold til mad gennem øget trivsel og selvværd. Øget trivsel og selvværd er derfor blandt de primære succeskriterier for indsatsen, mens vægttab anskues som en (hyppig) sidegevinst.

2 Principper for indsats

Udviklingen af en generisk ramme for indsatser til unge med selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser stiller krav om en beskrivelse, der kan rumme en stor grad af forskellighed, ikke blot hvad angår karakteren og sværhedsgraden af de unges problematikker, men også variationer i den kontekst, som en indsats for en given ung skal udfoldes inden for. Det indebærer, at vi på den ene side ønsker at udvikle en ramme, der gør det muligt på en systematisk måde at beskrive virksomme elementer i en given indsats, og på den anden side ønsker at gøre dette på en måde, som åbner op for en betydelig grad af lokale tilpasninger.

Til dette formål har vi valgt at trække på en principfokuseret tilgang til at beskrive en indsatsmodel, som kan samle tværgående elementer i potentielt virksomme indsatser for unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser (Patton 2018).² I denne tilgang informerer og guider principperne de fagprofessionelles beslutninger og valg ved at angive, i hvilken retning de bør handle i givne situationer. Til forskel fra mere standardiserede tilgange åbner den principfokuserede tilgang op for en højere grad af tilpasning til den konkrete kontekst.

Trods mange ligheder mellem unge med spiseforstyrrelser og unge med selvskadende adfærd kan de internt være forskellige og have forskellige behov. Dette stiller derfor krav til beskrivelsen af virksomme indsatselementer, om at kunne rumme denne diversitet. Det stiller krav om en åbenhed i beskrivelsen af indsatsen, som gør det muligt at anlægge lokale, faglige skøn af, hvordan konkret elementer bedst kan implementeres i praksis, blandt andet i forhold til målgruppen, målgruppens problematikker samt lokale organisatoriske og ressourcemæssige betingelser. Med den principfokuserede tilgang søger vi at etablere en sådan åbenhed samtidig med at gøre det muligt at identificere og operationalisere virksomme elementer på en systematisk vis. Det at omsætte principperne i praksis, afhængigt af den lokale kontekst, bliver derfor en grundlæggende præmis i måden at arbejde med indsatserne på og implementere dem med kvalitet.

² Patton, Michael Quinn (2018) "Principles-Focused Evaluation: The Guide". New York: The Guilford Press.

2.1.1 Hvad skal vi kigge efter?

For at kunne vurdere, i hvilken grad principperne i indsatsrammen er omsat, har vi formuleret nedenstående beskrivelser, som uddyber, hvordan principperne mere konkret kan ses udfoldet i praksis. For yderligere at guide blikket i retning af, hvad der styrker omsætningen af principperne, har vi beskrevet dels, hvordan en omsætning af princippet kan iagttage, dels hvilken praksis, der kan udgøre en barriere for implementeringen af princippet. Endeligt har vi beskrevet nogle konkrete eksempler fra vores kortlægning på, hvordan princippet er blevet omsat i praksis i konkrete sammenhænge.

Omsætningen af principperne til praksis skal ses ud fra en gradsmæssig vurdering, snarere end et enten-eller. Hvad der udgør et 'tilfredsstillende' niveau kan således ikke defineres på forhånd, men skal vurderes lokalt og afhængigt af den kontekst, som en indsats rettet mod unge med spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd skal implementeres i. En rettesnor kan dog være, at princippet skal implementeres *så meget som muligt*, hvilket åbner op for, at man i et tilbud til unge i målgruppen kontinuerligt kan arbejde med at styrke sin omsætning af principperne (Ilsvard og Møller 2018).

2.2 Borgerrettede aktiviteter

2.2.1 Princip #1: Indsatsen skal tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte unge

Årsagerne til, at en ung udvikler en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd, kan være mange, og der er en gennemgående enighed i forskningslitteraturen om, at forekomsten af disse problematikker ikke kan tilskrives en enkelt faktor, men i stedet opstår på baggrund af en kombination af flere forskellige risikofaktorer, som interagerer med hinanden (se fx Nock, 2009; Claes & Muehlenkamp, 2014). De problemkomplekser, som ligger til grund for udviklingen af spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, kan således være meget forskellige fra ung til ung. Dette skal tilrettelæggelsen af en virksom indsats kunne tage højde for.

Tilsvarende peger forskningslitteratur på, at forskelle i de unges mestring og mestringsbehov kan være store, og at indsatsen også bør tilrettelægges med dette for øje (Ilsvard 2016). Derfor bør de fagprofessionelle i vid udstrækning betragte de unge på et individuelt plan og sikre fleksibilitet i indsatsen. I forlængelse af det peger interviewundersøgelser af unge med selvskadende adfærd på, at behandlerne bør sikre, at de unge føler sig hørt, og at de unge gives mulighed for at have indflydelse på egen behandling. Det kan være med til at sikre, at de unge og de fagprofessionelle 'taler samme sprog' og samarbejder om at nå det samme mål (ibid; Wampold 2015).

Det er derfor vigtigt, at indsatsen er orienteret mod den enkelte unge, hvor der er fokus på mennesket som helhed, fremfor udelukkende den diagnostiske beskrivelse eller problemstillingernes historie. Samtidig bør indsatsen være involverende af den unge, give mest mulig selvbestemmelse gennem hele processen og tage udgangspunkt i den enkelte unges potentiale for udvikling. Forskningslitteratur peger i den forbindelse på, at unge med

selvskadende adfærd ofte oplever en indsats som meningsløs, ligesom det svækker deres behandlingsmotivation, hvis de fagprofessionelle hverken lytter til deres ønsker eller behov, eller involverer dem i at give indsatsen retning (Idenfors et al., 2015; Samuelsson et al., 2009). Dette understreger vigtigheden af at involvere den enkelte unge både i forhold til at opstille mål og planer for indsatsen, og i forhold til en løbende evaluering af indsatsen som virksom eller ej. En tilsvarende anbefaling fremgår desuden af Sveriges nationale selvskadeprojekt (Nationella självskadeprojektet, 2014).

Unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser skjuler ofte deres adfærd og søger sjældent hjælp. Netop derfor er det vigtigt, at indsatsen kan gå i gang med det samme, og der fx ikke skal afventes længerevarende udredningsforløb, når en ung eller forældrene til en ung har henvendt sig til kommunen. Konsekvenserne af ikke at kunne tilbyde rettidig hjælp kan forventeligt være, at den unge mister motivationen, ikke oplever at blive taget seriøst, eller at adfærden eskalerer yderligere. Endvidere er det væsentligt, at indsatsen er tværfaglig og koordineret med andre fagprofessionelle aktører, der er involveret i den unges liv. Dette kan for både unge med spiseforstyrrelser og unge med selvskadende adfærd især dreje sig om samarbejde med den regionale behandlingspsykiatri, hvis den enkelte unge har været eller er en del af dette behandlingssystem, ligesom den unges praktiserende læge kan være særdeles relevant at inddrage i indsatsen. For unge med spiseforstyrrelser kan et samarbejde med en diætist også være relevant, hvis dette ikke er en del af tilbuddet i forvejen. For unge i begge målgrupper kan problematiske relationer i skole eller uddannelse endvidere være medvirkende til at forstærke den problematiske adfærd, hvorfor et samarbejde med den unges lærere eller undervisere kan være vigtigt med henblik på at adressere eventuelle dysfunktionelle skoleforhold eller i nogle tilfælde mangelfuld skolegang.

Fleksibel metodisk indsats

I omsætningen af dette princip er det relevant at:

- Indsatsen skræddersyes til den enkelte unges behov, ønsker og ressourcer. Dette gælder både indsatsens metode, indhold og varighed.
- Dette betyder også, at der følges løbende og systematisk op på, om indsatsen er hjælpsom for den enkelte unge, og indsatsen justeres derfor undervejs efter behov.

Omvendt kan det være udfordrende for at sikre en individuelt tilrettelagt indsats, hvis:

- Der i tilbuddet alene anvendes metoder, som er meget manualiserede og "manuskriptliggjorte", og som derfor kun i begrænset udstrækning kan tilpasses den enkelte borgers behov og situation.
- Indsatsens indhold og varighed er defineret, før den unge henvises til tilbuddet.
- De fagprofessionelle vurderer alene, hvorvidt indsatsen er virksom eller ej, uden inddragelse af feedback fra den unge selv, den unges netværk eller andre professionelle.

Eksempler fra praksis:

Kolding Kommunes tilbud "Ligevægt" er målrettet borgere med BED. Her anvendes både gruppeforløb og individuelle samtaler med borgerne. Indsatsen justeres løbende til deltagerens behov. Der arbejdes eklektisk og med anvendelse af en række forskellige tilgange: Kognitive metoder, herunder både traditionelle og ACT, narrative og systemiske metoder, kritisk psykologiske begreber og perspektiver, metoder baseret på Neurolingvistisk Programmering (NLP), mindfulness øvelser og mindful eating, naturbaseret terapi, funktionel hjernetræning samt sundhedsfaglig viden.

I Ligevægt anvendes også Feedback Informed Treatment (FIT) til at styrke et borgerinddragende fokus og sikre gode behandlingsalliancer. Derudover inddrages brugerperspektivet på lige fod med faglige perspektiver og erfaringer

Bredde i tilbuddet

For at kunne omsætte princippet om, at indsatsen skal tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelte unge, er det endvidere vigtigt at skabe en vis bredde i tilbuddet. Dette kan blandt andet komme til udtryk ved at:

- Tilbuddet indeholder flere forskellige typer af metoder og behandlingsformer, som de fagprofessionelle kan anvende, afhængigt af den enkelte unges behov. Det kan både være forskellige typer af individuelle indsatser og gruppetilbud, eller både selvhenviste forebyggende indsatser og fleksible foranstaltede indsatser.
- Tilbuddet har mulighed for at sikre en tidlig og hurtig indsats til borgerne i form af rådgivning og sparring.

Omvendt kan det være udfordrende at sikre denne bredde hvis:

- De fagprofessionelle i tilbuddet alene har ekspertise inden for en enkelt eller nogle få metoder, som anvendes til alle borgere i tilbuddet.
- De fagprofessionelle har mangelfuldt kendskab til spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, hvilket gør det vanskeligt for dem at vælge den rigtige indsats eller kombination af indsatser til den enkelte borger.
- De professionelle i tilbuddet kan ikke tilbyde nogen form for hjælp til borgeren, før der er gennemført et eller flere udredningsforløb, eller før andre fagprofessionelle aktører har handlet.

Eksempler fra praksis:

"Team for Spiseforstyrrelser" i **Aarhus Kommune** har etableret et fleksibelt tilbud til voksne borgere med spiseforstyrrelser. Tilbuddet er organiseret som et bostøttetilbud. På baggrund af borgerens egne ønsker og behov kan bostøtten have fokus på:

1. Udvikling af personlige kompetencer, fx udtrykke og forstå følelser, undgå det perfekte som ideal eller tage ansvar og løse problemer.
2. Udvikling af sociale kompetencer, fx støtte til at skabe kontakt til familier og venner eller træning i socialt samvær.
3. Praktiske gøremål, fx styre sin økonomi eller gøre rent.

4. Beskæftigelse og uddannelse, fx støtte til at vælge, starte og fastholde uddannelse/job eller kontakt til en mentor.
5. Motivationsarbejde, fx støttende samtaler, eksternalisering af spiseforstyrrelsen eller holde fast i håbet om forandring og fremskridt.
6. Psykoedukation, fx undervisning i psykiske og fysiske skader af spiseforstyrrelsen, symptomer eller komorbiditet.
7. Kost og spisning, fx sundhedslære eller støtte til kostplan og samtaler om reaktionen på at lave mad og spise.
8. Krop, motion og fysik, fx samtaler om kroppen, vejledning i hensigtsmæssig motionsform og -niveau eller lære at anerkende sin krop og eget spejlbillede.

I **Holstebro Kommunes** "Task Force" udgør afklarende og rådgivende samtaler med borgere, pårørende og fagpersoner en stor del af det samlede tidsforbrug. Via en kontaktformular på Task Forcens hjemmeside, som kan benyttes af alle målgrupper, følger medarbejderne op på henvendelser ved at yde rådgivning og vejledning. Der er desuden mulighed for telefonisk henvendelse gennem en fælles indgang kaldet "Psykologkontakten".

Opmærksomhed på opsporing og rekruttering

I forhold til at omsætte princippet om at indsatsen skal tilrettelægges med udgangspunkt i den enkelt unge, kan det være relevant med et selvstændigt fokusområde i forhold til opsporing og rekruttering. I og med at unge med selvskadende adfærd og spiseforstyrrelse skjuler deres problematikker og sjældent søger hjælp, kan det være væsentligt at sikre tilbud som er let tilgængelige indgangsvinkler til hjælp for de unge, forældre og pårørende. Dette kan blandt andet sikres gennem:

- Åbne uvisiterede tilbud, som skaber en nem 'vej ind' til vejledning, rådgivning og støtte for de unge (og evt. deres forældre).

Omvendt kan det være udfordrende for kommunen at arbejde med opsporing og rekruttering hvis:

- Kommunen alene fokuserer på unge med omfattende problematikker i forhold til selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, og således ikke adresserer målgruppen ud fra et bredere mistrivselsspektiv.

Herudover vil det i sagens natur være vanskeligt for kommunen at vide, om de gennem deres eventuelle åbne tilbud også får opsporet de unge, som de burde. Hvorvidt der er søgning til de åbne tilbud, vil alene kunne give en indikation af dette.

Eksempler fra praksis:

Indsatsen SESAM i **Aalborg Kommune** er et åbent behandlingstilbud for personer med selvskadende adfærd. I praksis betyder det, at fx en bostøtte kan henvende sig på vegne af en borger, ligesom en borger selv kan henvende sig for at få hjælp. Der er tale om et anonymt åbent tilbud, hvilket fremhæves som en fordel i forhold til at sikre rettidig hjælp, ligesom det forventeligt kan have en motiverende virkning, at tilbuddet er anonymt og dermed ikke omfattes af notatpligt.

2.2.2 Princip #2: Indsatsen skal være dialektisk og balanceret

Det er i dag en forskningsmæssigt velunderbygget viden, at en indsats, der ønsker at engagere og fastholde borgere med en personlighedsforstyrrelse – herunder i særdeleshed med (træk af) en emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse, tidligere benævnt "borderline") – i et virksomt indsats- eller behandlingsforløb, forudsætter en *terapeutisk balance*. Princippet "dialektisk tilgang" henviser konkret til, at indsatsen med fordel kan tilrettelægges i en stadig vekselvirkning mellem et accepterende og validerende møde med borgeren, der hvor vedkommende er lige nu, og en terapeutisk påvirkning i retning af forandring. Som indikeret med brugen af begrebet "dialektisk" trækker dette princip i særlig grad på erfaringerne med udvikling af behandlingsmodellen dialektisk adfærdsterapi siden 1980'erne.

I behandlingsarbejde med personer med bl.a. emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse var der i 1980'erne opstået en erkendelse af, at disse personer er særligt vanskelige at fastholde i fx et konventionelt kognitivt adfærdsterapeutisk behandlingsforløb. Samtidig er der en risiko for en negativ behandlerreaktion i form af frustration, vrede eller ligefrem udbrændthed. Dialektisk adfærdsterapi, udviklet af især Marsha Linehan fra University of Washington i Seattle (under betegnelsen *Dialectical Behavior Therapy*, DBT på engelsk og DAT på dansk), har taget form med denne udfordring for øje. Roden til terapiformens i dag veldokumenterede effekt i forhold til personer med en emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse – såvel som relaterede vanskeligheder som selvskade og i stigende grad også spiseforstyrrelse – er netop den dialektiske balance mellem valideringsterapi med inspiration fra østerlandsk filosofi (bl.a. mindfulness) og en konventionel kognitivt-adfærdsterapeutisk interventionsform. Dialektisk adfærdsterapi indebærer en balance mellem at opnå terapeutisk alliance ved at anerkende og hvile i borgerens aktuelle situation og at anspore til kognitiv udvikling og forandring.³ Som vist nedenfor har vi fundet en nært beslægtet tankegang i flere af de identificerede kommunale praksiseksempler.

I omsætningen af dette princip er det relevant at:

- Indsatsen skal være tilrettelagt sådan, at den/de professionelle, som møder den unge, *på den ene side* kontinuerligt og tydeligt ser og anerkender hvor den unge befinder sig i forløbet på det givne tidspunkt. *På den anden side* skal fagpersonen løbende understøtte og anspore til gunstig udvikling og forandring hos den unge. Fagpersonen skal dosere og time denne vekselvirkning på den måde, som bedst befordrer den enkelte unges engagement og fremskridt.
- De fagpersoner, som yder indsats for den unge, skal have adgang til og mestre anvendelsen af et repertoire af konkrete redskaber, metoder eller teknikker, som sikrer høj faglig kvalitet i forhold til *begge* dimensioner af en balanceret tilgang (herunder fx kædeanalyse, diverse analytiske skemaer m.m.).

Flere forhold kan udgøre en udfordring i forbindelse med implementering af en dialektisk, balanceret tilgang. De vigtigste er:

³ Se en introduktion i Mehlum, L. & A. Tørmoen (2014): "Hva er dialektisk atferdsterapi?", *Suicidologi*, årg. 19, nr. 3, s. 3-8.

- For den fagligt kompetente behandler, som fx mestrer konventionel kognitiv adfærdsterapi, kan det erfaringsmæssigt være ganske udfordrende at skulle bevæge sig dialektisk ind og ud af rollen som terapeuten, der ansporer borgeren til udvikling og forandring. Der kan være behov for både kompetencemæssig og mere grundlæggende faglig udvikling for den enkelte fagperson.
- Omgivelserne kan savne forståelse for og tålmodighed med en dialektisk tilgang, som kan forekomme omstændelig. Der tænkes her især på den unges uformelle netværk (i første række forældrene) og på myndighedsafdelingen og -sagsbehandleren. Et vigtigt implementeringselement er således at sikre en tilbundsgående forståelse af baggrunden for og rationalet bag princippet hos alle aktører.

Eksempler fra praksis:

De **norske** erfaringer gennem en årrække med implementering af dialektisk adfærdsterapi i et meget stort antal kontekster (mere end 30 team i alle dele af landet) er af stor relevans som et eksempel på en virkeliggørelse af princippet om dialektisk tilgang i et velfærdssamfund, som minder om det danske. I Norge er DAT primært anvendt i behandling af selvskadende adfærd. Det skal dog bemærkes, at der internationalt er opbygget betydelig evidens også for effekten af DAT-behandling af spiseforstyrrelser (se fx Wisniewski & Ben-Porath, 2015).

I **Sønderborg Kommune** har forvaltningen Job & Velfærd etableret Team for spiseforstyrrelse, som yder specialiseret rehabiliterende indsatser for alle borgere med en diagnosticeret spiseforstyrrelse (børn, unge og voksne) og evt. desuden selvskadende adfærd eller psykiatrisk komorbiditet som yderligere problematikker i den konkrete sag. Teamets specialiserede indsats tager på den ene side udgangspunkt i borgerens hverdag og hverdagsliv i en skræddersyet tilgang med respekt for borgerens eget perspektiv. Man trækker dog samtidig på bl.a. kognitive terapeutiske metoder som afsæt for at stimulere forandring. Antagelsen er, at alle borgere er motiverede for at blive herre i eget liv og mestre hverdagen, samt at en høj grad af selvhjulpethed hænger sammen med høj livskvalitet. Journalføring er i Team for spiseforstyrrelse afsæt for systematisk fokus på progression i borgerforløbet.

Behandlingstilbuddet SESAM i **Aalborg Kommune** (se ovenfor) er direkte baseret på DAT-behandlingsmodellen. Der opereres fx med en kombination af individuelle terapeutiske samtaler og færdighedstræning i gruppeforløb.

2.2.3 Princip #3: Indsatsen skal være familie- og netværksinvolverende

Den unges familie og netværk kan udgøre en væsentlig beskyttelsesfaktor i form af social støtte, og gode familierelationer kan have en gavnlig virkning for de unges muligheder for at komme sig. Omvendt kan problematiske relationer og dysfunktionelle familieforhold udgøre en potentiel risikofaktor, der kan forstærke den unges udfordringer (Ilsvard 2016). Samtidig er den krise, som en ung med spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd er i, ofte også en krise for familien og de nærmeste pårørende, hvilket også gør familien og det nære

netværk til et vigtigt indsatsområde. Det afspejler sig også i flere af de identificerede kommunale indsatser.

Familien og netværksrelationerne bør derfor udføre et selvstændigt område i indsatsen til unge med spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd. Dette gælder særligt hjemmeboende unge, hvor forældrene både bør inddrages i de unges indsatsforløb, ligesom der bør igangsættes selvstændige indsatser til forældre, som kan være med til at styrke deres kompetencer og evner til at håndtere den unges spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd (ibid.). Inddragelsen af familie og netværk i behandlingen kan endvidere medvirke til at styrke den unges motivation for at indgå i behandlingen, ligesom netværkets opbakning kan have en afsmittende effekt på den unges deltagelse i indsatsen. Når en ung skader sig selv eller udvikler en spiseforstyrrelse, har det ikke alene konsekvenser for den enkelte unge, men også for den samlede families situation. Det kan blandt andet betyde, at forældrene i perioder er uden for arbejdsmarkedet, som fx sygemeldte eller mere eller mindre frivilligt må opgive deres arbejde for at kunne tage sig af deres barn. Studier viser desuden, at søskende til unge med spiseforstyrrelser bekymrer sig, føler sig magtesløse, og kan opleve følelser af jalousi, når forældrene bruger relativt mere tid på det barn, der er ramt af spiseforstyrrelsen, end på dem selv (VioSS, 2019).

Derudover spiller koordinering af det professionelle netværk også en vigtig rolle, så indsatsen samstemmes med andre fagprofessionelle aktører, der er involveret i den unges og familiens liv.

Inddragelse af familien og familiedynamikken

I omsætningen af dette princip kan inddragelse af familien og familiedynamikken være helt centralt. Det kan indebære at:

- Tilbuddet tilrettelægges som et tilbud for hele familien, hvor indsatsen for familien og familiens indbyrdes relationer ses som en del af indsatsen for den unge.
- Familien indgår som en samarbejdspartner og er med til at definere deres eget behov for hjælp.

Omvendt kan omsætningen af princippet være vanskeligt hvis:

- De fagprofessionelles samarbejde med familien alene har fokus på, hvordan familien kan hjælpe de fagprofessionelle i indsatsen for den unge og ikke på, hvordan den unges adfærd og problemstillinger påvirker familien. Eller hvis de fagprofessionelle ikke ser på, hvordan familiens dynamikker og problemstillinger påvirker den unge og den unges adfærd.
- De fagprofessionelle definerer alene den unges behov, og hvad forældre og andre netværkspersoner i den unges liv bør gøre.

Eksempler fra praksis

I "Familier og Spiseforstyrrelser" på **behandlingsstedet Holmstrupgård i Region Midtjylland**, arbejder man med en række forskellige indsatser rettet mod familierne til unge med

spiseforstyrrelser. Indsatserne tilrettelægges efter den enkelte families behov og kan bl.a. indeholde følgende elementer:

- 1) Udviklingsforløb mod at normalisere familielivet og derved støtte den unge til at arbejde sig ud af sin spiseforstyrrelse.
- 2) Familiesamtaler med far, mor og evt. søskende ca. hver 4. uge, som indeholder systematisk arbejde med de udviklingspunkter, der kan føre frem til et normaliseret familieliv, samt afklaring af familiens ressourcer og muligheder i netværket.
- 3) Ungesamtaler ca. hver anden uge, som afdækker den unges forståelse for og adfærdsmønstre omkring spiseforstyrrelsen. Der arbejdes med at afklare den unges ressourcer, og om en særlig indsats skal iværksættes i forhold til at etablere en god kontakt til den unge.
- 4) Forældresamtaler efter behov med mor og far, hvor forældrene har mulighed for at arbejde med de udfordringer og følelser der er forbundet med at være pårørende og forældre til et barn med en spiseforstyrrelse.

I "ROBUS", som er en tilbud til unge med spiseforstyrrelser i **Københavns Kommune**, anses forældrenes støtte og opbakning til indsatsen som særdeles værdifuld og en potentielt meget væsentlig faktor for den unges mulighed for at komme ud af spiseforstyrrelsen. Derfor lægger tilbuddet stor vægt på familien deltagelse i indsatsen for hjemmeboende unge under 18 år. Det kan bl.a. ske gennem familiesamtaler og temaaftener for unge og pårørende.

