

Spiseforstyrelser
Sagsbehandling i danske kommuner
- en kvalitativ undersøgelse af
kommunerne i Region Hovedstaden

Agata Yadav

Master of Public Health

MPH 2014:13



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Spiseforstyrelser. Sagsbehandling i danske kommuner - en kvalitativ undersøgelse af kommunerne i Region Hovedstaden

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-78-2



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Spiseforstyrrelser. Sagsbehandling i danske kommuner - en kvalitativ undersøgelse af kommunerne i Region Hovedstaden.				
Författare Agata Yadav.				
Författarens befattning och adress Ergoterapeut. Rigshospitalet Blegdamsvej, 2100. KBH. Ø. Danmark.				
Datum då examensarbetet godkändes 12.09.2014			Handledare NHV/Externa Universitetslektor, docent Ulla Forinder.	
Antal sidor 62	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-78-2

Sammanfattning

Formål: Formålet med undersøgelsen har været at undersøge hvilke oplevelser, erfaringer og forståelse kommunalt ansatte sagsbehandlere med bevilligende kompetence ansat i Region Hovedstaden har i sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser. Hvorfor henvender de sig, hvilke ydelser bevilliges / afslås og hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv.

Metode: Semistrukturerede kvalitative interviews blev udført med ti sagsbehandlere fra ni kommuner i region hovedstaden. Data blev analyseret ved hermeneutisk filosofi og analyse.

Resultater: Resultaterne gav fem temaer og 20 undertemaer. De fem temaer var; ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner; henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlere; sagsbehandling; den primære sektor; sagsbehandlernes faglige viden og inddragelse af teori. Resultaterne viser at sektoransvarlighedsprincippet og økonomiske budgetter medvirker til at borgere lander imellem to sektorer i sagsbehandlingen. Sagsbehandlerne ser en til to sager om året og oftest drejer det sig om unge piger som lider af enten AN, BN eller BED. Der ses Co-morbide lidelser og sociale problemer, sagerne er langvarige og der forekommer tvangsindlæggelse. Oftest anvendes § 85, §100, §107, §108 fra loven om Social Service og den bedste sagsbehandling sker i samarbejde med eksperter fra den behandlende sektor. Der ses ikke behov for etablering af indsatser rettet imod spiseforstyrrelser i kommunalt regi. Sagsbehandlerne arbejder på et generaliseret niveau og inddrager erfaringer og instrukser i sagsbehandlingen. Fagteori inddrages i begrænset omfang for eksempel recovery, sundhedsfremme, motiverende samtale, balance skema og anerkendende tilgang.

Konklusion: Hvis sagsbehandlerne i kommunerne skal medvirke til at opdage, påbegynde behandling, henvise, tvangsindlægge, efterbehandle og opdage recidiv på baggrund af deres fags empiri må de have klare rammer og retningslinjer for hvor de kan opsøge informationer om samarbejdspartnere, behandlingssteder og henvisnings metoder. Det er vigtigt at eliminere de barrierer der er for at tilbyde ydelser som indeholder terapi hvis intentionen om den primære sektors indsats skal blive praksis.

Nyckelord

spiseforstyrrelser, socialt arbejde, primær sektor, folkesundhed, sagsbehandling.



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Eating disorders: A qualitative study of case management in municipalities in Denmark's Capital Region				
Author Agata Yadav				
Author's position and address Ergoterapeut. Rigshospitalet Blegdamsvej, 2100. KBH. Ø. Danmark				
Date of approval 12.09.2014			Supervisor NHV/External Universitetslektor, docent Ulla Forinder	
No. of pages 62	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-78-2

Abstract

Aim: This study aimed to examine grant-competent social workers' experiences and understanding of adults with eating disorders in Denmark's Capital Region. In particular, we aimed to identify social needs, benefits granted or denied and for what purposes, and the public health perspective.

Method: We used semi-structured qualitative interviews with ten social workers from nine municipalities in the Capital Region. All data was analyzed using Hermeneutic philosophy.

Results: Our data identified five major themes: (i) responsibilities between regions and municipalities; (ii) contact between individuals with eating disorders and social workers; (iii) case management; (iv) the primary sector; and (iv) social workers' knowledge and use of theory. We determined that sector responsibility and financial budgets contribute to public landing between the community sector and the regional sector. Each year, social workers see one or two individuals with eating disorders, often young girls suffering from anorexia nervosa, bulimia nervosa, or binge eating disorder. When clients exhibit co-morbidity and social problems, cases are lengthy and sometimes require involuntary hospitalization, most often facilitated by §85, §100, §107, and §108 of the Law on Social Services. Cases with the best outcome are characterized by cooperation with medical experts. Specialist theory is involved to a limited extent (e.g., examples, recovery, health promotion, motivational interviewing, balance sheet, and the appreciative approach).

Conclusion: Social workers operate on a generalized level, professional experience and instructions to treat clients. They see no need for the establishment of efforts directed towards specialized eating disorders units in the primary sector. If social workers in local authorities are granted to detect disease, initiate treatment, initiate referrals, involuntarily institutionalize clients and record their progress, and detect recurrence on the basis of subjective empiricism, they need clear guidance and direction for locating information about professional partnerships, healthcare facilities, and referral methods. Importantly, eliminating barriers to services that include therapy will enhance the primary sector's ability to meet legal requirements.

Key words

eating disorders, social work, primary health care, public health, case management.

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	3
1.1. Problembaggrund	3
1.1.1. Nordisk relevans	3
1.1.2. Folkesundhedsvidenskabelig relevans	4
1.1.3. Behandling af spiseforstyrrelser i ambulant og indlagt regi	5
1.1.4. Socialt arbejde i Primær sektoren	7
1.1.5. Rammen for undersøgelsen	9
2. Problemformulering	9
2.1. Formål	10
2.2. Forskningsspørgsmål	10
3. Metode og materiale	10
3.1. Hermeneutik	10
3.2. Design af undersøgelsen	11
3.2.1. Udvalget	11
3.2.2. Semistruktureret interview	12
3.2.3. Hermeneutisk analyse	13
3.2.4. Ethiske overvejelser	14
3.2.5. Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed	15
4. Teoretisk Ramme	16
4.1. Modellen for risikofaktorer der påvirker sundheden	16
4.2. Den Bio-psyko-sociale sygdomsmodel	17
4.3. Rehabilitering	18
4.4. Sundhedsfremme	18
4.5. Forebyggelse	19
4.6. Metode i det sociale arbejde	20
5. Resultater	22
5.1. Ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner	23
5.1.1. Sektoransvarlighedsprincippet	23
5.1.2. Økonomi	24
5.1.3. Borgeren lander mellem sektorer	25
5.2. Henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlerne	26
5.2.1. Antal henvendelser, alder og køn, diagnose, henvendelsesmåde	26
5.2.2. Co-morbide lidelser og sociale problemer	27
5.2.3. Varighed og tvangsindlæggelse	27
5.3. Sagsbehandlingen	28
5.3.1. Loven om Social Service	28

5.3.2. Individuel og helhedsorienteret tilgang	29
5.3.3. Visitering af ydelser	30
5.3.4. Hvilke ydelser bevilliges / bevilliges ikke	32
5.3.5. Formålet med bevillingen af ydelsen	34
5.3.6. Opfølgning af bevilligede ydelser	34
5.4. Den primære sektor	35
5.4.1. Folkesundhed i primærsektoren	35
5.4.2. Spiseforstyrrelser og specialiserede rehabiliteringstilbud	36
5.4.3. Borgeren og familien	38
5.5. Sagsbehandlernes faglige viden og inddragelse af teorier	39
5.5.1. Generaliseret niveau	39
5.5.2. Inddragelse af instrukser og faglig teori	40
5.5.2. Erfaringsbaseret viden	41
5.5.4. Workshops, temadage, kurser og møder i foreninger	42
5.5.5. Konsekvenserne af manglende viden	43
 6. Diskussion	 43
6.1. Resultat diskussion	44
6.1.1. Ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner	44
6.1.2. Henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlerne	45
6.1.3. Sagsbehandling og folkesundhed	46
6.1.4. Den primære sektor	47
6.1.5. Sagsbehandlerens faglige viden og inddragelse af teori	47
6.2. Metode diskussion	48
6.2.1. Valg af respondenter	48
6.2.2. Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed	49
 7. Konklusion	 50
 8. Perspektivering	 51
 9. Tak	 52
 10. Referencer	 53
 11. Bilag	 59

1. Introduktion

Baggrunden for emnevalget er at den danske sundhedsstyrelse anbefaler, at den primære sundhedssektor inddrages som arena til intervention på social-og sundhedsproblemer relateret til spiseforstyrrelser. Den primære sundhedssektor består af lokale kommunale og private sundhedsaktører som praktiserende læger, sundhedscentre og hjemmepleje. Primær sektoren anbefales som det primære valg ved milde tilfælde og som samarbejdspartner før, under og efter svære ambulante og indlagte forløb (1).

Søgning i internationale og nordiske databaser viser at den primære sektors praksis på området er underbelyst. Den viden der eksisterer viser, at det sociale arbejde er præget af stor kompleksitet, øget efterspørgsel på opfølgende kommunale rehabiliterings tilbud samt manglende specialiseret viden hos de ansatte (2,3,4,5,6).

1.1. Problembaggrund

1.1.1. Nordisk relevans

Der har de seneste 20 år været øget fokus på spiseforstyrrelseslidelsen i Danmark. Der er i perioden etableret specialiseret ambulante og døgnbehandling samt udviklet vejledende retningslinjer for praksis (1). Der er udgivet flere rapporter fra offentlige indsatser og forskningscentre (5,6,7) og ligeledes har området modtaget økonomisk støtte via satspuljen og ministeriet for sundhed og forebyggelse (1). En forening rettet imod spiseforstyrrelser har udbudt gratis uddannelse til fagfolk på tværs af den private og den offentlige sektor med henblik på at øge den specialiserede viden (8).

De nordiske lande har længe haft fokus på socialt arbejde. Igennem 1960, 1970 og 1980 har den sociale indsats udviklet sig. Der er skabt en social velfærdsmodel som har til formål at forene en høj levestandard med lighed i sundhed og med en veludbygget offentlig social sektor hvor borgere med spiseforstyrrelser kan ansøge om sociale ydelser for at afhjælpe deres lidelse (9). Medlemslandene af World Health Organization (WHO) tilsluttede sig i 1978 Alma-Ata deklARATIONEN (10) som indeholder et forpligtende tiltag imod at fremme folkesundheden igennem et bredt folkesundhedsbegreb. Det betyder at landenes økonomiske, sociokulturelle og politiske situation ligger til grund for, at der kan tilbydes forebyggende, helbredende og rehabiliterende tiltag i lokalsamfundet tæt på hvor folk bor. I Alma-Ata er der udpeget fem strategiske principper for det nære sundhedsvæsen som udgøres af; adgang til sundhedsydelser; lighed; det lokale samfundets aktive deltagelse; brug af egnet teknologi og tværsektorielt samarbejde. I praksis betyder det sundhedsoplysning, behandling og forebyggelse. Danmark havde i 2007 en kommunalreform som medførte at langt de fleste driftsopgaver indenfor socialt arbejde, beskæftigelse, sundhed herunder genoptræning, forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering blev lagt ud til den primære sektor (11).

Spiseforstyrrelser ses i alle kulturer og samfundslag men er oftest beskrevet i relation til den vestlige kultur (12,13,14). I alle nordiske lande forskes og behandles der på området. Der er udarbejdet rapporter for anbefalinger, visioner og praksis på nationalt,

regionalt og kommunalt niveau (1,15,16). Sundhedsstyrelsen har i Danmark udgivet Anbefalinger for Organisation og Behandling af Spiseforstyrrelser (1). De nordiske lande bygger politisk og økonomisk på en intention om at sårbare grupper får lige rettigheder til social- og sundhedsydelser samt deltagelse i samfundslivet. Dette finansieret igennem skattesystemet (9). Lovgrundlaget for det sociale arbejde i Danmark er Loven om Social Service (17) som benyttes af autoriserede socialrådgivere (18) i forbindelse med deres daglige arbejde med at behandling af ansøgninger fra borgere bosat i kommunen som har sociale- og sundhedsrelaterede behov.

1.1.2. Folkesundhedsvidenskabelig relevans

Spiseforstyrrelser har eksisteret som sygdom i mere end 100 år. De har været forklaret med religiøse, hysteriske og somatiske tilstande og betragtes i dag som svær psykiatrisk lidelse (14).

De er internationalt kendt med egen diagnose klassifikation bl.a. i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) hvor de inddeles i fire undertyper; anorexia nervosa (AN); bulimia nervosa (BN); atypisk spiseforstyrrelse (EDNOS) og senest Binge Eating Disorder (BED)(19). Ifølge World Health Organization (WHO) udvikler en ud af fire personer i løbet af deres liv psykiske lidelser (20). Personer med psykiske lidelser er marginaliserede og sårbare samfundsgrupper som ofte udelukkes fra almindelige sociale og økonomiske aktiviteter med ulige muligheder for at udleve deres fulde potentiale. Spiseforstyrrelser viser sig at medføre sociale og samfundsøkonomiske konsekvenser med lange behandlingsforløb, tabt arbejdsfortjeneste, tabt uddannelse, førtidspension og tidlig død (4) og undersøgelser viser (21,22) at tidlig opdagelse og intervention forbedrer prognosen signifikant og reducerer akut sygdom, tvangs indlæggelse og udviklingen af konicitet.

Kvinder mellem 15-19 år rammes hyppigst af AN. Incidensen har de sidste 20 år ligget stabilt på 4,2 - 4,7 tilpasset alder og køn, for mænd er den under én. Personer med AN har et fast beslutsomt mål om vægttab bl.a. karakteriseret ved et restriktivt kostindtag (12,13,19). BN opstår hyppigst blandt 15-20 årige. Ved BN ses sulteperioder erstattet af hyppige episoder med ukontrolleret overspisning og derefter kompenserende handlinger for at reducere kalorieindtaget. Incidensen for BN er 200 - 439 (13,19). Ved EDNOS ligger kropsvægten lige over kriterierne for at opfylde AN BMI < 18,5 (Body Mass Index) og incidensen er 6,5 (13,19). Ved BED ses hyppige perioder med overspisning og få perioder af restriktivt kostindtag og BED relateres til overvægt. Incidensen for BED er 1010 for kvinder, og 660 for mænd og den ses hyppigst iblandt mænd og personer i moden alder (13,19). Fælles for lidelserne er at der sker en overevaluering af krop og vægt og selvværdet dømmes efter evnen til at kontrollere kostindtaget (12,13). Prognosen viser at 60 % bliver raske, 20 % opnår bedring men har restsymptomer og 20 % udvikler et kronisk sygdomsforløb med nedsat livskvalitet (14,23). I forhold til den almene befolkning har spiseforstyrrede ti gange højere mortalitetsratio (6,14).

Folkesundhed består af flere faktorer. Sundheds og sygdoms determinanter udgøres bl.a. af indre og ydre forhold som arv, alder, livsstil, levekår, køn, uddannelse som i samspil med politiske, kulturelle og sociale strukturer påvirker hinanden. Flere kilder viser at

flere sundheds og sygdoms determinanter er påvirkede og forstærker hinanden ved spiseforstyrrelser (12-14,23). Spiseforstyrrelser årsag er multifaktoriel, kompleks og dårligt forstået (12). Der ses arvelige faktorer og hyppigst rammes unge kvinder. De debuterer oftest i puberteten hvor den fysiske, psykiske og sociale modning og udvikling formes med risiko for at gå i stå (12). Der ses forstærkende påvirkninger ved sociale, kulturelle og psykosociale determinanter bl.a. forekommer spiseforstyrrelser oftere hos personer som har lavt selvværd, oplevet mobning, traumer og psykosociale belastninger i barndommen (7). Ifølge Lunn & Rokkedal (14) udviser hver femte unge risikoadfærd som fremmer risikoen for udviklingen af en spiseforstyrrelse. De unges risikoadfærd indeholder fire hovedtemaer for fokus; kropsopfattelse; vægtkontrol; spisevaner og selvfølelse. De henleder således i højere grad end den almindelige befolkning deres tanker og følelser på vægt, kropsform, ændring i kostindtag og motionsvaner med henblik på at regulere selvfølelsen (14).

Danske regioner (6) anslår at 75 000 danskere, både mænd og kvinder lider af spise forstyrrelser; 5000 af AN; 30 000 af BN og 40 000 af EDNOS. De seneste syv år er der sket en stigning på 29,4 % på behandling og antallet af ambulante psykiatriske besøg er steget med 53,7 %. Mange spiseforstyrrede skjuler deres lidelse og opsøger ikke hjælp (14,19) hvilket medvirker til forværring af symptomerne og øger risikoen for isolation og kronicitet (24).

Spiseforstyrrede har tanker og følelser der kredser om problemer med at forholde sig til mad. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) er et valideret undersøgelses instrument som benyttes af klinikere med henblik på at vurdere sværhedsgraden af lidelsen (14). Testen identificerer personens kostindtag, om de vælger kaloriefattig mad, om de er irritable ved måltider og oplever stress over at have spist. Den viser om der efterfølgende udføres kompenserende handlinger i form af øget motion, opkastning eller brug af laxantia. Endeligt viser testen om personen ofte vejer sig og har rigide daglige rutiner omkring mad og vægt (14). En lav ernæringsstatus kan medføre svimmelhed, træthed, lav krops temperatur, dårlig blodcirkulation, dårlig tandstatus og udeblivelse af menstruation. Disse forhold kan i sig selv medføre somatiske og psykiatriske følge sygdomme bl.a. hjerte-, lever-, nyrer lidelser, knogtelidelser samt angst og depression (23).

I teorien har spiseforstyrrelsen til formål at fremme selvfølelsen og kontrollen som kan bestå i manglende mestring i relation til mennesker eller andre forhold (23). Ofte er personen i dårlig kontakt med sig selv og har svært ved at sætte ord på følelser. Dette kan opleves som et indre diffust ubehageligt uro som sultes eller spises væk. Følelsen af ambivalens et centralt træk som medfører at tanker og adfærd omkring krop, vægt og udseende indeholder dobbelte budskaber som skaber splittelse og frygt. En spiseforstyrrelse kan således styre og optage store dele af livet (24). Lidelsen viser sig også ofte at være præget af comorbiditet af andre lidelser bl.a. autisme, Obsessive Compulsive Disorder (OCD), angst og affektiv lidelse (12).

1.1.3. Behandling af spiseforstyrrelser i ambulant og indlagt regi

Det er svært for personer med spiseforstyrrelser at fastholde motivationen til at blive raske på grund af stor følelse af ambivalens. De har manglende tro på fremtiden, angst

for livets krav med uddannelse, egen bolig, familie, social omgangskreds og normal spise adfærd. Dette kan medvirke til at de fastholdes i sygdommen (23).

I Sundhedssektoren behandles spiseforstyrrelser efter sværhedsgraden af symptomerne. Inddelingen går fra ”et til fem” hvor et er lavest og fem er sværest. Sværhedsgraden afhænger af graden af vægttab, selvindsigt, motivation samt evnen til samarbejde vedrørende behandling med accept af vægtøgning og normalisering af spisemønstre (1). Ved grad et og to anbefales ambulant behandling, ved grad tre og fire anbefales dags hospital eller indlæggelse og i grad fem anbefales tvangsindlæggelse. Som den primære form anbefaler sundhedsstyrelsen ambulant behandling ud fra LEON princippet om laveste, effektive, omsorgs niveau (1).

Behandlingen udføres på tre strukturelle niveauer. Praksisniveau (sværhedsgrad et og to) der er kendetegnet ved lav specialisering f.eks. praktiserende læge i samarbejde med socialektoren. Basisniveau der er kendetegnet ved specialiserede teams (sværhedsgrad tre og fire) hvor socialektoren inddrages og Landsdelsniveau (sværhedsgrad tre, fire, fem) der er kendetegnet ved at hospitaler samarbejder med socialektoren om en styrket forebyggende og rehabiliterende indsats under og efter behandling (1).

Strategien for behandling er udviklet igennem 20 år og er faseopdelt med en startfase, hovedbehandlingsfase og stabiliserende efterbehandlingsfase. Processen sigter imod en bred holistisk tilgang om at personen opnår selvstændighed efter behandling (14). I behandlingen identificeres symptomer og bagved liggende problemer. Der er en tæt observation og intervention i forhold til spisemønstre, vægtkontrol samt de fysiske og psykiske reaktioner ved deltagelse i individuel og gruppeterapi. Målet er at den spiseforstyrrede med interventionen opnår øget kontrol over spiseforstyrrelsen igennem træning i madlavning, fællesspisning, terapi, uddannelse, praktik, arbejde eller hobby relaterede aktiviteter (14). Behandlingen bygger på en indbyrdes forpligtende skriftlig kontrakt hvor forventninger og muligheder ved behandlingen defineres. Netværket kan inddrages i behandlingen (14).

