

Regionsfunktion:

RF Spiseforstyrrelser (voksne over 18 år)

I alt: 21-40 timer

Funktionens målgruppe:
Funktion: Spiseforstyrrelser (voksne)
Hoveddiagnose: F50.0, F50.1, F50.2, F50.3 Generelt kan hovedfunktionsniveau varetages ambulant for moderate, svarende til primært grad 2-3. Regionsfunktionsniveau er målrettet ambulante tilbud samt pt. forløb, hvor der er indikation for indlæggelse eller svarende til primært grad 3-4 Patienter med grad 4, hvor der over 3 måneder ikke er effekt af behandlingen defineres til grad 5 (højt specialiseret niveau).
Bidiagnose: Depression, personlighedsforstyrrelse, OCD, ADHD, psykoser, samt belastningsreaktioner og gennemgribende udviklingsforstyrrelse, endvidere misbrug samt alvorlige somatiske lidelser.
Symptomer, herunder sværhedsgrad/kompleksitet Vægtangst, fedtfobi, forvrænget kropsopfattelse. Ved F50.0 og F50.1 signifikant vægttab og somatisk påvirkning i vekslende omfang af alle organer, herunder endokrine forstyrrelser af hypothalamiske hypofysære-gonadale system med amenorré, svækket libido og potens. Ved bulimisk endvidere restriktivt ernæringsindtag specielt undgåelse af fedende fødeemner. Ved F50.2 og F50.3 overspisningsanfald mindst 2 gange om ugen i mindst 3 måneder, kontroltab med spisetrang. Forsøg på at modvirke vægtøgning med mindst en af følgende opkastning, excessiv motion, laxantia, faste, afmagringspiller, diuretika, thyreoidin eller lignende samt forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme, der fremmer ovennævnte symptomer. Sværhedsgrad afhænger dels af omfang af spiseforstyrrelsen i henhold til graduering ved Sundhedsstyrelsen NKR Bulimi (2015) og NKR Anoreksi (2016) . Endvidere afhængig af evt. co-morbiditet og anden belastning samt evt. suicidalfare.
Efter alvorlighed af symptomer ved AN inddeles således: Grad 1. Letteste tilfælde med begrænset vægttab, god selvindsigt, motivation og evne til at samarbejde omkring behandling og rekommandationer i hensigtsmæssig retning, herunder acceptere vægtøgning til målvægtområde samt normalisere spisemønster. Oftest behov for god støtte fra netværk og familie. Patienten er ikke suicidalfarlig. Patienten skønnes endvidere somatisk stabil uden behov for somatisk kontrol fraset vægtkontrol efter primære kliniske og parakliniske vurdering.

Grad 2. Patienter med F50.0 til F50.1 i middelsvær grad med betydeligt vægttab, men med evne til at ændre spiseadfærd med støtte samt fremstår somatisk stabil omend med nogen behov for kontrol, typisk tilstrækkeligt med ambulante kontakt én gang ugentligt, der er nogen selvsigt og motivation og samarbejder godt omkring behandlingen med god støtte af familie. Evt. komorbiditet. Ingen suicidalimpulser eller suicidal tanker.

Grad 3. Sværere tilfælde af F50.0 til F50.1 med mere omfattende vægttab men med mulighed for at bevare ambulante behandling, da patienten udviser selvsigt, motivation og evne til at samarbejde omkring behandlingsrekommandationer. Der er behov for daglig støtte til at følge behandlingsrekommandationer gerne med inddragelse af netværk. Evt. betydelig komorbiditet og evt. suicidalimpulser, men ikke skønnet suicidalfarlig. Patienten skal være cirkulatorisk og respiratorisk stabil tilstrækkeligt til at monitorering kan pågå ambulante. Patienten skal kunne spise selv. Vedrørende suicidale impulser og tanker skal patienten klart kunne tage afstand fra dette samt fremstå med god compliance og mulighed for akut henvendelse ved forværring eller mistanke herom.

Grad 4. Patienter med meget omfattende eller meget hurtigt vægttab, hvor intensiv ambulante behandling ikke skønnes forsvarligt på grund af patientens alvorlige almene påvirkning, mangelfuld sygdomsindsigt eller manglende motivation og compliance. Evt. med behov for omfattende støtte til at bryde uhensigtsmæssige adfærdsmønstre som opkastninger, motion, restriktiv spising med mere. Mangelfuld støtte fra netværk samt svær komorbiditet eller evt. mistanke om suicidalrisiko. Endvidere med behov for hyppig klinisk monitorering inklusiv paraklinisk.

Grad 5. Patienter der er meget alvorligt truet med alvorlige eller langvarigt alvorlige symptomer, anbefales overflyttet til højt specialiseret funktion med henblik på videre behandling evt. midlertidig på somatisk afdeling indtil overflytning skønnes forsvarligt efter nærmere aftale.

Generelt indskærpes patienter med alvorlig spiseforstyrrelse er alment påvirkede, og der er indikation for skærpet opmærksomhed på mulig komorbiditet, idet symptombilledet kan være afvigende fra normen med svagere eller manglende symptomer, fx ved infektion. Der henvises til medicinsk/kirurgisk kompendium og anden relevant faglitteratur.