Selvstændigt fokus på forældre og søskende

I omsætningen af dette princip kan det også være relevant at sætte selvstændigt fokus på forældre og søskende, hvor:

- De fagprofessionelle er opmærksomme på, hvordan den unges spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd påvirker forældre og evt. søskende. I denne sammenhæng bør der være både fokus på at hjælpe forældre og søskende med at forstå adfærd hos unge, samt fokus på at undgå u hensigtsmæssige reaktioner og adfærdsmønstre hos forældre og søskende.
- De fagprofessionelle er opmærksomme på, hvordan familiens dynamikker og problemstillinger påvirker den unge med selvskadende adfærd eller en spiseforstyrrelse.

Omvendt kan det være vanskeligt at omsætte princippet til praksis, hvis:

- De fagprofessionelle opfatter forældre og søskende som potentielle 'medskabere' eller 'forstærkere' af den unges adfærd. De fagprofessionelle ser derfor forældre og søskende som 'trusler' for den unges muligheder for at komme sig, som den unge skal skærmes mod.

Eksempler fra praksis

I "Familier og Spiseforstyrrelser" på **Holmstrupgård i Region Midtjylland** kan forældre komme i forældregrupper ca. en gang hver anden måned. Grupperne bliver

dannet for at give forældrene mulighed for at dele tanker og følelser med andre forældre, der har en ung med en spiseforstyrrelse. Der arrangeres også Søskencafé som et sted, hvor søskende til unge med psykiske lidelser herunder spiseforstyrrelser kan mødes ca. en gang om måneden. Her er der fokus på at skabe et frirum, hvor der kan deles tanker og oplevelser om det at have en psykisk lidelse tæt inde på livet.

Sikre fælles fodslag i hele netværket

Udover de to ovenstående fokusområder er det desuden væsentligt at sikre fælles fodslag i hele netværket. Dette kan komme til udtryk ved at:

- Støtten til den enkelte unge koordineres med andre fagprofessionelle aktører i den unges liv, så der så vidt muligt skabes en sammenhængende indsats.
- Der arbejdes på at inddrage de relevante aktører i hele familiens netværk, både privat og professionelt, med henblik på at sikre opbakning fra netværket til en tålmodig og langsigtet proces i indsatsen for den unge og familien.

Og omvendt kan det være udfordrende at omsætte princippet om at indsatsen skal være familie og netværksinvolverende, hvis:

- Tilbuddet er klart afgrænset fra andre aktørers indsatser og de fagprofessionelle insisterer på at gennemføre egen indsats uden tilpasning til andre aktørers indsatser.
- Det professionelle netværk til familien stiller for ambitiøse forventninger om hurtigt fremskridt for den unge og familien i udsigt.
- Forældre eller den unge presses eller forstyrres af andre fagprofessionelle aktører, som stiller krav, der er kontraproduktive for indsatsen til familien.

Eksempler fra praksis

Holstebro Kommune har etableret en "Task Force", som fungerer som et tværfagligt og tværorganisatorisk forum for kvalificeret drøftelse af sager om borgere med spiseforstyrrelser på både børne- og voksenområdet. Både medarbejdere fra børne- og ungeafdelingen samt voksenområdet indgår i Task Forcen, ligesom der er etableret fast samarbejde med kommunens praksiskonsulenter på både børne- og voksenområdet med henblik på kobling til og dialog med almen praksis. Konkret drøfter deltagerne i Task Forcen, hvad der er allerede gjort i de enkelte sager, og hvad der evt. skal gøres yderligere. Der er både fokus på støtte og rådgivning i de lidt mere alvorlige sager samt på tidlig opsporing, herunder formidlingsopgaver. Opsporing af tidlig risikoadfærd er således også blevet en del af arbejdet.

I "Familier og Spiseforstyrrelser" på **Holmstrupgård**, uddanner og superviserer man også eksterne samarbejdspartnere og kommunale sagsbehandlere med henblik på at overtage rollen som primære støttepersoner for den unge og familien.

Formålet med uddannelsen er, at de øvrige professionelle i familiens liv har en grundlæggende viden om spiseforstyrrelser og principperne i indsatsen. Det giver mulighed for at sikre kontinuitet i arbejdet med, at den unge kommer ud af sin spiseforstyrrelse.

2.3 Organisatoriske aktiviteter

2.3.1 Princip #4: De fagprofessionelle i tilbuddet har ekspertise og erfaring i at støtte unge i målgruppen

En grundlæggende forudsætning for at kunne iværksætte en virksom indsats er, at de fagprofessionelle, som varetager støtten til unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd, har et indgående kendskab til adfærden og til de underliggende problematikker, der udløser den (Ilsvard 2016). Hvis de fagprofessionelle har en begrænset forståelse af spiseforstyrrelsesadfærd eller selvskadende adfærd, fx i forhold til de unges motiver for adfærden eller deres behov for støtte, kan medarbejderne føle sig sårbare, usikre og utilstrækkelige i forhold til indsatsarbejdet med målgrupperne. Omvendt kan dette også få konsekvenser for de unge, som kan miste motivationen for at arbejde med deres problematikker, fordi de eksempelvis ikke føle sig mødt med forståelse og empati, og derfor kan have svært ved at stole på og føle sig tryk ved den fagprofessionelle (Ilsvard, 2017:13).

Forudsætningen for at skabe en vellykket indsats hviler derfor på, at de fagprofessionelle har ekspertise i at afhjælpe problemadfærden sammen med den unge, og i den enkelte unges underlæggende problematikker, der udløser adfærden. Dette kan fx sikres gennem målrettede uddannelsesprogrammer og øget brug af supervision (Ilsvard 2016; Sundhedsstyrelsen 2018). Kommunerne henviser eksempelvis til konkrete uddannelses- og kompetenceudviklingsforløb i regi af LMS, og samarbejder med specialister fra psykiatrien. Herigennem kan det sikres, at de fagprofessionelle har viden om eksempelvis social smitte. Social smitte udgør en særlig problemstilling blandt unge med selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser, som der bør rettes en skærpet opmærksomhed mod fx i gruppeindsats-sammenhænge.

Et vigtigt element i den organisatoriske tilrettelæggelse af en virksom indsats for unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd, er således, at der løbende sker en faglig opkvalificering af medarbejdere i at arbejde med målgruppens problematikker. Medarbejderne skal endvidere have stærke relationskompetencer, være robuste og understøttes i at være reflektive over egen indsats (Wampold 2015). Personer med selvdestruktiv adfærd i form af selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser beskrives i både indsats- og behandlingssammenhænge som nogle af de mest udfordrende målgrupper at forstå og hjælpe. Dette kan fremkalde massive følelsesmæssige reaktioner hos de fagprofessionelle. En række studier peger i den forbindelse på, at fagprofessionelle kan have svært ved at opretholde deres professionalisme i mødet med unge som fx skader sig selv. Utilsigtede konsekvenser heraf er, at den fagprofessionelle udvikler antipati over for den unge, og lader indsatsen styre af deres egne følelser og moralske overbevisninger (Ilsvard 2016).

Et væsentligt fokusområde i forhold til at omsætte dette princip bør således dreje sig om de medarbejdernes erfaring og kompetencer. Opsummerende indebærer dette blandt andet at:

- Tilbuddet bemannes med fagprofessionelle, der har både erfaring og kompetencer som matcher målgruppen.
- Der i vid udstrækning arbejdes tværfagligt og teambaseret.
- Der sker en målrettet og løbende kompetenceudvikling af personalet, fx i form af supervision og træningsforløb i relevante metoder og tilgange.

Omvendt kan det være vanskeligt at omsætte princippet, hvis:

- Tilbuddets medarbejdere har generelle psykologiske eller socialpædagogiske kompetencer, men mangler specialisering i spiseforstyrrelser og/eller selvskadende adfærd.
- Medarbejdergruppen rummer alene én type professionelle eller én type specialisering.
- Medarbejdernes kompetenceudvikling sker sporadisk og er ikke specifikt rettet mod målgruppens behov.

Eksempler fra praksis

I "Team for Spiseforstyrrelser" i **Aarhus Kommune** modtager medarbejderne fast ekstern supervision fra eksperter inden for målgruppens problematikker, bl.a. fra behandlingspsykiatrien. Derudover afholdes der ugentlige teammøder med kollegial sparring, hvor medarbejderne vælger relevante sager ud, som de har brug for sparring omkring. Endvidere er medarbejdere løbende blevet opkvalificeret i Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og får supervision i denne tilgang.

I **Sønderborg Kommunes** "Team for Spiseforstyrrelser", modtager medarbejderne løbende faglig supervision i forbindelse med faste teammøder. I teamets etablering og medarbejdernes fortsatte udvikling af indsatsen, er der lagt stor vægt på faglig opkvalificering, fx i form af et kursusforløb i samarbejde med LMS for alle teamets medarbejdere med fokus på BED-indsats.

I den **norske DAT-indsats** (dialektisk adfærdsterapi) mødes alle behandlere i en DAT-enhed i et konsultationsteam, normalt en gang om ugen. På møderne støtter behandlerne gensidigt hinanden i at fastholde det dialektiske fokus og behandlingsmotivationen, ligesom møderne tjener til at udvikle og træne centrale terapeutiske færdigheder.

2.3.2 Princip #5: Tilbuddet skal sikre tværoorganisatorisk samarbejde med andre relevante indsats

Da udfordringerne og de bagvedliggende problematikker hos de unge, som udvikler en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd, ofte er meget forskellige og multiple, har de unge også ofte brug for hjælp fra mange instanser og professionelle.

I både Socialstyrelsens "Nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser" og Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse" lægges der vægt på, at behandlingsforløb og efterfølgende rehabiliteringsforløb bør ske i koordination og samarbejde mellem forskellige fagprofessionelle aktører, såsom

kommunale sagsbehandlere, socialfaglige medarbejdere, kommunale sundhedsprofessionelle, behandlingsansvarlige fra den regionale psykiatri, praktiserende læger m.v. For unge under 18 år bør PPR eller en repræsentant fra skolen også inddrages i samarbejdet (Socialstyrelsen, 2015 & Sundhedsstyrelsen, 2017).

Tværorganisatorisk samarbejde

Et væsentligt fokusområde i forhold til at omsætte dette princip drejer sig om det tværorganisatoriske samarbejde, og kan ses når:

- Tilbuddet har etableret faste samarbejdsflader og – relationer til andre professionelle, der beskæftiger sig med støtte og behandling af unge med spiseforstyrrelser eller selvskadende adfærd. Det kan fx være det somatiske og psykiatriske sygehusvæsen, sagsbehandlere, jobcentre eller misbrugscentre
- Der er også etableret samarbejdsflader mellem børne- og voksenområdet, så der skabes gode overgange mellem områderne for borgerne.

Omvendt kan det være vanskeligt at omsætte princippet, hvis:

- Etablering og vedligeholdelse af relationer til andre instanser og professionelle ikke anses for at være en del af kerneopgaven blandt tilbuddets medarbejdere og ledelse.
- Der kun i begrænset udstrækning sker videndeling og overlevering mellem professionelle på børne- og ungeområdet og professionelle på voksenområdet.
- Hjælpen til den unge på børne- og ungeområdet klart adskiller sig fra hjælpen på voksenområdet, hvad angår metodisk indhold, kvalitetsniveau og intensitet.

Eksempler fra praksis

Gladsaxe Kommune har oprettet et "Spiseforstyrrelsesnetværk". Formålet med samarbejdsnetværket er at sikre en tidlig og forebyggende indsats for borgere i fare for at udvikle spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd. Netværket skal styrke relationerne på tværs af Børne- og Kulturforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen og derigennem udvikle et samarbejde, der bygger på fælles mål og gensidig respekt, og som skaber værdi for borgeren. Det gælder også samarbejdet om overgange fra barn til ung og fra ung til voksen. Netværket skal etablere en ramme om vidensdeling og kvalificering af Gladsaxe Kommunes samlede indsats over for de berørte borgere.

Kommunens erfaring med netværket er, at indsatsen for målgruppen på tværs af forvaltningerne er styrket gennem vidensdelingen i netværket. Etableringen af netværket har bl.a. også betydet, at forvaltningerne har fået bedre overblik over det stigende antal borgere i målgruppen. Netværket har fx indhentet samlede tal fra regionspsykiatrien vedrørende målgruppens omfang og sammensætning.

I indsatsen "Ligevægt" i **Kolding Kommune** har man i tillæg til projektledelsen etableret en styregruppe med medlemmer på tværs af Senior- og Sundhedsforvaltningen og Handicap- og Psykiatريفorvaltningen, som i fællesskab kan træffe de overordnede retningsgivende, koordinerende

og økonomiske beslutninger for indsatsens tilrettelæggelse. Det bidrager til at skabe faglige og organisatoriske koblinger mellem Ligevægt og andre relevante indsatser i kommunen.

3 Forventninger til effekter

Et centralt aspekt i forbindelse med etablering af indsats mod selvskadeadfærd og/eller spiseforstyrrelser er at have klarhed over hvilke resultater, man forventer at opnå gennem indsatsen. I Figur 3-1 nedenfor er der opstillet en række bud på relevante og underbyggede effektmål fordelt på forskellige tematiske kategorier og forskellige tidshorisonter. Effektmålene er opstillet på basis af projektets to primære kildetyper: Viden fra litteratur- og forskningsgennemgangen⁴ samt viden og erfaringer fra de eksempler på primært kommunale indsatser, der er afdækket i forbindelse med projektet.

Figur 3-1 – Forventede effekter af indsatsen (over tid)

| | Kort sigt (3-6 mdr.) | Mellemlang sigt (3-12 mdr.) | Lang sigt (Over 6 mdr.) |
|--|--|--|--|
| Stabilisering & udvikling | Reduktion/stabilisering af dysreguleret adfærd, som fx kan ses ved: <ul style="list-style-type: none"> • Bedre håndtering eller tolerance overfor følelser • Mindre konfliktfyldt, mere hensigtsmæssigt forhold til mad og spising Styrket fastholdelse i behandlings-/indsatsforløb | Reduktion/ophør af dysreguleret adfærd Færre (gen)indlæggelser, psykiatriske skadestuebesøg, lægevagtsbesøg m.m. Forbedret fysisk sundhedstilstand (bl.a. vægtstabilisering ved BED) | Reduktion/ophør af dysreguleret adfærd Færre (gen)indlæggelser, psykiatriske skadestuebesøg, lægevagtsbesøg m.m. Forbedret fysisk sundhedstilstand (bl.a. vægtstabilisering ved BED) Normalisering af familiens hverdag |
| Færdigheder, kompetencer & generalisering | Mere hensigtsmæssig følelsesregulering Øget kropsbevidsthed (fx hensigtsmæssige motionsvaner) Styrkede forudsætninger for at yde støtte og indsats hos personer i netværket | Styrkede forudsætninger for at anvende funktionelle mestringsstrategier Genetablering af et normalt ungdomsliv | Styrket samfundsmæssig inklusion (skole/uddannelse, beskæftigelse, fritid, venner) Reduktion/ophør af afhængighed af terapeuter og andre professionelle støttegivere |
| Motivation & trivsel | Øget motivation for at blive rask Mere positivt selvbillede og forbedret selvværd Øget tro på fremtiden Reduceret mistrivsel | Mere positivt selvbillede og forbedret selvværd Øget trivsel, motivation og livskvalitet | Mere positivt selvbillede og forbedret selvværd Øget trivsel, motivation og livskvalitet |
| Organisation | Øget individuel tilpasning og fleksibilitet i kommunal støtte og indsats Øget tilgængelighed af rådgivning og støtte (for unge, familier og fagpersoner) | Styrket tidlig opsporing af risikoadfærd Større andel af unge i risikozonen modtager rettidig støtte og indsats i kommunen | Styrket forebyggelse af og indsats mod dysreguleret adfærd Reduceret samlet omfang af dysreguleret adfærd hos unge i kommunen |

⁴ Litteraturgennemgangen af karakteristika og kerneproblematikker blandt unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser af af rapporteret i en selvstændig bilagspublikation.

Som det fremgår af oversigtens kolonneopdeling, definerer vi "kort sigt", "mellemlangt sigt" og "langt sigt" delvist overlappende. Deri ligger naturligvis et signal om, at den viden og de konkrete indsatser, vi baserer os på, opererer med meget forskellige tidshorisonter, hvad angår angivelserne af hvilke effekter, man kan forvente at se hvornår. Vi vurderer ikke desto mindre, at det er nyttigt at strukturere de forskellige kategorier af effektmål i henhold til en tidlig logik, hvor visse typer af effekter forventeligt kan indtræffe forholdsvis hurtigt under de rette betingelser, mens andre normalt under alle omstændigheder vil forudsætte en længere tidshorison.

Oversigtens inddeling i rækker er foretaget under fire tematiske overskrifter. "Stabilisering & udvikling" henviser til effektmål knyttet til den konkrete dysregulerede adfærd, som i første række giver anledning til iværksættelse af indsats; dvs. spiseforstyrrelsesadfærd og/eller selvskadende adfærd. "Færdigheder, kompetencer & generalisering" sigter til de forudsætninger, som barnet/den unge og det omgivende netværk har brug for at udvikle, hvis en bæredygtig gunstig udvikling skal kunne finde sted for den unge. Kategorien "Motivation & trivsel" vedrører den unges psykiske forhold til og oplevelse af sig selv og egen situation – selvbillede, motivation, trivsel osv. Effektmålene i de tre ovennævnte kategorier går alle på forventninger til opnåede resultater i den enkelte sag, for den enkelte unge. Den sidste kategori, "Organisation", rummer derimod effektmål, som beskriver forventningerne til udviklingen i indsatsen ydet fra den kommunale organisation overordnet betragtet. En del af disse vil typisk have en noget længere tidshorison end gunstige effekter på indsatsen for enkelte unge.

Effekter på kort sigt (3-6 mdr.)

Forventningerne til de kortsigtede effekter af indsatsen for den enkelte unge omfatter på den ene side stabilisering og begyndende reduktion af problematisk adfærd og af udfordringer i den unges hjem. På den anden side indgår opbygning af centrale forudsætninger for positiv forandring i form af øget konkret mestring hos den unge selv og hos netværket samt forhold som øget motivation for og tiltro til forandring, forbedret selvværd og reduceret mistrivsel i de forskellige sociale arenaer.

Organisatorisk knytter forventningerne sig på kort sigt især til effekter i retning af generelt øget evne til at tilrettelægge kommunens indsats fleksibelt og med hensyntagen til den

enkelte unge og den enkelte familie – og i retning af styrket faktisk såvel som oplevet tilgængelighed af rådgivning og støtte for unge, familier og fagpersoner.

Effekter på mellemlangt sigt (3-12 mdr.)

De centrale effektforventninger på mellemlangt sigt samler sig om substantielle forbedringer i den unges samlede situation udtrykt ved reduktion og måske endog ophør af dysreguleret adfærd, forbedret sundhedstilstand samt indikationer som fx færre (gen)indlæggelser og lægevagtsbesøg i målgruppen. Samtidig indgår dog forventninger om forbedring i den unges evne til at anvende funktionelle mestringsstrategier i forskellige kontekster (dvs. generalisering). Forventningen er at disse gevinster kan omsættes i begyndende genetablering af et normalt ungdomsliv.

På mellemlangt sigt er der fra et organisatorisk perspektiv særligt fokus på generelt styrket tidlig opsporing af risikoadfærd og begyndende problemadfærd i kommunen – og dermed på en forøgelse af andelen af unge i målgruppen, som modtager rettidig støtte og indsats.

Effekter på langt sigt (over 6 mdr.)

På langt sigt ligger forventningerne til effekterne for den enkelte unge i forlængelse af angivelserne på mellemlangt sigt. Dog understreges styrket generalisering af resultaterne af indsatsen – af den unges konkrete færdigheder og mestringssevne – og dermed forventningerne om en normalisering af den unges situation, herunder både i form af styrket inklusion i relevante sociale arenaer og i form af reduceret eller ophørt afhængighed af professionel støtte.

Den centrale forventning til en organisatorisk langsigteffekt er generelt styrket forebyggelse af dysreguleret adfærd i den enkelte kommune. Styrket forebyggelse er knyttet til en forventning om reduceret samlet omfang af denne adfærd i kommunen på langt sigt.

4 Kommunale scenarier

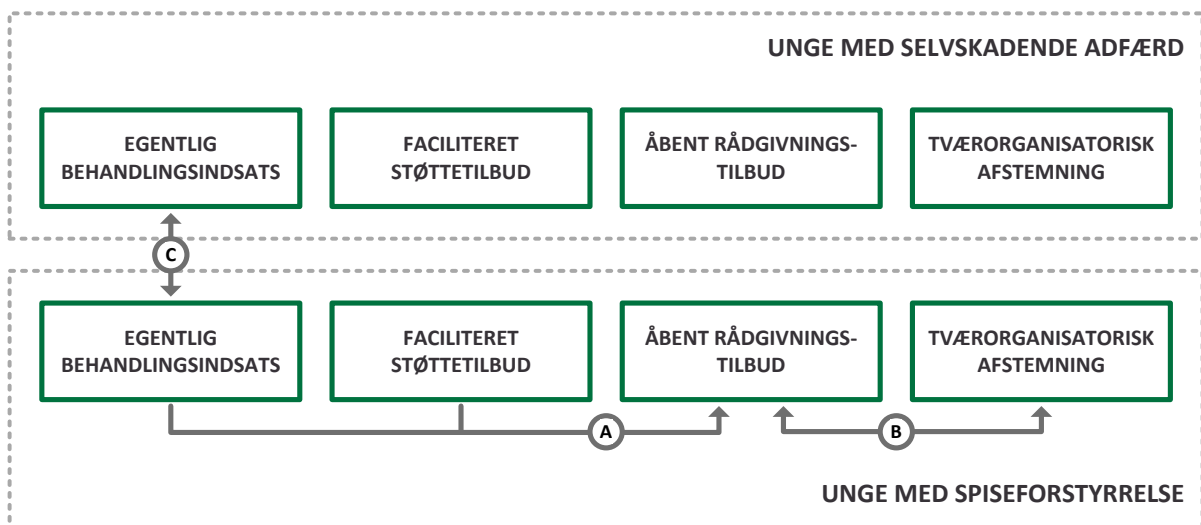
I det ovenstående har vi belyst de kernelementer eller indsatsprincipper som i videst muligt omfang bør indgå i indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, ligesom vi med udgangspunkt i de konkrete kommunale indsatser, har eksemplificeret hvordan principperne kan omsættes lokalt.

Vi retter nu blikket mod den kommunale virkelighed ved at omsætte fundene fra kortlægningsarbejdet og hermed indsatserne til forskellige typer af initiativer, man kan tage som kommune, der ønsker at udvikle en eller flere indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Det er kendetegnende for indsatserne som indgår i kortlægningsundersøgelsen, at de er blevet etableret på baggrund af kommunernes lignende, men alligevel forskelligartede behov og udfordringer i forhold til at kunne hjælpe og støtte målgrupperne. Kommunerne har således haft forskellige oplagte steder at starte, hvilket følgelig har igangsat forskellige initiativer. Disse initiativer kan kategoriseres som åben rådgivning, faciliterede støttetilbud, egentlige behandlingsindsatser og tværorganisatorisk samarbejde.

Det første skridt i en kommunal beslutningsproces om at etablere eller udvikle målrettede indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser er at få greb om, hvad kommunen oplever som den (eller de) største udfordringer med målgruppen, og dermed hvad der er det mest oplagte sted at starte for den enkelte kommune. Hertil kommer den kommunale virkelighed, hvor kommunens ambitionsniveau og pragmatiske hensyn uundgåeligt skaber forskellige muligheder for de forskellige kommuner, afhængigt af hvilke ressourcer de har til rådighed (bl.a. økonomisk og ift. kompetencer og specialiserede fagprofessionelle), hvor de står i forhold til målgrupperne på nuværende tidspunkt, samt hvordan det er muligt at forankre en eventuel indsats organisatorisk, ledelses- og lovgivningsmæssigt. Derfor er det væsentligt at understrege, at kommunernes udgangspunkt for at arbejde med målgrupperne, i forhold til hvad der er mest oplagt og under kommunernes givne rammebetingelser, kan være forskelligt.