AN og EDNOS har lav evidens for effektive behandlingsmetoder og der anbefales derfor primært adfærdskorrigerende intervention (12). Der er rimelig evidens for kognitiv terapi ved behandlingen af BN (12) hvilket også anbefales i forhold til behandlingen af BED (14). Undersøgelser viser (25,26) at der i praksis forekommer lav brug af empirisk testede metoder hos behandlere i den primære sektor i form af f.eks. kognitiv adfærds terapi og interpersonel terapi. Undersøgelserne viser endvidere at behandlingen varetages af autoriserede og ikke autoriserede faggrupper og at behandlere med høje uddannelser oftere benytter empirisk testede metoder (25,26).

Undersøgelser viser blandede følelser og oplevelser for personer med spiseforstyrrelser til at indgå i behandling. Nogen oplever behandlingen negativt. De oplever mistillid, lav grad af forståelse og empati samt lavt niveau af faglig viden iblandt fagfolk (26). For den spiseforstyrrede kan der gå op til tre år før behandling påbegyndes og imellem 40 - 56 % afbryder eller afviser behandlingstilbud (26). Behandlere oplever arbejdet med behandling af spiseforstyrrelser som kompleks og at det stiller høje krav til tid, input og tålmodighed i udviklingen af tillid og en professionel relation (27).

Andre undersøgelser (28,29,30) viser tilfredshed ved at der er specialiseret behandling fordi der dermed er en sensitiv forståelse for personens symptomer og reaktioner til lidelsen. En stærk terapeutisk alliance øger muligheden for at afdække og vurdere symptomerne samt til at tilrettelægge behandlingen. En god strategi viser sig ved en tilgang med balance mellem autonomi og en retningsledende indsats hvilket fremmer motivationen (28). Angst for udskrivelse kan opstå i de sene faser fordi den spiseforstyrrede i højere grad stoler på behandlingen og tvivlen om hvorvidt de kan klare sig alene øges (28).

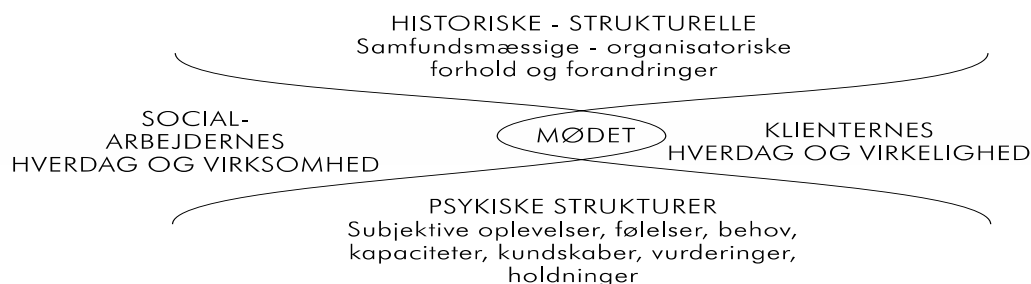
Undersøgelser af personer som er blevet helt raske (31,32,33) viser at de føler ærgrelse over tab af liv, muligheder, uddannelse, sorg og bristede drømme. Udviklingen af nye mestrings mekanismer kræver tid og det er en udfordring at skabe en struktureret hverdag med balance imellem aktivitet og hvile. Identiteten som syg er svær at slippe og indeholder en sorgproces rettet imod at tilgive sig selv og andre for påførte traumer. Det kræver selvindsigt at blive rask og det er ikke en klar beslutning, men en proces som startes og som er svær at fastholde. Oplevelsen af at være rask har individuelle udtryk og tidsperspektiv. Personerne må arbejde med at acceptere deres situation og se de negative konsekvenser i øjnene samt opsøge alternative coping mekanismer, normalitet og identitet. Modning i livet, nye interesser og værdier, samt fysiske og psykiske følgevirkninger har stor betydning for adfærdsændringer imod at blive rask. Familie, venner, relationer, arbejde og interesser kan have både en positiv og negativ indvirkning på spiseforstyrrelsen (31,33).

1.1.4. Socialt arbejde i Primær sektoren

Forskning indenfor samfund og sundhed viser generelt at kun få personer henvender sig til offentlige myndigheder med de symptomer de har. Der er sager samfundet ikke identificerer og deri ligger en underrapportering. Det er tilsyneladende et kompliceret samspil af både biologiske, psykologiske, sociokulturelle faktorer der medvirker til at personer henvender sig (34). Det er kendt at der ved spiseforstyrrelser er en stor underrapportering og undersøgelser foretaget af almen læge praksis viser 30 - 40 gange større incidens af AN end i sundhedssektoren (7).

Det sociale arbejde kan i teorien defineres ud fra tre aktører ved mødet; socialarbejder; personen med behov og konteksten. De påvirkes i en dynamisk proces, som udgør det sociale arbejde (35). Figur 1 illustrerer at socialarbejderen og personen med behov bringer hver deres forudsætninger ind i mødet. Personen i form af sine forventninger og forståelsen af socialarbejderen og socialarbejderen ved sit arbejde i at identificere og kategorisere personens problematik og behov. Deres individuelle psykiske strukturer, følelser, kundskaber og vurderinger inddrages og samtidigt påvirkes mødet af samfundsmæssige, historiske og strukturelle forhold som er gældende og bestemmende for hver deres position i samfundet (35).

Det sociale arbejdes konstruktion.



Figur 1. Det Sociale Arbejdes Konstruktion.

Dynamikken gør sig gældende under hele sagsarbejdet, både i forhold til krav om øget effektivitet, målbare resultater og brugen af evidensbaseret viden, men også i forhold til den kategorisering der finder sted som medvirker til at social arbejderen kan orientere sig i personens situation og fremlægge en fremgangsmåde til at ændre den. Samtidigt har socialarbejderen et juridisk ansvar for at personen med behov har mulighed for at tage stilling til spørgsmål vedrørende deres sag (17,35). Det sociale arbejde indeholder mange regler og magtfordelingen kan opleves skæv. Samtidigt stilles der i stigende grad krav til personen med behov imod bevillingen af en ydelse og et dilemma er om social arbejderen tjener samfundet eller personens behov eller om personen oplever at skulle tilpasse sig uden indflydelse og uden at føle sig forstået (9).

Ifølge Skårderud (23) må socialarbejderens holdning i mødet med den spiseforstyrrede indeholde vilje og forståelse til at finde de bedst mulige løsninger i de eksisterende rammer, da gældende love ikke er specielt velegnede til at tilgodese deres behov. Damgaard (2) mener at sager vedrørende spiseforstyrrelser indeholder et stort arbejdspress om komplekse sociale forhold som besværliggør kontinuitet og afslutning af sagerne. Det er svært og kræver tid at skabe kontakten imellem tværfaglige samarbejds partnere hvilket giver den spiseforstyrrede en oplevelse af svigt. Der er stram økonomi i kommunerne og bevilling af terapi sker sjældent. Det fremgår at spiseforstyrrede først bevilliges en ydelse når tilstanden er så akut og livsfarlig at de må tvangsindlægges (2). Undersøgelser (3,4) viser at socialrådgivere i primær sektoren mangler viden og erfaring i diagnosticering og behandling af spiseforstyrrelser og at korte intensive kurser kan forbedre forholdet signifikant og medføre at flere opdages igennem screening. Det viser sig imidlertid svært efterfølgende at opretholde de ændrede rutiner (3,4).

Videnscenter for Spiseforstyrrelser og Selvskade (VISOS)(5) ser et potentiale ude i kommunerne. Deres undersøgelse viser at specifikke rehabiliteringstilbud kan nedsætte antallet af genindlæggelser med både menneskelige og økonomiske fordele. Det anslås at 50 % indlagte får tilbagefald og må genindlægges og at det hænger sammen med at kun 13 % af kommunerne tilbyder specifikke rehabiliteringstilbud (5). Ud fra en samfunds økonomisk beregning er det ikke hensigtsmæssigt da behandling i højt specialiseret afsnit koster 3,24 mio. kr. årligt pr. patient (6). Skårderud (23) mener at kommunale indsatser kan forbedre spiseforstyrredes folkesundhed og medvirke til at ikke kroniske syge kan klare sig uden hjælp ved brug af en bred social indsats både

forebyggende og efter behandling igennem økonomisk støtte, boligstøtte, mulighed for uddannelse samt kontakt til kvalificerede samtalepartnere og støttekontaktpersoner (23).

1.1.5. Rammen for undersøgelsen

VISOS (5) undersøgelse viser at kommuner som har et stort antal indbyggere har flere specialiserede rehabiliterings tilbud til personer med spiseforstyrrelser. Disse kommuner udgør Region Hovedstaden og Region Midtjylland. Region Hovedstaden ligger på Sjælland og indeholder 29 kommuner. Befolkningstallet er 1.718.418 og Regionen har et nettoudgifts budget på 34,2 mia. Kr. (36).

Kommunerne har fået mere ansvar for udførelsen af velfærdsopgaver med kommunalreformen i 2007. LEON princippet ligger til grund for indsatsens udførelse og kommunernes specifikke opgaver er ikke definerede ved lov idet kommunerne har selvstyre (37). Kommunerne er i kontakt med personer der har nedsat fysisk og psykisk funktionsevne eller har særlige sociale problemer. De kan oprette relevante tilbud på baggrund af de sundhedsproblemer de opdager i lokalområdet. Interventionerne kan rette sig imod syge og raske personer som bør involveres for at målrette indsatsen efter deres behov og dermed sikre opbakning i arbejdet (37). Deres sundhedspolitik viser sig igennem handleplaner som fungerer som redskab til at koordinere indsatsen sammen med andre tværgående instanser f.eks. igennem skoler, institutioner, arbejdspladser og bymiljøer, relevante fagfolk og forvaltninger. Der er samarbejde med lokale foreninger, frivillige og private organisationer og der stilles krav til sammenhæng, systematik og kvalitet med vurdering af konsekvenser for folkesundheden (37). Regioner og kommuner arbejder sammen i forhold til Den Danske Kvalitetsmodel (DDK) som er et nationalt program for kvalitetsvurdering, der har til formål at fremme kvaliteten af patientforløb på tværs og imellem sundhedsvæsenets sektorer og institutioner. Den indeholder fem temaområder; koordinering; rehabilitering; medicinering; kvalitets og risikostyring og diabetes (37).

2. Problemformulering

Spiseforstyrrelser udgør et folkesundhedsproblem. De viser sig oftest hos unge kvinder som er i øget risiko for længerevarende sygdom og social isolation. Der ses udvikling af BED hos mænd og modne aldersgrupper og ca. hver femte unge udviser spiseforstyrret risikoadfærd (12,14,19).

Mange sundheds og sygdoms determinanter er involverede og spiseforstyrrede er en sårbar gruppe som med deres lidelse risikerer gentagne tilbagefald på grund af lidelsens forstærkende karakter (11,14). Der er stor ambivalens for behandling og der findes en underrapportering i sundhedssektoren. Spiseforstyrrede er borgere i danske og nordiske velfærdssystemer hvor syge og socialt udsatte har basale sociale rettigheder såfremt de opfylder kravene for at få dem tildelt i form af ydelser eller vederlag (14,17).

2.1. Formål

Formålet med undersøgelsen er at identificere hvilke behov voksne borgere med spiseforstyrrelser henvender sig i kommunerne med. Jeg ønsker at identificere hvilke ydelser der bevilliges og afvises og jeg ønsker at identificere de faglige eller praktiske forhold der ligger til grund f.eks. økonomi, manglende viden eller manglende organisatoriske eller lovgivningsmæssige rammer. Endvidere ønsker jeg at identificere om de tildelte ydelser har et folkesundhedsvidenskabeligt perspektiv. Viden på området er særdeles relevant for at målrette en fremtidig indsats i den primære sektor specielt når den primære sektor prioriteres som arena for forebyggelse og sundhedsfremme.

2.2. Forskningsspørgsmål

Hvilke oplevelser, erfaringer og forståelse har kommunale sagsbehandlere med bevilligende kompetence ansat i Region Hovedstaden om sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser.

- Hvilke årsager er der til spiseforstyrredes henvendelser
- Hvilke ydelser gives / afslås
- Hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv.

3. Metode og materiale

Kvalitative forskningsmetoder er egnede til beskrivelse og analyse af processer og forløb som mennesker gennemgår. De kan anvendes til studiet af offentlige instansers funktion og specifikke interventioner samt vedrørende samspillet imellem aktører og evalueringen af dem. Hermeneutisk filosofi og analyse er egnet til at få øget forståelse for menneskers livsverden, handlinger, oplevelser og erfaringer (38,39).

3.1. Hermeneutik

Hermeneutik filosofi er læren om hvordan tekster og meningsfulde enheder forstås. Den har igennem tiden undergået forandringer fra forståelse og tolkning af religiøse tekster med henblik på at finde en sandhed til nutidens filosofi om at al forståelse er viden. Formålet med hermeneutikken er at frembringe en gyldig og almen forståelse af en betydningen. Den er derfor velegnet til interviewundersøgelser da interviewet udgør en samtale om den menneskelige livsverden hvor verbale udtryk omdannes til tekster (38,39).

Udgangspunktet er den hermeneutiske cirkel hvor forståelse af en tekst sker i en proces hvor betydningen af enkelte dele bestemmes af tekstens globale betydning således som den reelt finder sted. At anskue delen i helheden og helheden i delen medvirker til en bred forståelseshorisont. Der er ikke en forskningsprotokol indenfor hermeneutikken fordi forskeren til stadighed arbejder med problemformuleringen som et styringsredskab hvor indholdet er genstand for foranderlig forståelse. Forskerens forforståelse

medinddrages i forhold til det faglige perspektiv med baggrund i forskerens erfaring, i forhold til den metodiske tilgang samt til de erkendelsesprocesser som opstår undervejs, som kan medvirke til at et projektet kan ændre retning (38,39).

Hermeneutisk analyse defineres som dekontekstualisering og rekontekstualisering hvor dele af et datamateriale tages ud af en helhed for en nærmere betragtning hvorefter det sættes sammen igen på en ny måde. Processen styres af problemformuleringen. En faldgrube indenfor al analyse er at forskeren lægger sin egen forforståelse ned over materialet og ikke tager tekstens sandhed for pålydende. Denne mulighed anses dog i hermeneutisk filosofi som umuligt idet forskerens subjektive forforståelse konstant er genstand for refleksion med henblik på forståelse (38,39).

Ifølge Gadamer (38,39) er mennesker historiske væsener der fødes ind i en allerede eksisterende historie og tradition som de er en del af og som de ikke undgår påvirkning fra. Konsekvensen heraf er at mennesker ikke kan opretholde skellet mellem objektiv og subjektiv, idet subjektet træder ind i den hermeneutiske cirkel fordi forforståelse og forståelse er gensidigt betinget. Når forskeren træder ind i en forståelseshandling igennem et interview inddrages individets egen forståelseshorison. Forståelse sker så imellem to horisonter hvor parterne indbyrdes sætter sig ind i hinandens horisonter hvorved der opstår horisontsammensmeltning. Ved horisontsammensmeltning skabes noget tredje som består af to parter i en tredje dimension (38,39).

3.2. Design af undersøgelsen

3.2.1. Udvalget

Undersøgelsen blev udført i Region Hovedstaden. VISOS rapport (5) viser at flere af Regionens kommuner tilbyder specialiserede rehabiliteringstilbud til borgere med spiseforstyrrelser end andre Regioners kommuner gør. Dette aspekt er interessant da det kan vise større og mere varieret og nuanceret viden om indsatsen og kvaliteten af kommunernes sagsbehandling på området (38,39).

Kommunerne er strategisk udvalgt på baggrund af inklusions- og eksklusions kriterier jeg havde opstillet i relation til problemformuleringen. Jeg havde tre inklusions kriterier. Respondenten skulle være ansat sagsbehandler i den primære sektor. De skulle have erfaring med sager vedrørende voksne borgere med spiseforstyrrelser og yderligere skulle de have bevilligende kompetence. Alle sagsbehandlere som ikke havde erfaring eller bevilligende kompetence, eller varetog sager på børn- og ungeområdet blev ekskluderet (38,39). Formålet med det var at skabe et sammenligningsgrundlag og skabe homogenitet på tværs af kommuner (38,39).

Navne på Regionens 29 kommuner blev noteret på en lodseddel og lagt i en pose som blev rystet. Ti lodsedler blev tilfældigt trukket ud med henblik på gennemførelse af de kvalitative interviews (38,39). Kommuner og potentielle respondenter blev løbende kontaktest telefonisk og hver gang en kommune faldt fra på grund af manglende kontakt, manglende inklusionskriterier eller negativt svar om deltagelse trak jeg et nyt lod. Denne proces fortsatte indtil havde tilstrækkeligt med kommuner og respondenter til at

opfyldte kravene til en kvalitativ undersøgelse med mulighed for mætning på emnet (38,39).

Henvendelserne bragte ni interviews med forskellige kommuner. En kommune ønskede deltagelse såfremt de var to respondenter tilstede hvilket jeg accepterede. De ni interviews rummer således ti respondenter. Efter etablering af kontakt udvekslede vi kontaktinformationer og bekræftede indbyrdes aftalen med tid, sted og dato for interview. Jeg sendte en beskrivelse af undersøgelsens formål med informeret samtykke og interviewguide (Bilag 1,2) (38,39).

I processen med at søge respondenter fra forskellige kommuner var jeg i kontakt med 27 af Region Hovedstadens 29 kommuner. Respondenterne udgør syv socialrådgivere, en pædagog, en sygeplejerske samt en kost- og ernærings vejleder. Alle er kvinder. Otte af dem arbejder i kommunale forvaltninger og to arbejder i et sundhedscenter. To af respondenterne havde erfaring med en spiseforstyrret borger, de øvrige havde erfaring med flere. Deres arbejdserfaring spænder fra et halvt år til 40 år. Den gennemsnitlige arbejdserfaring udgjorde 11,72 år. Nogle havde videreuddannet sig indenfor ledelse, supervision, diplomuddannelse eller kandidatuddannelse indenfor deres felt. En respondent havde i forbindelse med videreuddannelse skrevet om drenge med spiseforstyrrelser (38,39).

3.2.2. Semistruktureret interview

Jeg udarbejdede en semistruktureret interviewguide med tre hovedemner; sager vedrørende voksne med spiseforstyrrelser; hvilke ydelser bevilliges og hvilke afslås; hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv. Interviewguiden blev brugt i varieret grad igennem de forskellige interviews afhængigt af deres forløb. Den indeholdt brede og åbne spørgsmål som gav respondenterne mulighed for selv at associere og lede emnerne hen på deres oplevelser, erfaringer og forståelse hvilket skaber grundlag for variation, dialog og åbenhed i deres udsagn om deres livsverden (38,39).

De ni interviews blev gennemført i perioden 16/9-13 til 27/1-14. De foregik alle på respondenternes respektive afdelinger. Jeg gennemførte et pilotinterview for at sikre mig at min interviewguide og interviewteknik fungerede indenfor rammerne af temaet og genererede en dynamisk som bidrog til at fremme en positiv interaktion som kunne holde samtalen i gang og motivere til åben dialog. Jeg bevarede min interviewguide og interviewteknik (38,39).

Med udgangspunkt i den hermeneutiske filosofi indeholder hvert nyt interview og møde med respondenternes videns horisont mulighed for generering af ny forståelse igennem den hermeneutiske cirkel og vekselvirkningen imellem forforståelse og forståelse og imellem del og helhed. Hvert interview var derfor kilde til inspiration som jeg tog med igennem interviewprocessen. Jeg kunne løbende indhente uddybende viden om emner som ikke i tilstrækkelig grad blev uddybet ved tidligere interviews. Jeg satte på den måde min forforståelse på spil og understøttede processen ved at jeg nedskrev mine umiddelbare indtryk og tanker efter hvert interview. Jeg noterede deres længde, om

respondenten var aktiv og hvilke emner jeg fik svar på, hvad der gik godt, hvad skulle gøres anderledes næste gang (38,39).

Jeg havde i forvejen sendt mit forskningsspørgsmål og interviewguide til respondenten med det formål at de inden interviewet fik mulighed for at reflektere og være lidt forberedt. Formålet var igennem refleksion at inspirere respondenten til at identificere flere emner og temaer end hvis de ikke var forberedt. En ulempe er at respondenten kan være fixeret i at finde svar og eksempler og at interviewet ikke bliver nær så fleksibelt og dynamisk. Men identificeringen af flere emner opvejer ulemperne, og jeg kunne med mine spørgsmål styre interviewet og stille uddybende spørgsmål (38,39).