Efter alvorlighed af symptomer ved BN inddeles således:

Grad 1: Patienter med maksimalt en overspisningsepisode og opkastning per uge samt god psykologisk indsigt, god behandlingsmotivation og evne til at følge behandlingsrekommandationer. Behandlingen kan da foregå i primær sektor.

Grad 2 og 3: Patienter med middelsvær bulimia nervosa, eventuelt med psykiatrisk komorbiditet eller somatiske komplikationer og gentagne overspisningsepisoder og vægtregulerende adfærd dagligt, men med rimelig god sygdomsindsigt, behandlingsmotivation og compliance.

Patienten må ikke fremstå suicidalfarlig. Suicidalimpulser skal kunne afvises, og patienten skal kunne indgå aftaler om at undlade selvskade for, at ambulante behandling kan pågå.

Behandlingen omfatter ovennævnte behandlingselementer, fraset miljøterapeutisk behandling, som er forbeholdt indlagte patienter.

Grad 4: Patienter med alvorlig bulimia nervosa med gentagne daglige overspisningsepisoder, opkastninger, somatiske komplikationer, svær komorbiditet eller mistanke om suicidalfare.

Disse patienter bør være indlagt, eventuelt intensivt dagbehandlingstilbud alternativt døgnbehandlingstilbud i tværfagligt behandlerteam i lighed med ambulante behandlingstilbud, dog suppleret med intensiv miljøterapeutisk tilbud, herunder støtte til samtlige måltider samt i perioderne omkring måltiderne. Der bør være skærpet opmærksomhed på somatiske komplikationer og suicidalitet.

Når patienten er tilstrækkeligt stabiliseret, kan behandlingen herefter følges af ambulante tilbud.

Grad 5: Alvorligste livstruende tilstande, hvor der er alvorlige somatiske komplikationer eller svære suicidaltrusler eller -impulser, herunder med svær komorbiditet. Patienten frembyder ikke god compliance, mangelfuld sygdomsindsigt og mangelfuld behandlingsmotivation.

Når patienten er stabiliseret tilstrækkeligt med hensyn til somatiske tilstande, normaliserede spisevaner og reetablering i vid udstrækning på sociale akse, kan der fortsat være behov for understøttende vejledende efterbehandling i måneder efterfølgende med henblik på at forebygge recidiv. Endvidere er det nødvendigt med opmærksomhed på inddragelse af socialforvaltningen med henblik på uddannelsesplaner, social støtte samt efterbehandling ved tandlæge med mere.

Ved tilbagefald tilbydes nyt behandlingstilbud.

Langvarigt alvorlige tilstande

For patienter med manglende motivation, hvor tilstanden fremstår langvarigt alvorlige, og hvor patienten ikke kan motiveres til at arbejde mod fuld remission, bør overvejes støttende behandling med lindrende behandlingssigte. Herunder i samarbejde med hjemkommune at stabilisere patienten socialt, sikre støtteforhold i hjemmet samt følge patienten med henblik på støtte til at opnå en somatisk stabil tilstand samt ved indikation at indlægge patienten kortvarigt med henblik på at imødekomme subakutte og akutte komplikationer. Der bør ved disse patienter vedholdende være fokus på at motivere dem for, at indgå i et behandlingsforløb med henblik på fuld remission, idet håbet for fuld remission bør fastholdes.

Kompliceret differential diagnostik:

For håndtering af alvorlige somatiske komplikationer henvises venligst til instruks vedrørende somatiske komplikationer.

Da spiseforstyrrelse ofte forekommer med anden sygdom foretages omfattende forundersøgelse med BAB-A, B, F og S samt screening for anden psykiatrisk lidelse og almen lægelig undersøgelse inkl. neurologisk undersøgelse og parakliniske undersøgelser i henhold til SST rekommandationer med henblik på at udelukke evt. somatisk lidelse.

Ved positive fund vurderes om tilstanden kan behandles i afsnit for patienter med spiseforstyrrelse eller om der er indikation for overflytning til andet afsnit med henblik på at sikre optimal behandling.

Endvidere vurderes, om videre undersøgelse kan varetages ambulant, eller om der er indikation for indlæggelse enten i psykiatrisk regi, evt. i samarbejde med somatisk afdeling på mistanke om somatisk lidelse.

Svær komorbiditet:

Jævnfør ovenfor foretages lægelig vurdering, hvorvidt pt. skønnes at kunne behandles i ambulant regi primært på regionsfunktionsniveau ved svær co-morbiditet, evt. under indlæggelse svarende til regionsniveau. Såfremt pt.s tilstand skønnes særligt kompliceret eller der ikke er tilstrækkelig effekt af iværksatte behandling indenfor ca. 3 måneder evt. tidligere såfremt der er indikation herfor, anbefales overflytning til højt specialiseret niveau.

Behandlingsresistens:

Patienter med ringe eller ingen sygdomsindsigt, udtalt ambivalens, mangelfuld behandlingsmotivation, reduceret compliance eller andre vedligeholdende faktorer, herunder alvorlig somatisk sygdom eller anden psykiatrisk sygdom. Endvidere patienter med recidiv.