Denne pointe afspejles desuden i flere af de tilbagemeldinger vi har fået fra kommuner, som ikke på nuværende tidspunkt har målrettede indsatser til målgrupperne. En kommune fortæller på baggrund af deres nuværende erfaringer, at de oplever variationen internt i målgrupperne som meget stor. Derfor efterspørger denne kommune i højere grad indsatstyper som rummer en høj grad af fleksibilitet særligt i forhold til individuel tilpasning, snarere end standardiserede eller manualiserede indsatser. Andre kommuner understreger, at det af økonomiske hensyn kan være vanskeligt at tilbyde målrettede indsatser til unge med selvskadende adfærd og målrettede indsatser til unge med spiseforstyrrelse (herunder delmålgrupperne anoreksi, bulimi og BED), hvor indsatser på tværs af målgrupperne fremhæves som fordelagtigt. En anden kommune som er repræsenteret med en målgruppespecifik indsats i kortlægningen oplever, at de på nuværende tilbud alene kan hjælpe de såkaldt hårdest ramte. Denne kommune er således udfordret af at kunne hjælpe målgrupperne og giver udtryk for, at de mangler konkrete indsatser til unge med lettere eller moderate problematikker.

Uanset hvilken type af initiativ, der er mest oplagt for en kommune at starte med på et givent tidspunkt, kan den samme kommune desuden sagtens "ende" et andet sted end hvor de startede. Med andre ord kan det at starte med én type af indsatsinitiativ til målgrupperne betyde, at kommunen får mulighed for at trække deres herigennem opnåede viden og erfaring om målgrupperne med ind i udviklingen af andre typer indsatser. Som illustreret i figuren nedenfor, kan den eller de typer af initiativer en kommune starter således knopskyde, og danne afsæt for at udvikle andre typer af indsatser til målgrupperne.



Konkret – og som rene eksempler blandt mange andre mulige – illustrerer figuren en række scenarier hvor en indsats eller type af initiativ til målgruppen danner grobund for at udvikle en anden indsats eller type af initiativ. Følgende scenarier er eksempler på, hvordan indsatserne, der er identificeret gennem kommunekortlægningen, har udviklet sig.

- A er udtryk for et scenarie hvor en egentlig behandlingsindsats eller faciliteret støtte-tilbud bliver afsæt for at udvikle et rådgivningstilbud (herunder måske især i forhold til den øvrige organisation, frontlinjen bredt betragtet) – jf. fx "Team for Spiseforstyrrelser" i Sønderborg kommune.
- B er udtryk for et scenarie, hvor et åbent rådgivningstilbud bliver afsæt for at udvikle tværorganisatorisk afstemning (eller omvendt) – jf. fx "Task Force" i Holstebro kommune.
- C er udtryk for et scenarie hvor et behandlings- eller støttetilbud til fx selvskadende unge bliver afsæt for at udvide målgruppen til unge med spiseforstyrrelser (eller omvendt) – jf. fx "Familier og Spiseforstyrrelser" i Region Midtjylland, DAT i Norge, og Gladsaxe kommunes systemiske familiebehandlingstilbud.

Pointen er derfor, at de forskellige typer af initiativer skal ses som gensidigt understøttende, ligesom figuren skal være med til at understrege, at ingen af de fire forskellige typer af initiativer nødvendigvis er bedre at starte med end andre. Det væsentlige er at anskue selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser på et kontinuum, der spænder vidt og således også kalder på forskellige indsatser, alt efter, hvor man ønsker at sætte ind. Er der tale om mistrivselproblematikker, kan de unge potentielt profitere af indsatser med et opsporende eller rekrutterende sigte, eller hvis adfærden i målgruppen har en mere alvorlig karakter, kan det kalde på egentlige behandlingsindsatser.

5 Litteratur

- Aggerbeck, A. (2017). Selvskade - sådan hjælper du bedst dit barn. Retrieved from <https://www.netdoktor.dk/sygdomme/psykiske-problemer/selvskade-saadan-hjaelper-du-bedst-dit-barn.htm>
- Alim, W., & Nielsen, C. (2016). Hver fjerde i 9. klasse er i fare for at få en spiseforstyrrelse. *BØRNE-INDBLIK*, (5), 1-17.
- Breinholt Larsen, F., & DEFACTUM. (2018). *Hvordan har du det? 2017 : Sundhedsprofil for region og kommuner*. Aarhus: DEFACTUM.
- Claes, L., & Muehlenkamp, J.J. (2014). Non-suicidal self-injury and eating disorders: Dimensions of self-harm. *Non-suicidal self-injury in eating disorders: Advancements in etiology and treatment* (pp.3-18) doi:10.1007/978-3-642-40107-7_1
- Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft m, Obel C, Sandbæk a. børn og unges mentale helbred. Forekomst af psykiske symptomer og lidelser og mulige forebyggelses- indsatser. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2014:1-184.
- Idefors, H., Kullgren, G., & Renberg, E. S. (2015). Professional care after deliberate self-harm: A qualitative study of young people's experiences. *Patient Preference and Adherence*, 9, 199-207. doi:10.2147/PPA.S76244.
- Ilsvard, S. (2016). Virksomme indsatslementer i behandlingen af selvskadende adfærd. Aarhus N: Metodecentret. https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskadende_adfaerd_litteraturgennemgang_FINAL300816.pdf
- Ilsvard, S. (2017). *Unge med selvskadende adfærd og deres oplevelser med behandlings- og social-psykiatrien*. Aarhus N: Metodecenteret. doi:https://metodecentret.dk/wp-content/uploads/2018/07/Selvskade_interviewundersogelse_FINAL.pdf
- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1-19. doi:<http://dx.doi.org.ez.statsbiblioteket.dk:2048/10.1080/13811118.2013.748404>
- Klonsky, E. David, Sarah E. Victor og Boaz Y. Saffer (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry* 59 (11): 565-568.
- LMS (2019). Spiseforstyrrelser. <https://www.lmsos.dk/viden/spiseforstyrrelser/>
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for nonsuicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166-185.
- Møhl, B., & Psykiatrifonden. (2006). *At skære smerten bort : En bog om cutting og anden selvskadende adfærd* (1. udgave ed.). Kbh.: PsykiatriFonden.
- Møhl, B., & Rubæk, L. (2017). Selvskade - smertens paradoks. *Psyke & Logos*, 37(2), 5-14.
- Møller, S. Ø. 2018 & Ilsvard, S. Intensive anbringelsesforløb - Principper for praksis. Metodecentret.
- Nationella självskadeprojektet (2014). Retrieved from: <http://www.nationellasjvskadeprojektet.se/vard--vardgrannar/nya-behandlingsmetoder.html>

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? new insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x

Patton, Michael Quinn (2018) "Principles-Focused Evaluation: The Guide". New York: The Guilford Press.

Rubæk, L. (2009). *Selvskadens psykologi* (1. udgave ed.). Virum: Dansk Psykologisk Forlag.

Socialstyrelsen. (2015). *Nationale retningslinjer : For rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser*. Socialstyrelsen. Retrieved from <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/nationale-retningslinjer-for-rehabilitering-til-borgere-med-svaere-spsieforstyrrelser/@@download/publication>

Sundhedsstyrelsen, & Sundhedsdatastyrelsen. (2017). *Prævalens, incidens og aktivitet i sundhedsvæsenet - for børn og unge med angst eller depression, ADHD og spiseforstyrrelser*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2017). *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Erfaringsopsamling om gode metoder og viden om indsatser målrettet mennesker med selvskadende adfærd*. doi:<https://www.sst.dk/da/nyheder/2019/~~/media/142DEEC826D54AB7884227B0B059D12F.ashx>

Thastum, R., & Khodaie, S. (2017). Vejen ind og ud af selvskade. Psyke & Logos.

VioSS (2019). Søskende. <https://www.vioSS.dk/viden/soeskende/> (tilgået 20.5.2019)

Walther, L. (2019): Ungdom under pres: Spiseforstyrrelser og selvskade er et samfundsproblem. Kronik i Politiken d. 11.5.2019.

Wampold, B.E. (2015). "How important are the common factors in psychotherapy? An update", *World Psychiatry* 14: 270-277.

Wisniewski, L., & Ben-Porath, D. D. (2015). *Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas* Association for the Advancement of Psychotherapy American Psychiatric Association. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.129

6 Bilag - indsatsbeskrivelser

6.1 SESAM - Aalborg Kommune

Indsatsen SESAM sigter mod at løse uhensigtsmæssig følelsesregulering i form af selvskadende adfærd med udgangspunkt i dialektisk adfærdsterapi. SESAM varetager desuden sparring med og undervisning af kommunale medarbejdere, herunder fx bostøttemedarbejdere og medarbejdere på bosteder. Formålet med undervisningen er primært at klæde medarbejderne på til at kunne tænke selvskaden anderledes, og give dem konkrete måder at håndtere og tale om selvskadende adfærd på.

6.1.1 Målgruppe og formål

SESAM er et tilbud til personer med selvskadende adfærd. Selvskadende adfærd er i tilbuddet defineret ved både direkte og indirekte selvskade (selvskade og spiseforstyrrelser). Der er tale om en meget bred, og derfor også heterogen målgruppe. Nogle har udviklingshæmning, andre kommer fra Fagcenter for Autisme og ADHD, atter andre fra socialpsykiatrien (fx borgere med personlighedsforstyrrelser, OCD m.m.). De fleste har hjemmeplejer, støtte- og kontaktperson (SKP), bostøtte efter § 85 eller bor på bosteder – dvs. der er tale om borgere i psykiatrisk regi. SESAM får dog også henvendelser fra borgere, som ikke har tilknytning til psykiatrien.

Indsatsen sigter mod at sætte andre, mere hensigtsmæssige strategier i stedet for selvskaden. Der arbejdes derfor med accept og forandring af selvskaden. Indsatsen anskuer i udgangspunktet ikke selvskaden som et problem, men som løsningen på et problem. Dette arbejdes der med at bevidstgøre borgeren om, for derigennem at skabe en øget opmærksomhed på, at borgeren netop vælger selvskaden som en strategi. Indsatsen sigter derfor mod, at borgerens adfærd omkring selvskaden bliver mindre impulsiv, og mod at borgeren får mulighed for at vælge andre strategier.

6.1.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Der er tale om et anonymt, åbent behandlingstilbud. Deltagerne bliver derfor heller ikke formelt indskrevet, ligesom indsatsen ikke er omfattet af notatpligt. Det har ikke været muligt at få afklaret det formelle lovgivningsgrundlag inden deadline for rapportens færdiggørelse.

Rekruttering

SESAM er et uvisiteret tilbud. Har borgeren fx en bostøtte kan vedkommende ringe og bede om hjælp, men borgeren kan også selv henvende sig. Dette fremhæves som en fordel i forhold til at sikre rettidig hjælp. Der er løbende optag på SESAM's gruppeforløb (se uddybende beskrivelse af disse nedenfor).

Organisatorisk forankring

SESAM er forankret i Fagcenter for Socialpsykiatri, men tilbuddet dækker hele ældre- og handicapområdet under Aalborg Kommunes Ældre-og Handicapforvaltning.

Ledelsesmæssig forankring

Konsulenten i SESAM refererer til lederen af socialpsykiatrien i Center for Udvikling og Beskæftigelse (området CUB), som er en afdeling i Fagcenter for Socialpsykiatri.

Refleksion/kvalitetssikring

Konsulenten har faglig sparring med lederen af socialpsykiatrien hver 14. dag. Der er desuden fagsupervision på DAT-delen fra en ekstern konsulent hver sjette uge. Der anvendes Feedback Informed Treatment (FIT) til de individuelle forløb, hvor der foretages opfølgning efter de ti første møder med borgeren. FIT anvendes her til at vurdere, om borgeren profiterer af tilbuddet, eller om vedkommende bør henvises til et andet tilbud. Der anvendes før- og eftermålinger i forbindelse med gruppetilbuddet for at dokumentere og sikre, at de deltagende borgere oplever progression.

Relationskompetencer

For at sikre gode relationer vægtes det, at borgere og fx bostøtte i høj grad er informerede om, hvad indsatsen indeholder, og hvordan den skal forløbe. Der tilbydes desuden samtaleforløb på borgerens bopæl, hvis dette er mest trygt for borgeren. Det tilstræbes desuden, at være et "stabilt tilbud" uden for mange aflysninger. I forbindelse med uddannelse af medarbejdere bruger konsulenten en uges tid på at være "føl" ved de kommende kursusdeltagere for at opnå viden om hvilke vilkår, de arbejder under. Målet er i højere grad at kunne tilbyde praksisnær undervisning samt at sikre, at beboere/borgere ved, hvem konsulenten er, hvis der skal igangsættes et forløb.

Ressourceforbrug

Den primære udgift er fuldtidsløn til konsulenten. Dertil kommer en pulje på 60.000 kr. om året til fx supervision, kørsel, litteratur, reklamemateriale og plakater samt forplejning og materiale til gruppeforløbene.

6.1.3 Logisk model

Ressourcer

Konsulenten har kapacitet til ca. 15 borgerforløb om året. Et forløb varer 32 uger. Konsulenten er efteruddannet i DAT og FIT samt narrative og systemiske metoder. Konsulentens leder deltager i møder (faglig sparring) hver 14. dag. Et møde har en varighed af ca. 1½ time.

Aktiviteter

Et DAT-forløb omfatter færdighedstræning/gruppeterapi. Denne del foregår som et undervisningsforløb, hvor beboerne ikke nødvendigvis taler om sig selv. Færdighedstræningen er delt op i fire moduler og omhandler opmærksomhedsfærdigheder, følelsesregulering, relationsfærdigheder og krisefærdigheder. Konsulenten leder undervisningen, men på sigt kan det tænkes, at gruppen også får bistand af en borger, der har været igennem forløbet; måske til enkelte mødegange, måske til alle. En gruppe består af maks. otte deltagere, og foregår hver anden uge på fastlagte tidspunkter. Borgernes netværk opfordres til at deltage i nogle af undervisningsgangene med afsæt i en antagelse om, at det er en måde, hvorpå man kan sprede og fastholde viden fra undervisningsgangene, ligesom det giver anledning til et "fælles sprog" ift. problematikkerne. Herudover er det en måde, hvorpå man forhåbentligt kan mindske borgerens terapeutafhængighed, idet bostøttemedarbejdere eller andet netværk dermed "klædes bedre på".

Parallelt med at borgerne går i færdighedstræningsgruppe, kommer de til en ugentlig individuel samtale hos konsulenten. De individuelle samtaler tager udgangspunkt i borgerens ugeskema, hvor borgeren har registreret hvilken problemadfærd, de ønsker at arbejde med. Der laves kædeanalyse/løsningskæde, hvor nye færdigheder lært i gruppen inddrages for at skabe forandring. I den individuelle samtale bruges kædeanalyse hver gang.

Et forløb i SESAM veksler derfor mellem færdighedstræning/gruppeterapi og individuelle samtaler. Et typisk forløb fra visitering til afslutning af forløb kan kort skitseres således:

1. Henvendelse fra borger/bostøtte.
2. Forsamtale af én times varighed. Konsulenten fortæller om tilbuddet og borgeren fortæller om sig selv. Borgeren SKAL gå hjem og tænke over, om det er noget, vedkommende vil. Konsulenten overvejer, om borgeren er i målgruppen for tilbuddet.
Til forsamtalen skal det eksempelvis afklares hvilke andre forløb, borgeren har været i; hvordan det faldt ud (fx hvorfor forløb det ikke godt?); borgernes ønske om forandring; borgernes muligheder for at deltage (kan de møde op osv.).
3. To samtaler af ca. 1½ times varighed, hvor der laves livshistorie. Dette for at konsulenten kender borgerens historie (og ikke kommer til at "invalidere" borgerne, ligesom det skaber grobund for at skabe en fælles platform at arbejde ud fra).
4. Én samtale af én times varighed, hvor konsulent og borger udarbejder et såkaldt problemhierarki og introduktion til ugeskema.
5. Der planlægges færdighedstræning i den ene uge og individuel samtale i den næste – sådan veksler aktiviteterne i de 32 uger, tilbuddet varer. Færdighedstræningen er af to timers varighed med et fast tema/indhold til hver gang. Der udleveres hjemmearbejde og arbejdes med at indlære nye færdigheder i gruppen. Der bruges fire gange på hver "færdighedsgruppe" eller emne, altså fire gange om opmærksomhedsfærdigheder, fire gange om følelsesregulering, fire gange om relationsfærdigheder og fire gange om krisefærdigheder. De individuelle samtaler er af én times varighed, og tager udgangspunkt i det ugeskema, borgeren medbringer til samtalen. Her laves kædeanalyse og løsningskæde på en specifik episode fra den forgangne uge. Der trækkes færdigheder ind fra færdighedstræningen for at skabe forandring.

I forbindelse med uddannelse af medarbejdere undervises deltagerne i de grundlæggende temaer fra DAT. De bliver introduceret til "Den biosociale model", "Primære/sekundære følelser og dømmende tanker" samt gennemgang af de fire færdighedsgrupper fra færdighedstræningen, hvor konsulenten har fokus på at undervise i de færdigheder, der er nemmest anvendelige i deres praksis, så det opleves praksisnært og anvendeligt, straks man går ud fra undervisningen. Ved undervisning af medarbejdere introduceres også til kædeanalyse.

Forventede resultater

Kort sigt: At lære borgeren at blive bedre til at regulere følelser hensigtsmæssigt; herunder også reduceret selvskade, idet tilbuddet sigter mod at finde andre mere hensigtsmæssige måder at håndtere udfordringer på.

Langt sigt: Opnå en mere selvstændig tilværelse; i højere grad at blive aktør i eget liv.

6.1.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Indsatsen fra SESAM baserer sig teoretisk på Dialektisk Adfærdsterapi, som denne behandlingsmodel er udviklet i en omfattende international forskning og praksis. For en udfoldet beskrivelse, se afsnit 6.11 nedenfor om de omfattende norske erfaringer.

Metodisk indhold

SESAM trækker metodisk på elementer fra DAT, herunder kædeanalyse og ugeskemaer til brug i forbindelse med de individuelle samtaler. FIT-redskabet er ligeledes en central del af indsatsen.

Faglige antagelser

Forventningen er, at kædeanalyse kan være med til at skabe nye løsninger for målgruppen. Deltagerne skal have mulighed for at opdage, hvad deres mønstre er og fx opnå en opmærksomhed på, hvornår tingene sker for dem. Det giver en mulighed for at hjælpe dem og gøre dem opmærksomme på, hvad der sker med dem; hjælpe dem med at forstå selvskadens funktion. På den måde vil SESAM gerne have deltagerne til at "opdage", at de anvender selvskaden som en strategi, dvs. som en løsning på det, der er problematisk. Der tages derfor udgangspunkt i det, der er problematisk, men ikke i selve selvskade-akten. Indsatsen forventes at gøre borgerne bedre til selvmonitorering af tanker, adfærd og følelser, da de ofte har svært ved at forstå, hvad deres uro indeholder; at gøre dem bedre til at forstå årsagssammenhænge koblet til deres adfærd og til at finde andre løsninger. Her ved forventes den selvskadende adfærd at blive forebygget.

Viden om effekter

Der er endnu ikke foretaget egentlig effektevaluering. Der foretages dog før- og efter-måling med udgangspunkt i de validerede spørgeskemaer WHO-5 og YP-Core i forbindelse med gruppeforløb. Den første resultatopgørelse er lige på trapperne, og omfatter data om tre individer. Der anvendes FIT til evaluering af de individuelle samtaler.

6.1.5 Kontakt

Maja Lomborg Treebak, konsulent.

6.2 Team for spiseforstyrrelser – Aarhus Kommune

Team for spiseforstyrrelser (TFS) var oprindeligt tænkt som et efterværn, hvor borgere, efter endt behandling i psykiatrien, kunne få støtte til at fastholde den positive udvikling, der var sket under indlæggelsen. Indsatsen skulle rettes mod at bevare en vægt inden for normalområdet, opretholde et normalt spise- og motionsmønster og samtidig rette fokus mod uddannelse, arbejde, udvikling af personlige og sociale kompetencer m.m. Efterspørgslen har dog ændret sig med tiden. Borgere med alle sværhedsgrader af lidelsen henvises, og de kan være i alle motivationsfaser, dog vil en mere omfattende indsats ofte være bedre egnet til personer med spiseforstyrrelse i alvorlig eller livstruende grad. Indsatsen fra TFS tilrettelægges derfor i forhold til sygdomsgrad, motivationsfase og borgerens ønsker og kan også bruges som forebyggende eller tidlig indsats.

6.2.1 Målgruppe og formål

TSF er et tilbud til unge over 17 år med spiseforstyrrelser som anoreksi og bulimi. Overordnet er indsatsen rettet mod, at borgeren bliver rask af spiseforstyrrelsen set ift. de diagnostiske kriterier. Desuden er indsatsen rettet mod, at borgeren styrker sit selvværd, lærer at mestre sociale sammenhænge, styrker sin studie- og arbejdsevne, bliver i stand til at løse dagligdags opgaver og problemer, lærer at forvalte sin økonomi m.m.

6.2.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

TSF er etableret med henvisning til servicelovens § 85.

Rekruttering

Borgerne henvises fra den kommunale myndighedssagsbehandler.

Organisatorisk forankring

Team for Spiseforstyrrelser er forankret i Center for Bostøtte i eget hjem, som er en del af afdelingen Socialpsykiatri og Udsatte Voksne i magistraten Social Forhold og Beskæftigelse.

Ledelsesmæssig forankring

Det daglige ledelsesmæssige ansvar for teamets arbejde er placeret hos afdelingslederen for Center for Bostøtte i eget hjem.

Refleksion/kvalitetssikring

Teamets medarbejdere modtager ekstern supervision, bl.a. fra Center for Spiseforstyrrelser, Region Midt, samt privatpraktiserende psykologer, alt efter behovet. Derudover også ugentligt teammøde med kollegial sparring, hvor medarbejderne vælger relevante sager ud, hvor de vurderer, at de har brug for sagssparring. Medarbejderne er endvidere blevet opkvalificeret med Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) og får supervision i denne tilgang.

Relationskompetencer

Teamet har tværfaglige samarbejdsrelationer og somme tider fælles supervision med psykiatrisk sygehus samt kommunens boformer. Derudover modtager medarbejderne løbende opkvalificering i fx Motiverende Samtale eller ACT, hvor relationskompetencer udgør en central del. Relationskompetencer indgår også i den eksterne supervision.

Ressourceforbrug

Teamet er normeret med ca. fire årsværk, og har løbende ca. 25-30 aktive sager.

6.2.3 Logisk model

Ressourcer

TFS omfatter syv bostøttemedarbejdere, der samlet arbejder 66 timer om ugen i TFS-regi. Borgeren tilknyttes 1-2 faste bostøttemedarbejdere, og der ydes maksimalt ti timers støtte om ugen (almindeligvis ca. to timer ugentligt). Som udgangspunkt foregår støtten i borgerens eget hjem, men medarbejderne kan også mødes med borgeren på arbejdspladsen, uddannelsesstedet el. lign., hvis der er behov for støtte til fx måltider, når borgeren ikke er hjemme. Der er behov for stor fleksibilitet ift. aftalte mødetider.

Aktiviteter

Bostøttemedarbejderne samarbejder med andre aktører i borgerens liv; både med professionelle – som fx andre behandlere eller Familieafdeling – og med pårørende. Der laves delplaner sammen med borgeren med udgangspunkt i borgerens egne ønsker og drømme med fokus på ressourcer og begrænsninger. Selve bostøtten kan, afhængig af den enkelte borgers behov, have fokus på:

1. Udvikling af personlige kompetencer, fx at udtrykke og forstå følelser, undgå det perfekte som ideal, tage ansvar og løse problemer.
2. Udvikling af sociale kompetencer, fx støtte til at skabe kontakt til familier og venner eller træning i socialt samvær.
3. Praktiske gøremål, fx styre sin økonomi, gøre rent.

4. Beskæftigelse og uddannelse, fx støtte til at vælge, starte og fastholde uddannelse/beskæftigelse eller kontakt til mentor.
5. Motivationsarbejde, fx støttende samtaler, eksternalisering af spiseforstyrrelsen eller holde fast i håbet om forandring og fremskridt.
6. Psykoedukation, fx undervisning i psykiske og fysiske skader af spiseforstyrrelsen, symptomer eller komorbiditet.
7. Kost og spisning, fx sundhedslære, støtte til kostplan og samtaler om reaktionen på at lave mad og spise.
8. Krop, motion og fysik, fx samtaler om kroppen, vejledning i hensigtsmæssig motionsform og -niveau eller lære at anerkende sin krop og eget spejlbillede.