Jeg indledte interviewene med indbyrdes udveksling af informationer om interviewets rammer, informeret samtykke samt formålet med en semistruktureret interviewguide. Derefter stillede jeg et indledende spørgsmål. Der var undervejs uddybende, afklarende spørgsmål imellem begge parter. Der var pauser og eftertænkksomhed. Respondenterne fik mulighed for at tale frit og åbent. Jeg udviste min interesse med mit kropssprog ved at signalere at jeg var opmærksom, aktivt lyttende, nikkede og kom med ja, hmm, ok, aha udtalelser (38,39). Interviewene fik titel efter den rækkefølge som de var udført i fra nummer et til ni og de fik farvekode til identificering til senere analyse (38,39).

Interviewene blev optaget med Apple IPAD II 16 GB med programmet ALON Dictafone Third Edition. Optageren blev afprøvet hjemmefra. Jeg brugte en mikrofon for at sikre at lydoptagelsen var mulig at høre selv ved lav tale. Ved optagelse af interview kan det være en ulempe at det er en uvant situation for parterne og teknikken skal fungere efter hensigten (38,39). Jeg tog tid af interviewene. De var planlagt til en times varighed. Ti minutter før afslutningen fortalte jeg respondenten at tiden var ved at ende. Jeg spurgte om der var forhold de ønskede at uddybe og gjorde det muligt for dem at give afsluttende uddybende bemærkninger og kommentarer. Interviewene varede fra 56,10 minutter til 66.01 minutter. De havde en samlet en varighed af 538,42 minutter hvilket giver en gennemsnitlig interviewtid på 59,82 min. (38,39).

3.2.3. Hermeneutisk analyse

Hermeneutik er tekst fortolkning. Mine interviews blev genstand for hermeneutisk analyse ved at de blev omsat til tekst. Jeg transskriberede selv data hvilket medførte at jeg fik et robust overblik over hvert interview og stor fornemmelse for de individuelle kendetegn de enkelte interviews havde genereret. Jeg udviklede stor fortrolighed med materialet og de emner, mønstre, temaer og betydninger som viste sig. Med de digitale optagelser blev alle lyde registreret, dialogen, stemmeføring, intonation, latter og dynamikken. Det der ikke registreres er personernes præsentation, mimik og gestikulation som ifølge hermeneutisk filosofi medvirker til at der skabes indtryk som bringes med i analysen i form af forforståelse, forståelse og som har betydning for vores horisont og horisontsammensmeltning igennem relationen, konteksten og interaktionen (38,39).

Jeg transskriberede med Apple IPAD II 16 GB med programmet ALON Dictafone Third Edition. Den fulde datamængde udgjorde 212 A4 sider med øverste og nederste

margen på tre cm og venstre og højre margen på to cm. Teksten blev skrevet på Office Word med skrifttype Times New Roman og skriftstørrelse 12 med halvanden linjeafstand og linjenummereringer for hver femte linje. Hvert interview havde hver sin titel og farve kode til genkendelse igennem analysen. Interviewene blev aflyttet og gennemlæst flere gange inden analysens påbegyndelse og jeg fik rettet aflytnings fejl. Den hermeneutiske analyse er kendetegnet ved en proces med fire faser; helhedsindtryk; meningsbærende enheder identificeres; operationalisering; rekontekstualisering (38,39).

Jeg dannede mig først et helhedsindtryk af hvert interview og det samlede data materiale igennem gentagne aflytninger. For hvert interview noterede jeg temaer og emner samt deres argumenter og begrundelser. Der viste sig hurtigt temaer og emner som umiddelbart var relevante for problemformuleringen og der var temaer som gik ud over (38,39). Temaerne for hvert interview blev sammenlignet med hvert enkelt af de andre interviews for at identificere paralleller og jeg begyndte at grov sortere temaer og meningskategorier ud fra deres indhold. Denne fase er karakteriseret af et mangfoldigt datamateriale hvor der både arbejdsystematisk og stringens samtidigt med at man bevarer muligheden for åbenhed og uventede aspekter. Jeg gik flere gange i denne proces ind og ud af delene og sammenhængen af interviewene og datateksten idet der sker en form for dekontekstualisering af delene fra helheden som gør materialet abstrakt. Jeg forholdt mig åben til alle identificerede temaer og meningskategorier ved at de blev bevaret og struktureret. Jeg identificerede således mange temaer og menings kategorier som hver fik deres foreløbige overskrift. Jeg gik igen fra delene til helheden for at identificere meningen med den kontekst de var del i (38,39).

Temaer og meningskategorier blev flyttet og slået sammen fordi de passede sammen under flere temaer. Der kom nye forståelser ud fra materialet. Arbejdet kræver stringens idet data bliver abstrakt når det flyttes på kryds og tværs. Igen måtte jeg gå ind og ud af helheden og delen. Processen endte med at jeg opnåede en logisk forståelse uden indre modsætninger. Jeg måtte hele tiden stille spørgsmål til teksten og sammenhængen og den konkrete betydning for at sikre mig at data kun kunne passe ind der. Jeg havde fokus på problemformuleringen. Fasen er kendetegnet ved en rekontekstualisering som bidrager med ny viden og forståelse for sammenhængene imellem alle interviewene. Jeg benyttede mig af matrixer og farvede koder som for hvert interview gjorde det muligt for mig at identificere det interview der indgik i hvert tema og meningskategori (38,39).

Resultatet af analysen indeholder fem overordnede temaer som rummer 20 undertemaer. Alle resultaterne er udtryk for problemformuleringen og respondenternes oplevelser, erfaringer og forståelse af sager som vedrører voksne med spiseforstyrrelser. Temaerne præsenteres underbygget af citater. I analysen nævnes respondenterne sagsbehandlere. Citaterne er kondenseret og rensat for fyldord som, øh og gentagelser og endeligt er alt data anonymiseret (38,39).

3.2.4. Ethiske overvejelser

Ifølge Kvale (38) har forskeren et moralsk ansvar som melder sig i forskellige stadier af interviewundersøgelsen. Det drejer sig om sensitivitet, adfærd og valg undervejs samt i kontakten og kommunikationen med respondenter. Der er tre forhold som har stor

betydning for om en respondent giver positivt tilsagn om deltage. Det er forhold vedrørende informeret samtykke, fortrolighed og konsekvenser (38).

Alle respondenterne i undersøgelsen fik accept til deltagelse af ledelsen. Jeg gav både mundtligt og skriftligt udtryk for frivilligheden ved deltagelsen med mulighed for at trække sig til enhver tid uden konsekvenser. Respondenterne er lovet fuld fortrolighed og anonymisering af kendetegn af kommuner, personer, steder og udsagn som potentielt kunne skabe genkendelighed. De er informeret om at kun jeg har adgang til datamaterialet samt min opbevaring af dette. Respondenterne er informeret om at de kan kontakte mig ved behov vedrørende forhold ved deltagelsen. Respondenterne udfyldte alle et informeret samtykke (38).

Forskningsetik handler også om magtpositioner. Når jeg interviewer får jeg adgang til respondenternes erfaringer, oplevelser og forståelse med en status hvor jeg stiller de rette spørgsmål. Jeg ønskede at reducere magtbalancen ved at jeg tog ud på deres vante arbejdsplads til interview. De fik indblik i min professionelle baggrund og arbejde samt mål, formål og interesse med emnet som jeg fortalte var nyt felt for mig og som jeg ønskede mere forståelse om. Jeg var bevidst om at respondenterne i kraft af deres åbenhed kan risikere at fortælle om emner de kan opleve svære, afslørende, dårlige eller utilfredsstillende hvilket efterfølgende kan medføre stress og ubehag og påvirke dynamikken i interviewet uhensigtsmæssigt. Derfor informerede dem om at det var accepteret hvis der var spørgsmål de ikke ønskede at besvare (38).

Respondenterne har ikke haft indflydelse på dataanalysen. Resultaterne er udtryk for mine personlige faglige og metodiske valg med henblik på rekontekstualisering af data (38). Undersøgelsen kræver ikke godkendelse af Region Hovedstadens videnskabsetiske komite ifølge deres vejledning om anmeldelse (40)

3.2.5. Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

I filosofisk hermeneutik har begreberne reliabilitet, validitet og generaliserbarhed en anden status end de har i positivistisk videnskabsforståelse. Kravet om reliabilitet er urealistisk fordi hverken jeg eller andre forskere kan gentage undersøgelsen og opnå de samme konklusioner. Reliabilitet i undersøgelsen skal derfor forstås i relation til den pålidelighed og redelighed jeg har udvist igennem forskningsprocessen i form af åbenhed, klarhed, følsomhed og fleksibilitet og ved at jeg kontinuerligt har forholdt mig bevidst om at jeg bearbejder min forforståelse og forståelse (39).

Validitet skal baseres på om resultaterne og deres kvalitet kan vurderes og accepteres af vidensfeltet generelt, hvordan den producerede viden er blevet til og hvordan den placerer sig i forhold til eksisterende viden på området. Det kræver at jeg formår at vise min forforståelse og synliggøre mig selv og mine valg og refleksioner undervejs. Kvalitetskravet til generaliserbarhed skal vurderes ud fra diskussion og fortolknings omsætteligheden til andre situationer (39).

Forhold som kan medvirke til at øge reliabilitet, validitet og generaliserbarhed er ifølge Kvale (38) at forskeren følger forskningsprocessens faser og udviser både stringens og

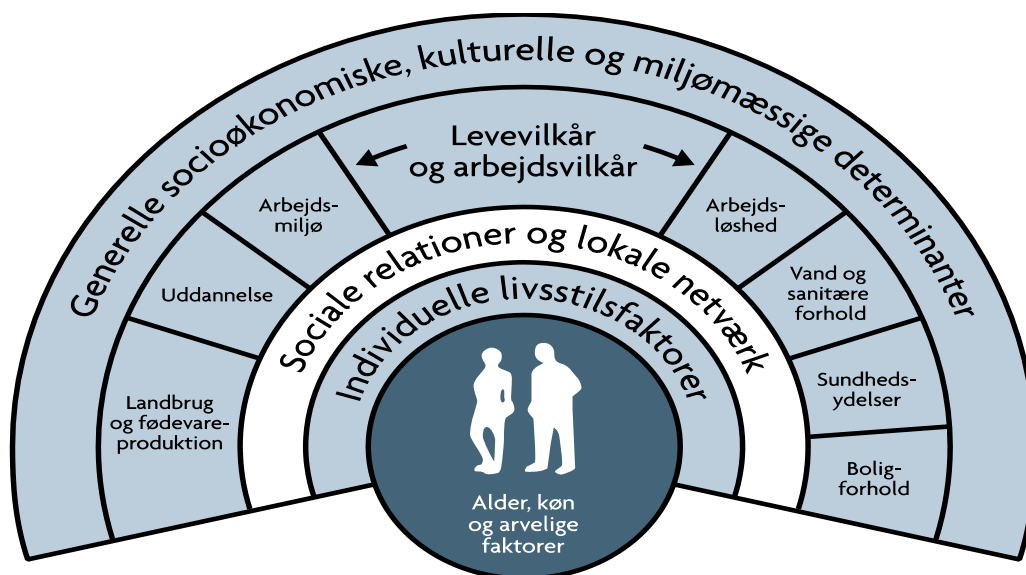
fleksibilitet og skift imellem konkrete handlinger og abstrakte tanke processer. Ved at dokumentere forskningsprocessen argumenterer jeg for hvordan jeg har forstået processen og forholder mig aktivt til den. Datamaterialet blev transskriberet ordret hvilket reducerer risikoen for misforståelser og undladelser. At jeg har været alene om forskningsprocessen medfører begrænsninger i form af færre input og andre vinkler fra andre relevante personer (38).

4. Teoretisk Ramme

I dette afsnit præsenteres den teoretiske referenceramme. Den afspejler WHO's brede folkesundhedsbegreb som det er formuleret i Ottawa Charter hvor sundhed defineres som en; *"...tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse"* (41). Definitionen har et salutogenetisk perspektiv for udviklingen af sundhed hvor individet og befolkningen involveres og får mulighed for øget empowerment. Det er politiske, strukturelle og organisatoriske forhold som ligger til grund for at det brede folkesundhedsbegreb kan praktiseres igennem øget samarbejde imellem sektorer med tilbud som er tilpasset modtagernes forskellige behov (41).

4.1. Modellen for risikofaktorer der påvirker sundheden

Til analyse af sundheds og sygdoms determinanter i socialt arbejde kan modellen for risikofaktorer der påvirker sundheden inddrages (Figur 2) (11). Modellen viser et bredt sundhedsbegreb hvor krop og psyke hænger sammen og hvor det enkelte menneskes sundhed påvirkes og udformes i et dynamisk samspil imellem elementer på forskellige niveauer f.eks. generelle socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige determinanter, leve og arbejdsvilkår, sociale relationer og lokale netværk og individuelle faktorer som alder, køn og arvelige faktorer (11).



Figur 2. Risikofaktorer der påvirker sundheden.

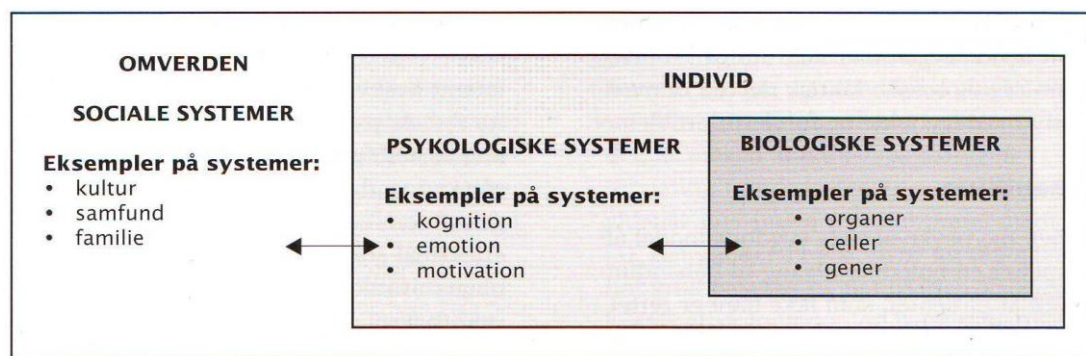
Strukturerne er komplekse. De kan inddrages i det forebyggende arbejde til at udpege og vise de determinanter der er påvirkede med henblik på løsningsinitiativer. Determinanterne påvirker individuelt og nogle kan have større betydning for sundheden end andre. Det er en udfordring og samtidigt betydningsfuldt at vægte og målrette disse forhold fordi indgriben overfor en faktor kan have stor positiv effekt for sundheden på samme måde som en mindre indsats overfor flere faktorer (11).

Begrebet om illness og disease opstod for at øge forståelsen for samfundsforholdenes indflydelse på helbredet. Illness (lidelse) betegner personens subjektive oplevelse af sine symptomer og har at gøre med psykosociale forhold. Disease (sygdom) er de synlige objektive forandringer ved sygdom (42).

Flere illness symptomer kan have baggrund i eksistentielle forhold som ensomhed og meningsløshed og kan opfattes som en copingstrategi der har til hensigt at aflaste og aflede opmærksomheden. Det kan også være en acceptabel løsning i en periode hvor selvagtelsen står på spil (42). Der er i dag sket en medicinsk medikalisering af illness hvilket er et problem fordi menneskers naturlige reaktioner risikerer at blive negligeret og omformet igennem kulturens pres hvor der søges løsninger på alle problemer (42).

4.2. Den Bio-psyko-sociale sygdomsmodel

Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (Fig.3) viser mennesket som en kompleks organisme hvor biologiske, psykologiske forhold gensidigt påvirker hinanden i et større socialt system. Modellen udtrykker en helhedsforståelse og således spiller personlighed, livsstil og samfundet ind i forståelsen af sundhed og sygdom (43).



Figur 3: Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel.

Sygdom forårsages af fysiske, psykologiske, personlige og sociale årsager som mennesker kan påvirke udviklingen af ved deres tanker, følelser og handlinger ved at de forholder sig aktivt til dem (43). Ved identificering af sygdom inddrages alle biologiske, psykologiske og sociale forhold for at skabe en helhedsorienteret og holistisk målrettet intervention som ikke kun fokuserer på symptomer (43).

Mennesket ses som aktiv medspiller i behandlingen. De har et ansvar for at varetage egen sundhed f.eks. tage sin medicin, møde op til aftaler og undersøgelser samt ændre

uhensigtsmæssig adfærd. Behandlere har et ansvar for at involvere sig og formidle information, viden og undervisning samt vigtigheden af compliance. Succeskriteriet for indsatsen er individuel f.eks. kan livskvalitet være et subjektivt mål for fysisk, psykisk og social trivsel (42).

4.3. Rehabilitering

Ifølge Hvidbog om Rehabilitering (44) er rehabilitering ”..en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats”.

Rehabilitering har til hensigt at forbedre livskvaliteten og gøre det muligt at opnå højst mulig funktionsevne. Rehabilitering sigter imod forebyggelse af tilbagefald og at gøre det muligt at føre en tilværelse med varige funktionsnedsættelser eller kronisk sygdom. Det sker ved tiltag imod sundhedsfremme og empowerment som styrker individets råderum og kontrol over eget liv med øget ligestilling og personlig frihed i hverdagslivet med deltagelse i samfundet som den almindelige befolkning (44). Ved inddragelse af individets personlige værdier, ressourcer samt igennem samfundets vilje og evne til at imødekomme syges behov fremmes det gode liv med indsatser der orienterer sig om konkrete funktioner, compensation eller tilpasning af omgivelserne (44).

Individet får indflydelse på udformningen i eget liv igennem anerkendende sociale relationer, der medvirker til opbygning af selvværdet. Det gode liv fremmes ved adgang til deltagelse i samfundets mange arenaer, når samfundet kan indrette sig til at rumme alle individer på en inkluderende og ligeværdig måde (44). Empowerment tilskynder til mestring af eget liv og individet ses som en ligeværdig part der tager ansvar for sig selv og sin familie. Fagfolk fralægger sig magt og står til rådighed med deres kompetencer og viden. Individet får kendskab til sine rettigheder for hvad systemet kan tilbyde samt hvor grænserne går og det er individet der bestemmer om et problem skal defineres (44). Rehabilitering fremmer motivation og indlæring igennem aktiv deltagelse og dialog ud fra det individet er i stand til. I samarbejdet indgår der forpligtende aftaler med mål der tager hensyn til individets symptomer (44).

4.4. Sundhedsfremme

Aaron Antonovsky (45) har udviklet begrebet om salutogenese og hvordan mennesket mestrer stressorer i livet i relation til sundhed og sygdom. Hans fokus var at forstå hvorfor nogle individer opretholder oplevelsen af høj grad af sundhed på trods af store krav og udfordringer. Teorien indeholder begrebet Sence of Coherence (SOC) som henviser til individets egen oplevelse af deres stress modstandsressourcer (45).

Der er et kontinuum hvor sygdom og sundhed befinder sig som to modpoler. Individets oplevelse af sundhed og sygdom ligger et sted på dette kontinuum. I kraft af at

mennesker igennem livet påvirkes af flere stressorer kan livet i varieret grad betragtes som farligt og kaotisk (45). Individets historiske, socio- kulturelle og fysiso-biologiske baggrund påvirker den måde stressorer udvikles og mestres på. Teorien beskriver individets generelle modstandsressourcer som fysiske, psykiske, kognitive, emotionelle, økonomiske og sociale forhold som kan medvirke til at forstærke eller reducere oplevelsen af SOC (45).

Ved de generelle modstandsressourcer og den subjektive oplevelse af SOC har individet udviklet en helhedspræget orientering som udtrykker om og hvordan de gennemgående og vedvarende, har en dynamisk tiltro til at indre og ydre påvirkninger i livet er strukturerede, forklarlige og forudsigelige. Ligeledes udtrykker deres orientering om der er ressourcer til deres rådighed til at klare krav der er værd at engagere sig i. Dette defineres i begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (45).

Begribelighed: Henviser til om stressorer er kognitivt forståelige, strukturerede informationer i ordnede sammenhængende eller om de opleves kaotiske, tilfældige og uforklarlige.

Håndterbarhed: Henviser til om individet har ressourcer til rådighed. Dette kan være egne fysiske, psykiske, sociale og materielle ressourcer men også støtte fra det omgivende miljø f.eks. familie, venner, religion eller sundhedssystemet.