Patienter indtil grad 4 inkl. kan behandles ambulant eller under indlæggelse i regionalt regi under forudsætning af, at der er effekt af behandlingen. Såfremt der ikke opnås tilstrækkelig effekt af behandlingen eller der ikke kan etableres en bæredygtig behandlingsalliance og pt. fremstår alvorligt truet er der indikation for overflytning til højt specialiseret funktion. Ved særligt komplicerede forhold specielt alvorlig psykiatrisk lidelse, svær suicidalfare eller livstruende somatiske symptomer svarende til grad 5 er indikation for overflytning til højt specialiseret funktion tilstede.

Risikopatienter:

Såfremt pt. fremstår somatisk stabil respiratorisk og cirkulatorisk samt ikke skønnes at have øget suicidal risiko, dvs. grad 1-3 kan ambulant behandling etableres. Indikation for døgnindlæggelse er alvorlig somatisk truet tilstand, svær belastning, indikation for tvang samt herunder evt. øget suicidalrisiko eller mistanke herom med indikation for frihedsberøvelse.

Overflytning til højt specialiseret funktion indiceret ved behov for tvangsbehandling andet end meget kortvarigt, alvorlig suicidalrisiko eller anden alvorlig selvskadende adfærd samt utilstrækkelig effekt i.h.h. til ovennævnte.

Særlige patientgrupper:

I forbindelse med co-morbiditet samt unge voksne oftest indikation for at inddrage forældre eller værge samt andet netværk i behandlingen også under indlæggelse.

I særlige tilfælde herunder længerevarende hvor patient og familie fremstår svært belastede og inddragelse af forvaltningen ikke er tilstrækkeligt kan være indikation for indlæggelse.

Ved graviditet bør altid overvejes overflytning til højt specialiseret funktion. Alternativt konference med afdeling med højt specialiseret funktion og intensivt samarbejde med gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Patienter med udviklingsforstyrrelse frembyder særlige behandlingsbehov herunder skærpet fokus på særlige behov under og efter behandlingen.

Ved længerevarende sygdom hos voksne er fokus på den sociale akse væsentlig for fuld remission, herunder forsørgelse/uddannelse afgørende og fordrer velfungerende samarbejde mellem primære og sekundære sektor.

Henvissende instanser samt henvisningskriterier

Patienter kan henvises fra praktiserende læger samt andre somatiske og psykiatriske afdelinger. Henvisningen følger de generelle kriterier.

Henvisningen visiteres via amb. for spiseforstyrrelser.

Henvisningskriterier:

- Mistanke om hoveddiagnose er F50.0, F50.1, F50.2 eller F50.3, primært grad 2-4
- Behov for vurdering af om andet behandlingsregi er indiceret, herunder diagnostisk uafklaret
- Behov for tværfaglig indsats
- Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt
Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamneseoptagelse og klinisk vurdering. Standardiserede interviews rettet mod spiseforstyrrelser (evt. BAB F hvis patienten er hjemmeboende), GAF-score, EDI-selvrapportering, evt. fysioterapeutisk resourceorienteret kropsundersøgelse. Ved manglende umiddelbar behandlingseffekt/mistanke om komorbiditet – PSE, psykologisk undersøgelse når vægten er tilstrækkelig høj, evt. ADOS ved tilstrækkelig vægt, Y-BOCS, SCID II.	5-11 timer Standard: Afklarende samtale :1 time. Standardudredningspakke: 2-3 timer. Udvidet udredningspakke: 4-8 timer.
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse som ved BAB S, EKG, evt. ekkokardiografi og/eller andre specifikke undersøgelser rettet mod somatiske symptomer, standardiserede biokemisk såkaldt anoreksi-pakke. Regelmæssig somatisk kontrol og parakliniske undersøgelser, efter behov. Ved behov registreres somatisk undersøgelse.	3-9 timer
Behandling	Behandling I: Ambulant tilbud med 1-2 ugentlige besøg i 3-18 måneder, afhængig af behov. Behandling II: Intensivt ambulant tilbud med ca. 3 ugentligt besøg i 3-18 måneder, afhængig af behov Behandling III: Indlæggelse Alle typer af behandling indeholder individuel terapi, gruppeterapi og	Afhængig af behov

	fysioterapi med løbende evaluering, fx efter 6 og 12 måneder.	
Psykoedukation	Psykoedukation gives såvel individuelt som i gruppe. Gruppeforløb for pårørende.	4-6 timer
Afslutning og evaluering	Udskrives ved stabil vægtøgning, stabil motivation for fortsat behandling, generel stabiliseret psykisk tilstand. Fortsat behandling vurderes at kunne varetages ambulantly. Ny GAF og EDI mhp. vurdering af behandlingseffekt.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Spiseforstyrrelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt eller hvor BMI < 16. Varetages i et tæt samarbejde med intern medicin og endokrinologi - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier til regionsfunktionsniveau i specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau	

Senest opdateret den 20. marts 2017