Resultater

Kort sigt: Borgeren: (1) bryder uhensigtsmæssige adfærds- og tankemønstre samt øger motivationen og ressourcerne til at blive rask; (2) lærer at forstå sociale sammenhænge og øger muligheden for at få et socialt liv; (3) Får udført praktiske opgaver på egen hånd eller med kompenserende støtte samt får en mere hensigtsmæssige struktur i dagligdagen, (4) får afklaring ift. uddannelse/beskæftigelse og bliver stabil i sit fremmøde; (5) får et håb om forandring, får stabiliseret vægten/vægtøgning samt holder fast i støtte og behandling; (6) opnår viden og indsigt om spiseforstyrrelsen og lærer at adskille spiseforstyrrelsen fra sig selv; (7) får en fast struktur på spisning, har hensigtsmæssige madvaner og kan spise sammen med andre; og (8) får en øget kropsbevidsthed og oparbejder en hensigtsmæssig motionsform med støtte.

Langt sigt: Borgeren: (1) bliver i stand til selv at løse problemer; (2) kan begå sig i sociale sammenhænge og følge sig godt tilpas; (3) opnår overblik og bliver i stand til at klare praktiske gøremål selv; (4) får mulighed for at blive selvforsørgende; (5) slipper spiseforstyrrelsen; (6) minimerer risikoen for tilbagefald; (7) opnår frihed til at bruge sin tid og energi til andre ting i livet; og (8) udvikler en hensigtsmæssig motionsform uden støtte og finder tryghed og glæde ved seksualitet.

6.2.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Indsatsen er udviklet med afsæt i Socialstyrelsens nationale retningslinjer for indsatsen for spiseforstyrrelser (2015). Desuden er der trukket på litteraturen om recoveryorienteret indsats i socialpsykiatrien.

Metodisk indhold

Det metodiske afsæt er især en recoveryorienteret, psykosocial tilgang. Der trækkes endvidere på konkrete metoder udviklet i forbindelse med Dialektisk Adfærdsterapi (DAT).

Faglige antagelser

Med den recoveryorienterede tilgang er der fokus på at opbygge relationer og arbejde med terapeutisk alliance på baggrund af fire værdier: (1) personorientering, hvor der er fokus på mennesket som helhed, fremfor udelukkende den diagnostiske beskrivelse eller sygdomshistorie; (2) personinvolvering, hvor der er fokus på at inkludere den enkelte som fuldgyldig partner i alle aspekter af rehabiliteringen; (3) selvbestemmelse med fokus på den enkelte persons ønsker gennem hele processen; og (4) potentiale for udvikling, hvor fokus er rettet mod forbedring af en persons succes og personlig tilfredshedsfølelse, uanset hvad personens aktuelle vanskeligheder består i.

6.2.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Det er vigtigt, at medarbejderne er fagligt kvalificerede i forhold til at støtte personer med spiseforstyrrelser – dvs. at de har en høj grad af forståelse for og viden om spiseforstyrrelsens væsen og de udfordringer, borgerne møder. Det kan bl.a. være psykologiske, fysiologiske og sociale problematikker. Medarbejderne skal endvidere have meget stærke relationskompetencer og kunne stå på egne ben. Endvidere er det vigtigt at rekruttere erfarne medarbejdere, som er robuste og refleksive over egen indsats.

Øvrige kontekstfaktorer

Der skal laves samarbejdsaftaler med sundhedsvæsenet og foreligge kostplaner til alle borgere, fx fra egen læge, en diætist eller andet.

Viden om effekter

Der er indtil videre ikke foretaget effektmåling i forhold til denne indsats.

6.2.6 Kontakt

Iben Rasmussen, afdelingsleder, Center for Bostøtte.

6.3 Systemisk familiebehandling – Gladsaxe Kommune

Tilbuddet om systemisk familiebehandling til unge med selvskadende adfærd blev etableret i udførerenheden Familie- og Ungecentret på baggrund af en bølge af henvendelser fra forældre, lærere, klubmedarbejdere m.m., som oplevede, at selvskade (herunder bl.a. i form af spiseforstyrrelse, misbrug m.m.) var en stadig mere udbredt mestringsstrategi blandt unge i mistrivsel.

6.3.1 Målgruppe og formål

Indsatsens målgruppe er unge mellem 13 og 17 år med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Målgruppen omfatter unge, der udviser direkte selvskadende adfærd, samt deres familier og formelle og øvrige uformelle netværk. Med selvskadende adfærd menes

cutting, spiseforstyrrelser (fx overspisning, spisevægring osv.), overtræning, selvmordsforsøg samt problematisk og/eller eskalerende forbrug af rusmidler (herunder hash, amfetamin, kokain, ecstasy, alkohol). Målgruppen omfatter også generelt de professionelle i kommunen, som møder og arbejder med unge, der kan være i risiko for at udvikle selvskadende adfærd. I nogle tilfælde afsluttes et forløb dog med en henvisning til regionspsykiatrien, hvis situationen bliver fastlåst og behandlingsbehovet for stort (fx på baggrund af konstateret væggtab).

Gennem en helhedsorienteret rådgivende og støttende indsats for unge, netværk og professionelle skal indsatsen hjælpe unge med selvskadende adfærd til at udvikle alternativer til selvskade som mestringsstrategi, og til derigennem at opnå øget trivsel og samfundsmæssig inklusion.

6.3.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Indsatsen ydes i henhold til servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3 (familiebehandling m.m.) eller § 11, stk. 3 (forebyggende rådgivning og indsats). En yderligere baggrund for udviklingen af tilbuddet er den garanti for social behandling for stofmisbrug til unge under 18 år i særlige tilfælde, som er fastsat i servicelovens § 101.

Rekruttering

Et familiebehandlingsforløb kan iværksættes på flere forskellige måder. Den unge og/eller dennes familie kan henvende sig til Familie- og Ungecenteret via den Åbne Anonyme Rådgivning (jf. servicelovens § 11, stk. 3). Afhængigt af hvor meget det haster, kan leder af Familie- og Ungecentret også kontaktes direkte. En socialrådgiver i Familieafdelingen kontaktes i disse tilfælde senest efter tredje samtale. Familiekonsulenterne i Familie- og Ungecenteret inviterer en rådgiver samt den unge/familien til et henvisningsmøde, hvis kontakten indtil videre har været via Åben Rådgivning.

Alternativt kan familien henvende sig til en socialrådgiver i Familieafdelingen. Rådgiver vurderer via et undersøgelsesforløb, om den unge "kan vente", eller om vedkommende skal visiteres til et behandlingsforløb på en foreløbig handleplan. Hvis det kun er rådgiver, der kender familien, inviterer rådgiveren den unge og forældrene til henvisningsmøde. Efter vurdering kan henvisningsmødet afholdes som et netværksmøde. Rådgiver bevilger forløbet og forløbets længde. Udarbejdelse af handleplan efter servicelovens § 140 og evt. børnefaglig undersøgelse efter servicelovens § 50 påbegyndes sideløbende med behandlingen. Socialrådgiveren sender handleplan til visitationsudvalget, som vurderer og godkender bevilling af indsats.

En tredje mulighed er, at familiebehandling bevilges af visitationsudvalg i forlængelse af udskrivning fra børne- og ungdomspsykiatrien.

Organisatorisk forankring

Indsatsen er forankret i Familie- og Ungecentret, en udførerenhed i afdelingen Familie og Rådgivning, som igen er en del af Børne- og Kulturforvaltningen. Myndigheden i Familieafdelingen, som visiterer til et familiebehandlingsforløb, har samme organisatoriske forankring som Familie- og Ungecentret. Indsatsen ydes fra to forskellige team i Familie- og Ungecentret med forskellige faglige specialiseringer (i form af faglige ressourcepersoner) samt med forskellig distriktstilknytning.

Ledelsesmæssig forankring

Det overordnede ledelsesansvar for familiebehandlingsindsatsen ligger hos lederen af Familie- og Ungecentret. Hvert af de to team har desuden en sagskoordinator, som bringer nye sager ind i teamet med henblik på overdragelse, og som udøver faglig ledelse.

Refleksion/kvalitetssikring

Det evidensbaserede dialog- og effektmålingsværktøj Feedback Informed Treatment (FIT) er det centrale redskab i denne forbindelse (se nedenfor). Familiekonsulenterne modtager løbende supervision, og de enkelte familiebehandlingsforløb gennemføres desuden i et makkerskab mellem to medarbejdere, hvor en makker kobles på, når et egentligt familiebehandlingsforløb starter. Rollefordelingen i makkerskabet kan variere og afhænger af den konkrete sag. Løbende efteruddannelse prioriteres i højt, ligesom der er udpeget en særlig tovholder, som har fokus på opfølgning på ny viden, konferencer, netværksopbygning m.m.

Relationskompetencer

Relationsdannelse og stærke relationskompetencer er nøglehensyn i udviklingen af indsatsen. FIT-redskabet og -tilgangen er central i denne forbindelse.

Ressourceforbrug

Det enkelte forløb dimensioneres løbende efter behovet. Der er ikke tale om en takstfinansieret indsats med en på forhånd fastsat økonomisk ramme for det enkelte forløb. Det skaber nogle styringsmæssige udfordringer, som dog er til at håndtere, viser erfaringen.

6.3.3 Logisk model

Ressourcer

Familiekonsulenterne er uddannede pædagoger, socialrådgivere og psykologer med familierapeutisk efteruddannelse og særlig viden om og erfaring med selvskadende adfærd. For den enkelte medarbejder er behandlingsforløb for unge med selvskadende adfærd en del af en bredere opgaveportefølje i Familie- og Ungecentret.

Aktiviteter

Familiebehandlingstilbuddet til familier, der har unge med selvskadeadfærd består af et ambulansamtaleforløb. Det tager udgangspunkt i en helhedsorienteret tilgang til den unge, dennes familie samt netværket i de konstellationer, som matcher familiens behov.

Der kan ligeledes tilbydes støttende indsats ift. netværket omkring den unge i form af undervisning og sparring. Der kan også indgå sparring og dialog med socialrådgiveren ift. behandlingens omfang. Et behandlingsforløb er opdelt i tre faser:

1. En kort **kontakt- og analysefase** (typisk 1-3 samtaler), hvor målet er at få etableret en kontakt til den unge og familien sideløbende med afdækning af den unges og familiens støttebehov.
2. Selve **samtaleforløbet** med den unge, dennes familie og netværket i de konstellationer, som matcher den unges og familiens behov. Som udgangspunkt strækker fase 2 sig over tre-seks måneder. Der afholdes statusmøde efter tre måneder, hvor rådgiver deltager.
3. **Afslutningsfasen**, som markerer overgangen fra behandling til den unges og familiens fastholdelse af opnået forandring, eller overgang til et andet tilbud. Der afholdes afslutningsmøde med deltagelse af rådgiver senest efter seks måneder. Faserne forløber ikke nødvendigvis i en lineær rækkefølge; der kan forekomme overlap.

Resultater

Kort sigt: At styrke den unges formelle og uformelle netværks forudsætninger for at gøre en tidlig indsats for den unge gennem adgang til fx undervisning og sparring.

Mellemlangt sigt: At styrke den unges forudsætninger for at kunne anvende andre mestringsstrategier end selvskadende adfærd.

Langt sigt: At skabe øget trivsel hos den unge, således at den selvskadende adfærd reduceres og afvikles. At muliggøre bedre inklusion af den unge i skole/uddannelse og/eller beskæftigelse.

6.3.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Den helhedsorienterede familiebehandlingsindsats fra Familie- og Ungecentret ydes med afsæt i en systemisk og narrativ tilgang, uanset karakteren af den konkrete problematik (jf. afsnit om faglige antagelser nedenfor). I forlængelse af dette udgangspunkt ønsker centret ikke at etablere specifikke "tilbudskasser" for bestemte målgrupper (fx unge med selvskadende adfærd). Familiebehandling ydes efter den samme grundlæggende tilgang i alle tilfælde (herunder også fx i forhold til rusmiddelbrug, skolefravær, angst, konflikter i familien m.m.).

Metodisk indhold

Gladsaxe Kommune har generelt mangeårig erfaring med anvendelse af FIT, som er et centralt metodisk element i bl.a. familiebehandlingsforløbene. Der er to formål med brugen af FIT: Det ene er at måle effekten af behandlingen, herunder hvordan familien oplever barnets trivsel. Det andet formål er at indsamle feedback om forløbet af samarbejdet fra den unge og familien.

Faglige antagelser

Antagelsen er, at måden, hvorpå den unge udtrykker sin mistrivsel på (i form af spiseforstyrrelse, angst, misbrugsproblematikker m.v.), bør anskues i et helhedsperspektiv. Den unge og den unges adfærd skal ikke i et ensidigt negativt fokus. Derimod skal udgangspunktet være nysgerrighed i forhold til den enkelte unge: Hvad er meningen med adfærden for den unge? Adfærden er et symptom som udtryk for en bagvedliggende problemstilling, der opleves uhåndterlig. Det indebærer et systemisk fokus på familie- og netværksdynamik. Især relationen mellem den unge og forældrene er afgørende vigtig, og skal være bærende for at skabe en positiv udvikling. En positiv forandring forudsætter, at det bliver undersøgt, hvordan forældrene anskuer den unge, og hvordan deres indbyrdes samspil er. En underliggende faglig antagelse er desuden, at unge i dag lever i et multikomplekst samfund, som hos visse unge skaber en følelse af magtesløshed. De nævnte antagelser indebærer, at de unges udfordringer kalder på en forholdsvis "langsom" indsats præget af nysgerrighed i forhold til den unges egne oplevelser. Samtidig sættes fokus på den unges motivation og på etablering af en god relation til vedkommende; ikke på hurtige individuelle løsninger.

Viden om effekter

Der er ikke foretaget særskilt effektvurdering af systemisk familiebehandling for unge med selvskadeadfærd. Målopfylde og omkostninger i forbindelse med familiebehandlingsindsatser vurderes dog løbende i forvaltningen med generelt positivt resultat. Internt i Familie- og Ungecentret anvendes FIT-besvarelsenerne også i en effektvurderingssammenhæng.

6.3.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Aktører omkring den enkelte unge kan have meget forskellige tanker om adfærd som selvskade, spiseforstyrrelse, misbrug (årsager, indsats, løsninger osv.). Det betyder, at en vellykket implementering forudsætter et vedholdende arbejde med at udvikle en fælles forståelse af en *langsigtet*, perspektivrig indsats. Fx kan pres fra bekymrede og utålmodige forældre "smitte" socialrådgivere ("vi må gøre noget!"). I Gladsaxe har man brugt mange kræfter på at sikre bred accept af og opbakning til den grundlæggende tilgang. En anden væsentlig implementeringsrisiko består i, at den første modtagelse af familierne/de unge (fx i myndighedsafdelingen) ikke i tilstrækkelig grad afspejler det lyttende, nysgerrige udgangspunkt, som ligger i den systemiske tilgang.

Øvrige kontekstfaktorer

Tilbuddets interessenter er de unge og deres familier, men også deres skoler, klubber, Familieafdelingen, PPR, UU-vejledning, Jobcenter, Rusmiddelcenter, SSP og andre relevante parter af relevans i samarbejdet omkring den unge og dennes familie. Deri ligger også, at afstemning med og inddragelse af det professionelle netværk er af stor betydning for en vellykket indsats.

6.3.6 Kontakt

Charlotte Jepsen, familierapeut.

6.4 Spiseforstyrrelsesnetværk – Gladsaxe Kommune

Spiseforstyrrelsesnetværket er etableret på tværs af Gladsaxe Kommunes Børne- og Kulturforvaltning og Social- og Sundhedsforvaltning i 2015. Netværket blev dannet med afsæt i 70 tværfaglige medarbejders deltagelse i et kompetenceudviklingsforløb med fokus på spiseforstyrrelse og selvskade samme år i regi af bl.a. Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS) og Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS). Evalueringen af kompetenceudviklingsforløbet viste et behov for at tydeliggøre, hvilken indgang borgere med spiseforstyrrelser skal have til kommunen. Der viste sig ikke et behov for at tilføje nye ressourcer eller indsatsmuligheder på området, men snarere for at samtænke de allerede eksisterende kompetencer på tværs af forvaltningerne.

6.4.1 Målgruppe og formål

Spiseforstyrrelsesnetværket har fokus på indsatsen for borgere med spiseforstyrrelser og/eller selvskadende adfærd. Netværkets definition af begrebet "spiseforstyrrelse" omfatter flere psykiatriske diagnoser som fx anoreksi, bulimi, tvangsoverspisning og selvskade. Der er ikke tale om en aldersafgrænsning i denne forbindelse.

Formålet med spiseforstyrrelsesnetværket er at sikre, at der ydes en tidlig og forebyggende indsats for borgere i fare for at udvikle spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd. Netværket skal styrke relationerne på tværs af de to forvaltninger og dermed udvikle et samarbejde, der bygger på fælles mål og gensidig respekt, og som skaber værdi for borgeren. Det gælder især samarbejdet om overgange fra barn til ung og fra ung til voksen. Netværket skal etablere en ramme om vidensdeling og kvalificering af Gladsaxe Kommunes samlede indsats over for de berørte borgere.

6.4.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Møder m.m. i netværket har karakter af internt koordinerende og kvalificerende kommunalt forvaltningsarbejde. Det tjener ikke til kvalitetssikring af indsats og tiltag i det enkelte sagsforløb. Der er således intet behov for at henvise til et særskilt lovgivningsgrundlag i service-loven.

Organisatorisk forankring

Spiseforstyrrelsesnetværket udgør en koordinerende mekanisme og et fælles mødeforum på tværs af de to forvaltninger (Børne- og Kulturforvaltningen og Social- og Sundhedsforvaltningen). Der er således ikke tale om en egentlig organisatorisk forankring.

Ledelsesmæssig forankring

Ledelsen af netværkets arbejde er placeret i en fælles tværfaglig styregruppe med lederdeltagere fra bl.a. Familieområdet, PPR, Ungeenheden, Sundhedsplejen og Handicaprådgivningen. Styregruppen har ansvar for at udpege deltagere til netværksmøderne samt for at fastsætte tema og konkret indhold på møderne. Styregruppen har desuden nedsat en tværfaglig arbejdsgruppe, der skal arbejde med afgrænsede opgaver. Fx har arbejdsgruppen udarbejdet denne hjemmeside med information om og henvisninger til bl.a. akuttilbud: [https://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/sundhed og sygdom/mad og maaltider/spise forstyrrelse](https://www.gladsaxe.dk/kommunen/borger/sundhed_og_sygdom/mad_og_maaltider/spise_forstyrrelse)

Refleksion/kvalitetssikring

Netværket er i sig selv et refleksionsunderstøttende og kvalitetssikrende forum på tværs af de to forvaltninger. Aktiviteterne i netværket har fokus på at understøtte ensartet høj generel sagsbehandlingskvalitet.

Relationskompetencer

Arbejdet med konkret at understøtte medarbejdernes relationskompetencer er forankret i myndigheds- og udførerenhederne i de respektive forvaltninger. Temaet kan dog godt sættes på som fælles læringspunkt på netværkets mødedagsorden, fx med afsæt i resultater fra borgerevalueringerne i de enkelte sager.

Ressourceforbrug

Spiseforstyrrelsesnetværket er implementeret over en projektperiode på to år, hvor der var afsat en bevilling på 80.000 kr. Disse midler blev især anvendt til afholdelse af interne temadage og kompetenceudvikling. I dag er tidsforbruget til deltagelsen i netværkets arbejde en del af driften på de to forvaltningsområder, og der er således ikke længere afsat en særskilt bevilling. Ressourceforbruget omfatter tidsforbrug til planlægning samt møde- og temadagsdeltagelse hos netværksdeltagerne, i styregruppen og hos netværkstovholderen.

6.4.3 Logisk model

Ressourcer

Børne- og Kulturforvaltningen stiller med følgende deltagere i netværkets møder: Sundhedsplejersker, PPR-psykologer, sagsbehandlere, socialrådgivere og familierapeuter. Fra Social- og Sundhedsforvaltningen deltager mentorer, sagsbehandlere, socialrådgivere og fagspecialister. Der er udpeget en gennemgående tovholder i forhold til netværkets arbejde, som har en baggrund og funktion som fagspecialist.

Aktiviteter

Der afholdes 1-2 møder årligt for alle i spiseforstyrrelsesnetværket af 1½ times varighed samt en halv temadag årligt med interne eller eksterne undervisere for at sikre faglig og koordineret indsats for borgere med spiseforstyrrelser. Dertil kommer aktiviteterne i styre- og arbejdsgrupper samt tovholderens opgaver.

Resultater

Kort sigt: Løbende opdatering og vedligeholdelse af faglig viden på spiseforstyrrelsesområdet og faglig viden om selvskadende adfærd.

Mellemlangt sigt: Øget indbyrdes kendskab, indsigt og samarbejde på tværs af forvaltningerne. Forbedret kontinuerlig erfaringsopsamling og læring af komplekse borgerforløb. Øget kvalitet i overdragelsen af forløb, der indebærer overgange mellem forvaltninger (og lovgivninger).

Langt sigt: Styrket tidlig og forebyggende indsats for alle borgere med risiko for at udvikle spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd.

6.4.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Et centralt afsæt for netværkets arbejde er principper og anbefalinger i Socialstyrelsens nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser fra 2015. Derudover arbejder de to forvaltninger – og dermed netværket – i særlig grad med afsæt i tankegang og tilgang i den forsknings- og evidensbaserede behandlingsform Dialektisk Adfærdsterapi (DAT). DAT er valgt som tilgang for at imødekomme samarbejdet med behandlingspsykiatrien, der anvender denne metode.

Metodisk indhold

De konkrete metoder i DAT indgår også i Social- og Sundhedsforvaltningens indsats for borgerne. Forvaltningen sender således de fagpersoner, der yder indsats for borgere med bl.a. spiseforstyrrelser, på en DAT-uddannelse (ved Casper Aaen).

Faglige antagelser

Det antages, at det er vigtigt, at mødes på tværs af faggrupper og forvaltninger i Gladsaxe Kommune for at fremme faglighed, samarbejde og kvalitet til gavn for det samlede forløb med borgeren i centrum. Der henvises i den forbindelse til, at en entydig dansk og international forskning på området underbygger, at en tidlig, tværfaglig kommunal indsats forebygger indlæggelse og medfører, at der samarbejdes målrettet mod en rehabiliterende indsats.

Viden om effekter

Der er ikke foretaget formaliseret evaluering, men ved udløbet af projektperioden blev det vurderet, at netværket havde haft positiv effekt, hvorfor det overgik til ordinær drift. Ifølge netværkstovholderen er erfaringen, at indsatsen for målgruppen på tværs af forvaltningerne er styrket gennem vidensdeling i netværket. Etableringen af netværket har bl.a. også betydet, at forvaltningerne har fået bedre overblik over det stigende antal borgere i målgruppen. Netværket har fx indhentet samlede tal fra regionspsykiatrien vedrørende målgruppens omfang og sammensætning.

6.4.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Den afgørende implementeringsmæssige succesfaktor er, at de deltagende forvaltninger har et klart fælles ønske om at styrke den interne afstemning og vidensdeling på tværs. Tovholderen vurderer i forlængelse heraf, at tilstrækkelig, kontinuerlig ledelsesmæssig opbakning er den vigtigste implementeringsparameter. Det betyder bl.a., at det forventes, at afdelinger og enheder stiller med repræsentation på mellemliderniveau i styregruppen. Det kan erfaringsmæssigt kræve en indsats at sikre bred accept og opbakning på dette punkt.

Øvrige kontekstfaktorer

Netværket og de deltagende forvaltninger har ganske vist en bred samarbejdsflade eksternt og internt i kommunen. Tovholder vurderer dog ikke, at dette forhold rejser særlige krav om implementeringsindsats i forbindelse med etablering af et tværforvaltningsnetværk af den beskrevne art.

6.4.6 Kontakt

Helen Fuglsang Kock, fagspecialist/sundhedsfaglig konsulent, tovholder for netværket.