Meningsfuldhed: Henviser til om individet oplever at livet giver emotionel mening og om problemer er vedkommende og værd at engagere sig i eller om de opleves som plagsomme byrder.

Hvis individet oplever høj grad af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed befinder det sig i den raske pol i kontinuummet med høj grad af SOC og sundhed. En høj grad af SOC udgør en væsentlig ressource til at mestre sygdom og opretholde sundhed idet mennesket oplever at livet er forståeligt, struktureret og sammenhængende og at stress er mulig at afhjælpe eller reducere ved hjælp af egne og andres støttende handlinger. Modsat ses lav SOC hvor livets stressorer bliver for udfordrende, plagsomme og ikke værd at engagere sig i. Meningsfuldhed er den vigtigste komponent idet den indeholder motivationselementet som kan medvirke til øget begribelighed og håndterbarhed (45).

4.5. Forebyggelse

Forebyggelsesbegrebet eksisterer ikke som teori. Ifølge Sundhedsstyrelsen (46) defineres forebyggelse som en *”Sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden”*.

Forebyggelse planlægges og udføres på forskellige niveauer og begreberne benævnes primær, sekundær og tertiær forebyggelse og rehabilitering. Det er indsatser som fremmer folkesundheden ved at identificere og reducere risikofaktorer, risikoadfærd,

sygdom og sygdomsfølger (46).

Aktørerne for forebyggelse udgøres af politikere, myndigheder, sundhedsprofessionelle og borgere. Primær forebyggelse retter sig imod indsatser på nationalt og lokalt plan, som har til hensigt at oplyse borgere om sundhedsfare så sygdom ikke opstår f.eks. på områder som kost, rygning, alkohol og motion. Sekundær forebyggelse har til formål at identificere symptomer på sygdomme tidligt og derved afkorte sygdomsforløb eller bedre prognosen. Det kan ligeledes være indsatser rettet imod sårbare individer eller familier med henblik på at forudse problemer og reducere stress. Tertiær forebyggelse har til hensigt at give god behandling af sygdomme og forhindre komplikationer og varige funktionstab (11).

4.6. Metode i det sociale arbejde

Socialt arbejde er præget af konstante omskiftelige målsætninger hvilket viser sig ved strømninger som til tider har strukturelle eller individrettede prioriteringer. I dag er der øget fokus på evidensbaseret viden (47).

Det sociale arbejde har udviklet sig i en proces hvor emner fra den private arena er flyttet ind i det offentlige rum. Med denne forandring er der blevet behov for viden og uddannelse for at udføre det sociale arbejde professionelt (47). Der anvendes flere forskellige teorier og perspektiver i det sociale arbejde f.eks. psykologiske teorier, adfærdsmæssige- og socialpsykologiske teorier, kommunikations-modeller og empowerment (47).

Det sociale arbejdes metodebegreb defineres som *"strategisk udformede, planlagte og systematiske aktiviteter, som anvendes i klientarbejdet eller for at regulere klientarbejdet"* (9,35,47). Figur 4 viser at definitionen for det metodiske arbejde indebærer at der ved brug af metoder skal indgå en formulering af hvilket formål interventionen tjener. Formål og mål for interventionen identificeres således at der arbejdes hen imod af at de kan evalueres og nås. Når socialarbejderen arbejder systematisk viser socialarbejderen hvilke tanker, handlinger og valg der er truffet undervejs således at metoden kan reproducere af andre. Ligeledes er det essentielt for organisationen at der er formuleret strategier for, hvordan og med hvilke midler det ønskede resultat skal nås (9,35,47).

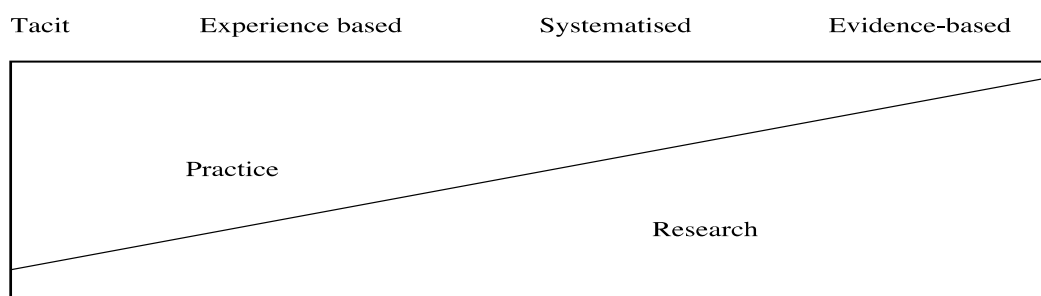
Definition af metodisk socialt arbejde.

	Beskrivelse af det metodiske arbejdes elementer i praksis
Formålstjenlig	Arbejdet skal indeholde overvejelser omkring indsatsens formål samt redskabernes formålstjenlighed.
Planlagt	Arbejdet skal indeholde en plan for, hvorledes og med hvilke midler det ønskede mål skal opnås.
Systematisk	Arbejdet skal foregå så systematisk, at metoderne kan reproducere af andre og af socialarbejderen selv.
Verbaliseret	Socialarbejderen skal være i stand til at sætte ord på det, vedkommende gør.

Tabel 1: Definition af socialt arbejde.

En undersøgelse (47) viser en tilgang der indeholder fagets egen empiri og illustrerer hvilke vidensformer der inddrages i metodearbejdet ved sagsbehandling. Der skelnes imellem praksis og forskning. De to vidensformer er tæt forbundne da forskning skaber den vidensbase der benyttes i praksis og samtidigt er praksis forskningens kilde. En årsag til at det er svært at inddrage og forstå evidensbaseret viden i praksis er fordi den grundlæggende forståelse af teoribegreberne er forskellig hos praktikerne og hos forskeren.

Shapes of knowledge



Figur 4: The multifaceted field of knowledge in social work practice.

Modellen viser at socialarbejderen inddrager tavs viden. Det beskrives som en viden der ikke kan læres igennem uddannelse men eksisterer som en voksende erfaring. Der ligger en følelsesmæssig intuitiv færdighed i den og det er en vidensform der udføres udenfor de givne instrukser. Den betragtes som en ekstra dimension der tilføjer noget mere end summen af delene alene gør. I denne dimension, er nogle dele af reflekterende processer involveret. Tavs viden uden brug af teoretisk viden medvirker til at personen med behovs problemer forbliver uforståelige "vilde problemer" som reducerer livet til en simpel konstruktion. Det er imod den generelle menneskelige overbevisning om at være del af en verden fyldt med interaktioner og forskelligheder (47).

Når socialarbejderens viden i det praktiske arbejde kan dokumenteres og deles betragtes det som erfaringsbaseret viden. Enhver socialarbejder akkumulerer viden igennem deres erfaringer, og denne viden kan overføres fordi der kan sættes ord på tanker bag handlinger og ræsonnementer og de kan forklares. At være erfaren betyder at der ligger en praktisk forståelse og at socialarbejderen er i stand til at overføre viden fra en situation til en anden. Dette gør det lettere at finde måder at håndtere situationer på fordi der tidligere er dannet billeder af lignende situationer. Erfaringen overføres gennem historier. Sådanne historier er hyppige både i praksis og i uddannelser. Sådanne historier baseres på en blanding af videnskabelig viden fra uddannelse og intuitiv viden fra praksis. Når sådanne historier tages op og analyseres systematiseres oplevelsen og når historierne bliver forstået og forklaret teoretisk bliver de gjort til genstand for evidensbaseret viden (47).

Det sociale arbejde kan grupperes i tre perspektiver. De kan være reflektive, socialistiske og individualistiske. Reflektive perspektiver kendetegnes ved at socialarbejderen søger den bedste mulige trivsel for enkeltpersoner, grupper og lokalsamfund igennem en proces mellem socialarbejder og personen med behov der fremmer

forandring og vækst (47). Socialistiske perspektiver kendetegnes ved at det sociale arbejde søger at skabe et samarbejde og en gensidig støtte i samfundet så de mest undertrykte og dårligst stillede personer kan få magt i deres liv. Formålet er at personer tager del i en proces med læring og samarbejde og skaber institutioner som personer kan eje og deltage i (47). Individualistiske perspektiver fokuserer på velfærdsydelser for enkeltpersoner og samfund der understreger den enkeltes behov og forbedrer ydelser så det sociale arbejde kan fungere mere effektivt (47).

Evidensbaseret socialt arbejde er ofte struktureret i manualer med fokus på forskellige former for sociale problemer. Hvis manualen fungerer som et teknisk redskab kan der være risiko for at personen med behov skal "passe ind". Dette kan medføre at social arbejderen mister en interaktiv relation til personen og det sociale arbejde bliver en myndighedsbaseret praksis med stærk udøvelse af magt over for personen (47).

5. Resultater

Tabel 2 viser de fem temaer og 20 undertemaer som analysen frembragte. De er udtryk for respondenternes oplevelser, erfaringer og forståelse af arbejdet med sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser. I dette afsnit præsenteres resultaterne understøttet med citater af respondenternes udsagn og hvert tema repræsenterer udsagn fra alle ti respondenter. Respondenterne benævnes sagsbehandlere i resultaterne.

Tema	Undertema
1. Ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner	1. Sektoransvarlighedsprincippet 2. Økonomi 3. Borgeren lander imellem sektorer
2. Henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlere	1. Antal henvendelser, alder og køn, diagnose, henvendelsesmåde 2. Co-morbide lidelser og sociale problemer 3. Varighed og tvangsindlæggelse
3. Sagsbehandling	1. Loven om social service 2. Individuel og helhedsorienteret tilgang 3. Visitering af ydelser 4. Hvilke ydelser bevilliges / bevilliges ikke 5. Formålet med bevillingen af ydelsen 6. Opfølgning af bevilligede ydelser
4. Den primære sektor	1. Folkesundhed i primær sektoren 2. Spiseforstyrrelser og specialiserede rehabiliteringstilbud

5. Sagsbehandlernes faglige viden og inddragelse af teori	3. Borgeren og familien 1. Generaliseret niveau 2. Inddragelse af instrukser og faglig teori 3. Erfaringsbaseret viden 4. Workshops, temadage, kurser og møder i foreninger 5. Konsekvenserne af manglende viden
--	---

Tabel 2. Oversigt over temaer og undertemaer.

5.1. Ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner

Temaet "ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner" indeholder tre undertemaer; sektoransvarlighedsprincippet; økonomi; borgeren lander imellem sektorerne. Analysen viser at sagsbehandlerne i langt de fleste tilfælde oplever spiseforstyrrelse som behandlingskrævende i Regionalt regi. De økonomiske budgetter undergår både i Regioner og Kommuner silo og kassetænkning og ligeledes anskues serviceniveauet økonomisk når borgeren flyttes imellem sektorer. Borgeren risikerer at lande imellem to de sektors myndighedsansvar og modtager ikke den støtte eller behandling de har behov for på grund af ventelister, manglende kompetencer, utilstrækkelige organisatoriske rammer.

5.1.1. Sektoransvarlighedsprincippet

Det havde stor betydning for sagsbehandlernes praktiske arbejde med bevillingen af sociale ydelser at kommunen er underlagt regler om sektoransvarlighed. Sagsbehandlerne oplevede og håndterede dette forskelligt. Der var sagsbehandlere som var meget bevidste om at der mellem Regioner og Kommuner var en klar opgavefordeling og derfor henviste borgeren videre i systemet.

(...) Jamen vi skal jo være bevidste om at det er hospitalerne altså Regionen der har behandlingen og vi er ikke behandlende, altså kommunerne laver ikke behandling de laver opfølgning og træning (...) så hvis du har social angst eller hvis du har noget som helst andet af den type af ting så henviser vi til hospitalssektoren (...).

En lagde vægt på at der i Regionen er behandlingsgaranti og pakkeforløb til voksne med spiseforstyrrelser og derfor var det ikke et problem for hende at henvise videre idet hun ikke mente at borgeren ikke ville få hjælp til at løse deres helbredsproblem. Hun gav udtryk for at behandlingsgarantien var en garanti men kendte ikke administrationen af denne garanti i praksis.

(...) Men det er der jo ikke via pakkeforløb, der er jo behandlingsgarantier (...) det ved jeg ikke for det hører vi jo ikke noget om (...) når der er en garanti så må man forvente at de kommer til (...).

Det var mest relevant at bevillige socialpædagogisk indsats til borgere med spiseforstyrrelser efter de har gennemgået et behandlingsforløb. Borgere med spiseforstyrrelse opleves ofte som værende meget syge og behandlingskrævende. Efter et behandlingsforløb er de mere stabile og bedre i stand til at træne socialpædagogiske færdigheder og funktioner som varetages i kommunen. Når borgeren ikke havde været igennem behandling opfattede sagsbehandlerne den sociale indsats som skadesreduktion og ikke en målrettet kvalificeret hjælp på borgerens sygdom.

(...) Først og fremmest skal folk i behandling for at få hjælp til og komme videre med denne her lidelse, men har du noget i din dagligdag du skal have hjælp til og træne med, så kan man jo godt, det kommer an på funktionen, man skal have en betydelig funktions nedsættelse for at få hjemmevejledning (...)

En sagsbehandler oplevede ikke problemer i forhold til sektoransvarlighedsprincippet for denne kommune havde en generel standart om at de ved specifikke sygdomme som krævede særlig ekspertise rettede henvendelse til eksperter på området.

(...) Nej det det har vi også folk til (...) så der henviser vi folk, vi har førstegangs samtalerne med folk omkring det der og så ryger de ud (...).

5.1.2. Økonomi

Der sker silo og kassetænkning imellem Regioner og Kommuners budgetter. Det kunne have betydning for overgangen imellem sektorerne fra behandling til efterbehandlingsforløb i forhold til hvornår kommunen ønskede at modtage borgeren og for serviceniveauet når der i forbindelse med behandlingen var aftalt mål for indsatsen med definerede opgaver som kommunen skulle videreføre.

(...) Hvis borgeren har været i et behandlingsforløb, så kan man sige, hvornår slutter behandling, der kan være en grænse, der kan være en gråzone, hvornår slutter behandling og hvornår skal vi gå ind og betale for tre ekstra måneder til, at borgeren er det sted som Regionen startede på (...).

Flere sagsbehandlere har oplevet borgere som henvender sig og ansøger om et specifikt privat behandlingssted som er Regionens sektoransvar. Hvis borgeren udtrykker utilfredshed går sagsbehandleren i dialog om de økonomiske rammer og midler i kommunen med en opfordring om at borgeren forsøger at samarbejde om de ydelser kommunen kan tilbyde hvilket borgerne finder utilfredsstillende.

(...) Og det er den dialog man godt vil have med borgerne (...) jeg godt forstå de gerne vil have det. Det er jeg helt med på, men rammen er sådan hvad kan vi så finde på (...).

5.1.3. Borgeren lander mellem sektorer

Der ses en gråzone hvor lovgivning fra Regionen og Kommunens sektoransvar mødes. Det ses ved samtaler eller i gruppeforløb hvor sagsbehandleren undervejs opdager og vurderer at der er behov for en terapeutisk indsats. Sagsbehandlerne mener at de må kende deres begrænsninger og kompetencer og holde sig til sektor ansvarlighedsprincippet. De mener at borgere som lider af svær spiseforstyrrelse har helt essentielle problemer som (utvivlsomt) kræver behandling.

(...) Vi bliver også nød til at kende vores egen begrænsning i forhold til kompetence til at tage os af den gruppe borgere fordi, ja, jeg syntes jo det er terapi (...).

Kommunernes organisation og rammer gør det vanskeligt i tilstrækkelig grad at opfylde spiseforstyrredes behov. Enten er borgeren for syg til at få en kommunal ydelse eller også er de ikke syge nok til intensiv behandling og det bliver svært at henvise dem videre i systemet. Det gør at sagsbehandlerne hurtigt i forløbet bliver tilbøjelige til at rette opmærksomheden til Regionernes behandlingstilbud.

(...) der skulle være nogle lidt anderledes rammer for jeg syntes at det er svært at se med de rammer der er nu hvad man præcis kan gøre (...).

(...) Hvis der er en sag hvor der er en der har en spiseforstyrrelse så tænker vi lynhurtigt der er noget behandling over det her der (...).

Der ses borgere som på grund af venteliste til offentlig behandling henvender sig om muligheden for privat behandling. For at få bevilliget et privat behandlingssted skal alle offentlige behandlingstilbud være udtømte. Det er et stort problem for kommunerne fordi de ser meget syge og lidende borgere. Utilfredsheden kan gøre mødet imellem borger og sagsbehandler vanskeligt. Sagsbehandlerne mener at der er et stort problem med lange ventelister i Regionen og at de har et utilstrækkeligt antal behandlingspladser regionalt i forhold til det faktiske behov i befolkningen.

(...) Der er meget få pladser det er og netop fordi de er indlagt længe så venter de også længe, og jo længere tid de venter så bliver de også lidt dårligere (...).

(...) Det syntes jeg jo helt klart er et problem for det offentlige, for det kan ikke være rigtigt, at der ikke er nogen der griber dem (...)

Sagsbehandlerne kan derfor være presset til at påtage sig opgaver på trods af at de ikke er sektoransvarlige. De oplever ventelister og de oplever situationer hvor Regionens psykiatriske afdeling siger fra. Kommunen begynder at bevillige det maksimale antal timer for socialpædagogisk støttekontaktperson for at forebygge yderligere forværring. Den maksimale ydelse kan vise sig utilstrækkelig hvilket medfører at sagsbehandlerne ikke mener at borgeren modtager den bedste hjælp for deres lidelse.

(..) Så for de sidder i sidste ende på vores stol, selvfølgelig mener jeg også at vi skal hjælpe og vil vi også rigtig gerne selv om at vi måske må sige at vi syntes ikke det er den optimale hjælp men i mangel af et behandlingstilbud (...).

En sagsbehandler har sammen med en borgers egen læge tilbudt individuelt rygestopkursus. Der var venteliste på behandling og lægen søgte om en ydelse til at reducere borgerens vægttab i ventetiden. Et rygestopkursus var den eneste mulighed sagsbehandleren havde for at tilbyde støttende samtaler indenfor kommunens serviceniveau og organisatoriske rammer. Det lykkedes at reducere vægttabet men sagsbehandleren var i kontakt med egen læge for at give udtryk for at opgaven var kompleks og at det var vigtigt at borgeren hurtigt blev indlagt.

(...) Vi syntes der gik lang tid, ventetid og derfor måtte vi også melde tilbage at det var ret vigtigt at hun blev indlagt nu (...).

5.2. Henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlerne

Temaet "henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlerne" indeholder tre undertemaer; antal henvendelser, alder og køn; diagnose, henvendelsesmåde; Co-morbide lidelser og sociale problemer; varighed og tvangsindlæggelse. Analysen viser at sagsbehandlerne har mellem en til to sager om året. De møder oftest unge kvinder mellem 18 og 30 år som repræsenterer diagnoserne AN, BN og BED. Borgerne har endvidere Co-morbide lidelser og sociale problemer. Sagerne varer fra to til fem år eller længere. En sagsbehandler har oplevet tvangsindlæggelse af en borger. Borgerne henvender sig selv eller henvises af egen læge, behandlingssteder, familie medlemmer og jobcenter og deres henvendelser er sjældent rettet imod spiseforstyrrelsen som det primære.

5.2.1. Antal henvendelser, alder og køn, diagnose, henvendelsesmåde

Sagsbehandlerne har ikke mange sager der vedrører spiseforstyrrelser. Analysen viser at der i gennemsnit er en til to nye sager om året. Gennemsnittet sås over en periode på syv år. De ser oftest unge piger imellem 18-30 år og de møder kun enkelte mænd. Endvidere er der sager i forhold til den modne borger over 30 år som har været syg længe og er mere kronisk medtaget. De spiseforstyrrelsesdiagnoser de ser er AN, BN og BED. De oplever at der er borgere hvor det er objektivt tydeligt at de er meget præget af deres lidelse enten med svær undervægt, overvægt, adfærd eller smerter.

(...) Hvad vi har fået af henvendelser gennem de syv år (...) vi har i alt ligget omkring på en otte, ti borgere har jeg talt sammen (...).

(...) Men det er hovedsageligt de unge kvinder de er der 18 og 30 år (...).

(...) Jeg sad faktisk lige og gennemgik, og jeg mener at vi har haft en enkelt eller to af hankøn, af unge mænd (...).