6.5 Task Force for Spiseforstyrrelser og Selvskade - Holstebro Kommune

Task Force for Spiseforstyrrelser og Selvskade (TF) blev oprettet i efteråret 2017. Knap et år senere modtog kommunen en satspuljebevilling til arbejdet (fra juli 2018 og frem til 2021). Der har i praksis udviklet sig to spor: TF har fra starten fungeret som et tværfagligt og tværororganisatorisk forum for kvalificeret drøftelse af sager på både børne- og voksenområdet. Konkret drøftes det, hvad der allerede er gjort, og hvad der evt. skal gøres yderligere. Fokus var som udgangspunkt på støtte og rådgivning i de lidt mere alvorlige sager. Der er dog over tid kommet øget vægt på tidlig opsporing (herunder formidlingsopgaver). Som et yderligere spor er støtte til opsporing af risikoadfærd således blevet en del af arbejdet i Task Forcen.

6.5.1 Målgruppe og formål

TF's målgrupper er personer med spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi og BED) eller selvskadende adfærd. Formålet med TF er at opspore, forebygge og foregribe spiseforstyrrelser og selvskade hos borgere i kommunen gennem direkte indsats (fx et samtaleforløb) eller indirekte indsats (fx via rådgivning til frontlinjemedarbejdere). TF er et forebyggende tilbud, ikke et behandlingstilbud; målet er primært at hjælpe borgeren videre til relevant behandlingsindsats i lyset af behovet samt bidrage til at kvalificere tidlig lokal opsporing og indsats andre steder i organisationen.

TF har ingen aldersafgrænsning, men er ikke nødvendigvis udøvende i forhold til fx lidt ældre voksne borgere. TF fører løbende statistik over de afsluttede forløb. Blandt de 18 registreringer fra første opgørelse i starten af 2019 vedrørte 9 spiseforstyrrelser, 5 handlede om selvskade og de sidste 4 involverede begge problematikker. Målgruppen omfatter dog som udgangspunkt ikke (1) borgere, hvor problematikken har en bagvedliggende årsag i form af svær autisme eller udviklingshæmning samt (2) borgere, hvor selvskade ses i form af misbrug af alkohol eller rusmidler. I disse tilfælde henviser TF til rette ekspertise.

6.5.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Serviceovens forebyggelsesparagraffer på børne- henholdsvis voksenområdet giver hjemmel til indsatsen (serviceovens § 11, stk. 3 samt § 82b). Task Forcen er ikke bevillingsmyndighed, men skal primært ses som et supplement til indsatsen i den øvrige kommunale organisation (fra fx skolekonsulenter, integrationsvejledere, sundhedsplejersker osv.). Det hører dog med, at der hen ad vejen er blevet åbnet for, at TF-koordinatoren kan få visiterede opgaver i henhold til den visiterende myndigheds lovhjemmel (og med finansiering herfra). I foreløbig et enkelt tilfælde har en nabokommune også købt en samtaleindsats fra TF møntet på en borger fra den pågældende kommune.

Rekruttering

Tilbuddet er åbent for både de direkte berørte borgere, for disses pårørende og for fagpersoner, som er i kontakt med borgere og pårørende. Der er en kontaktformular på TF's hjemmeside, som kan benyttes af alle målgrupper, og som man følger op på ved at yde rådgivning og vejledning. Der er desuden mulighed for skriftlig eller telefonisk henvendelse gennem en fælles indgang på kommunens hjemmeside kaldet "Psykologkontakten". Statistikken vedrørende afsluttede forløb pr. marts 2019 viser 14 ud af 18 kontakter er skabt via disse to kanaler (syv fra hver).

Organisatorisk forankring

Psykiatrien i Nordvest, som er en del af Holstebro sundhedshus Center for Sundhed, udgør den fysiske ramme om TF's arbejde og møder. Psykiatrien i Nordvest er et samarbejde om tidlig forebyggelse af psykisk sårbarhed og sygdom mellem Regionspsykiatrien Vest i Region Midtjylland samt Holstebro, Lemvig og Struer kommuner. Organisatorisk er TF

placeret i Socialafdelingen, men både Socialafdelingen og Børne- og ungeafdelingen bidrager med medarbejdere til gruppen. Der er desuden etableret fast samarbejde med kommunens praksiskonsulenter på både børne- og voksenområdet med henblik på kobling til og dialog med almen praksis. De kommunale informanter peger på, at denne organisatoriske model har understøttet et opgør med silotænkning.

Ved modtagelsen af satspuljebevillingen blev der etableret en følgegruppe med deltagelse af lederen fra Psykiatrien i Nordvest, koordinatoren for TF samt repræsentanter for henholdsvis børne- og voksenområdet, men planen er at inddrage andre interessenter fra kommunens organisation i gruppens arbejde. Følgegruppen bidrager med viden, refleksioner og forslag samt arbejder for bedre kobling til forvaltningsområderne. Forventningen er, at der vil blive afholdt to følgegruppemøder om året.

Ledelsesmæssig forankring

Koordinatoren for TF refererer til lederen af Psykiatrien i Nordvest.

Refleksion/kvalitetssikring

På de månedlige TF-møder er der altid et punkt, der hedder "sager til drøftelse", hvor medlemmerne bringer konkrete sager op med henblik på sparring og refleksion. Derudover kan der være tvivlsager, hvor en borgers problemstilling tages ind i en kortere periode til afklaring og evt. videre henvisning. Det foregår konkret ved, at koordinatoren kan tilbyde op til fem afklarende samtaler med den pågældende borger og evt. pårørende. Koordinatoren og Task Forcens øvrige medlemmer modtager løbende formaliseret supervision. Deltagerne har desuden mulighed for indbyrdes sparring mellem TF-møderne.

Relationskompetencer

Der er rekrutteret en særlig relevant kreds af medarbejdere til TF på baggrund af uddannelse og jobfunktion, men også i flere tilfælde på baggrund af særlig erfaring med og interesse for målgruppen. Der blev bl.a. arbejdet med udvikling af relationskompetencer i forbindelse med temadag med Bo Møhl og Lotte Rubæk før etablering af TF samt nøglepersonkursus gennem Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskade (LMS). Efter bevilling af satspuljemidler er der købt uddannelse gennem Center for Spiseforstyrrelser i Region Midtjylland og kursusdage afholdt af LMS. Relationskompetencer har fyldt meget i alle disse aktiviteter.

Ressourceforbrug

TF-koordinatoren, som har psykologbaggrund, er ansat på fuld tid til Task Force-arbejdet. Funktionen forudsætter ikke nødvendigvis fuld tid, men udgør som minimum en væsentlig deltidsstilling. Der deltager derudover 8-10 medarbejdere i de månedlige møder på 2-3 timer. De øvrige TF-medlemmer bidrager til arbejdet ind imellem deres normale opgaver. Bemandingen omfatter aktuelt tre socialrådgivere, en sundhedsplejerske, en idræts- og bevægelseskonsulent, to socialpsykiatriske medarbejdere (SOSU'er), en ergoterapeut samt TF-koordinatoren og lederen. Derudover indgår en inklusionsvejleder i en suppleantrolle.

Både i forhold til implementering og løbende udvikling har det haft væsentlig betydning, at processen er blevet understøttet af en af kommunens udviklingskonsulenter. Der er desuden løbende investeret i målrettet kompetenceudvikling til TF-medlemmerne.

6.5.3 Logisk model

Ressourcer

De primære ressourcer i leveringen af indsatsen er tværfaglige og tværorganisatoriske personaleressourcer samt ledelsestid. Dertil adgang til ekstern ekspertise i forbindelse med kompetenceudvikling og samarbejde med B&U-psykiatrien. Task Forcens arbejde bygger sluttelig på Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse" (2017), herunder især tankegangen om graduerede indsatser.

Aktiviteter

Afklarende og rådgivende samtaler med borgere, pårørende og fagpersoner udgør en stor del af det samlede tidsforbrug. De egentlige samtaleforløb med borgere og evt. pårørende varetages af TF-koordinatoren. Som udgangspunkt foretager TF-koordinatoren altid en indledende vurdering af sagen i dialog med borgeren/familien (indsatsbehov, deltagelse af pårørende i samtaler osv.).

Aktiviteterne omfatter desuden opbygning og vedligeholdelse af samarbejdsrelationer, møder i TF, formidlingsopgaver (afholde oplæg og temadage, fremstille materiale m.m.) samt kompetenceudvikling. Der er siden oktober 2018 afholdt otte kursusdage med deltagelse af bl.a. medarbejdere fra kommunens botilbud, dagtilbud m.m. samt medarbejdere fra nabo-kommuner (yderligere tre er planlagt).

Det er varierende fra deltager til deltager, hvor meget TF-deltagelsen influerer på opgaverne i den daglige "drift". Nogle oplever at komme ind i en ny type sager og sammenhænge sammenlignet med tidligere; for andre er forskellen i det daglige mindre. Medlemmerne får generelt status som ressourcepersoner i deres daglige arbejdssammenhænge, og tager fx løbende sager ind til drøftelse på møderne i TF. Omvendt sørger de også for vidensspredning i egen kontekst.

Afslutningsvis skal det nævnes at en vigtig aktivitet i den indledende fase var at opbygge et overblik over kommunale og regionale rådgivnings-, indsats- og behandlingstilbud til støtte for rådgivningen fra TF. Dette kortlægningsbillede er for nylig blevet opdateret.

Resultater

Kort sigt: Styrket oplevet og faktisk tilgængelighed af kvalificeret rådgivning, vejledning og støtte til de berørte unge, deres pårørende og relevante fagpersoner.

Mellemlangt sigt: Styrket opsporing af begyndende selvskadeadfærd og spiseforstyrrelser, så en større andel af de berørte børn og unge opdages og modtager relevant indsats tidligt.

Langt sigt: Styrket forebyggelse af spiseforstyrrelser og selvskadeadfærd, så færre børn og unge i kommunen udvikler en alvorlig problematik.

6.5.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Task Forcens indsats er ikke fra starten dannet med et bestemt teoretisk udgangspunkt, og man er stadig afsøgende i forhold til dette. Indsatsen er dog konkret udviklet med afsæt i Socialstyrelsens retningslinjer fra 2015 (voksne) henholdsvis Sundhedsstyrelsens forløbsprogram på spiseforstyrrelsesområdet fra 2017 (børn og unge). Ligeledes har man trukket på tankerne i samarbejdsmodellen "relationel koordinering" samt Socialstyrelsens forskellige publikationer og webressourcer vedrørende tværsektorielt/tværfagligt samarbejde.

Metodisk indhold

Det primære metodiske fokus er på, hvordan man kan være undersøgende i forhold til spisning og selvskade, herunder hvordan man kan arbejde med eksternalisering af spiseforstyrrelsen, således at den enkelte borger kan holde problematikken ud fra sig. Andre metodiske fokuspunkter er forebyggelse af "smitte" og inddragelse af pårørende, skole osv. TF ønsker metodisk at have et bredt trivselsfokus, og ikke kun se på konkrete symptomer.

Man er dog også fortsat afsøgende i forhold til det metodiske arbejdsgrundlag. For noget tid siden har man fx afholdt en temadag om den Motiverende Samtale (MI), da borgernes oplevelse af motivation for forandring er en væsentlig udfordring. TF arbejder således nu med MI som en integreret del af indsatsen. Medlemmerne har dog også fået uddannelse i konkret samtaleteknik i forhold til problemstillingerne.

Faglige antagelser

Den centrale faglige antagelse er, at det er virksomt at klæde det fagpersonale, som møder de berørte borgere i det daglige, bedre på til at reagere, inden en problemstilling udvikler sig og bliver værre. I det lys tillægges let tilgængelighed af Task Forcens medlemmer stor betydning. Hvert enkelt medlem sørger for at være tilgængelig og udbrede viden i egen organisatoriske kontekst.

I forlængelse af beskrivelsen af det metodiske fokus er det desuden antagelsen, at det er virksomt at anlægge et bredere, fælles trivselsfokus med inddragelse det formelle og uformelle netværk. Mere generelt ser koordinatoren TF-indsatsen som led i en faglig kulturændring i hele kommunen med afsæt i en forståelse af samfundsudviklingens betydning for de unge. Der ses et mønster med stigende fokus på præstationer og på at håndtere udfordringer individuelt. Det betyder, at børn og unge længe kan gå med problemerne på egen hånd. Udfordringen er, hvordan temaet kan tages op og italesættes i de faglige miljøer uden at skabe "smitteeffekt".

Viden om effekter

I kommunen har man i første række konstateret værdien af Task Forcen via en kvalitativ vurdering de organisatoriske effekter. Over tid er det blevet stadig mere tydeligt, hvad værdien er i at mødes på tværs af organisatoriske og faglige skel sammenholdt med tidligere, hvor man arbejdede mere opdelt. TF-arbejdet matcher således også filosofien bag de forebyggende og fremskudte indsatser i Psykiatrien i Nordvest og i Psykologkontakten. Gevinsterne går både på øget indbyrdes kendskab og tillid; på spredning af viden og kompetencer; og på bedre samarbejde og overgange. Forventningen er, at TF videreføres også efter udløbet af satspuljebevillingen i 2021.

Der har været henvendelser vedrørende 49 forskellige konkrete borgersager i perioden august 2018 til marts 2019. Effektmåling på borgerniveau vurderes som vanskelig i denne sammenhæng, hvor der bl.a. er mulighed for anonymitet. Task Forcen modtager dog løbende positiv feedback fra borgere og pårørende - ikke mindst i situationer, hvor borgerens problemstilling ikke er tilstrækkeligt tung til at berettiggende egentlig psykiatrisk behandling. Der var i marts 2019 indsamlet oplysninger om foreløbig 18 afsluttede sager i TF-regi. Her nævner svarpersonerne (unge og pårørende, men især fagpersoner), at adgang til oplysning om støtte- og behandlingsmuligheder (56 %), henvisning til andre indsats-/støttemuligheder (44 %) og rådgivende/støttende samtaler i TF (22 %) har været værdifuldt.

Informanterne i kommunen peger især på beskæftigelsesgraden hos de berørte borgere som en relevant langsigtet effektindikator, men der er ikke aktuelt planer om effektmåling med dette fokus.

6.5.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Fordelen ved at have en Task Force, frem for blot en udpeget vidensperson, er, at erfaring, viden og kompetencer bredes ud. Den typiske mødedeltagelse på 8-10 tværfaglige personer opleves som hensigtsmæssig i dette lys. Kadencen med månedlige møder vurderes desuden at være fremmende for at sprede og fastholde viden og kompetencer.

Kommunen har gjort gode erfaringer med at fastholde kompetencer og håndtere sårbarhed (fx ved ferie) ved, at TF-koordinatoren fysisk sidder sammen med to andre psykologer (som arbejder med henholdsvis rusmiddelindsats og generel ungepsykologisk indsats). De tre psykologer har overlappende viden og kompetencer, og kan afløse hinanden. Fastholdelse af kompetencerne i TF kan dog stadig være en udfordring i forbindelse med medarbejderudskiftning. Fx var man ude for, at en idræts- og bevægelseskonsulent kom ind i stedet for en inklusionsvejleder (sidstnævnte fik andre opgaver, og havde derfor ikke længere tid til at deltage som hidtil). Det gav et vist tab af viden.

Kontinuerligt ledelsesfokus og -opbakning er desuden væsentlig bl.a. i denne sammenhæng. Der skal være håndslag på at indgå i og bidrage til TF-arbejdet hele vejen rundt.

Det har fx været afgørende at sikre deltagelsen fra og samarbejdet med Børn og Ungeforvaltningen.

En sidste implementeringsrisiko skal nævnes: Det *kan* ligge en afskrækkende stigmatisering i som borger at skulle søge et spiseforstyrrelsestilbud. På hjemmesiden er Task Forcen således placeret som en underside under den mere generelle overskrift "Psykologkontakten". Samtidig tillægges det betydning for overhovedet at få visse sager ind, at det er muligt at henvende sig anonymt. Dette betyder blot, at det er vigtigt at være afklaret og realistisk i synet på, hvad et forebyggende tilbud som TF kan udrette. Man kan være ude for, at en pårørende fx ikke ønsker at gå videre over i en ikke-anonym indsats, selv om man fra TF vurderer, at dette kunne være velbegrundet.

Øvrige kontekstfaktorer

Relationen til regionspsykiatrien er væsentlig for at lykkes. TF er bl.a. etableret med baggrund i et modelkommuneprojekt, hvor der etableredes en samarbejdsmodel med Region Midtjylland og Favrskov Kommune. Det handler bl.a. om løbende sparring med specialpsykolog m.m. Koordinatoren har desuden haft mulighed for at få et par dage som "føl" hos Center for Spiseforstyrrelser i Region Midtjylland. Generelt er der en aftale om kompetenceudvikling og sparring fra regionspsykiatrien. Det er afgørende at have gensidigt kendskab, samarbejde og dialog over denne sektorgrænse.

6.5.6 Kontakt

Daniella Worm Villadsen, Psykolog og koordinator for Task Forcen.

6.6 Ligevægt – Kolding Kommune

I Ligevægt arbejdes der ud fra en problemforståelse om, at voksne med overvægt godt ved, hvad de IKKE skal gøre. Der er ikke brug for flere eksperter i kostomlægning og vægttab. De overvægtige siger selv, at stigmatisering – de sociale og psykologiske mekanismer – er den største udfordring. Indsatsen skal derfor tage udgangspunkt i at styrke trivlsen og balancen i forhold til mad, krop og vægt for målgruppen ved hjælp af virkemidler som anerkendelse, egenomsorg og afstigmatisering. Øget trivsel og aktivitet er primære succeskriterier, mens vægttab anskues som en velkommen sidegevinst.

6.6.1 Målgruppe og formål

Ligevægt er et tilbud til voksne borgere (over 17 år). Der er derimod ingen øvre aldersafgrænsning. Indsatsen henvender sig til voksne med en let til middel grad af BED (tvangsoverspisning). Omfattet er dog også mennesker, der oplever vanskeligheder med konfliktfyldt spisning, kost og vægt, men som ikke er udfordrede nok til at blive diagnosticeret med BED. Typisk vil den enkelte have forsøgt at tabe sig gennem længere tid (fx med "yoyo-vægt" til følge). Det er ikke en forudsætning for at modtage indsatsen, at borgeren er svært overvægtig. Indsatsen retter sig dermed også mod bredere forebyggelse af spiseforstyrrelser. Ved en indledende samtale afklares det, om Ligevægt har rette timing og er den rette

indsats til den enkelte borger. Samtalen skal især afklare (1) om borgeren har andre, mere presserende udfordringer, der gør anden indsats mere oplagt her og nu; og (2) om vedkommende har tilstrækkelig refleksionskapacitet og reel villighed til at indgå på et hold. Det er et væsentligt hensyn at sikre, at et nyt Ligevægt-hold vil kunne fungere som helhed. Erfaringerne viser dog, at selv borgere med forholdsvis komplekse udfordringer kan profitere af og fungere i et Ligevægt-forløb.

Indsatsens primære formål er at øge trivsel både psykisk, fysisk og socialt hos målgruppen. Heri ligger, at indsatsen ændrer målgruppens forhold til mad og spisning, således at konfliktfyldt spisning ikke længere kontrollerer målgruppens valg, trivsel og muligheder i hverdagen. Ambitionen er samtidig at styrke den indrestyrede motivation til forandring, så den enkelte deltager kan videreføre sine forandringer, også når forløbet er afsluttet. Et balance-ret forhold til mad, kost og vægt vil i mange tilfælde medføre vægttab samt på længere sigt nedbringe sundhedsudgifter såvel som øge livskvalitet og beskæftigelsesgrad for målgruppen. Trivslen kan dog styrkes ved deltagelse på Ligevægt, uanset om et vægttab bliver aktuelt eller ej i det enkelte tilfælde.

6.6.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Ligevægt er et åbent, gruppebaseret sundhedstilbud etableret i henhold til sundhedslovens § 119 (forebyggende og sundhedsfremmende tilbud).

Rekruttering

Borgere kan henvises til indsatsen fra myndighedsafdeling, men det er også muligt selv at opsøge tilbuddet. Uanset hvordan borgeren kommer i kontakt med Ligevægt, så skal vedkommende deltage i en indledende samtale med en Ligevægt-medarbejder.

Organisatorisk forankring

Ligevægt er forankret i driftsenheden Sundhedscenter Kolding under sundhedsstaben i Senior-, Sundheds- og Fritidsforvaltningen. Der er nedsat en projektgruppe, som er sammensat af projektleder og andre medarbejdere fra Ligevægt, herunder en psykolog, en cand.pæd. i pædagogisk psykologi samt sundhedsfaglige medarbejdere inden for bevægelse og ernæring og spiseforstyrrelser. Projektgruppen sikrer indsatsens udvikling, opfølgning og løbende fremdrift.

Ledelsesmæssig forankring

Projektejer er den konstituerede direktør for Senior-, Sundheds- og Fritidsforvaltningen Annette Lund. Projektlederen for Ligevægt har direkte reference til direktøren. Der er desuden nedsat en styregruppe. Styregruppens medlemmer er den konstituerede direktør for Senior-, Sundheds- og Fritidsforvaltningen; projektleder for Ligevægt; afdelingsleder for Sundhedsfremme og Forebyggelse; samt den konstituerede direktør for Socialforvaltningen. Fra denne forvaltning deltager også Centerlederen for Socialpsykiatri – Dagtilbud, der også er ledelsesmæssigt ansvarlig for kommunens Team for spiseforstyrrelser, som Ligevægt har samarbejde med, og som også bidrager til drift og udvikling af Ligevægt. Styregruppen træffer overordnede retningsgivende, koordinerende og økonomiske beslutninger for Ligevægt.

Refleksion/kvalitetssikring

Ligevægt er en indsats, der er etableret og løbende videreudvikles ved hjælp af en design-proces. Det indebærer, at indsatsens indhold opstår i dialog med målgruppen og på baggrund af de indsigter, som samtaler med målgruppen giver. Brugere er eksperterne i, hvornår indsatsen opleves som meningsfuld og forandringskabende. Via deres løbende tilbagemeldinger er brugere med til at styre og justere koncepterne. Det er derfor en integreret del af indsatsen, at brugere systematisk spørges om deres oplevelse og udbytte af indsatsen, og at teamet omkring indsatsen på baggrund af tilbagemeldingerne justerer konceptet. Det kan fx gælde den pædagogiske praksis i holdforløbet, tilrettelæggelse af øvelser og oplæg, de anvendte psykologiske metoder og deres dosering m.m.

Relationskompetencer

Medarbejderne i Ligevægt har som primær opgave at facilitere den rigtige og udbytterige proces for den enkelte borger i tilbuddet og for holdet samlet set. Medarbejderne skal bidrage med viden og værktøjer, som opleves meningsfulde for deltagerne. Afsættet for samarbejdet mellem borger og medarbejder er en ligeværdig relation uden løftede pegefingre. Det er en forudsætning, at medarbejderne har stærke relationskompetencer og kan møde deltagerne åbent og nysgerrigt med en tilgang, der favner deltagerens forskelligheder. Dette er i fokus i forbindelse med rekruttering og kompetenceudvikling.

Ressourceforbrug

Indsatsen består dels af holdundervisning for grupper af maks. 16 personer pr. hold i kombination med faste individuelle samtaler samt samtaler ad hoc. Forløbet strækker sig i udgangspunktet over op til 36 uger. Alle uger med 2½ times holdundervisning. De individuelle samtaler gennemføres efter 6, 16 og 28 uger og ved forløbets afslutning og desuden løbende efter den enkelte deltagers behov. Der foreligger ikke en timebaseret opgørelse over de personalemæssige ressourcer, da der stadig løbende justeres i dette. Der er dog altid to medarbejdere til stede i undervisningen, så en medarbejder undervejs kan gå fra til støtte for den enkelte borger efter behov, og så den ambitiøse pædagogiske praksis i det hele taget kan understøttes.

6.6.3 Logisk model

Ressourcer

De faglige ressourcer udgøres primært af Ligevægts medarbejdere. Bemandingen omfatter psykologfaglige og psykiatrifaglige kompetencer. Ligevægtsmedarbejderne er fx en psykolog, en cand.pæd.psych. og en socialpsykiatrisk sygeplejerske; alle med psykologifaglige kompetencer, viden og erfaringer med håndtering og forebyggelse af spiseforstyrrelser. I udvælgelsen af medarbejderne er der lagt vægt på, at den enkelte skal være motiveret for at møde problematikken på en ny måde, hvor der er hovedvægt på at kunne skabe og være i relationer.

Arbejdet med Ligevægt blev igangsat som en udviklingsproces i 2017, og siden april 2018 er der gennemført fire hold som testforløb. I forhold til udviklingsprocessen, justering og opfølgning på indsatsen har en af kommunens udviklingskonsulenter, der samtidig delvis har fungeret som Ligevægt-medarbejder ift. screeningssamtaler og undervisning, varetaget projektledelsen samt rollen som udviklingskonsulent.

Aktiviteter

Deltagerne på et nyt hold starter på én gang og kan deltage i op til 36 uger (der er ikke løbende optag). Erfaringen er, at 16 deltagere udgør en velfungerende hold-størrelse. Hvis den enkelte borger oplever, at udviklingen er tilstrækkeligt positiv eller der er opstået noget i ens livssituation der er "den første sten på vejen", kan ved-kommende dog stoppe på holdet efter fx 28 uger. Omvendt kan den enkelte efter behov og vurdering tilbyde opfølgende, individuelle samtaler efter afslutningen af gruppeforløbet.

Nøgleaktiviteter i forbindelse med levering af indsatsen er både holdundervisning og individuelle samtaler, der løbende justeres til deltagernes behov. Holdundervisningen tager afsæt i bestemte temaer, som i varieret omfang fylder hos den enkelte deltager. Temaer og fokusområder omfatter styrkelse af borgerens selvværd og selvtillid; styrkelse den enkeltes selvforståelse og selvaccept; anerkendelse af borgerens egen historik; styrkelse af borgerens egenomsorg; øget aktivitetsniveau hos borgeren, både fysisk, psykisk og socialt; samt balanceret forhold til mad, styrket søvnkvalitet og deltagelse i meningsfyldte fællesskaber for den enkelte deltager.

Resultater

Kort sigt: Øget trivsel hos de deltagende borgere, psykisk, fysisk og socialt. Et mindre konfliktfyldt forhold til mad og spisning for den enkelte. Reducerede udsving i perioder med restriktiv spisning henholdsvis overspisning i borgerens liv.

Mellemlangt sigt: Øget aktivitetsniveau og trivsel i målgruppen. Deltagelse i betydningsfulde fællesskaber. Afstigmatisering, der kommer til udtryk ved borgerens indre styring frem for ydre styring.

Langt sigt: Forbedret trivsel, aktivitetsniveau og sundhedstilstand (herunder evt. væggtab) hos de deltagende borgere. Øget beskæftigelsesgrad.

6.6.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Ligevægt er ikke udviklet på baggrund af en bestemt teoretisk position. Ligevægt hviler på en vision, der hedder: "Selvværd og sammenhæng i alt hvad du siger og gør". Strategien til virkeliggørelse af visionen rummer fem simple principper:

1. Gå borgeren i møde
2. Det er borgerens plan/aftale
3. Tal et sprog alle mennesker forstår

4. Alt inden for din radar er dit ansvar
5. Sæt fællesskabet i spil.

Ligevægt tager afsæt i borgerens synspunkt, dvs. at medarbejderne først og fremmest er nysgerrige på at forstå, hvad der er på spil for det enkelte menneske, frem for at agere som bedrevidende fagpersoner. På den måde arbejdes der også ud fra et bredt sundhedsbegreb. Det, det er relevant at fokusere på, defineres af borgeren, ikke af fagpersonen. Sundhed kan handle om både fysisk, psykisk og social trivsel, og sundhed skal forstås individuelt og ud fra det enkelte menneskes egen oplevelse heraf. Indsatsen udspringer også af en socialkonstruktionistisk tilgang, som betoner den betydning sprog (diskurser på samfundsniveau, lokalt og relationelt), ord og visuelle udtryk har for den enkeltes selvforståelse, selvværd og udviklingsmuligheder – herunder også på forholdet til mad, krop og vægt.

Metodisk indhold

I Ligevægt arbejdes eklektisk og med anvendelse af: kognitive metoder, herunder både traditionelle tilgange og Acceptance and Commitment Therapy (ACT), narrative og systemiske metoder, kritisk psykologiske begreber og perspektiver, mindfulness-øvelser og mindful eating, naturbaseret terapi, funktionel hjernetræning samt sundhedsfaglig viden. Anvendelsen af dialog- og evalueringsredskabet Feedback Informed Treatment (FIT) står desuden centralt. Holdundervisningen tilrettelægges ud fra MGØR-modellen (Motivering, Gennemgang, Øvelse, Relatering), som fremmer, at det primært er deltagerne, der er i arbejdstøjet. Modellen sikrer desuden, at holdundervisningens indhold kan anvendes i eget hverdagsliv og styrke den enkeltes motivation.

Faglige antagelser

De faglige antagelser i Ligevægt er beskrevet som element i den design-metode, der er anvendt i udvikling af indsatsen. Her har borgere og medarbejdere i fællesskab kortlagt målgruppens oplevelser og behov og konkluderet, at indsatsen skal forebygge, foregribe og adressere stigmatisering, selvbekræftelse, skyld og skam. Den skal fokusere på årsager til overvægt ved inddragelse af psykologiske aspekter, og dermed sætte selvværd og trivsel i centrum for indsatsen. Oplevelsen er, at sundhedsvæsenets møde med borgerne i målgruppen kan være præget af forsøg på ydre kontrol og styring samt, set fra borgerens perspektiv, af en vis bedrevidenhed (fokus på "teknikken" i væggtab). Det antages, at der er behov for at italesætte en modstemme til dette perspektiv, hvor vægten er på indre styring og udvikling af mestringsevner i mødet med ubalancer. Gennem fokus på reduceret slankestress og reduktion i antallet af overspisningsepisoder åbnes for øget trivsel og selvaccept. Indirekte kan dette hen ad vejen udløse væggtab.

Viden om effekter

Der foretages effektmålinger ved hjælp af spørgeskemaer, som deltagerne udfylder før forløbet, efter 12 uger samt efter endt forløb (36 uger). Desuden følges op på baggrund af FIT, når deltagerne møder til individuelle samtaler og i forbindelse med undervisningen. Der foretages mundtlig evaluering med deltagerne efter hver enkelt undervisningsgang. Der

indhentes kvalitative data i form af citater fra dialog med deltagerne om metoder og forandringer.

Forvaltningen har desuden adgang til at trække på registerdata på det enkelte cpr.-nummer, således at der over tid skabes viden om indsatsens økonomiske effekter (fx hvad koster målgruppen i sundhedsydelser før henholdsvis efter indsatsens gennemførelse). Der indhentes udvidet samtykke til dette gældende for en periode på op til ti år fra deltagerne. I foråret 2019 sker den første samlede opsamling på de første to ud af fire testforløb, men der foreligger allerede foreløbige beregninger, som viser positive resultater. Der foreligger desuden resultater fra en kvalitativ opsamling af effekter 1/3 inde i forløbet, som viser lovende resultater på trivsel, reducere af overspisningsepisoder samt også på vægttab.

6.6.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Ligevægt blev i første omgang etableret som et afprøvningsprojekt med afsæt i et udviklingsarbejde, der startede i 2017. Borgersøgningen til tilbuddet var udelukkende baseret på medieomtale og mund-til-mund-metoden. Kommunen oplevede så stor interesse (over 100 henvendelser), at der i første omgang startede to testhold i april 2018. Senere startede yderligere to hold. Indtil videre har rekruttering til Ligevægt-holdene med andre ord ikke været en udfordring, snarere tværtimod.

En central implementeringsrisiko er til gengæld medarbejdernes fastholdelse af design-tænkningens afsæt, der indebærer, at målgruppens oplevede behov er styrende som grundlag for løbende justeringer af indsatsen. Medarbejderne skal være i stand til at lade egen faglighed træde i baggrunden og i stedet indtage en faciliterende rolle. Det er et kulturarbejde, som kræver vedholdenhed og tydelig retning og opbakning fra ledelsen for at fastholde dette blik.

Ressourcemæssigt er der nogle praktiske forhold forbundet med at gennemføre en indsats, der ikke sætter vægttab først, men deltagerens indre arbejde og styring og ligeværdige relationer. Det har eksempelvis været en praktisk udfordring at finde inventar, som kan holde til den svære overvægt (> 200 kg), som nogle deltagere har med sig.

Øvrige kontekstfaktorer

Testforløbene har vist, at der er betydeligt potentiale i aktivt medborgerskab i forbindelse med et tilbud som Ligevægt. Den frivillige forening Ligevægtsfællesskabet har netop konstitueret sig selv med et mål om at understøtte borger-til-borger-støtte ved mentorer m.m. Bl.a. afholder foreningen åbne cafemøder som et tilbud til borgere, der venter på at blive optaget på et Ligevægt-forløb.

6.6.6 Kontakt

Ditte Priebe Jønsson, udviklingskonsulent for mental sundhed og projektleder.

6.7 ROBUS – Københavns Kommune

I ROBUS arbejdes der med at give unge med spiseforstyrrelser bedre mestrings- og handlingsstrategier til at håndtere sit liv på, så de med støtte fra deres netværk kan fungere i et mere almindeligt hverdagsliv.

6.7.1 Målgruppe og formål

ROBUS er et tilbud til unge under 23 år med spiseforstyrrelserne anoreksi, bulimi og BED. Der er ikke fastsat en nedre aldersgrænse. Formålet med indsatsen er, at den unge...

- ...lærer at spise på en hensigtsmæssig måde, så tanker om spisning, krop og vægt kommer til at fylde mindre i den unges hverdag.
- ...kommer til at trives bedre og får mere overskud til at tage del i de ting, han/hun gerne vil i sin hverdag.
- ...finder nye veje til at håndtere udfordringer i sit liv, så risikoen for tilbagefald i spiseforstyrrede mønstre bliver mindre.

Derudover er målet at klæde den unges familie og øvrige netværk på til at støtte den unge bedst muligt.

6.7.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Hjemmelen til ROBUS findes i servicelovens § 11, stk. 3.

Rekruttering

Der er mulighed for selvhenvisning og behandling i ROBUS forudsætter således ikke myndighedshenvisning.

Organisatorisk forankring

ROBUS indgår som en afdeling i kommunens Center for Socialpædagogik og Psykiatri.

Ledelsesmæssig forankring

Den daglige ledelse varetages af en afdelingsleder med ansvar for ROBUS. Det overordnede ledelsesansvar ligger hos centerchefen.

Refleksion/kvalitetssikring

Der afholdes behandlingsmøder to timer om ugen, hvor alle sager jævnlige bliver taget op. Der er intern sagssupervision hver anden uge. I perioder sker der desuden ekstern supervision efter behov. Kurser og opkvalificering efter behov. Det tilstræbes desuden at knytte to

behandlere på opgaverne. Der udarbejdes trivselsindex (WHO 5) samt symptomschema i forbindelse med optagelse i indsatsen.

Relationskompetencer

ROBUS prioriterer at opretholde en god feedbackkultur. Der bruges ikke et systematisk redskab, men når man afslutter et forløb afholdes et evalueringsmøde med den unge og evt. familien.

Ressourceforbrug

ROBUS-indsatsen er aktuelt normeret med ca. 3-3½ årsværk, som giver kapacitet til 50-60 nystartede forløb om året.

6.7.3 Logisk model

Ressourcer

Afdelingslederen for ROBUS er psykolog. Den øvrige bemanning består af psykologer samt pædagogisk behandlingspersonale.

Aktiviteter

Indhold, form og varighed af et behandlingsforløb tilrettelægges individuelt efter den unges behov. Det kan være alt fra nogle enkelte rådgivende samtaler til et længere forløb med ugentlig kontakt gennem adskillige måneder.

Et udgangspunkt for behandlingen er, at den unge skal have hjælp til at håndtere sine problemer med spisningen, og at den unge får mulighed for at arbejde med de vanskeligheder, der ellers fylder i hans eller hendes liv. Et behandlingsforløb kan omfatte:

- Familiesamtaler
- Individuelle samtaler
- Gruppeforløb og gruppeworkshop
- Temaaftener for unge og pårørende.

For hjemmeboende unge under 18 år lægges der stor vægt på, at familien/forældrene deltager. Forældrenes støtte kan have uvurderlig betydning for den unges mulighed for at komme ud af spiseforstyrrelsen. Samtidig kan mange unge have brug for at snakke med en behandler på egen hånd, og der vil stort set altid være mulighed for individuelle samtaler som supplement til familiesamtaler, hvis den unge er motiveret for det. For unge der ikke bor hjemme længere, kan det også være brugbart at have pårørende med til nogle af samtalerne, fx forældre, kæreste eller en god ven/veninde. Har den unge en kontaktperson, mentor eller lignende, kan det også være en god ide, at han/hun deltager i en eller flere samtaler.

Et behandlingsforløb i ROBUS starter med en indledende samtale. Den unge er velkommen til at have en pårørende med til samtalen, og for hjemmeboende unge under 18 år

anbefales det, at den unges forældre eller andre nærmeste pårørende deltager. Ved den indledende samtale spørges der ind til, hvilke problemer, den unge oplever at have, og hvad, den unge godt kunne tænke sig, bliver anderledes i hans eller hendes liv. Behandlerne spørger til den unges vanskeligheder i forhold til spisning og til, hvordan han eller hun i det hele taget trives i sin hverdag.

Hvis der er enighed om, at ROBUS kan tilbyde den rigtige hjælp, vil behandlerne ved en opfølgende samtale planlægge det videre behandlingsforløb. Under et behandlingsforløb kan behandlerne komme omkring mange forskellige temaer og problemstillinger. Typiske temaer vil være:

- Undervisning om spiseforstyrrelser, kost, ernæring og kropsopfattelse
- Konkret vejledning i hvordan man ændrer spisemønster, og i hvordan man kan støtte op som pårørende
- Samarbejde og kommunikation i familien, om såvel spisning som andre ting
- Sociale relationer med jævnaldrende
- Håndtering af hverdagens krav, i skole, på arbejde osv.
- Håndtering af vanskelige tanker, så de bliver mindre styrende og kommer til at fylde mindre i dagligdagen; fx tanker om en selv, forventninger fra andre, krop og spisning, bekymringer for fremtiden osv.
- Håndtering af vanskelige følelser, som angst, tristhed, uro, ensomhed og vrede.
- Ønsker og mål for fremtiden.

Nogle unge og familier ønsker primært hjælp til at håndtere selve spiseproblematikken, mange ønsker dog også hjælp til at håndtere og udvikle sig på andre områder i deres liv. De første 3-5 samtaler vil den unge typisk opleve, at temaer om kost og spisning fylder meget. Gradvist vil andre temaer komme til at fylde mere i behandlingen, afhængigt af ønsker og behov. I en del behandlingsforløb vil der være en fase, normalt i sidste del af forløbet, hvor man primært arbejder med almene problemstillinger som sociale relationer og håndtering af hverdagen.

Resultater

Kort sigt: At lære den unge at spise på en hensigtsmæssig måde, og at tanker om spisning, krop og vægt kommer til at fylde mindre i den unges hverdag. At den unge kommer til at trives bedre og får mere overskud til at tage del i de ting, han/hun gerne vil i sin hverdag. At den unge finder nye veje til at håndtere udfordringer i sit liv, så risikoen for tilbagefald i spiseforstyrrede mønstre bliver mindre. At den unges familie og øvrige netværk bliver klædt på til at støtte den unge bedst muligt.

Mellemlangt sigt: At den unge kan klare sig selv i hverdagen med støtte fra netværk og varetage uddannelse eller beskæftigelse.

6.7.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Indsatsen er udviklet med afsæt i Socialstyrelsens nationale retningslinjer for rehabilitering til borgere med svære spiseforstyrrelser fra 2015.

Metodisk indhold

Metodisk arbejdes der med familie- og netværksrettet støtte, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), anden kognitiv terapi, systemisk-narrativ terapi samt, i visse tilfælde, mentaliseringsbaseret terapi. Derudover anvendes app'en "Min Vej".

Faglige antagelser

De unge har ofte svært ved selv at stoppe, når de er styret af spiseforstyrrelsen, og forældrene er ofte i tvivl om, hvordan de bedst hjælper den unge. Muligheder for at afhjælpe den unges problemadfærd antages derfor at kunne styrkes ved at arbejde med hele familien og ved at give forældrene kompetencer til at sætte gode rammer for børnenes spisning.

For lidt ældre unge antages det, at det gør en forskel at støtte dem i at strukturere deres handlerum. I gruppeterapi og længere forløb arbejdes der desuden med at håndtere svære tanker og følelser, hvilket bidrager til at give de unge flere handlestrategier på trods af evt. angst eller tvangstanker.

En yderligere faglig antagelse er, at det er vigtigt med opmærksomhed på, at tilbuddet har den nødvendige faglige fleksibilitet, så et behov for individuel tilpasning fra sag til sag kan imødekommes.

Viden om effekter

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt systematisk viden om effekten af indsatsen.

6.7.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Fordi unge med spiseforstyrrelser er en relativt krævende målgruppe, er det nødvendigt med et vist volumen i tilbuddet, hvis den nødvendige ekspertise skal kunne opbygges. Dette gælder, hvad angår den personalemæssige normering, hvor det er vigtigt at sikre en faglig robusthed over tid i tilbuddet i tilfælde af personaleudskiftninger. Det gælder også antallet af unge, hvor det er vigtigt at være opmærksom og eksplicit omkring hvilken afgrænsning, der trækkes for målgruppen i tilbuddet. På den ene side er det vigtigt, at målgruppen ikke bliver for snæver, fordi unge med spiseforstyrrelser kan have mange forskellige tilknyttede problemstillinger. På den anden side kan det være vigtigt ikke at udvide målgruppen for meget, så der inkluderes unge med problemstillinger, der stiller krav om en anden type indsats. Eksempelvis kan det være vigtigt at overveje, i hvilken udstrækning tilbuddet fagligt kan støtte unge med en autismespektrumforstyrrelse.

Øvrige kontekstfaktorer

Det er vigtigt, at tilbuddet forankres ud fra et specialiseringshensyn, fremfor et funktionelt hensyn. Det indebærer, at man bør overveje, hvor der i forvejen er en lignende ekspertise i organisationen, så tilbuddet forankret i et relevant fagligt miljø i kommunen. Det kan fx være i en eksisterende familierapeutisk enhed eller lignende.

6.7.6 Kontakt

Julie Munck, afdelingsleder.

6.8 Familier og Spiseforstyrrelser – Region Midtjylland

Indsatsen Familier og Spiseforstyrrelser (FoS) retter sig mod familier, der har behov for særlig støtte i behandlingens opstartsfasen, men samtidig ressourcer til løbende og efter vejledning at tilbagetage ansvaret for den unge.

6.8.1 Målgruppe og formål

Indsatsen retter sig mod unge mellem 14 og 17 år med spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi og BED) eller selvskadende adfærd. Ud fra individuelle vurderinger kan familier med unge fra 18 til 23 år også blive tilknyttet tilbuddet. Det samme gælder, hvis unge under 14 år skal ind i tilbuddet. Der kan evt. etableres en gruppe, hvis der er flere under 14 år.

Indsatsens form varierer, da den sammensættes efter den enkelte families vanskeligheder og ressourcer. Familiens udfordringer og behov afgør mængden af støtte, men der arbejdes i alle tilfælde på en udvikling fra ydre styring til indre styring. Formålet er, at familien og den unge klædes på til at hjælpe sig selv for på den måde at skabe stigende grad af normalitet i familiens liv.

6.8.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Lovgivningsgrundlaget for selve behandlingsindsatsen findes i servicelovens § 52, stk. 3, nr. 3 (familiebehandling). Tilbuddet om forældresamtaler henter lov hjemmel i servicelovens § 11, stk. 3.

Organisatorisk forankring

Familier og Spiseforstyrrelser er forankret som en afdeling i Holmstrupgård, et døgn- og dagtilbud til unge fra 14 til 23 år med psykiatriske lidelser og organisk betingede vanskeligheder. Holmstrupgård er en selvejende institution med driftsoverenskomst med Region Midtjylland.

Ledelsesmæssig forankring

Det ledelsesmæssige ansvar for bl.a. FoS-indsatsen ligger hos en afdelingsleder på Holmstrupgård.

Refleksion/kvalitetssikring

Ved indskrivningsmøde til tilbuddet lægges en ramme for, hvordan familiens behov og ressourcer i de første tre måneder skal belyses eller undersøges. Efter denne periode skal der formuleres mål og delmål sammen med familierne og sagsbehandler; disse evalueres på opfølgingsmøder hver tredje måned. Hver sag drøftes internt på behandlingskonferencer ca. hver 8.-10. uge. Endvidere modtages feedback fra forældre, unge og søskende i forbindelse med familiesamtaler hver 4.-5. uge. Der afholdes også jævnlige netværksmøder med Center for Spiseforstyrrelser (CfS) i regionspsykiatrien for at sikre, at indsatserne er velkoordinerede, hvis den unge også er indskrevet på CfS.

Relationskompetencer

De unge kan være meget forskellige, hvilket stiller krav om et varieret relationsarbejde. Relations- og alliancedannelse bearbejdes gennem supervision og hyppig kollegial sparring ift. den enkelte unge. Ofte arbejdes der med andre ting end spiseforstyrrelse, herunder fx at komme i skole igen, hvilket kan bidrage positivt til relations- og alliancedannelse. Medarbejderne modtager fast supervision månedligt samt ekstern supervision i perioder.

Ressourceforbrug

Skolegang fem dage om ugen (såfremt den unge tilknyttes skolen på Holmstrupgård): 5.439 kr. Pris for støtte syv dage om ugen (svarende til 57½ timer): 23.345 kr. Samlet pris: 28.784 kr. pr. uge, svarende til 4.112 kr. pr. døgn. Prisen vil dog variere, afhængigt af hvordan tilbuddet sammensættes, og der kan derfor godt tilbydes forløb, som er mindre omkostningstunge.

6.8.3 Logisk model

Ressourcer

Følgende primære ressourcer indgår i leveringen af indsatsen:

- Tværfaglig medarbejdergruppe (psykologer, pædagoger) og dermed mulighed for ad hoc-sparring
- Medarbejdere med stor ekspertise i relevante problematikker, både spiseforstyrrelser, selvskade, autisme mv.
- Fagligt defineret retning for behandlingsarbejdet, som alle kender og mestrer
- Ressourcer til supervision
- Samtalerum til møder med familier og unge med whiteboard (særligt til familiesamtaler/sessioner med mange deltagere)
- Biler til at køre ud til familierne i.

Aktiviteter

Tilbuddet er et afgrænset forløb på ca. 12 måneder. I de 12 måneder gennemgår familierne forskellige tiltag med udgangspunkt i den enkeltes families behov og næste udviklingszone. Indsatsen tilrettelægges som et udviklingsforløb med fokus på at normalisere familielivet og

derved støtte den unge til at arbejde sig ud af sin spiseforstyrrelse. Det kan bl.a. ske gennem familiesamtaler med forældre og eventuelle søskende ca. hver 4. uge, som fokuserer på at støtte familien til et mere normaliseret familieliv, eller gennem ungesamtaler ca. hver 2. uge, som afdækker den unges forståelse for og adfærdsmønstre omkring spiseforstyrrelsen. Der kan også suppleres med forældresamtaler med fokus på at give forældrene mulighed for at arbejde med de udfordringer og følelser, der er forbundet med at være pårørende og forældre til et barn med en spiseforstyrrelse. FoS arrangerer desuden gruppeforløb for de unge, hvor oplevelser og følelser kan deles, samt søskendecaféer, hvor der kan deles tanker og oplevelser om det at have psykisk sygdom tæt inde på livet.

I tillæg til disse konkrete behandlingsaktiviteter, gennemfører FoS også en række aktiviteter, der retter sig mod samarbejde med andre fagprofessionelle og eksterne aktører. Blandt andet har man etableret et samarbejde med Center for Spiseforstyrrelser i regionspsykiatrien (Region Midtjylland) samt andre institutioner på området for bedre at varetage gode overgange for de unge mellem de forskellige behandlingsorganisationer. Derudover varetager FoS uddannelse af eksterne samarbejdspartnere og kommunale sagsbehandlere i grundlæggende viden om spiseforstyrrelser, behandlingsprincipper og FoS' arbejdsmetoder. Dette giver mulighed for kontinuitet i arbejdet med den unge efter behandlingsforløbet i FoS.