Halvdelen af de spiseforstyrrede borgere sagsbehandlerne møder henvender sig selv. De henvender sig sjældent for problemer relateret til spiseforstyrrelsen. Henvendelserne kommer endvidere fra borgerens egen læge som ringer og informerer sagsbehandleren om et givent problem eller behov. De får henvendelser fra behandlingssteder når de på borgerens vegne etablerer kontakt med henblik på ansøgning til ydelser til udslusning og efterbehandlingsforløb. Borgerne henvender sig efter opfordring af familien fordi sygdommen påvirker hverdagen og funktionsniveauet. Endeligt henvises borgeren til sagsbehandleren fra andre kommunale forvaltninger for eksempel jobcenteret som oplever at borgeren er for dårlig til at varetage jobtilbud og uddannelses tilbud.

(...) Jeg blev kontaktet af (behandlingssted) fordi hende pigen her hun har været indlagt der i rigtigt lang tid (...) hun skulle begynde at sluses ud, så ca. et halvt år før bliver vi kontaktet (...).

(...) når man kommer her så er det fordi enten at der er nogen der har søgt på deres vegne det kunne være hospitalet eller det kan være forældre det kan også være jobcentret (...).

5.2.2. Co-morbide lidelser og sociale problemer

Borgerne har typisk andre Co-morbide lidelser eller sociale problemer. Det gør sagerne komplekse fordi problemerne påvirker hinanden. Borgerne kan have personlighedsforstyrrelser, ADHD, OCD, autisme, depression, angst, misbrug eller være dårligt begavede. De sociale problemer viser sig som problemer i hverdagen i relation til hjem og skole for eksempel omsorgssvigt, mobning, manglende social støtte, familieproblemer, seksuelle overgreb, høje krav og forventninger hjemmefra i forbindelse med uddannelse. Disse faktorer mener sagsbehandlerne medvirker til at borgerne udvikler lavt selvværd.

(...) Jeg er ikke stødt på nogen her hos os hvor jeg har tænkt vedkommende har en spiseforstyrrelse og ikke noget andet, altså de havner her hos os fordi de har nogle udfordringer og så er spiseforstyrrelsen en appendiks (...).

(...) De spiseforstyrrede vi primært har de har nogle andre problematikker også altså nogle psykiske lidelser, det kan være depression det kan være OCD, borderline personlighedsforstyrrelser (...).

(...) Der ikke nogen af den som har været sådan en "walk in the park" sag hvor vi lynhurtigt kan sige at det sådan, sådan, sådan (...).

5.2.3. Varighed og tvangsindlæggelse

Sager er generelt langvarige. Der er eksempler på sager der har været i mellem to og fem år og som endnu ikke er afsluttede. Når de får en sag har de derfor en forventning om et langvarigt forløb. Sagsbehandlerne mener at borgere som har en alvorlig spiseforstyrrelse kan have lidelsen i op til ti år og de fortæller at nogle borgere aldrig bliver raske. De giver udtryk for at de gerne følger borgerne indtil

de vurderer at borgeren er rask eller i en stabil fase uden for fare for umiddelbar indlæggelse. De erkender at sygdommen er svær at behandle og at borgeren må arbejde længe med at få løst deres problemer.

(...) Jamen jeg skulle nok regne med hun skulle være der to år på (bosted) mindst, men så efterfølgende vil der skulle være noget udslusning derfra, så det kommer jo til og være et langt forløb kan man sige (...).

(...) Der kan godt gå rigtigt mange år inden de rykker sig videre tænker jeg (...) lige som om, at det er en lidelse, som er sindssygt svær at behandle, det er sindssygt svært, at få dem til at komme videre, det kræver livs langt arbejde (...)

En sagsbehandler har oplevet at en borger af egen læge blev tvangsindlagt fordi hendes vægt var lav. Borgeren blev ikke indlagt på et specialiseret behandlingssted for spiseforstyrrelser men på en almen psykiatrisk afdeling for hvor der var andre patienter med forskellige psykiatriske diagnoser.

(...) Hun har været tvangsindlagt og sådan nogle ting også (...) det er hendes egen læge der har gjort det (...) det var imens hun var over 18 år her, at hun er blevet tvangsindlagt (...) psykiatrisk, (sted) psykiatrisk (...) ja lukket afdeling (...) for voksne (...).

5.3. Sagsbehandlingen

Temaet "sagsbehandling" indeholder seks undertemaer; loven om social service; individuel og helhedsorienteret tilgang; visitering af ydelser; hvilke ydelser bevilliges / bevilliges ikke; formålet med bevillingen af ydelsen; opfølgning på bevilligede ydelser. Analysen viser at sagsbehandlerne oftest benytter servicelovens § 85, §100, §107, §108. Sagsbehandlerne specialiserer sig indenfor afgrænsede områder og en borger kan i sit sagsforløb møde syv forskellige sagsbehandlere. Sagsbehandlingen forløber bedst når borgeren har været igennem et behandlingsforløb hvor der er udtalelser og samarbejde med eksperter. Sagsbehandlerne arbejder ud fra en helheds orienteret og individuel tilgang og de tildeler ydelser som primært retter sig imod hjemmevejledning og bosted. Ydelserne bevilliges med henblik på at fremme borgerens sociale funktionsniveau, øget selvværd og selvstændighed samt øget kontrol med problemer relateret til kost. Ydelserne evalueres løbende indenfor en et års periode.

5.3.1. Loven om Social Service

Sagsbehandlerne arbejder på baggrund af Loven om Social Service. Ingen kommuner i undersøgelsen havde specialiserede rehabiliteringstilbud rettet imod borgere med spiseforstyrrelser. Sagsbehandlerne benytter oftest servicelovens § 85, §100, §107, §108. De vedrører bevilling af hjemmevejleder og bo støtte, økonomiske merudgifter, bosteder og boformer. Ved ydelser som ikke indeholder økonomisk støtte er det sagsbehandlerne der følger borgeren rundt i systemet i forhold til at bevillige, tilpasse og følge op på ydelser. Sagsbehandlerne har specialiseret sig på nogle områder hvilke de har stor viden på. Specialisering har

medført at borgeren nemt kan have syv forskellige sagsbehandlere i deres sagsforløb hvis de har mange problemer og behov. Dette fandt sagsbehandlerne ikke borgerventligt men på den anden side er deres viden og kvalitet øget på de specialiserede områder.

(...) Det var § 100 ydelse, altså mere ud gifter, hun havde mistet sine tænder og hun var blevet inkontinent hun er og har været spiseforstyrret i rigtig mange år (...).

(...) I dag der kan man godt have syv sagsbehandlere og det er ikke altid særligt brugerventligt men til gengæld kan man sige at vi er meget specialiserede alle sammen indenfor vores område (...).

Når sagsbehandleren får kontakt med en borger er det vigtigt at få belyst sagen grundigt. Det har stor betydning for sagsbehandlingen at borgeren tidligere har gennemgået et behandlingsforløb fordi det automatisk giver nogle informationer som sagsbehandleren kan bruge om deres sygdom og sygdomsforløb, prognose og mål med interventionen. Endvidere er der beskrivelser af deres netværk, uddannelse, arbejde og funktionsniveau. Det medfører også at sagsbehandleren har eksperter som samarbejdspartnere de kan kontakte. Det kan have betydning for bevillingen af en ydelse.

(...) Det syntes har stor betydning, hvis jeg får det at vide at jeg har lige været indlagt i to måneder på psykiatrik noget af tiden på lukket så er det klart så ville det være vægte meget i sagen (...) så ville jeg også tænke jeg har nogle samarbejdspartnere (...).

(...) Hvis det nu var en person som måske ikke havde været i behandling endnu og så har en BMI som ligger helt vildt lavt eller var meget overvægtig, så ville det være sværere for mig og gå ind og gøre noget (...).

5.3.2. Individuel og helhedsorienteret tilgang

Sagsbehandlingen har en helhedsorienteret tilgang til borgeren fordi de mener at borgerne er forskellige. Nogle borgere kan have de samme diagnoser og have helt forskellige behov og udvise et helt anderledes symptombillede. Borgerne har ofte flere lidelser og problematikker som påvirker deres situation. Det betyder at sagsbehandlerne for at målrette interventionen opsøger socialpædagogisk støtte der kan rumme de forskellige problematikker f.eks. spiseforstyrrelse og et misbrugsproblem. Diagnosen har ikke den store betydning for bevillingen af en ydelse. Det afhænger at borgerens funktionsniveau om en ydelse bevilliges. En helhedsorienteret tilgang er helt nødvendig fordi det skaber et bedre resultat og det medvirker til at borgere ikke bliver "skåret over en kam". Diagnosen bruges primært som rettesnor imod til de tiltag og handlinger der skal gøres.

(...) Det betyder at jeg altid laver et individuelt vurdering, at vi ikke sidder med sådan et skuffecirkulærer hvor vi sidder sådan, jamen du kan få det og du kan få det og du kan få det ud fra denne her tabel her (...).

*(...) Et døgnbehandlingssted der skal rumme hende i forhold til hendes misbrugsdel (...)
(...) det skal også kunne rumme at arbejde med hende i forhold til spiseforstyrrelsen (...).*

En helhedsorienteret tilgang handler om at indhente så mange oplysninger om borgeren som muligt og danne sig et overblik over borgerens situation og tyngden af deres problematikker. Informationerne indhentes ved samtalen med borgeren og fra tidligere journaler. Hvis sagsbehandleren kan få informeret samtykke kan hun kontakte egen læge og behandlingssteder for at indhente informationer. Sagsbehandlerne spørger ind til alle dele af borgerens sociale situation. Det er arbejde, uddannelse, sygdom og sociale problemer og borgeren inddrages så sagsbehandleren kan finde ud af hvad borgeren selv tænker og har af forslag til at forbedre deres situation.

(...) Jeg vil lige lave en føler på hvor er du i forhold til uddannelse, er det meget langt væk eller har du lige gået på en du har måtte droppe ud af, hvis du havde det så ville jeg tænke hvad forsørgelsesgrundlag har du hvis du ikke har noget vil jeg anbefale dig at tage kontakt til jobcentret for at få søgt kontanthjælp (...).

(...) Jeg tror også jeg ville spørge hvad tænker du, du har brug for hjælp til, hvad tænker du der er svært for dig lige nu og jeg ville også høre meget ind til netværket det går jeg meget op i, hvad der er af netværk om dig (...).

5.3.3. Visitering af ydelser

Bevilling af en ydelse sker på baggrund af sagsbehandlerens indstilling af en konkret sag til visitationsudvalget. Sagen tages med til et visitationsmøde hvor visitationsudvalget tager den endelige beslutning om bevillingen af ydelsen. Det har stor betydning at der er en vurdering fra eksperter om en borgers sygdomsforløb fordi der dermed er nogle stærke argumenter og begrundelser om diagnose, indlæggelsesperioder, behandlings behov, prognose og mål samt forventet funktionsniveau. Sager som ikke er velbelyste bliver mere uklare og hvis der så er sygdom inde i billedet så er sagsbehandlerne tilbøjelige til at henvise til behandling.

(...) Her på stedet hvor jeg så har skrevet sådan en indstilling hvor jeg kom med min vurdering af hvorfor borgeren skal bo på det her botilbud (...) og den blev så godkendt på visitationsmødet der (...).

(...) Men der vil jeg jo også læne mig meget op af det som dem på (bosted) anbefaler og hvad dem hun er i behandling hos anbefaler fordi der føler jeg ikke at jeg har viden nok (...).

En spiseforstyrrelse udløser ikke automatisk en ydelse. Der ligger altid andre tungt vejende forhold til grund. Der bevilliges ydelser ud fra borgerens generelle funktionsniveau i hverdagen og de ser på om det er en socialpædagogisk indsats der skal etableres. De benytter Bestiller og Udfører Modellen (BUM) hvilket

betyder at sagsbehandleren sammen med borgeren definerer hvilke mål og ydelse der skal gives hvorefter andre samarbejdspartnere udfører den.

(...) En spiseforstyrrelsesdiagnose udløser ikke en støttekontaktperson alene, vi vurderer selvfølgelig altid funktionsniveauet, men generelt der siger vi, at der skal være en dissideret psykisk lidelse først (...) som regel så skal man have en depression en skizofreni en borderline for og få en støttekontaktperson (...).

(...) Vi har det der hedder en BUM model bestiller og udfører så vi tilrettelægger hvilke mål der skal arbejdes med sammen med borgeren og så kan vi så bestille den opgave hos vores bo støtter (...).

De samarbejdspartnere som kommunerne bruger ved bevilling af en sag er ofte samarbejdspartnere uden specielt kendskab til spiseforstyrrelser. De parter kommunerne samarbejder med udgøres af andre forvaltninger, hjemmevejledere, private og offentlige bosteder, væresteder, egen læge, somatiske sygehuse, OP (*Opsøgende Psykoseteam*) og DPC (*Distrikts Psykiatrisk Center*). Der kan være undtagelser for eksempel en fagperson som har tidligere erfaring fra arbejde eller taget kurser om emnet. Når kommunerne samarbejder med behandlingssteder er der ofte et specifikt kendskab til spiseforstyrrelser også i forlængelse til et efterbehandlingsforløb. Samarbejdspartnerne udgør mange forskellige faggrupper for eksempel socialpædagog, sygeplejersker, ergoterapeut, fysioterapeut og social og sundhedsassistent. Sagsbehandlerne ser på hvordan de bedst kan hjælpe borgeren og de er optaget af at borgeren ikke mister de fremskridt de har gjort under indlæggelsen når der er investeret tid og ressourcer.

(...) Det var en der havde været på det botilbud som havde været hendes kontaktperson i lang tid (...) det lød som om hun også havde noget ekstra viden omkring spiseforstyrrelser (...).

(...) Men så efterfølgende der vil skulle være noget udslusning derfra (...) ikke bare ensbetydende med at man så skal give slip fordi så kan det lynhurtigt bare gå den samme vej (...).

Så de søger efter at lave et match med nogen som de mener er bedst egnet og forsøger at finde en samarbejdspartner som har kendskab på psykiatri området. De kan ligeledes tænke alternativt og kontakte en privat hjemmepleje leverandør til at købe ydelsen hos. Såfremt private leverandører er godkendte af kommunerne og lever op til Loven om Social Service samarbejder kommunen gerne med private leverandører.

(...) Hvis vi mener at der er mere brug for en anden altså det er meget vigtigt for os at have matchet i orden så hvis der er nogle andre forudsætninger der skal med i overvejelserne så peger vi på dem (...).

(...) Hvis det er nogen der er godkendt, og der er nogen der fører et tilsyn så går vi gerne ind i et samarbejde også med private, men man kan sige der skal ligge en godkendelse fra den kommune man ligger i (...)

5.3.4. Hvilke ydelser bevilliges / bevilliges ikke

Ydelserne kan være udbudt af offentlige eller private leverandører. Leverandøren skal være godkendt til at levere ydelsen efter regler og krav som kommunen og de enkelte forvaltninger stiller. Ydelserne bevilliges over en aftalt periode hvorefter de evalueres. Der blev oftest bevilliget socialpædagogisk støttekontaktperson og bosted. Mere sjældne bevillinger udgør sundhedssamtaler, væresteder, højskole ophold, transport til sociale aktiviteter samt økonomisk vederlag til merudgifter. Der bevilliges psykolog under helt særlige omstændigheder hvor der er et traume eller børn involveret og dette oftest med en økonomisk egenbetaling af borgeren selv.

(...) Men så længe tilsynsrapporterne er i orden og der ligger en godkendelse, og den drives efter servicelovens paragraffer så har vi mulighed for at bevillige og det gør vi (...).

Der er for socialpædagogisk støtte lovmæssigt ingen øvre grænse for hvor mange timer borgeren kan bevilliges pr. uge. Kommunerne havde deres egne kvalitetsstandarter som varierede fra minimum to op til 15 timer pr. uge. Det blev prioriteret at borgeren kunne bo i egen bolig og først når behovet for støtte oversteg de maksimale antal timer i kvalitetsstandarten var det relevant at overveje om der skulle bevilliges bosted. En sagsbehandler gav udtryk for at hun var meget fleksibel i forhold til de timer hun bevilligede hvis hun mente at der var gode grunde at bevillige flere timer fordi det var mest hensigtsmæssigt for borgeren. En sagsbehandler fortalte at hun havde bevilliget ti timer om ugen til en borger men at borgeren ikke brugte dem da hun ikke var motiveret for den socialpædagogiske støtte og ikke ønskede at støtten skulle komme i hjemmet hvor hun boede med sin mor. Sagsbehandlerne har oplevet at deres maksimale kommunale socialpædagogiske støtte ikke ville være tilstrækkeligt til at afhjælpe borgerens sygdom fordi de har været for syge og ikke i stand til at samarbejde om at træne socialpædagogisk funktionsniveau.

(...) Vi kan give helt op til 15 timers bostøtte men man kan sige jeg skelner stadigvæk mellem timer til vi ender i et botilbud (...).

(...) Hun startede med at kunne få op til ti timer om ugen men det var jo både med spisetræning, sørge for kontrolsamtaler og sørge for at hun kom på skole, men hun brugte dem ikke (...).

Der blev bevilliget socialpædagogisk bosted såfremt de ikke var i stand til at klare sig i egen bolig. Bosteder er oftest bemandet af fagpersonale i de fleste af døgnets timer. Det kunne være almindelige bosteder eller specialiserede bosteder med

kendskab til spiseforstyrrelser. De almindelige bosteder blev oftest bevilliget i forbindelse med at borgeren henvendte sig i kommunen og der blev identificeret et behov. Bosted bevilliges i samarbejde med borgeren. En sagsbehandler fortæller at en borger selv havde undersøgt hvilket bosted hun ville benytte på internettet og bostedet opfyldte kommunes kriterier og borgeren fik bevilliget det bosted hun ønskede. Motivationen var et vigtigt element for at blive rask og bevillingen blev givet i forhold til at imødekomme borgerens positive ønske.

(...) Det var et tilbud de selv havde peget på og selv havde undersøgt og det undersøgte vi selvfølgelig og fandt at det var fagligt forsvarligt og det har så også allerede, ja nu er det så også andet år givet pote (...).

Bosteder blev også bevilliget efter behandlingsforløb i Regionalt regi. I disse sager kontaktede behandlingsstedet sagsbehandleren hvorefter visitationen blev sat i gang. Efterbehandlingsforløb sker oftest på specialiserede bosteder med erfaring med spiseforstyrrelser. En sagsbehandler fortalte at hun var meget tilfreds med at borgeren fik bevilliget et specialiseret bosted idet der var terapi og socialpædagogisk funktionstræning integreret i bostedet.

(...) jeg blev så kontaktet i forhold til hvordan vi udsluser på en god måde så hun ikke bare bliver sluppet der fra (Behandlingssted)(...).

(...) Hvor de så hver dag får noget behandling der er også noget DAT behandling (...).

En sagsbehandler fortalte om bevilling af et socialpædagogisk korps som borgeren kunne kontakte på alle tider af døgnet alle ugens dage. Hun betragtede det som støtte i hjemmet men med de samme muligheder for kontakt med fagpersonale som der er på bosteder.

(...) (Korps) helt konkret så er det et andet korps vi bruger som hører til i (Kommune) (...) og det de kan, som vores egne socialpsykiatri ikke kan det er, at de kan træde ind om aftenen og om natten og i weekenden så det ligner mere den støtte man vil kunne få i et botilbud (...).

I sundhedscenteret havde de mulighed for bevilling af sundhedssamtaler. De havde udviklet en kvalitetsstandart på fem gange men hvis de oplevede at borgeren havde gavn af det så var der mulighed for flere. Et højskoleophold blev bevilliget til en ung mand. Det var et enkeltstående tilfælde og ligeledes var der en bevilling af transport til en social aktivitet som var enkeltstående fordi borgeren havde svære smerter og var isoleret i hjemmet. Bevilling af merydelser blev givet til en borger som var kronisk syg af spiseforstyrrelsen og i den forbindelse havde helt særlige økonomiske udgifter. Væresteder blev bevilliget som en mulighed for at bryde isolation og for at have en mulighed for at opsøge faguddannet personale i hverdage hvis der var behov for samtale, støtte eller rådgivning hos borgeren.

(...) vi har været nødt til at lave en kvalitetsstandart der hedder til sundhedssamtalerne fem gange og den har vi så modificeret ved at sige med mindre at vi ser der sker en udvikling, så har vi først fået taget hul på noget og vi kan se at der her det rykker noget så skeler vi ikke til fem gange (...).

(...) Hendes fysiske tilstand er rigtig svær, hun får for eksempel en taxi bevilliget ned til vores samvær og aktivitetstilbud fordi hun har så svært ved rent fysisk at komme af sted og ud af døren fordi hun har så mange smerter fordi hun er så stor (...).