I løbet af et behandlingsforløb i FoS afholdes der opfølgingsmøder hver 3. måned med deltagelse af sagsbehandler, den unge, forældrene, afdelingsleder, teamet omkring familien samt andre relevante samarbejdspartnere. Her evalueres forløbet, og det aftales hvilke tiltag, der skal gennemføres i den kommende tid, og hvilke mål, der skal søges opnået. Ved afslutningen af forløbet aftales det, hvordan der kan iværksættes støtteforanstaltninger; hvor familien kan søge hjælp fremover; og hvilke støttegrupper, der evt. kan være aktuelle.

Resultater

Kort sigt: At familierne får normaliseret hverdagen. At forældre kan komme tilbage på arbejde, hvis de f.eks. har været frikøbt. At der er tid og rum til at være sammen med netværk. At forældre kan pleje egne interesser. At evt. søskende har fået en viden og en omsorg, der giver dem plads til eget liv. At den unge får udviklet sine kompetencer ift. at danne netværk, finde egne interesser, udvikle empati, mærke egne følelser, og at den unge får indsigt i og for forståelse af spiseforstyrrelsen.

Mellemlangt sigt: At den unges spiseforstyrrede tanker formindskes. At den unge får genetableret et ungdomsliv. At den unge får stabiliseret BMI ved normalvægt. At undgå indlæggelse eller genindlæggelse.

Langt sigt: At den unge kommer i gang med en uddannelse eller beskæftigelse og kan fastholde denne.

6.8.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Informanterne henviser især til inspiration fra disse publikationer: "De tre bølger i systemisk tænkning" af Jacob Mosgaard; "Miljøterapibogen" af Finn Skåderud og Bente Sommerfeldt; "Miljøterapi på dynamisk grundlag" af Torben Schødt og Torben Heinskov samt "Narrativ Teori" af Michael White.

Metodisk indhold

Der arbejdes systemisk, hvilket betyder, at familien inddrages i behandlingsforløbet. Der er fokus på dynamiske forandringer, som rummer mere end blot, at den unge skal spise og afpasse sin motion. Der arbejdes ud fra en forståelse af, at familien er det primære system. Ved at påvirke familiedynamikken, familiens adfærd og interne relationer gives familien mulighed for at reorganisere sig som en helende og "normal" familie.

Der arbejdes også ud fra forståelsen af, at den unge, som en del af systemet, i samarbejde med familien får større forståelse for spiseforstyrrelsen og derved motivation til at arbejde sig ud af spiseforstyrrelsen, samtidig med, at den unge får genetableret et normalt ungdomsliv.

Med viden om at det er svært at videreføre nytillært erfaring og for at underbygge indsatsen, vil der ved møderne efter seks/ni måneder blive taget stilling til, om familien og den unge vil have brug for yderligere støtte efter forløbet og til hvilke tiltag, der kan være relevante. I samråd med den kommunale rådgiver tages beslutninger om, hvordan overgangen kan tage form, hvordan kommunale støttepersoner kan oplæres, og hvordan viden bliver videreformidlet, så tiltagene bliver en del af en samlet indsats.

Det faglige afsæt er følgende:

- Der arbejdes ud fra en systemisk tankegang, hvor fokus er på de menneskelige systemer. Familien er som udgangspunkt personens stærkeste system, men som behandlere, der arbejder i familien, bliver man også en del af systemet. Mennesker påvirkes og påvirker hinanden i mødet med hinanden.
- Der arbejdes med at udvikle den unges kompetencer ud fra en miljøterapeutisk og psykodynamisk forståelse.
- Med afsæt i en narrativ tilgang, skabes forandring ved, sammen med den unge og familien, at introducere og udvikle andre forståelser og fortællinger.

Faglige antagelser

Det antages, at hvis forældrene føler sig set og forstået i, at de har en vanskelig arbejdsopgave, og medarbejderne giver handleanvisninger til forældrene, kan forældre bedre håndtere det at være både "støtteperson" og "omsorgsperson".

Hvis de unge føler sig set som hele mennesker – og ikke kun gennem deres spiseforstyrrelse – antages det, at de, sammen med deres forældre, kan flytte fokus væk fra at ligge på

spiseforstyrrelsen hele tiden. Med medarbejdernes hjælp får familien derved også overblik over hvilke andre vanskeligheder end spiseforstyrrelsen, den unge evt. har, så der også tages hånd om disse ting i samarbejde med andre professionelle. Endvidere antages det, at det har positive effekter, at indsatsen kan gå i gang med det samme, idet der ikke skal afventes udredningsforløb mv.

Viden om effekter

Der foreligger ikke på nuværende tidspunkt systematisk viden om effekten af indsatsen.

6.8.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Det er vigtigt, at medarbejderne har de nødvendige kompetencer, samt at der opbygges bredt kendskab til tilbuddet og de mange indsatsmuligheder blandt samarbejdspartnerne.

Øvrige kontekstfaktorer

Det er vigtigt at have kontakt til myndighedsrådgivere i kommunerne, så man kan komme hurtigt i gang med indsatsen. Endvidere er det vigtigt at etablere samarbejde med behandlingspsykiatrien.

6.8.6 Kontakt

Ivan Sloth, afdelingsleder.

6.9 Team for spiseforstyrrelse – Sønderborg Kommune

Team for spiseforstyrrelse er en indsats for alle borgere med en diagnosticeret spiseforstyrrelse uanset niveauet af problematikken (anoreksi, bulimi eller BED).

6.9.1 Målgruppe og formål

Ved etableringen i februar 2017 var indsatsen afgrænset til borgere over 17 år, men siden august 2017 har der ikke været tale om en aldersafgrænsning. Indtil videre har ca. $\frac{3}{4}$ af borgergruppen været 18 år eller derover, men tendensen er aktuelt, at målgruppen under 18 år fylder forholdsmæssigt mere end tidligere. Teamets specialiserede indsats tager udgangspunkt i borgerens hverdag og hverdagsliv. Borgeren støttes til at komme videre i livet og nå sine mål for tilværelsen. Målet er generelt, at spiseforstyrrelsen får mindre plads i den enkeltes liv. Teamet tjener endvidere det formål at understøtte tidlig opsporing af risikoadfærd via sparring og dialog med andre fagpersoner i kommunen.

6.9.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Indsatsen er etableret i henhold til servicelovens § 52, stk. 3, nr. 2 (børn og unge) henholdsvis servicelovens § 85 (voksne borgere). Teamet yder ikke egentlig familiebehandling, men kan arbejde med hele familien.

Rekruttering

Borgere under 18 år visiteres til teamet fra myndigheden i forvaltningen Børn, Uddannelse og Sundhed på baggrund af en børnefaglig undersøgelse (servicelovens § 50). Borgere på 18 år eller derover visiteres til teamet fra myndigheden i Handicap- og psykiatriafdelingen (denne afklarer først støttebehov, diagnose m.m.).

Organisatorisk forankring

Team for spiseforstyrrelser er forankret i socialpsykiatrien, der – som en del af Handicap- og psykiatriafdelingen – indgår i forvaltningen Job og Velfærd, men teamet betjener altså to forskellige myndighedsafdelinger (i Job og Velfærd henholdsvis Børn, Uddannelse og Sundhed). Indsatsen startede februar 2017 i en bygning, hvor der var lokaler til dagtilbud samt seks boliger til rådighed som midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107. I dag har teamet dog fået nye centralt beliggende lokaler, som anvendes til gruppeforløb. Der er ikke længere tilknyttet botilbudspladser.

Ledelsesmæssig forankring

Socialpsykiatriens distriktsleder er også leder af den specialiserede indsats for mennesker med spiseforstyrrelser og evt. selvskadende adfærd. Et af teamets medlemmer udfylder en afdelingslederfunktion og har daglig ledelse (baggrund i kandidatuddannelse i pædagogisk psykologi). Tæt, kontinuerlig faglig ledelse prioriteres højt. En central præmis i teamets arbejde er værdien i at arbejde på tværs af børn og unge- og voksenområdet i ét team. Det betyder, at ledelsesopbakning til samarbejdsaftalen mellem de to myndigheder er af helt afgørende betydning (herunder om økonomi, gensidigt ansvar osv.).

Refleksion/kvalitetssikring

Der sker løbende faglig supervision i forbindelse med faste teammøder. I etableringen og den fortsatte udvikling af indsatsen fra teamet er der lagt stor vægt på faglig opkvalificering. Aktuelt starter fx et kursusforløb for alle teamets medarbejdere i samarbejde med Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og selvskade (LMS) med fokus på BED-indsats. Tidligere har der bl.a. været afholdt kompetenceudvikling i forhold til fx måltidstræning.

Relationskompetencer

Intern og ekstern koordination og relationsarbejde opfattes som et nøgleelement i teamets kognitivt orienterede rehabiliteringstilgang. Konkret gennemfører alle teamets medlemmer

en uddannelse i den socialpædagogiske metode KRAP (Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik), som sætter rammerne for dette aspekt af teamets arbejde.

Ressourceforbrug

Den primære udgiftspost er teamets syv medarbejdere, som alle er beskæftiget på fuld tid med at løse teamets opgaver. Bemandingen omfatter en afdelingsleder med pædagogbaggrund samt to sygeplejersker, en ergoterapeut, to SOSU-assistenten og en pædagog. Dertil kommer udgifter til lokaler i bymidten (til gruppeforløb). En væsentlig yderligere budgetpost er biler til teammedlemmerne, som i vidt omfang har deres arbejdsdag "i marken". Sluttelig er der løbende udgifter til kompetenceudvikling samt til udstyr til it-understøttelse (videokonferencer m.m.).

6.9.3 Logisk model

Ressourcer

Den primære faglige ressource er teamets medarbejdere. Teamet arbejder med en krævende og bredt sammensat målgruppe og rekruttering med fokus på erfaring såvel som betydelig efteruddannelsesindsats er en nødvendighed. Nogle har baggrund fra det psykiatriske behandlingssystem, andre har særlig erfaring med indsats i forhold til personlighedsforstyrrelser. Generelt har alle teamets medlemmer betydelig relevant arbejds erfaring. En faglig ressource er også det metodekatalog for den specialiserede indsats fra Team for spiseforstyrrelse, der er udarbejdet i 2017. Dertil kommer ledelse fra socialpsykiatrien.

Der er tale om en matrikelløs indsats. Teamet har som nævnt adgang til centralt beliggende lokaler, som anvendes i forbindelse med gruppeforløb, men ellers er de fysiske ressourcer primært adgang til biler og it-udstyr. Teamets medarbejdere har kontorarbejdspladser i socialpsykiatriens lokaler.

Aktiviteter

Indsatsen fra Team for spiseforstyrrelse foregår primært i borgerens hjem eller nærmiljø med henblik på, at borgeren skal udvikle, genvinde og fastholde sin positive situation. Efter 14 dages introduktionsprogram visiteres borgeren til et eller flere konkrete indsatser ud fra de individuelle mål (jf. servicelovens § 140-/141-handleplanen). I et samarbejde mellem borgeren og kontaktpersonen sammensættes det individuelle forløb. Matchningen mellem borgeren og en kontaktperson i teamet afspejler faglige hensyn (eksempelvis tilknyttes en kontaktperson med sundhedsfaglig baggrund, hvis en borger har fx diabetes 1 og anoreksi). Der skeles dog også til aldersmæssig matchning samt aktuel belastning hos teamets medarbejdere. Indsatsen omfatter under alle omstændigheder massiv støtte i hjemmet.

Der arbejdes mere specifikt med følgende ti fokusområder:

1. Koordineret indsatsplan (pædagogisk handleplan)
2. Procedure for handling ved akut livstruende tilstand
3. Plan for forebyggelse af tilbagefald

4. Udpegning af forløbskoordinator
5. Fokus på uddannelse, beskæftigelse/økonomi og bolig
6. Støtte til fritidsaktiviteter
7. Måltidsstøtte
8. Træning af dagligdagskompetencer
9. Træning af sociale kompetencer
10. Træning af psykologiske kompetencer.

De ti fokusområder er oprindeligt udviklet til voksenmålgruppen, og der arbejdes aktuelt på udvikling af fokusområder til U18-målgruppen. Tre planer udarbejdes (koordineret indsatsplan, akutplan og tilbagefaldsplan – tilsammen "AKIT").

Teamet er et dag-/aftentilbud, som er åbent kl. 7-21 (og efter behov frem til kl. 23) alle hverdage samt kl. 8-15 i weekender og på helligdage. Telefonlinjen er åben i disse tidsrum. Denne dækning er en teamopgave, men den afbalanceres med hensynet til borgerens relation til den faste kontaktperson. Erfaringen er, at en del borgere har stor glæde af teamets mulighed for at yde støtte uden for normal arbejdstid (fx som måltidsstøtte eller følgeskab til arrangementer), så dette er en central del af konceptet.

Hvis en borger, der modtager indsats fra teamet, nærmer sig 18 år, forberedes overgangen grundigt via bl.a. netværksinddragelse. Der arbejdes i den forbindelse videre med mål fra § 140-handleplanen, blot "oversat" til sprog, udredningsmetoder og lovgivningsmæssige rammer på voksenområdet. Borgeren bevarer sin kontaktperson i teamet.

Teamet understøtter desuden generelt tidlig opsporing af risikoadfærd via samarbejde og dialog med fx PPR-psykologer og myndighedssagsbehandlere fra socialområdet.

Resultater

Kort sigt: At kommunens rehabiliterende indsats og metodevalg i højere grad bliver tilpasset til borgeren og dennes behov (mere fleksibel og dynamisk indsats), og at indsatsen i højere grad fremmer borgerens muligheder for at opnå et selvstændigt og meningsfuldt liv.

Mellemlangt sigt: At borgeren i højere grad integreres i samfundet med venner, fritidsinteresser, job og/eller uddannelse.

Langt sigt: At borgeren kommer sig; at der sker en udvikling i en positiv retning, eller at borgeren bliver helt rask.

6.9.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Indsatsen er udviklet med udgangspunkt i anbefalingerne vedrørende gode rehabiliteringsforløb i Socialstyrelsens nationale retningslinjer fra 2015 med fokus på voksne borgere med svære spiseforstyrrelser. I indsatsen for børn og unge-gruppen tages afsæt i Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse fra 2017. Metodekataloget for den specialiserede indsats trækker også bredt på relevante teoretiske kilder.

Metodisk indhold

Metodekataloget for den specialiserede indsats omfatter bl.a. afsnit om kognitiv tilgang, narrativ tilgang, Åben Dialog, bioenergetiske kropsovelser, psykoterapeutiske tilgange, Mindfulness og NADA-akupunktur. Kataloget (og de enkelte metoder) er stadig i anvendelse. Siden etableringen er tyngden i teamets metodiske fundering dog justeret således, at der er kommet relativt mindre vægt på en terapeutisk og behandlingsorienteret tilgang, og relativt større vægt på en tilgang, der primært fokuserer på kognitiv orienteret støtte til rehabilitering. Rehabiliteringsindsatsen understøtter samtidig den behandlingsindsats, der evt. sideløbende ydes fra regionspsykiatrien.

Faglige antagelser

Antagelsen er, *at* det fælles faglige og metodiske fundament (fx de ti fokusområder) giver mere kvalificeret rehabiliterende indsats; *at* konceptet for teamets arbejde understøtter værdifuld skræddersyet indsats; *at* det sikrer fælles fokus på realistiske mål; *at* det skaber bredt medejerskab i hele det formelle og uformelle netværk; samt *at* det sikrer bedre psykisk arbejdsmiljø i forbindelse med komplekse borgerforløb.

Indsatsen ydes desuden med afsæt i Sønderborg Kommunes grundlæggende antagelser om den rehabiliterende tilgang, som bl.a. er, at alle borgere er motiverede for at blive herre i eget liv og mestre hverdagen, samt at en høj grad af selvhjulpenhed hænger sammen med høj livskvalitet.

Viden om effekter

Indsatsen dokumenteres og evalueres løbende med afsæt i borgerens oplevelser og udbytte. Kommunens journalsystem anvendes i denne forbindelse, og dokumentationen kobles med de pædagogiske handleplan, der lægges for den enkelte borger. Progression noteres løbende. I alt 26 borgere har pr. marts 2019 modtaget støtte fra teamet. Nogle få er helt afsluttede fra teamet. Teamet arbejder med borgere, der har udfordrende og kompleks patologi, og progression tager tid. Kommunens vurdering ud fra de hidtidige erfaringer er dog, at der er opnået meget positive resultater sammenlignet med de forløb, der tidligere sås i forhold til målgruppen. Der er bl.a. udarbejdet en række casebeskrivelser med positive borgerudfald. Det er planen at foretage en effektmåling til efteråret 2019 med afsæt i data fra journalsystemet, men også med fokus på bl.a. udviklingen i antallet af indlæggelser og genindlæggelser hos de berørte borgere over tid. På sidstnævnte parameter ses allerede i dag en positiv effekt.

6.9.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Informanterne betoner, at der især knytter sig implementeringsrisici til teamets etablering af afstemt samarbejde med professionelle aktører i omgivelserne. Det er afgørende for at lykkes, at alle er afstemt og har medejerskab. Teamets samarbejdspartnere internt i kommunen omfatter Jobcenter, Kompetencecenter, Misbrugscenter og Ungecenter. Derudover

omfatter de centrale samarbejdspartnere Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og Selvskade, de praktiserende læger og de regionale sygehuse.

Den allervigtigste implementeringsparameter er tæt afstemthed med den regionale behandlingspsykiatri; herunder klare indbyrdes aftaler, som betyder, at man yder indsatsen sammen og fra samme afsæt. Det kan tage tid at overbevise psykiatrien om kvalifikationer og formåen i et kommunalt behandlingsteam. Er denne forudsætning ikke opfyldt, er udsigten til at lykkes med den specialiserede indsats dårlig. Både selve teamet og ledelsesrepræsentanter har løbende prioriteret at have en tæt dialog med ledere og medarbejdere fra alle sygehuse i regionen. Det har været en meget stor indsats, som man nu oplever giver et afkast. Det samme gør sig også gældende i forhold til de interne kommunale samarbejdspartnere.

Øvrige kontekstfaktorer

I forbindelse med indsatsen fra Team for spiseforstyrrelse anvendes meget bevidst ikke en økonomimodel, hvor teamets arbejde er aktivitetsstyret (som det ellers typisk er tilfældet med fx kommunal § 85-indsats i form af "pakketildeling"). I stedet anvendes en rammestyringsmodel, hvor indsatsen for den enkelte borger ydes ud fra vedkommendes aktuelle behov. Hvis borgeren i en periode har brug for støtte hele dage/flere gange om dagen eller lignende, så leverer teamet denne støtte. Distriktslederen fremhæver denne styringstilgang som en væsentligt faktor bag den succes, teamet har opnået. Specialiseret indsats skal være fleksibel – med mulighed for massiv støtte efter behov, men også med fokus på at reducere indsatsen rettidigt. Det har således ikke været et problem at overholde den samlede økonomiske ramme.

Det hører dog med til dette billede, at den politiske økonomiaftale omkring etableringen af teamet omfatter et investeringsperspektiv. Området er således tilført en merbevilling. Forventningen er, at denne investering er velbegrundet i et langsigtet forebyggelsesperspektiv. Generelt er vedholdende politisk vilje og opbakning af stor betydning, hvis man skal implementere en indsats af denne type.

6.9.6 Kontakt

Teresa Schürmann, distriktsleder i Socialpsykiatrien.

6.10 Gruppetilbud til unge med spiseforstyrrelse – Vejle Kommune

6.10.1 Målgruppe og formål

Indsatsen er et gruppetilbud til unge over 17 år med spiseforstyrrelser (anoreksi, bulimi, BED). Formålet med gruppeforløbene er bredt betragtet at øge deltagernes viden om og fortrolighed med deres spiseforstyrrelse, give dem redskaber til at håndtere den, samt udvikling af mestringsstrategier. Derudover søger gruppeforløbene også at adressere borgernes

es bagvedliggende problematikker relateret til angst og depression med et forebyggende sigte.

6.10.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

Indsatsen er primært etableret i henhold til servicelovens § 85 og § 82 b samt lov om aktiv beskæftigelsesindsats § 32 (vejledning og opkvalificering).

Rekruttering

Gruppeforløbene er et visiteret tilbud, hvor borgeren henvises fra myndighedsafdelingen i Social og Psykiatri.

Organisatorisk forankring

Gruppetilbuddet er forankret i Center for Social Rehabilitering, en del af Social og Psykiatriafdelingen i forvaltningen Velfærd. Center for Social Rehabilitering er fysisk placeret som en del af Sundhedshus Vejle.

Ledelsesmæssig forankring

Den daglige ledelse ligger hos en afdelingsleder. Det overordnede ledelsesansvar ligger hos centerlederen i Center for Social Rehabilitering.

Refleksion/kvalitetssikring

De professionelle, som faciliterer gruppeforløbene, er opkvalificerede i at arbejde med spiseforstyrrelser. Der afholdes ekstraordinære teammøder kun for medarbejdere, der arbejder med spiseforstyrrelser 4-6 gange årligt om, hvad udviklingen og efterspørgslen på området er og om hvilke tilbud, der skal udvikles. Desuden er der løbende faglig sparring i forhold til udfordringerne med at arbejde med spiseforstyrrelser.

Relationskompetencer

Opbygning af gode relationer til borgerne fylder meget i såvel sparring som opkvalificering. Det sker primært ved at rette fokus på almindelige dagligdagsfunktioner og rette blikket væk fra spiseforstyrrelsen. Dette åbner op for drøftelser af, hvad spiseforstyrrelsen gør ved borgerens daglige liv. Borgeren skal opleve, at medarbejderne har blik for hele borgerens tilværelse, og ikke alene spiseforstyrrelsen.

Ressourceforbrug

Gruppetilbuddet ydes på basis af en rammebevilling, som svarer til en forhøjet takst sammenholdt med almindelig § 85-bøstøtte til den enkelte borger. Dette skyldes ekstra udgifter til supervision, kompetenceudvikling og måltider sammen med borgerne.

6.10.3 Logisk model

Ressourcer

Medarbejdere med viden og erfaring med spiseforstyrrelser.

Aktiviteter

Gruppeterapi med forskelligt fokus afhængig af efterspørgslen. Der arbejdes fx med en angstgruppe, hvor fokus er på, at deltagerne får viden om og redskaber til at håndtere deres angst. I denne gruppe arbejdes der bl.a. ud fra, at angsten er en del af livet og at man med de rette teknikker og redskaber kan lære at tackle de symptomer, hvor angsten bliver uhensigtsmæssig. Der arbejdes også med selværdsproblematikker gennem fælles refleksioner i angstgruppen. Der er også en anoreksigruppe og en BED-gruppe. Her er bl.a. fokus på at øge borgernes fortrolighed med spiseforstyrrelsen, at debattere samfundsnormer, udveksle mestringsstrategier og erfaringer mellem deltagerne. Endvidere er der fokus på det personlige netværks rolle. Endvidere er der også en gruppe for "natur og sundhed" med fokus på at udvikle deltagerens fysiske overskud og velvære. Fællestræk for grupperne er bl.a. fokus på psykoedukation, teknikker/skemaer/strategier til reduktion af symptomer, udveksling af mestringsstrategier, fælles refleksion, brug af egne netværk, kost samt socialt samvær. Der er generelt stor plads til forskellighed i grupperne og et af formålene med gruppen, er da også at skabe plads og rum til alle. I gruppen lærer deltagerne at bruge hinanden og sammen skabe et rum, hvor man kan føle sig tryk og ligeværdig. Gruppeforløbene har typisk 6-10 deltagere over løber over ca. 10 sessioner.

Resultater

Kort sigt: Borgerne oplever styrket selvværd og selvtillid, og de udvikler bedre mestringsstrategier til håndtering af spiseforstyrrelser og/eller angst/depression. Derudover oplever borgerne også større støtte fra deres netværk, som borgerne selv i højere grad formår at trække på.

Mellemlangt sigt: Borgerne kan klare sig selv, bor i egen bolig og kan indgå i almindelige uddannelsesforløb eller almindelig beskæftigelse.

6.10.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

Kognitiv og narrativ teori samt mindfulness.

Metodisk indhold

Gruppeterapi, men derudover forskellige metodiske tilgange i de enkelte grupper fx psykoedukation, narrative, systemiske, kognitive eller mentaliseringsbaserede tilgange samt NADA. I nogle grupper arbejdes der somme tider med eksponering.