Der blev ikke bevilliget ydelser i form af psykologsamtaler. Hvis de blev bevilliget var det efter henvisning fra borgerens egen læge. Ydelsen blev bevilliget hvis borgeren med spiseforstyrrelse havde børn eller hvis der var opstået en traumatisk oplevelse. Oftest var der et beløb til egenbetaling.

(...) Det er meget, meget, meget få gange at vi her visiterer til psykologer så er det ikke specifikt i forhold til spiseforstyrrelser så er det i forhold til andre ting (...).

5.3.5. Formålet med bevillingen af ydelsen

Formålet med bevilling af en ydelse er øget selvstændighed og øget selvværd hos borgeren samt øget kontrol med spisning. På lang sigt er målet at borgeren klarer uddannelse og arbejde. Det fagpersonale som inddrages i opgaven støtter borgeren i at strukturere og udføre dagligdags gøremål f.eks. sociale aktiviteter, indkøb, madlavning, støtte til at udføre hjemlige pligter som rengøring og tøjvask. Ligeledes kan det være støtte til at komme til behandling og kommunikere med myndigheder og at få økonomien til at række måneden ud.

(...) Altså man kan sige, at meget som hjemmevejlederne og støttekontaktpersonerne går ind og gør det er, at skabe struktur i hverdagen, nogen får vendt døgnrytmen, sørger for, at man kommer op om morgenen og i gang med både hjemmets gøremål men også komme ud fra hjemmet og deltage i noget sport eller (...) og der kan man lave mad eller der er samtaler så man ligesom får en hverdag der minder om en normal hverdag ikke, så man på sigt måske kan få et arbejde eller en uddannelse, men ligesom ligge fundamentet for det, den der struktur i hverdagen (...).

(...) For det kan vi jo godt se at der er der rigtig mange der vokser af, mange af dem der kommer her, deres selvværd er så lavt og de slår sig selv oven i hovedet, så bare det at nå dertil at arbejde med, at du er god nok og det kan man godt, der syntes jeg godt man kan fornemme at der sker noget når vi sidder med det (...).

5.3.6. Opfølgning af bevilligede ydelser

Bevilligede ydelser følges op og evalueres efter gældende regler i Loven om Social Service hvert halve år. Der kan være tilfælde hvor opfølgning sker hyppigere for eksempel hver tredje måned eller hvis der er en særlig konflikt. Ligeledes kan der gå op til et år før der sker opfølgning. Formålet med opfølgningen er at skabe en dialog og evaluere behovet for ydelsen og interventionen så de opstillede mål

løbende kan opfyldes. Opfølgningen medvirker endvidere til at give et indtryk af borgerens potentielle fremtidige behov. Opfølgningsmøderne ved bosted finder sted i bostedet hvor sagsbehandleren kommer ud så hun kan danne sig et indtryk af borgeren i deres vante omgivelser.

(...) Så har vi måske møder hvert halve år, vi laver noget opfølgende i forhold til hvordan går det hvad skal der nu ske (...).

(...) Jeg ville tage ud til hende for også ligesom, og altså det gør vi altid når vi er ude på bosted når vi holder de der status samtaler så er det tit på bostedet så man danner sig et indtryk af hvordan er stemningen og personalet ikke (...).

5.4. Den primære sektor

Temaet "den primære sektor" indeholder tre temaer; folkesundhed i primær sektoren; spiseforstyrrelser og specialiserede rehabiliteringstilbud; borgeren og familien. Analysen viser at kommunerne har forskellige sundhedscentre, væresteder, cafeer og aktivitetssteder som retter sig imod sociale og sundhedsrelaterede forhold. Sagsbehandlerne oplever ikke behov for indsatser rettet imod spiseforstyrrelser i kommunalt regi. Årsagerne er få henvendelser, Comorbide lidelser og sociale problemer som øger kompleksiteten og behovet for behandling i Regionalt regi. De ser barrierer i interventionerne med forskellige komplekse behov og mener endvidere at borgere ønsker tilbud i andre kommuner for ikke at blive genkendt som syg i nærmiljøet. Familierne er en stor ressource for borgeren men kan medvirke til at komplicere et sagsforløbet og eskalere en konflikt når sagsbehandlingen ikke lever op til forventningerne.

5.4.1. Folkesundhed i primærsektoren.

Kommunerne har oprettet forskellige tilbud som borgerne, også spiseforstyrrede, kan benytte sig af. Ingen af tilbuddene var rettet specielt imod spiseforstyrrelser. Stederne har form af åben rådgivning, cafe og aktivitetssteder som f.eks. har åbent to til tre gange om ugen. Et enkelt af disse tilbud har egenbetaling på 100 kr. om måneden fordi der i tilbuddet er aktiviteter og udflugter. Tilbuddene henvender sig typisk til borgere mellem 18 og 30 år. Nogle af disse steder drives af kommunens egne forvaltninger som kan støtte borgeren til at rette henvendelse til kommunens sagsbehandler hvis der er et konkret problem eller behov.

(...) Altså der er jo (Værested) her for psykisk sårbare og hvor man også kan komme ned hvis man er over 25 det er et tilbud (...) hvor man også kan få en uforpligtende samtale og det er personale for socialpsykiatrien der sidder her (...).

Flere kommuner har oprettet sundhedscentre som en konsekvens af kommunal reformen fra 2007. Sundhedscentrene er oprettet i varieret grad i kommunerne. I nogle er de under udvikling og i andre er ved at tage deres form. Sundhedscentrene er understøttet af nationale forløbsprogrammer og indsatsen retter sig primært imod den generelle befolkning og livsstilssygdomme. En

sagsbehandler fortalte at hendes borger, såfremt hun var motiveret kunne få tildelt en sygeplejerske som ville kunne støtte hende. Sagsbehandleren havde ikke været i kontakt med sundhedscentret vedrørende sagen og kunne ikke fortælle detaljer om den støtte de ville kunne tilbyde. Sagsbehandlerne fra sundhedscenteret havde fokus på sundhedssamtaler, kost og motion. De udførte individuelle samtaler vedrørende rygestop og de havde gruppesamtaler om kost og motion. De havde en diætist som havde hjulpet med at strukturere en kostplan for en spiseforstyrret borger så det pædagogisk blev overskueligt for borgeren at vide hvad hun skulle spise og hvor meget. Der var endvidere motion en gang om ugen. I sundhedscentret havde de ansat en sundhedskonsulent som havde fokus på folkesundhedsinitiativer. De var for eksempel del af Sund By netværket. Sagsbehandlerne oplevede at de havde meget fokus på folkesundhed fordi de hvert år evaluerer deres handleplaner op imod de nationale sundhedspolitikker. Sundhedscenteret var del i et sundhedsfremmende projekt om etniske danskere hvor borgerne udvalgte sundhedstemaer som sundhedscenteret efterfølgende holdt oplæg om.

(...) Vi har (Navn) som er vores sundhedskonsulent her og hun tænker mere strategisk på alt og er også medlem af sund by netværket (...).

(...) Vi kan jo næsten ikke undgå det (...) der bliver lavet handleplaner hvert år som holder os op imod den sundhedspolitiske handling af sundhedspolitikken, og så holder vi vores handleplaner op i mod den hvert år (...).

(...) Og så fik hun kontakt til vores diætist også hvor de talte om kostplaner på en mere detaljeret måde hvor der faktisk var billeder hun fik tilsendt på hvad det var der kunne være godt for hende hvis hun gerne ville op i vægt (...).

5.4.2. Spiseforstyrrelser og specialiserede rehabiliteringstilbud

Sagsbehandlerne identificerede både fordele og ulemper ved oprettelse af specialiserede rehabiliteringsforløb rettet imod spiseforstyrrelser i primærsektoren. En fordel var at borgeren ikke skulle bruge tid og kræfter på transport og en anden fordel var at det kunne være vejen væk fra sygeliggørelse at en borger ikke behøvede at henvende sig på offentlige sygehusafdelinger. På den anden side oplever sagsbehandlerne at behovet for specialiserede forløb er begrænset set i forhold til det antal henvendelser de får. Forhold som små kommuner som ikke ville have pladser nok til selv at udfylde dem ville betyde at de vil skulle være flere kommuner om samarbejdet før det økonomisk kunne betale sig. Så er der en begrænsning om at tilbuddet ikke må indeholde terapi og behandling i forhold til sektoransvarlighedsprincippet. Sagsbehandlerne så også et problem i at borgernes problemer er meget individuelle og private. Det kunne skabe en uhomogen gruppe hvis forskellige aldersgrupper og forskellige lidelser og Co-morbide lidelser skulle være i gruppeforløb sammen hvilket ville være for svært at håndtere. De mener også at borgere med spiseforstyrrelser ønsker at søge væk fra lokalområdet fordi de ikke ønsker at blive genkendt eller være i en terapi gruppe med en tidligere klassekammerat.

(...) Der er jo nogen der søger væk fra deres kommune netop for ikke at blive genkendt, det kan også blive for tæt, og jeg kunne forstille mig det samme med spiseforstyrrelse, at man måske ikke lige har lyst til at sidde med klassekammeraten (...).

(...) Men det der igen er vores udfordring det er, at det skal jo være noget der er bundet på serviceloven, og man kan sige, at hvis det er spiseforstyrrelsen der skal arbejdes med, behandlingsmæssigt, så havner vi igen i sundhedssektoren (...).

Der er realistisk at oprette kommunale tilbud rettet imod spiseforstyrrelser hvis der viste sig et befolkningsmæssigt behov. Man ville meget hurtigt kunne overveje det såfremt der var en hel del borgere der gav udtryk for det.

(...) Men hvis vi på et tidspunkt fik sådan en hel stribe af folk der havde en spiseforstyrrelse, som hovedproblematik, jo så vil man lynhurtigt gå ind og overveje skal vi lave vores eget tilbud her (...).

En sagsbehandler fortalte at indsatsen imod forebyggelse af spiseforstyrrelser skal startes tidligt i skole og ungdomsuddannelserne fordi mange unge opholder sig der til dagligt. En sagsbehandler mente der var behov for et videnscenter for psykiske lidelser hvor borgere, pårørende og fagpersonale kunne henvende sig, også anonymt og hun mente at pårørendegrupper ikke var effektive i længden fordi lidelserne er langvarige og familierne ikke formår at bevare motivationen og interessen så de ender med at løbe ”ud i sandet”. En fortalte om et projekt i Jylland i et samlet ambulant psykiatrisk behandlingssted hvor borgerne gav udtryk for at det var stigmatiserende at gå ind i huset på grund af stedets navn.

(...) Men så skal man måske tænke på det i det forebyggende eller (...) opsøgende (...) så ville det forebyggende vel ligge i skoleregi (...) gymnasierne eller erhvervsskolerne og man kan sige alle unge, på et eller andet plan er knyttet op på noget uddannelse (...).

(...) Men der var en af ulemperne ved det, at nogen af borgerne meget hurtigt følte sig stemplet når de gik ind af den dør (...).

Flere sagsbehandlere mener at der er stort mørketal vedrørende spise forstyrrelser. De mener at rigtigt mange specielt unge piger og nu også små børn slås med det. De mener at det kan skyldes de høje krav der stilles i nutidens samfund som medvirker til at få mennesker har et helt almindeligt forhold til mad. I relation til undersøgelsen fortæller sagsbehandlerne at de ikke ser mange borgere med spiseforstyrrelser men ved samtale om emnet fortæller de at de ikke med sikkerhed kan vide det. De fortæller at det er svært at identificere om en borger har en spiseforstyrrelse specielt hvis det ikke er det de henvender sig for. Endvidere var der en forsigtighed fra sagsbehandlerne om at spørge ind til personlige emner når borgerne ikke selv kommer ind på dem. En sagsbehandler udtrykte at de måske skulle blive bedre til at spørge ind til emnet specielt hvis de ser en borger som har tydelige symptomer.

(...) I nutidens samfund, at det er meget få der har et helt normalt forhold til mad fordi man skal leve op til så mange forventninger hele tiden (...).

(...) Meget få, og dermed ikke sagt, vi kan sagtens have nogen der kommer med en anden problemstilling, og hvor man ikke forholder sig egentligt til et spiseproblem (...).

5.4.3. Borgeren og familien

Spiseforstyrrede og deres familier forsøger i begyndelsen selv at løse problemet omkring spiseforstyrrelsen via eget netværk og egne ressourcer. Det kan medføre at spiseforstyrrelsen udvikler sig over en lang periode og borgeren først sent i forløbet henvender sig til kommunen for at få hjælp. Hele familien er påvirket af borgerens spiseforstyrrelse. Ofte er borgeren flyttet hjem til familien eller meget knyttet til forældrene og opholder sig meget hos dem. Det har betydning for dynamikken når den socialpædagogiske støtte kontaktperson skal støtte borgeren og samtidigt forholde sig til familien fordi familien i nogle tilfælde kan være årsag til spiseforstyrrelsen, men også være følelsesmæssigt involveret og ikke være i stand til at sætte grænser og stille krav. Familien kan endvidere medvirke til at eskalere en konflikt hvis borgeren ikke får bevilliget en ydelse. En sagsbehandler fortæller at hun i de situationer har fokus på borgeren fordi det er deres sag hun varetager og hun insisterer derfor på at borgeren selv træffer beslutninger.

(...) Nogle af dem er jo flyttet hjem til deres forældre igen og det gør det jo lidt vanskeligt (...).

(...) Men vi gør selvfølgelig meget ud af at vi skal tale vi har den direkte dialog med den unge og det holder vi fast (...).

Netværket er også en stor ressource. Sagsbehandlerne ser at borgere bliver raske netop fordi de har deres netværk. Det kan medvirke til at borgeren gennemfører en lang videregående uddannelse ved forlænget studietid og de ser borgere som skifter studieretning fordi de undervejs erfarer at det studie de er i gang med er for krævende.

(...) Som både læste, hun formåede at få en eksamen (...).

(...) Men hvis nu de ikke har noget netværk jamen så har vi en isoleret personen (...).

Netværk må ikke inddrages når en borger er spiseforstyrret og over 18 år uden informeret samtykke. En sagsbehandler siger at netværket kan medvirke til at forebygge tilbagefald hos borgeren. Sagsbehandleren kan ved kontakten med borgeren få kendskab til at denne er i en ustabil fase og hun må på baggrund af loven ikke involvere familien i sin viden. Hun mener at lovgivningen er helt forkert på området. Borgeren formår ikke at tage vare på sig selv og hun mente at spiseforstyrrelser i højere grad bør sidestilles med diagnoser hvor der er øget pligt til at handle på sygdom fordi hun ser at borgeren og familien i de situationer svigtes.

(...) jeg mener at det vigtigste er netværk, og der er det vigtigste at der er professionelle behandlere inden over men at man inddrager det øvrige netværk det tror jeg (...).

(...) Vi kan jo ikke engang oplyse om hvis vi ved noget, som er altså personlige oplysninger det syntes jeg godt man kunne lempe lidt, fordi det er faktisk et problem (...) at nu tager du skade på dig selv (...) jeg syntes at det er så synd for den person (...) at det er deres egen retssikkerhed og man så egentligt ødelægger så meget hvor de kan få deres tilbagefald (...).

Borgere og deres familier opsøger behandlere udenfor den offentlige sundhedssektor f.eks. alternativ behandling, psykologsamtaler eller psykiatere. Det kan være i perioder hvor de venter på behandlingsplads eller fordi de er optaget af at gøre hvad som helst og forsøger alle muligheder for at ændre den situation de befinder sig i med sygdom.

(...) Der er ventetid på behandling og så søger de nemlig tit nogen private det kan være privat praktiserende psykiater eller det kan være (sted) (...).

5.5. Sagsbehandlernes faglige viden og inddragelse af teorier

Temaet "sagsbehandlerens faglige viden og inddragelse af teori" indeholder fem temaer; Generaliseret viden; inddragelse af instrukser og faglig teori; erfaringsbaseret viden; workshops, temadage, kurser og møder i foreninger; konsekvenserne af manglende viden. Analysen viser at sagsbehandlerne arbejder på et generaliseret niveau og inddrager viden fra erfaringer samt instrukser for sagsbehandling. Fagteori inddrages i begrænset omfang for eksempel recovery, sundhedsfremme, motiverende samtale og anerkendende tilgang. Specifik viden om spiseforstyrrelser er begrænset og få har modtaget undervisning under deres grunduddannelse eller praksis. Flere sagsbehandlerne er usikre på om borgernes symptomer er milde eller svære og ønsker generelt mere viden på området. De har stor mulighed for at deltage i kurser men mener også at kurser og uddannelse skal prioriteres op imod det faktiske behov i kommunen.

5.5.1. Generaliseret niveau

Sagsbehandlerne ser sig som generalister på deres felt og de mener ikke at det er realistisk for dem at have specifik viden om alle diagnoser i forhold til de borgere de ser. De mener at de i tilstrækkeligt grad er i stand til at varetage rådgivning, vejledning og information til borgerne i sociale sager og de ved hvordan de skal identificere deres problemer og behov. De ved hvordan de skal opsøge den rette ekspertise og derefter bevillige den.

(...) Men vi bliver også nødt til at sige vi er generalister vi har ikke nogen terapeutiske overbygning på vores uddannelse vi opkvalificerer os indenfor forskellige fagområder (...).

De fleste sagsbehandlere i undersøgelsen er socialrådgivere. En sagsbehandler var pædagog. Hun så det som en fordel at de i hendes afdeling var forskellige faggrupper fordi det medvirkede til at de så forskellige vinkler på sagerne. De gav

alle udtryk for at sager vedrørende spiseforstyrrelser i kommunalt regi ikke er deres spidskompetence fordi de har så få henvendelser.

(...) Så vi er alle sammen med forskellige vinkler og briller og bruger hinanden meget til at sparre (...).

5.5.2. Inddragelse af instrukser og faglig teori

Sagsbehandlerne inddragede faglige teorier og instrukser på det sociale område i varieret grad. Flere sagsbehandlere gav udtryk for at de arbejdede ud fra teorier om recovery. Det betød at deres intervention var målrettet og når de bevilligede en ydelse så skulle den medvirke til at borgeren kunne arbejde aktivt med sine problemer så de indenfor en given periode udviklede sig. Så ydelsen kunne ikke ydes i årevis når den ikke gavnede borgeren.

(...) Vi tænker meget denne her recovery tanke ind i vores hverdag, når vi bevilliger en hjemmevejledning, så skal der være et formål med den, der skal være nogle mål, der skal være en eller anden støtte der kan få borgeren fra A til B (...).

Flere sagde de arbejdede ud fra sundhedsfremmende teorier. Den motiverende samtale og balance skema var for sundhedscentret en helt central tilgang som medvirkede at borgernes ressourcer fik lov at fylde og interventionen gav dem god selv indsigt.

(...) Og så arbejder vi med sundhedsfremme, vi er meget opmærksomme på de ressourcer den enkelte borger har der kommer her og lader dem få lov at fylde og så arbejder vi med motivations samtalen hvor vi bruger balanceskemaet (...).

Også den anerkende tilgang blev nævnt som faglig teori de gjorde brug af. De oplevede at metoden gavnede mange borgere som havde udviklet lavt selvværd. De oplevede at borgerens selvværd voksede af den ros de fik og sagsbehandlerne var opmærksomme på at give autentisk ros så borgeren fik fornemmelse af deres ærlighed og loyalitet. I sundhedscentret benyttede de sig af enkelte effektive pædagogiske virkemidler som skriveopgaver.

(...) Altså jeg syntes jo helt klart anerkendende og ligesom ligge vægt på ressourcerne (...) at du så roser dem, jamen de vokser jo helt, bare af at du siger, men det fungerede for dig (...).

(...) Vi skriver på tavlen og de får selv et stykke papir de skriver på, det er meget centralt i forhold til også at vi tager dem igennem forløbet og arbejder med de ting de selv har fået sat ord på og går ind i og går lidt dybere ned (...).

En sagsbehandler fortalte at hun når hun arbejdede ikke tænkte over det hvilke faglige teorier hun benyttede men at hun efterfølgende godt kunne reflektere over de faglige bagtanker der havde været involveret for hendes valg. Det var teorier om krise og sorg, samtale teori og teori om anerkendende tilgang.

(...) Selvfølgelig har jeg noget med mig i min rygsæk i forhold til også at være uddannet i forhold til den svære samtale, krise og ... det ved jeg ikke, det ved jeg egentligt ikke helt hvad jeg skal svare på (...).

En sagsbehandler fortalte at hun ikke fandt det relevant at have fokus på faglige teorier idet de bruger mange instrukser til dagligt som er vejledende for deres arbejde. Hun mente at arbejdet handler om at finde praktiske løsninger.