Faglige antagelser

I gruppen bruger deltagerne hinanden og skaber sammen et rum, hvor man kan føle sig tryk og ligeværdig. Det skaber grundlag for, at deltagerne kan lære af hinandens erfaringer, indsigter og mestringsstrategier gennem dialog, udveksling og fælles refleksioner.

Viden om effekter

Der findes kvalitative evalueringer af hvert gruppeforløb, hvor borgerne evaluerer forløbet. Der er endnu ikke foretaget en systematisk analyse af disse data, men resultaterne er overvejende positive.

6.10.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Informanterne fremhæver især følgende implementeringsfaktorer:

- Gruppedeltagerne skal være villige til at dele erfaringer med gruppen, overholde tavshedspligt og motiverede for at arbejde med egne udfordringer.
- De svært ramte borgere skal have et døgntilbud først, hvorefter gruppetilbuddet kan bruges som efterfølgende indsats.
- Det er vigtigt, at den/de ledelsesansvarlige ved, hvad det vil sige at arbejde med spiseforstyrrelser, så der er overblik over, hvor der er behov for opkvalificering blandt medarbejderne.

Øvrige kontekstfaktorer

Det er vigtigt, at der er opmærksomhed på tilbuddet hos de praktiserede læger, så disse kan henvise borgerne til myndighed, som har visitationskompetencen.

Samarbejdet med den regionale behandlingspsykiatri er ligeledes væsentligt. Medarbejdere fra tilbuddet mødes således tre gange årligt med behandlingspsykiatrien samt to nabokommuner. Her er fokus på at etablere og vedligeholde et tæt samarbejde, fx ift. om der er indsatser, der kunne være vigtige at dele, om tilbuddene har en fælles retning m.v. Det har ifølge kommune betydet, at man hver især er klar over hvilke tilbud, der kan trækkes på.

6.10.6 Kontakt

Rikke Augustinussen, afdelingsleder.

6.11 Dialektisk adfærdsterapi

Dialectical behaviour therapy (DBT) (eller dialektisk adfærdsterapi, DAT) er en evidensbaseret behandlingsmetode udviklet siden slutningen af 1980'erne. DAT-behandlingen ydes ud fra en problemforståelse af, at utilstrækkelig affektregulering, udtalt sensitivitet over for stressfaktorer i omgivelserne og (træk af) emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse kan

give sig udtryk som selvskade og anden dysreguleret adfærd.⁵ En behandlingsmæssig indsats skal tage udgangspunkt i dette reguleringssvigt. Det nedenstående fokuserer på omfattende norske erfaringer med DAT.

6.11.1 Målgruppe og formål

Målgruppen for DAT er unge med selvskadende adfærd. Der eksisterer både norske DAT-team med en børne- og ungemålgruppe (6-17 år) og en voksenmålgruppe (18 år og derover). Målgruppen er generelt behandlingsmæssigt udfordrende, og behandlingsforløb kan samtidig afføde negative behandlerreaktioner i form af fx vrede, afmægtighed og i værste fald udbrændthed.

DAT sigter på – gennem forbedret affektregulering og impuls kontrol – at styrke livskvalitet og social funktion hos borgere berørt af forskellige former for dysreguleret adfærd. Den fuldt udbyggede, flermodale version af DAT (se nedenfor) er møntet på borgere, som har (træk af) emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse; som har kaotisk, dysreguleret adfærd; og som mangler de basale færdigheder, der er nødvendige for at starte en positiv udvikling.

Forskningen tyder på, at kun den fulde version af DAT har god effekt på denne målgruppe. Det gælder bl.a. borgere med alvorlig selvskadende adfærd. Forenklede eller kortsigtede behandlingsforsøg kan her være direkte kontraproduktive. Forskellige studier har dog vist, at behandlingsforløb, som kun omfatter visse elementer af DAT, kan have positiv effekt i forhold til borgere med mindre omfattende udfordringer. Fx kan individuelle DAT-terapisessioner (uden gruppefærdighedstræning) have effekt, hvis borgeren allerede har tilstrækkelige færdigheder, og hvis den mest kaotiske adfærd allerede er under kontrol.

6.11.2 Implementering

Lovgivningsgrundlag

De norske DAT-team drives med henvisning til forskellige dele af norsk sundhedslovgivning (bl.a. lovgivning om patient- og brugerrettigheder og om etablering af psykisk helseværn).

Rekruttering

DAT-behandling iværksættes i Norge for borgere, som er henvist fra kommuner og/eller primærsektor til psykiatrierne i de fire helseregioner på en måde, som minder om det danske tværsektorielle samspil og regelgrundlag. Den enkelte patient henvises til selve behandlingsteamet fra den lokale poliklinik (almen modtagelse på det pågældende sygehus).

Organisatorisk forankring

De over 30 norske DAT-team er med enkelte undtagelser forankret i regi af de fire statsligt drevne helseregioner. Langt de fleste drives således i sygehusregi fordelt over landet (typisk forankret i distriktpsychiatriske centre). Der er dog også enkelte team forankret i andre

⁵ Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse blev tidligere benævnt borderline-personlighedsforstyrrelse.

sammenhænge – bl.a. i en psykiatrisk døgninstitution for børn og unge og en behandlingsinstitution for voksne med rusmiddelafhængighed. De enkelte team indgår i den lokale organisationsstruktur på linje med andre behandlingsenheder.

Ledelsesmæssig forankring

Også ledelsesmæssigt er DAT-teamene en del af den lokale struktur. Der er fx ikke en national eller anden tværgående ledelsesforankring af teamenes arbejde.

Refleksion/kvalitetssikring

Alle behandlere i en DAT-enhed mødes i et konsultationsteam, normalt en gang om ugen. På møderne støtter behandlerne gensidigt hinanden i at fastholde det dialektiske fokus og behandlingsmotivationen, ligesom møderne tjener til at udvikle og træne centrale terapeutiske færdigheder.

Relationskompetencer

DAT-behandlingstilgangen betoner generelt vigtigheden af dialogen med og relationen til den enkelte borger som middel til at opbygge den terapeutiske alliance, der er særlig vigtig i behandlingsindsats for denne målgruppe.

Ressourceforbrug

De norske DAT-team har mellem 3 og 8 medarbejdere hver (de fleste mellem 4 og 7). Terapeuterne arbejder i visse tilfælde udelukkende med DAT-behandling, i andre tilfælde udfylder dette arbejde kun 20-40 % af deres arbejdstid. Generelt har alle terapeuter gennemført en 80-timers DAT-terapeutuddannelse med supervision i den efterfølgende 12-måneders periode. Et norsk cost-effectiveness-studie publiceret i 2018 rapporterer, at omkostningerne til selve DAT-behandling i de omfattede forløb af en varighed på 19 uger i gennemsnit androg 15.850€ svarende til knapt 120.000 kr.

6.11.3 Logisk model

Ressourcer

Den primære ressource er DAT-behandlerne organiseret i et konsultationsteam. Terapeuterne har uddannelsesbaggrund som bl.a. psykolog, psykiater, familierapeut m.m. Alle er som nævnt uddannede DAT-terapeuter.

Aktiviteter

DAT er en multimodal behandlingsform, hvor de vigtigste elementer er ugentlige individuelle terapiesessioner samt færdighedstræning i grupper med deltagelse af pårørende til borgeren samt andre borgere og deres pårørende (ligeledes ugentligt). Mellem disse møder er det desuden en del af behandlingen, at borgeren efter behov kan kontakte sin behandler pr. telefon for at få vejledning i forhold til brug af færdigheder i vanskelige situationer. Behandlingsforløbet varer 16-52 uger afhængig af DAT-variant og organisatorisk sammenhæng.

DAT-A tilpasset børn og unge er fx typisk afgrænset til 16-20 uger, mens den oprindelige fuldt udbyggede variant varer 52 uger.

Resultater

Kort sigt: Øget efterlevelse af og fastholdelse i selvskadebehandling hos borgeren.

Mellemlangt sigt: Reduceret omfang af fx selvskadende adfærd såvel som indlæggelser og lægevagtsbesøg hos borgeren. Desuden reduceret antal og reduceret medicinsk alvorlighedsgrad af selvmordsforsøg hos de deltagende borgere.

Langt sigt: Mere positivt internaliseret selvbillede og forbedret selvværd. Forøget livskvalitet samt styrket social tilpasning og funktion hos borgeren.

6.11.4 Vidensgrundlag

Teoretisk grundlag

DAT er en variant af kognitiv adfærdsterapi udviklet af den amerikanske psykolog Marsha Linehan fra University of Washington fra slutningen af 1980'erne som svar på, at kognitiv adfærdsterapi ikke havde god effekt på personer med kronisk suicidalitet og emotionelt ustabil personlighedsforstyrrelse. Efterfølgende er anvendelsen af DAT blevet udbredt til nye målgrupper (fx borgere med misbrug, spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd), ligesom der er udviklet alderstilpassede versioner.

Metodisk indhold

Behandlingsindsatsen er princip- og delvist manualstyret. DAT indebærer et nøgleprincip om, at der igennem behandlingsforløbet skal opretholdes en dialektisk balance mellem strategier, som kommunikerer accept og validering (valideringsterapi med inspiration fra østlig filosofi), og strategier med fokus på at opnå forandring (kognitiv, adfærdsoverret terapi, læringsterapi). Evnen til kontinuerligt, opmærksomt nærvær er afgørende for både borger og behandler, og Mindfulness-øvelser er derfor en central del af DAT. Et vigtigt element i de individuelle sessioner er "kædeanalyse", hvor behandler og borger i fælleskab undersøger de begivenheder og den proces, der førte frem til fx en selvskadeepisode. Endnu et metodisk element er udarbejdelse af sikkerhedsplaner og generelt understøttelse af borgerens evne til krisehåndtering.

Faglige antagelser

I DAT betragtes fx selvskadende adfærd som en form for problemløsning, og et centralt behandlingsmål er derfor at sætte mere funktionelle og sunde mestringsstrategier i stedet for selvskaden. Behandlerne har tidligere tenderet mod at undgå at berøre fx selvskadeepisoder i dialogen med borgeren i det håb, at den vil forsvinde med tiden. I DAT antages det tværtimod, at behandlingsmålene kun kan nås ved at tale åbent og ikke-fordømmende med borgeren om selvskadeadfærden.

Den underliggende faglige antagelse er, at mennesker med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse savner færdigheder i forhold til at regulere følelser, adfærd og mellem-menneskelige relationer samt færdigheder til at tolerere emotionel smerte. Antagelsen er desuden, at personer med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse kan hindres i at anvende de færdigheder, de faktisk har, af personlige og miljømæssige faktorer. Behandlingsmodellen i DAT er sammensat med dette fokus. Opbygning af en stærk terapeutisk alliance antages desuden at være en afgørende vigtig – og udfordrende – opgave i leveringen af en virksom indsats for målgruppen.

Viden om effekter

Der findes omfattende dokumentation for effekten af DAT. Der er internationalt i alt publiceret mindst 16 randomiserede, kontrollerede effektstudier (RCT) siden 1991, som viser god effekt på bl.a. suicidal og selvskadende adfærd. Enkelte studier dokumenterer desuden, at DAT er et omkostningseffektivt behandlingstilbud til målgrupperne. En norsk fuldskala-RCT publiceret i 2014 viste, at et 19-ugers DAT-forløb for unge havde bedre effekt på bl.a. selvskadeadfærd end kontrolindsatsen.

6.11.5 Kontekstfaktorer

Implementeringsrisici

Vores primære informant, som er lektor i Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF), betoner, at kvaliteten af samarbejdet i konsultationsteamet er af stor vigtighed i forhold til at sikre robusthed i behandlingsindsatsen over tid. Støtten til etablering og fokus på velfungerende drift af disse team er derfor et centralt implementeringshensyn.

Målgruppen for DAT har ofte mange indlæggelser og skadestuebesøg (især i den første behandlingsfase), hvorfor teamets terapeuter har en kontaktflade til mange eksterne aktører, som skal understøttes. Dette er en vigtig implementeringsfaktor.

Et tredje implementeringshensyn er, at borgerne i DAT-målgruppen ofte er "behandlings-trætte" ved behandlingsstart. At opnå engagement og motivation i et behandlings- og forandringsforløb er derfor en vital behandleropgave, som skal understøttes i et implementeringsforløb.

Øvrige kontekstfaktorer

Forpligtelse og engagement hos alle aktører og på alle niveauer fremhæves af informanten som betydningsfuld for rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Herunder bl.a. sikring og accept af DAT-terapeuternes tilgængelighed uden for normal arbejdstid.

Lokal tilpasning af behandlingsmodellen uden udvanding, kræver desuden stærk organisatorisk og ledelsesmæssig forankring. Den lokale norske implementering af teambaseret DAT-behandling drager fordel af, at NSSF har status af godkendt DAT-uddannelsessted.

NSSF har således uddannet over 400 DAT-terapeuter siden 2006. Ligeledes yder NSSF vejledning til implementering og klinisk praksis i de enkelte team.

6.11.6 Kontakt

Marthe Stornes, lektor, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging.

7 Baggrund og tilrettelæggelse af kortlægningsundersøgelse

7.1 Baggrund for kortlægningen

Unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser er ramt af en alvorlig psykisk lidelse. Selvom der ikke ligger et suicidalt ønske bag adfærden, er både selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser potentielt livstruende for de unge, og i de svære tilfælde er der udsigt til ofte meget langvarige psykiatriske og psykologiske behandlingsforløb.

Samtidig er der efter alt at dømme tale om et stigende problem, hvor flere unge og unge voksne udvikler selvskadende adfærd og/eller spiseforstyrrelser, såsom anoreksi, bulimi og BED. Også selvskadende adfærd, og særligt svært selvskadende adfærd blandt teenagere og unge, udgør et større problem end tidligere. Hvor selvskadende adfærd tidligere primært fremtrådte i forbindelse med svær psykisk sygdom, er det i dag et udbredt fænomen – også blandt personer uden psykiatriske lidelser.⁶

Til gengæld er udfordringen, at der tilsyneladende kun eksisterer et begrænset antal kommunale indsatser, og at flere med en spiseforstyrrelse eller selvskadende adfærd dermed ikke vurderes at blive tilbudt støtte i tilstrækkeligt omfang, før de starter i behandlingspsykiatrien. Der kan derfor være et stort potentiale i at udvikle og tilbyde tidlige og forebyggende indsatser til personer med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

Kortlægningen af kommunale, lovende metoder og indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelse rammer af disse grunde ned i et stort behov for viden om tidlige, forebyggende og vedligeholdende indsatser på området. Kortlægningen og herunder indsatsmodellen er vigtige skridt i retningen af at identificere udviklingsbehov på området og påbegynde konkrete udviklingsinitiativer, der kan styrke kommunernes indsats på området.

7.2 Formål og kriterier for indsatser

Målet med kortlægningen var i udgangspunktet at udarbejde en liste over forebyggende kommunale indsatser for unge med selvskade og/eller spiseforstyrrelser, som kunne danne grundlag for en efterfølgende caseudvælgelse og yderligere udfoldelse af potentielt lovende indsatser, som var velegnet til spredning i andre kommuner. Imidlertid har kortlægningsundersøgelsen fundet flere perspektivrige og overførbare indsatser til målgrupperne. Derfor har Socialstyrelsen i stedet ønsket en udarbejdelse af en samlet generisk indsatsmodel, som beskriver de tværgående kerneelementer i de potentielt virksomme indsatser for unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Hensigten med indsatsmodellen har således været, at den på den ene side skal være tilstrækkeligt handlingsanvisende til at en kommune vil kunne bruge den som afsæt for metodeudvikling, mens indsatsmodellen på den anden side skal være tilstrækkelig fleksibel i forhold til en lokal tilpasning.

⁶ Ilsvard, S. 2016. Virksomme indsatselementer i behandlingen af selvskadende adfærd – En litteraturgennemgang. Aarhus N: Metodecentret.

Indsatsmodellen baserer sig på en kortlægning af potentielt lovende kommunale indsatser målrettet 13 til 29årige unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser. Undersøgelsen blev igangsat i januar 2019 og er afsluttet i maj 2019. Undersøgelsen er finansieret af Socialstyrelsen, og indgår som en del af Socialstyrelsens strategi for udvikling af sociale indsatser. Metodecentret og DEFACTUM har gennemført og afrapporteret undersøgelsen.

For at en indsats eller metode kan indgå i kortlægningen, har det været et krav, at:

- Der er tale om målgruppespecifikke kommunale (danske eller nordiske) indsatser eller metoder til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser
- Der er tale om en velbeskrevet indsats
- Der forelægger viden om virkningerne for indsatsens målgruppe

Der er tale om indsatser med et sekundært⁷ eller tertiært⁸ sigte.

7.3 Kortlægning af lovende praksis i Danmark og Norden

Det første skridt i kortlægningsundersøgelsen bestod af at identificere kommuner med potentielt lovende indsatser til målgrupperne. Vi har derfor sideløbende

- gennemført desk research på baggrund af web- og hjemmesidesøgninger, dels med henblik på at identificere relevante videnspersoner fra Danmark og Norden, der efterfølgende kunne indgå i interviews med henblik på at identificere kommuner eller nordiske metoder og indsatser rettet mod målgrupperne.
- I tillæg hertil, har vi været i løbende dialog med ViOSS (LMS) samt Socialstyrelsen og har trukket på deres viden om kommunernes eksisterende tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade.

Ligesom vi har inddraget et ekspertpanel af videnspersoner fra blandt andet LMS og social- og hospitalspsykiatrien i Region Midtjylland, og trukket på deres viden om relevante forebyggende indsatser og metoder i Danmark og i Norden samt videnspersoner.

7.3.1 Videnspersonkortlægning

På baggrund af de ovenstående projektaktiviteter, har vi som det næste skridt i kortlægningen taget kontakt til forskere og øvrige videnspersoner på områderne. Videnspersonkortlægningen blev gennemført ud fra en "bruttoliste" på i alt 46 personer, der var blevet udpeget som personer med særlig indsigt i selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser blandt børn og unge. I udgangspunktet var ambitionen, at udvælge flest videnspersoner fra Danmark og et mindre antal fra de øvrige nordiske lande, således at kortlægningens vægtning af danske kommunale metoder og indsatser blev afspejlet.

⁷ Sekundær forebyggelse handler om at opspore eller begrænse forekomsten af selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

⁸ Tertiær forebyggelse sigter mod at forhindre tilbagefald til samt udvikling eller forværring af selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser.

Den endelige bruttoliste omfattede 20 videnspersoner fra Danmark, 12 Sverige, 9 fra Norge, 4 fra Island, og en fra Finland. Hver enkelt vidensperson blev bedt om, på baggrund af egen erfaring og viden, at udpege kommunale eksempler på metodisk forebyggelsesarbejde, som kan berettige en nærmere undersøgelse i lyset af kortlægningskriterierne. Endelig bad vi videnspersonerne, om at pege på andre eksperter og videnspersoner, som vi burde tale med i forbindelse med kortlægningen. Bruttolisten over videnspersoner er således både genereret ud fra vores indledende desk research og på baggrund af henvisninger fra videnspersonerne på den første version af listen.

Det er lykket at gennemføre interview med 21 ud af de 46 videnspersoner. Heraf var 12 interview med videnspersoner fra Danmark, fire fra Norge, og fem fra Sverige. Der er foretaget op til tre "rykkere" til de videnspersoner, som ikke har reageret på vores henvendelse.

Kun få af videnspersonerne har kunnet bidrage med at udpege konkrete lovende kommunale indsatser, hvilket de typisk har begrundet med, at der alene findes et begrænset antal indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser, mens andre ikke havde et indgående kendskab til kommunernes indsatser.

7.3.2 Kommunekortlægning

Sideløbende har vi taget mailkontakt til relevante fagchefer i de 40 største kommuner i Danmark (fx familiechefer, børn- og ungechefer eller socialchefer). Det væsentlige har ift. kortlægningens sigte været at kontakte fagchefer for både børn- og unge samt voksenområdet i kommunerne. Vi har bedt fagcheferne om at svare på, hvorvidt der i deres kommune findes forebyggende indsatser, metoder eller tilbud til unge med selvskadede adfærd og/eller spiseforstyrrelser.

I tilfælde af at kommunen havde forebyggende indsatser rettet til målgrupperne, bad vi dem sende os kontaktoplysningerne på en medarbejder tæt på den konkrete indsats. Herefter har vi taget kontakt til de medarbejdere, som fagcheferne havde udpeget som relevante, og bedt medarbejderne om at sende alt relevant skriftligt materiale om indsatsen til os. Det er lykket at få respons fra 34 ud af de 40 kontaktede kommuner. På baggrund af kommunernes svar blev der opbygget en liste over 16 potentielt lovende indsatser fordelt på 15 kommuner. For hver af disse indsatser blev der gennemført et eller flere telefoninterview med henblik på at supplere eller udfolde det eventuelle skriftlige materiale modtaget forinden. I flere tilfælde var der dog været tale om indsatser som faldt uden for udvælgelseskriterierne for kortlægningen. Ni forskellige indsatser fra otte forskellige kommuner levede samlet set bedst op til udvælgelseskriterierne. Herudover indgår en regional indsats, da det i samråd med Socialstyrelsen blev vurderet at denne indsats var overførbart til en kommunal virkelighed, og ville kunne nedskaleres i intensitet og således anvendes til unge med lettere eller moderate problematikker. Foruden den regionale indsats indgår metoden dialektisk adfærdsterapi (DAT) idet at det er en international erfaring, at DAT er virksomt til kortlægningens målgrupper. Uddybende beskrivelser af disse 11 indsatser ses i forlængelse af publikationen "Unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser – en indsatsmodel".

Nedenfor ses en oversigt over de 11 indsatser som indgår i kortlægningsundersøgelsen.

| KOMMUNE (REGION) | INDSATS | MÅLGRUPPE |
|---------------------------|--|---------------------------------|
| Aalborg | SESAM | Selvskade |
| Aarhus | Team for spiseforstyrrelser | Spiseforstyrrelser |
| Gladsaxe | Systemisk familiebehandling | Spiseforstyrrelser og selvskade |
| Gladsaxe | Spiseforstyrrelsesnetværk | Spiseforstyrrelser og selvskade |
| Holstebro | Task Force for spiseforstyrrelser og selvskade | Spiseforstyrrelser og selvskade |
| Kolding | Ligevægt | Spiseforstyrrelser (BED) |
| København | ROBUS | Spiseforstyrrelser |
| Region Midtjylland | Familier og spiseforstyrrelser | Spiseforstyrrelser og selvskade |
| Sønderborg | Team for spiseforstyrrelse | Spiseforstyrrelser |
| Vejle | Gruppetilbud til unge med spiseforstyrrelse | Spiseforstyrrelse |
| Norge | Dialektisk adfærdsterapi (DAT) | Selvskade og spiseforstyrrelser |

De uddybende beskrivelser er udarbejdet med udgangspunkt i en ramme for systematisk analyse og præsentation af sociale indsatser, i form af en såkaldt indsatsteori, som blandt andet tydeliggør indsatsens problemforståelse, målgrupper, formål, lovgivningsgrundlag og forankring.

7.3.3 Efterspørgselsvurdering

19 ud af de 34 kommuner som svarede tilbage på vores indledende henvendelse om kortlægningsundersøgelsen angav, at de på nuværende tidspunkt ikke havde målrettede indsatser til unge med selvskadende adfærd eller spiseforstyrrelser i deres kommune. I tilfælde af at kommunerne ikke havde forebyggende indsatser rettet til målgrupperne, har vi efterfølgende kontaktet dem med henblik på en dialog om, hvorvidt de i kommunen oplever et udækket behov for forebyggende eller opfølgende indsatser til målgrupperne. Det er lykkedes at få respons fra 14 ud af 19 kommuner. Kommunerne rapporterer, at de er udfordrede af målgrupperne. Fraværet af målrettede indsatser er derfor ikke ensbetydende med, at kommunerne ikke oplever selvskadende adfærd og spiseforstyrrelser som konkrete problematikker – tværtimod oplevede kommunerne at målgrupperne fylder, særligt pga. målgruppernes interne forskellighed og kompleksitet. På baggrund heraf efterspørger kommunerne fleksible indsatser (med mulighed for individuel tilpasning), indsatser som kan gå tværs af målgrupperne; ligesom størstedelen af kommunerne efterspørger indsatser med en tidlig forebyggende karakter.