(...) Så jeg tænker ikke sådan noget overordnet (...) og så har vi jo en masse instrukser og ting som gør at vi skal gøre nogle ting på en bestemt måde (...).

En sagsbehandlerne fortalte at de når de får en sag nemt kan søge oplysninger og orientere sig om forhold om spiseforstyrrelser på internettet hvilket giver dem et overblik over sygdommen, behandlingstilbud og patientforeninger.

(...) Så går man ind og googler og læser om det, der findes de forskellige interesse organisationer og der bliver skrevet om det på sundhed dk så kan man jo meget vel orientere sig (...).

Flere sagsbehandler fortæller at de i helt specifikke sager kan henvende sig hos VISO. Flere havde kendskab til sundhedsstyrelsens rapport om anbefalinger og organisering af behandlingen af spiseforstyrrelser. Ingen af respondenterne havde kendskab til de regionale spiseforstyrrelsesteams og ingen havde kendskab til eller deltaget i den tværfaglige uddannelse KOK.

(...) Der har jeg brugt VISO fordi den ene sag jeg har haft det var en VISO sag hvor jeg har haft VISO inde over, og det er dem jeg bruger, dem bruger jeg i de helt specifikke sager (...).

(...) Regionale spiseforstyrrelses teams (...) det er ikke noget vi kender noget til, men vi vil gerne kende dem (...).

5.5.2. Erfaringsbaseret viden

Sagsbehandlerne har viden på området på baggrund af deres erfaringer fra arbejdet med sagerne. To sagsbehandlere havde kun haft en sag og den ene af dem på trods af mange års arbejds erfaring. Erfaringen indhentes igennem samtaler med borgeren og samarbejdet med kolleger og øvrige samarbejdspartnere både fra offentligt og privat regi. Sagsbehandlere med lang erfaring fortalte at der igennem årene i Danmark havde været forskellige perioder med strukturelle ændringer og forskellige fokusområder. Tidligere var spiseforstyrrelser et stort fokusområde nu er det overtaget af ADHD som får meget offentlig opmærksomhed.

(...) Nu snakker jeg ud fra kommunens synsvinkel (...) og så er det blevet overtaget af alle dem som har ADHD det har det været kæmpe stor fokus på meget lang tid (...).

En sagsbehandler fortalte at hun i mødet med en borger med spiseforstyrrelser havde erfaring med at det var bedre at tale med borgeren om hvordan de havde det frem for at fokusere på spiseforstyrrelsen. Hun oplevede at det gav borgeren en ro at der var en der lyttede til dem.

(...) Det tror jeg nok har været min forse, at jeg har egentligt ikke har talt så meget om spiseforstyrrelsen jeg har mere talt om hvordan at de trives i hverdagen, og det tror jeg egentligt er en af de ting som måske kunne give dem lidt mere ro (...).

En sagsbehandler fortalte at man bliver meget klogere når man bare har haft et par sager. Det giver indblik i kompleksiteten i arbejdet med borgeren. Hun mente også at man ved behandling af spiseforstyrrelser kunne drage paralleller til behandling af misbrug hvor interventionen ofte ikke virker. Det ender ofte med at blive en form for vedligeholdelsesintervention som er virksom for nogle men ikke for andre. Hun fortalte at spiseforstyrrede er mestre i at udføre handlinger for ikke at komme til at spise og at det sværeste er at motivere dem til at gå til kontrol.

(...) Men jeg vil så sige, at man bliver også meget klogere når man bare har haft to til fem stykker, man forestiller sig slet ikke hvilken psykisk belastning det er for de mennesker der lider af anoreksi (...).

(...) Jeg syntes det er rigtigt svært at fastholde dem i den der kontrol fordi i hvert fald dem jeg har haft med at gøre kan de lade være med at spise så gør de jo alt det er fuldstændigt som om at arbejde med en misbruger (...).

5.5.4. Workshops, temadage, kurser og møder i foreninger

Ingen sagsbehandler havde modtaget undervisning om spiseforstyrrelser. Hverken på deres grunduddannelse eller i praksis. Sagsbehandlere med lang arbejds erfaring har deltaget i flere kurser og temadage end sagsbehandlere med kort erfaring. Der er rig mulighed for at deltage i kurser hvis de bliver tilbudt og de også er villige til at yde en rimelig egenbetaling. De deltager fordi de er interesserede i at hive mere viden ind i deres afdelinger. De oplever ikke at der tilbydes kurser rettet imod spiseforstyrrelser. Nogle havde deltaget i workshops og fyraftensmøder arrangeret af patientforening og bosted hvilket var en inspirationskilde og medvirkede til at kolleger informerede hinanden om indsatserne.

(...) Gennem årene har der jo været mange temadage, kurser (...) hvor man siger hvordan skal man som sagsbehandler gribe en sag an (...)

(...) Der var sådan noget der hed et fyraftensmøde hvor de så holdt et foredrag om spiseforstyrrelser, men det var jo en ren tilfældighed at jeg så var til det, ellers så har jeg ikke rigtigt fået andet undervisning i forhold til spiseforstyrrelser (...).

5.5.5. Konsekvenserne af manglende viden

Manglende viden påvirker sagsbehandlingen. Flere mangler viden i hvordan de i praksis kan gribe opgaven an når de møder en borger med spiseforstyrrelse. De ønsker viden om visitation til specialiserede behandlingssteder, det praktiske arbejdes fremgangsmåde og metode samt mulige samarbejdspartnere i form af netværk og foreninger. Det er en udfordring for dem at opdage lidelsen samt at vurdere om sygdommen er på et kritisk stadie. De føler det begrænser dem i at være i stand til at give den bedste støtte og rådgivning. Det er svært for dem at vurdere hvornår borgeren kan nøjes med støttende samtaler og hvornår sygdommen kræver indlæggelse og behandling. De føler at det medvirker til at de fremstår usikre som sagsbehandlere og i deres rolle som professionel hvilket de mener at borgeren registrerer. De mener også at der er en risiko for at de ikke involverer sig i problemer som borgeren måske reelt ønsker hjælp til men ikke får sagt.

(...) jeg kunne godt tænke mig nogle redskaber til hvordan får man øje på dem, og hjælper optimalt (...) men man føler ikke rigtigt, at man har redskaberne til at hjælpe optimalt, og hvis man så sidder der og giver udtryk for, det er lidt svært hvad man skal gøre, så tror jeg også at borgeren vil trække sig og oplyser så ikke noget alligevel (...).

(...) Så jeg syntes det er svært at sætte en etikette på, og at nu må du lige gå op til din læge, og det skal der gøres noget ved (...) så man mangler viden i forhold til hvornår er den klokke klar og hvornår er den bare en mistanke (...).

Flere sagsbehandlere ønskede at havde haft kendskab til de Regionale spiseforstyrrelses teams og ville have inddraget dem for at få information og rådgivning. Med øget faglig viden kan de bedre arbejde systematisk når de får mistanke om et problem og dermed bedre afdække handlemuligheder. En sagsbehandler sagde at hun godt kunne bruge mere faglig viden omkring spiseforstyrrelser men at hun i lyset af at hun ikke har mange sager mener at det ikke er et område hun på nuværende tidspunkt vil prioritere.

(...) Det kunne jo være interessant nok, men så på den anden side så syntes jeg måske heller ikke at jeg har det store behov, fordi jeg har jo ikke mødt nogen, altså så skulle det jo være for også at vide noget mere i forhold til at kunne hjælpe den her unge pige (...).

(...) Vi skal i hvert fald kigge lidt på hvad sundhedsstyrelsen har budt ind med i forhold til spiseforstyrrelser og så tænker jeg en måde at optimere vores viden måske, at få kontakt til speciel afdelinger i det etablerede system, og se på, kan vi få lov at følge et par dage eller, det kunne være interessant (...).

6. Diskussion

I dette afsnit diskuteres resultaterne med inddragelse af relevante modeller og teorier. Derefter diskuteres undersøgelsens metodiske tilgang i forhold til graden af reliabilitet, validitet og generaliserbarhed.

6.1. Resultat diskussion

6.1.1. Ansvarsforholdet imellem regioner og kommuner

Sektoransvarlighedsprincippet giver Regionerne ansvaret for driften af sygehuse og behandling og Kommunerne ansvaret for socialøkonomiske og sociale opgaver. I praksis betyder det at den sektor der har den ansvarlige myndighed afholder de økonomiske udgifter for ydelserne og gør dem tilgængelige for befolkningen (48). Ifølge Socialforskningsinstituttet (SFI) (48) skal trængende borgere kunne rummes indenfor de strukturer som den almene befolkning rummes i uden brug af særforanstaltninger. De skal gives lige mulighed for aktiv deltagelse i samfundet uden diskrimination og med forebyggelse af isolation. Hensigten er at reducere skabelsen af parallelle systemer og øge kvaliteten i forhold til borgeren og fagpersonalet, endvidere at forebygge gentagne henvendelser fra borgeren. Tvivlen om sektoransvaret må ikke skade borgerens situation. Ifølge SFI er det myndigheden med den tætteste kontakt til borgeren som umiddelbart skal tilbyde den nødvendige støtte og være behjælpelig med at henvise videre til den sektor der er den ansvarlige (48).

I 2010 fik voksne med spiseforstyrrelser behandlingsgaranti for diagnoserne AN og BN igennem det frie sygehusvalg (49,50,51). Region Hovedstaden formidler officielt behandlingsgaranti indenfor to måneder og efter tidsrammen skal Regionen kunne tilbyde behandling for eksempel i privat regi. Det sikres igennem pakkeforløb at perioden fra diagnose til behandling sker effektivt og sammenhængende med en ensartet høj kvalitet hvor borgeren inddrages, forberedes og informeres igennem samtaler og undersøgelser (49-51). I en pressemeddelelse fra Ritzau info i 2013 (52) informerer et privat behandlingssted om at behandlingsgarantien for spiseforstyrrelser ikke lever op til forventningerne i sommerferie perioder. Borgerne oplever at der ikke sker et naturligt samarbejde imellem offentlige og private aktører hvormed borgeren kun tilbydes en indlagt samtale i den offentlige sundhedssektor over en syv ugers periode hvor de i stedet burde være indlagt på privat behandlingssted i venteperioden på grund af manglende ressourcer til at gennemføre pakkeforløbet (52).

DDKM's formål er at fremme kvaliteten af patientforløb på tværs og imellem sundheds væsenets sektorer og institutioner (37). Man ser således i forhold til spiseforstyrrelser at indsatsområderne for koordinering, kontinuitet og overdragelse, rehabilitering, kvalitets og risikostyring ikke leves ud i praksis. Ifølge Thomas Middelboe (53) er årsagerne til den manglende kvalitet i praksis at der mangler en fælles tværsektoriel ledelse imellem den behandlende og kommunale sektor. Samarbejdet sker på nuværende tidspunkt side om side og ikke sådan at den ene part begynder hvor den anden part hører op. Der er derfor tale om parallelle og overlappende indsatser i det tværsektorielle samarbejde (53). Det tværsektorielle samarbejde kompliceres af det vilkår at det er præget af forskelle i professioner og kulturer med fag som udvikler sig forskelligt og udfordrer hinanden hvilket forstyrrer arbejdet med at nå frem til de mål der ligger i at genskabe optimalt funktionsniveau med et minimum af symptomer og øget livakvalitet (53).

6.1.2. Henvendelser fra borgere med spiseforstyrrelser til sagsbehandlerne

Undersøgelse viser flere resultater som er kendte både nationalt og internationalt i relation til epidemiologi, ætiologi og prognose (12-14,19) for eksempel at spise forstyrrelser er sjældne lidelser og at flest unge piger rammes. Ligeledes at der ofte er Co-morbide lidelser og andre sociale problemer involveret samt at de kan udvikle sig til langvarige forløb med risiko for tilbagefald, kronicitet og tvangsindlæggelse. De seneste år er antallet af BED tilfælde steget og der formodes at være et stort mørketal på området med mange uidentificerede tilfælde (5,14,19). Denne undersøgelse viser ikke flere tilfælde af BED end af AN og BN. Undersøgelsen er dog lille og har ikke haft dette fokus, men alligevel er forholdet interessant at diskutere.

BED er i 2013 anerkendt som selvstændig underdiagnose i DSM-V (54). BED forklares ved tilbagevendende episoder af betydeligt kostindtag over en kortere periode end en person almindeligvis vil indtage det i og indeholder episoder præget af manglende kontrol hvor maden spises hurtigt selv når personen ikke føler sult. Efterfølgende kan der være en følelse af skyld, forlegenhed eller afsky og personen kan kaste op eller spise alene for at skjule deres adfærd. Lidelsen er forbundet med angst. DSM-V definitionen (54) sigter imod at adskille BED fra andre kostrelaterede tilstande for eksempel et almindeligt fænomen som overspisning. Overspisning er en udfordring for mange. Tilbagevendende overspisning er langt mindre udbredt, langt mere alvorlig og forbundet med betydelige fysiske og psykiske problemer (54).

Ifølge statens institut for folkesundhed (SIF)(55) er årsagerne til overvægt komplekse og kan ikke forklares alene ved at mennesker spiser for meget og bevæger sig for lidt. Der ligger biologiske, adfærdsmæssige, samfundsrelaterede og sociale- miljømæssige faktorer til grund herfor. Lignende faktorer gør sig også gældende for spiseforstyrrelser (14,23) forstærket af sociale og kulturelle faktorer i det moderne samfund med øget fokus på udseende, krop og mad. Angst i forbindelse med spiseforstyrrelser er et udtryk for følelsen af skyld og skam som ligger i at miste kontrollen samt følelsen af ambivalens hvor modstridende følelser sår en dyb tvivl over at skulle træffe valg imellem et eller flere umulige krav (14,23).

Illness begrebet forstås ud fra borgerens subjektive perspektiv som en reaktion på deres tilværelse hvor symptomer kan have baggrund i eksistentielle emner som følelsen af ensomhed og meningsløshed og spiseforstyrrelsen kan opfattes som en acceptabel coping strategi for at aflaste og aflede bevidstheden. Øget fokus på overvægt og BED kan være udtryk for at der i samfundet sker en medicinsk medikalisering af krop, vægt og udseende igennem et kulturelt pres hvormed overvægt og overspisning ses som sygelige tilstande (41) uden at der ses kritisk på for eksempel fødevarekvalitet og påvirkningen af kemikalier og smagsforstærkere på krop og psyke (14, 23).

Der er tvangsindikation for behandling af spiseforstyrrelser når sygdommens sværhed når grad fem med påvirkede vitale værdier, puls <40, BT < 90/60, K+ < 3 m.ækv/l og påvirkning af nyrer og lever. Endvidere er kropsvægten < 75% af normalvægten. Borgeren har dårlig psykologisk indsigt, lav motivation for behandling med behov for tæt overvågning for forebyggelse af kompenserende handlinger for at opnå vægtreduktion (1). Ifølge loven om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (56)

kræver kriterierne at ”patienten er sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende men henblik på behandling, fordi I: udsigten til helbredelse eller betydelig og afgørende bedring i tilstanden ellers ville blive væsentligt forringet (behandlingskriteriet, gule papirer) eller II: den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (farekriteriet, røde papirer)”.

Borgeren skal informeres om baggrunden for tvangsforanstaltningen og om muligheden for at klage til patientklagenævnet. Der beskikkes en patientrådgiver som undervejs kan støtte og varetage den syges interesser og være behjælpelig med at klage. Der skal udfyldes tvangs skemaer og tvangs protokoller som revurderes løbende efter gældende regler, og der er procedurer for eftersamtaler og evaluering af tvangsepisoden med henblik på at forebygge lignende episoder (56).

6.1.3. Sagsbehandling og folkesundhed

Analysen viser at det har stor betydning for sagsbehandlingen at sagerne er velbelyste. Dette er en udfordring for sager med borgere som ikke tidligere har været i behandling eller som venter på behandling (5). Socialstyrelsen (57) har udført en effektudmåling for kvaliteten af sagsbehandlingen på ældreområdet. Undersøgelsen viser hvordan sagsbehandlere arbejder helhedsorienteret og hvordan de målretter sagsbehandlingen. Analysen viste at der blev indhentet samme mængde oplysninger uanset sagens kompleksitet og at interventionen ikke var målrettet. Der blev indhentet for meget information i mindre komplicerede sager og denne overoplysning var udtryk for at sagsbehandlerne var usikre på hvor meget en sag skulle oplyses og ikke mindst hvilke oplysninger der var relevante at indhente (57).

Loa Clausen (58) mener at det kræver ekspertise at visitere sociale ydelser til borgere med spiseforstyrrelser. Borgerne kan have behov for at opholde sig en periode på et specialiseret botilbud som led i et efterbehandlingsforløb og endvidere have behov for langvarig støtte i hjemmet efterfølgende. Selv milde tilfælde kan kræve en langvarig indsats hvor borgeren kan have behov for støtte i at tage ansvar for at spise, opfylde sociale aktiviteter, uddannelse og arbejde samtidigt med at de er i kontakt med det behandlende system. Det kræver derfor forståelse for borgerens behov og ifølge Mussel & Crosby (28) øger en stærk alliance muligheden for at afdække og vurdere symptomer hos borgeren og tilrettelæggelse af indsatsen. En god strategi viser sig ved en tilgang med fagpersoner som har en specialiseret viden på området med balance mellem autonomi og en retningsledende indsats hvilket øger motivationen (28).

Ifølge Johnsson og Svensson (47) skal der være en bevidst balance imellem brug af erfaring og faglig teoretisk viden. Sagsbehandlingen skal dokumenteres og planlægges således at ræsonnementet bag de valg der tages kan forstås af andre. Sagsbehandling præget af tavs viden eller høj grad af instrukser medvirker til at sagsbehandleren oplever borgerens problemer som uforståelige ”vilde problemer” og brugen af instrukser medvirker til at borgeren skal passe ind i en fast ramme og forløb hvilket kan være en udfordring når borgere med spiseforstyrrelser ser behandling som en proces præget af angst og ambivalens (31). Undersøgelsen viser at borgere som bevilliges ydelser får en

reel mulighed for at modtage støtte til at forbedre deres funktionsniveau igennem normalisering af døgnrytmen, udførelsen af strukturerede hverdagsaktiviteter i forhold til indkøb, madlavning, hjælp til kostplaner og kostindtag hvilket kan medvirke til forbedring af sundheden og forebyggelse af yderligere sygdom og kronicitet (23).

6.1.4. Den primære sektor

Ifølge VISOS (5) tilbyder ni kommuner i Danmark specialiserede rehabiliterende tilbud til voksne. Genindlæggelsesraten for voksne med spiseforstyrrelser var fra 2007-2012 på 113 % og dækker over at borgere genindlægges af flere omgange indenfor en periode på seks måneder (5). Det at få kommuner tilbyder specialiserede tilbud medvirker til at borgere som ikke har været indlagt ikke får den nødvendige hjælp (5). Ved behandling kommer der et tidspunkt hvor borgeren ikke længere gør fremskridt og anses som færdigbehandlet og klar til at blive udskrevet. Erfaringen viser at det kræver op til to års rehabilitering på specialiseret døgntilbud før borgeren er klar til udslusning til egen bolig (6). Det som gør specialiserede rehabiliterings tilbud særlige er at fagpersonerne har viden om lidelserne og dermed kan skabe forløb som tilgodeser de symptomer og den adfærd som spiseforstyrrede har (5).

Hele familiers sundhed og tilværelse påvirkes af borgerens spiseforstyrrelse (14). Det kan medføre sociale og psykologiske konsekvenser fordi familiemedlemmer føler de har ansvar for den syge og for eksempel ikke kan arbejde fordi det er svært at få den rette hjælp (12,14). Rehabiliteringstilbud i kommunerne må ikke indeholde terapi. Den anbefalede rehabiliteringsindsats indeholder blandt andet familierådgivning og familiestøtte (5) og der er et paradoks i at kommunerne ifølge Loven om Social Service kapitel 18 (17) kan varetage misbrugsbehandling og ikke terapi i forbindelse med spiseforstyrrelser.

Kommunerne har fået opgaven med at tilbyde sundhedsydelser i form af rehabilitering, genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse. Disse indsatser retter sig imod den brede befolkning og livsstilssygdomme og er understøttet af nationale forløbsprogrammer på baggrund af evidensbaseret viden (11). Kommunernes Landsforening (KL) har fokus på psykiatri i den primære sektor (59). De har udarbejdet et udspil om en styrket kommunal indsats ”den nære psykiatri” som indeholder otte indsatsområder. Den kommunale indsats skal forbedres ved udvikling af forløbsprogrammer og guidelines med krav om udredning, behandlings tilbud, inkluderende boformer, akuttilbud og støttet arbejde. Det skal medvirke til inkludering af borgeren, medføre job og uddannelsesmuligheder og forebygge førtidspension. Ligeledes skal det medvirke til at sænke overdødeligheden iblandt psykisk syge (59).

6.1.5. Sagsbehandlerens faglige viden og inddragelse af teori

Ifølge Johnsson & Svensson (47) er erfaringsbaseret viden baseret på tavs viden som læres igennem grunduddannelsen og eksisterer som en voksende erfaring og igennem instrukser. Den form for viden akkumuleres og forklares i den praktiske forståelse hvor situationer genkendes og overføres fra en situation til en anden. Flere sagsbehandlere

ser ikke nødvendigheden i at inddrage teorier fordi de i kraft af deres felt modtager instrukser om afgørelser som retningsledende for deres arbejde. Det begrænser udviklingen i det faglige niveau. Det faglige niveau hæves når erfaring og faglig teoretisk viden kombineres og sagsbehandleren igennem dokumentation viser sine tanker, handlinger og valg så de bliver verbaliseret og argumenteret. Det medvirker endvidere til at øge koordineringen, sammenhængen og kontinuitet i indsatsen såfremt en kollega skal have indsigt og forståelse for indsatsen som ligger til grund (47).

Sagsbehandlerne fortæller at de arbejder på et generaliseret niveau og at det er urealistisk for dem at have indgående viden på alle områder af deres arbejde. Arbejdet er endvidere komplekst og præget af konstante omskiftelige målsætninger (47). Treasure, Smith og Hugo (60) viser at skift imellem sektorer kan være problematisk. I den primære sektor diskuteres de manglende kompetencer til at varetage sager vedrørende borgere som har spiseforstyrrelser og argumentet om at området falder udenfor deres ansvarsområde. Det rejser spørgsmålet om definitionen på svær psykisk lidelse og de kernekompetencer som skal være tilstede i et team. Og ikke kun den primære sektor udfordres. Den sekundære sektor udfordres også af borgerens Comorbiditet som depression og personlighedsforstyrrelser. Det er svært at håndtere disse lidelser på specialiserede behandlingssteder og kræver samarbejde imellem forskellige psykiatriske specialer (60).

De forhold der skal være fokus på og kendskab til i forhold til AN handler om bevidstheden i at lidelsen ikke forsvinder spontant. Der ses funktionstab som kræver både primær og sekundær sektors indsats og samarbejde, der ses øget mortalitetsrate og lidelsen kræver mindst en kort indlæggelse. Helt basale lægelige kernekompetencer består i at vurdere den akutte risiko med måling af vitale værdier og blodprøver, endvidere at kunne vurdere langtidsrisikoen fra et klinisk perspektiv og at vurdere og verbalisere pleje og omssorgsbehov overfor borgeren (60). Treasure, Smith og Hugo anbefaler at der udarbejdes skriftlige plejeplaner imellem den primære og sekundære sektor med klare aftaler om at monitorere borgerens symptomer. Borgeren skal inddrages og familien skal involveres hvor det er relevant (60). Treasure, Smith og Hugo (60) henviser til en simpel guide udført af NICE (National Collaborating Centre for Mental Health) (61) i England. Ved hjælp af måling af vægt, BT, muskelstyrke (Squad test), TP, EKG og blodprøver kan det vurderes om borgeren er i stor eller moderat risiko for akut sygdom (61). Hurtig kyndig intervention har dybtgående positiv effekt imod AN. 90 % af patienterne som var i behandling indenfor de første tre år af deres sygdom havde gode resultater efter fem år (60).

6.2. Metode diskussion

6.2.1. Valg af respondenter

Formålet med undersøgelsen har været at opnå øget forståelse for kommunalt ansatte sagsbehandleres erfaringer, oplevelser og forståelse i forbindelse med sager vedrørende voksne med spiseforstyrrelser i Region Hovedstaden.

Kommunerne arbejder i dag stærkt specialiseret på flere områder. Det forhold har medvirket til at jeg har brugt meget tid på at finde respondenter som opfyldte mine inklusionskriterier. Mit ønske var at udføre en Mixed Method undersøgelse men den mulighed blev ændret i takt med at flere og flere kommuner blev kontaktet og kontakten ikke blev etableret. Dermed blev det meningsløst for mig at kontakte de kommuner jeg allerede havde været i kontakt med før. Det var svært internt i kommunerne at henvise mig til relevante sagsbehandlere. Således er det muligt at der er egnede respondenter i kommunerne som jeg ikke har været i kontakt med som kunne have bidraget til mere uddybende og nuanceret viden på området (38,39).

En kommune ville kun deltage såfremt de kunne være to sagsbehandlere til stede. Dette forhold accepterede jeg idet jeg ville sikre mig et rimeligt antal respondenter til at opnå mætning på emnerne. Sagsbehandlerne var ansat på et sundhedscenter. Informationerne fra sundhedscentret gav et andet fokus i undersøgelsen. Det var tydeligt at deres fokus var rettet imod sundhedsydelser. I sundhedscentret havde de fokus på folkesundhed og udarbejdede årlige handleplaner som de målte op imod de nationale strategier. Det virkede som de internt havde stor mulighed for at oprette sundhedstilbud rettet imod borgernes behov.

Dynamikken i de forskellige interviews var meget forskellig. Nogle sagsbehandlere var meget fokuserede på et empatisk og menneskeligt udtryk i sagsbehandlingen og andre havde fokus på lovgivningen og tolkningen af denne og nogle var en kombination af begge dele. Sagsbehandlere med lang erfaring havde stort indblik i området i forhold til skiftende politiske og sociale perioder og indsatser.

En begrænsning i undersøgelsen er at kommunerne har meget travlt og dermed er det svært for sagsbehandlerne at afsætte tiden til et interview. Flere interviews og Mixed Methods kunne muligvis have bidraget med mere eller anderledes viden (38,39).

6.2.2. Validitet, reliabilitet og generaliserbarhed

Kvalitative undersøgelsesformer er velegnede til at opnå øget forståelse for menneskers oplevelser, erfaringer og forståelse. De er velegnede til at beskrive og analysere processer og forløb og til evaluering af den offentlige sektors forskellige processer, aktører eller specifikke interventioner (38,39). Ved brug af den kvalitative forskningsmetode, dataindsamling ved semistruktureret interview og hermeneutisk analyse blev der skabt stort indblik i sagsbehandlernes komplekse arbejde og variation i deres oplevelser, erfaringer og forståelse for arbejdet med sager om spiseforstyrrelser (38,39).

Interviewene var præget af dialog. Temaer og tanker opstod undervejs og havde betydning for min forståelse af forvaltningen og på emnet generelt. Den primære sektor var nyt område for mig som fagperson. Det var nemt for mig at forholde mig objektivt og interesseret igennem de forskellige interviews. Enkelte gange blev jeg stillet et spørgsmål fra respondenterne på baggrund af min viden. Jeg var opmærksom og formåede at vende situationen så sagsbehandlerens viden igen

kom i fokus. Det var samtidigt et forhold som medvirkede til at skabe en dynamik hvor sagsbehandlingernes for forståelse blev udvidet og medførte relevante gensvar for deres oplevelser, erfaringer og forståelse (38,39).

Resultaterne er bragt på baggrund af stor grad af validitet og reliabilitet og jeg vil mene at resultaterne er generelle for mange andre kommuner i Danmark også. Undervejs i min hermeneutiske analyse har jeg gentagne gange sammenlignet datamaterialet med optagelser og udskrifter for at få sagsbehandlingernes udtryk og meninger frem. Jeg har forholdt mig loyalt til min fremgangsmåde og ladet mig inspirere af de svar jeg fik undervejs. Jeg har løbende inddraget min forståelse og erfaringer igennem de ni interviews og sat min forståelse på spil ved at bringe spørgsmål med til de næste interviews. Kommunernes selvstyre medfører at kvalitetsstandarterne for sagsbehandlingen varierer fra kommune til kommune. Alligevel forekom der en form for mætning af data. Dette har betydning for undersøgelsens reliabilitet. Kommunernes selvstyre er områder som potentielt kunne have bidraget til endnu flere nuancer i forståelsen såfremt jeg havde interviewet flere (38,39).

Undersøgelsen har genereret ny viden som supplerer den eksisterende viden på området. Den nye viden er efterspurgt i forhold til behovet for oprettelsen af specialiserede rehabiliterende tilbud i kommunalt regi.

7. Konklusion

Undersøgelsen viser at borgere med spiseforstyrrelser opleves som behandlingskrævende af sagsbehandlerne. Økonomiske budgetter og sektoransvaret medvirker til at borgerne ikke modtager en hurtig, sammenhængende og koordineret indsats. Sagsbehandlerne ser en til to sager om året og oftest drejer det sig om unge piger som lider af enten AN, BN eller BED. Der ses Co-morbide lidelser og sociale problemer, sagerne varer fra to til fem år eller længere og der forekommer tvangsindlæggelse. Borgerne henvender sig selv eller henvises af egen læge, behandlingssteder, familie eller andre forvaltninger. De søger sjældent hjælp for spiseforstyrrelsen som det primære.

Sagsbehandlerne arbejder ud fra Loven om Social Service § 85, §100, §107, §108. Sagsbehandlingen og arbejdet med at visitere ydelser sker bedst efter et behandlingsforløb hvor der er journalbeskrivelser og samarbejde med eksperter. De bevilligede ydelser er oftest rettet imod hjemmevejleder og bosted og ydelserne bevilliges med henblik på at fremme borgerens sociale funktionsniveau, øge selvværd og selvstændighed samt øge kontrollen med problemer relateret til kost.

Sagsbehandlerne oplever ikke behov for indsatser rettet imod spiseforstyrrelser i kommunalt regi primært fordi der er lille efterspørgsel fra borgerne men også på grund af borgernes forskellige komplekse problemer og risikoen for at blive genkendt i nærmiljøet. Familierne er en stor ressource for borgeren men kan medvirke til at komplicere et sagsforløbet og eskalere en konflikt.

Sagsbehandlerne arbejder på et generaliseret niveau og inddrager viden fra erfaringer samt instrukser for sagsbehandling. Fagteori inddrages i begrænset omfang for eksempel recovery, sundhedsfremme, motiverende samtale, balance skema og anerkendende tilgang. Flere sagsbehandlerne er usikre på om borgernes symptomer er milde eller svære og ønsker generelt mere viden på området, men kurser og uddannelse skal prioriteres op imod det faktiske behov i kommunen.

8. Perspektivering

Ifølge Danske regioner og VISOS (5,6) udvikler flere borgere, børn som unge spiseforstyrrelser. Sundhedsstyrelsen (1) anbefaler øget forskning på området da det i høj grad er underbelyst i Danmark i forhold til behandling, årsagsforhold samt kvalitetssikring.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ambulant behandling og indsatser i den primære sektor (1). Undersøgelser viser at den primære sektor er en velegnet arena (13,29, 59). Hvis sagsbehandlerne i kommunerne skal medvirke til at opdage, påbegynde behandling, henvise, tvangsindlægge, efterbehandle og opdage recidiv på baggrund af deres fags empiri må de have klare rammer og retningslinjer for hvor de kan opsøge informationer om samarbejdspartnere, behandlingssteder og henvisnings metoder (1). Det er vigtigt at eliminere de barrierer der er for at tilbyde ydelser som indeholder terapi hvis intentionen om den primære sektors indsats skal blive praksis. Dette er en efterspørgsel fra fagfolk i form af specialiserede rehabiliterings tilbud både før og efter behandling (5,6).

Spiseforstyrrelser har behandlingsgaranti til voksne med AN og BN og der er etableret pakkeforløb for indsatsen (49,50). Det kan umiddelbart ses som en forbedring. Men det lader fortsat til at behandlingsgarantien ikke opfyldes til fulde (52). Pakkeforløbet er struktureret med klare beskrivelser af indsatsen fra diagnose til behandling igennem en otte ugers periode. Fagfolk må i denne proces medvirke til at borgeren inddrages og have forståelse for at borgeren kan opleve angst, ambivalens og manglende motivation mod at følge pakkeforløbet samt være i stand til at vurdere indsatsen og konsekvenserne heraf.

Spiseforstyrrelser er ikke understøttet af forløbsprogrammer til brug i den primære sektor (6). Sagsbehandlerne står meget alene med borgerens sundheds og sociale problemer med få muligheder for intervention. Indsatserne lever ikke op til hensigterne i DDKM med effektiv koordinering, kontinuitet og overdragelse, rehabilitering, kvalitets og risikostyring (37).

Tidlig opdagelse og intervention forbedrer prognosen og den primære sektor er en arena hvor det er muligt at identificere lidelserne tidligt (5,61). NICE (61) viser at læger mest effektivt kan opdage lidelserne ved at stille få screeningsspørgsmål og ved at have fokus på risikogrupper for eksempel; unge kvinder med høj eller lav

BMI; unge som udtrykker vægt problemer; menstruationsproblemer; mave tarmlidelser og psykologiske problemer (61).

Til hurtig risikovurdering af spiseforstyrrederes sundhedstilstand og akutte behov for behandling henviser Treasure, Smith og Hugo (60) til en simpel guide. Ved hjælp af måling af vægt, BT, muskelstyrke (Squad test), TP, EKG og blodprøver kan det vurderes om borgeren er i stor eller moderat risiko for akut sygdom (61).

9. Tak

Jeg vil gerne takke alle respondenterne som har medvirket i undersøgelsen, uden dem var undersøgelsen ikke mulig at gennemføre. Ligeledes vil jeg takke NHV og Universitetslektor, docent Ulla Forinder som bidrog med vejledning. Endeligt vil jeg takke min familie for støtten undervejs i min uddannelse. Specielt tak til Anton. Tak.

10. Referencer

1. Sundhedsstyrelsen (2005). Spiseforstyrrelser – Anbefalinger for Organisation og Behandling. December 2005. Available at: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/plan/spiseforstyrrelser/spiseforstyrrelser.pdf> [accessed April 2013.]
2. Damgaard, Mikkel (2005). Den skjulte lidelse. Socialrådgiveren nr. 8, 4 maj 2005. Available at: <http://www.socialrdg.dk/default.aspx?id=2888> [accessed April 2013.]
3. Gurney, V. W. Hamil, K. A. Developing an Eating Disorder Curriculum for Primare Care Providers. Eating Disorders. 2001; (9): 97-107.
4. Gurney, V. W. Hamil, K. A. An Eating Disorder Curriculum for Primary Care Providers. International Journal of Eating Disorders. 2001; (30): 209-212.
5. Videnscenter for Spiseforstyrrelser og Selvskade (2013). Kommunernes tilbud til personer med spiseforstyrrelser eller selvskade. 1. Udgave, 1. Oplag februar 2013, København. Available at: <http://www.viooss.dk/undersogelse/> [accessed April 2013.]
6. Danske Regioner (2012). Et liv til forskel – bedre social rehabilitering af mennesker med svær spiseforstyrrelse. Available at: http://www.regioner.dk/~media/Mediebibliotek_2011/SUNDHED/Publikationer%20og%20horingssvar/Et%20liv%20til%20forskul.ashx [accessed April 2013.]
7. SFI-Det nationale forskningscenter for velfærd. Unges Selvskade og Spiseforstyrrelse – kan social støtte gøre en forskel ?. Det Nationale Forskningscenter For Velfærd. 2013; 13:11 Rosendahls-Schultz Grafisk A/S. Available at: <http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Pdf/Rapporter/2013/1318-Unges-selvskade.pdf> [accessed April 2013.]
8. Specialuddannelse indenfor spiseforstyrrelser (KOK). Available at: http://kokspiseforstyrrelser.dk/Om_KOK_spiseforstyrrelser.php [accessed April 2013.]
9. Meeuwisse, A. Swärd, H. Sunesson, S. Socialt Arbejde – en grundbog. 2. Udgave, 1. Oplag: Hans Reitzels Forlag; 2007.
10. WHO (1978). Deklaration of Alma-Ata. World Health Organization. Available at: http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_Atta_conference_1978_report.pdf [accessed April 2013.]
11. Kamper-Jørgensen, F. Almind, G. Jensen, BB. Forebyggende Sundhedsarbejde. 5. Udgave, 3. Oplag: Munksgaard Danmark. København; 2010.

12. Fairburn, GC. Harrison, PJ. Eating Disorders. The Lancet. 2003 February; 1(361): 407-416.
13. Treasure, J. Claudino, AM. Zucker, N. Eating Disorders. The Lancet. 2010 November; 19(375): 583-593.
14. Lunn, S. Rokkedal, K. Rosebaum, B. et al. Frås og Faste – Spiseforstyrrelser i klinisk og kulturel belysning. 1. Udgave, 1. Oplag. Psykologisk Forlag A/S; 2010.
15. Statens Helsetilsyn (2000). Alvorlige Spiseforstyrrelser – Retningslinjer for behandling i Specielhelsetjenesten. 7/2000. Available at: http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/alvorlige_spiseforstyrrelser_ik-2714.pdf [accessed April 2013.]
16. Swanberg, I. (2004). Prevention av ätstörningar – Kunskapsläget i dag. Statens Folkhälsoinstitut. 2004; 40. Available at: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12059/r200440preventionavatstoringar.pdf> [accessed April 2013.]
17. Social- og Integrationsministeriet (2012). Bekendtgørelse af Lov om Social Service. LBK nr. 810 af 19/07/2012. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=141372> [accessed April 2013.]
18. Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående uddannelser (2011). Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor som socialrådgiver. BEK nr. 766 af 24/06/2011. Available at: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137840#B1> [accessed April 2013.]
19. Frédérique, RE. Van Hoeken, D. Hoek, HW. (2012). Epidemiology of eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. Curr Psychiatry Rep. 2012 August; 14(4): 406-414.
20. WHO (2010). Mental Health And Development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. World Health Organisation 2010. Available at http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf [accessed April 2013.]
21. Currin, L. et. al. The Use of Guidelines for Dissemination og ”Best Practice” in Primary Care og Patients with Eating Disorders. International Journal og Eating Disorders. 2007; 40:5: 476-479.

22. Currin, L. Waller, G. Schmidt, U. Primary Care Physicians Knowledge of and Attitudes Toward the Eating Disorders: Do They Affect Clinical Actions?. *International Journal of Eating Disorders*. 2009; 42:5: 453-458.
23. Skårderud, F. Stærk/Svag. Hans Reitzels Forlag A/S, København; 2001.
24. De la Rie, Simone et. al. Evaluating the Treatment of Eating Disorders from the Patients Perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39:8: 667-676.
25. Von Ranson. KM. Robinson, EK. Who is Providing what Type of Psychotherapy to Eating Disorder Clients ? A Survey. *International Journal of Eating Disorders*. 2006; 39:1: 27-34.
26. D'Abundo, M. Chally, P. *Struggling With Recovery: Participant Perspectives on Battling an Eating Disorder*. University of Birmingham. 2009 March; 9: 1094 – 1106.
27. Ried, M. Williams, S. Burr, J. Perspectives on Eating Disorders and Service Provision: A Qualitative Study of Healthcare Professionals. *Eur. Eat. Disorders Rev*. 2010;18: 390-398
28. Mussell, MP. Crosby, RD. et al. Utilization of Empirically Treatments for Individuals with Eating Disorders: A Survey of Psychologists. *International Journal of Eating Disorders*. 2000; 27: 230 – 237.
29. Williams, MP. Goodie, J. Motsinger, DC. Treating Eating Disorders in Primary Care. *American Family Physicians*. 2008 January15; 77;2:187-195.
30. Ried, M. et. al. Eating Disorders Patient's Views on Their Disorders and on an Outpatient Service: A Qualitative Study. *Journal of Health Psychology*. 2008; 13: 956- 960.
31. Pettersen, G. et al. Eating disorders: challenges in the later phases of the recovery process. *Scandinavian Journal of Caring*. 2013; 27: 92-98.
32. Cockell, S et al. *Maintaining Change Following Eating Disorder Treatment*. *Professional Psychology Research and Practice*. 2004 Oct;35(5): 527-534.
33. Tozzi F. et al. Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The patients Perspective. *International Journal of Eating Disorders*. 2003 Mar;33(2):143-154.
34. Jørgensen, MM. Pedersen AF. Sygerolle og Sygdomsadfærd. In Friis-Hasché, E. Elsass, P. Nielsen, T. *Klinisk Sundhedspsykologi*. Munksgaard Danmark: København; 2004. pp. 87-94.

35. Social Forsknings Institutttet (2007). Metoder i Socialt Arbejde. Available at: http://www.sfi.dk/graphics/SFI/Forskerfiler/Linda_Thorsager/0711_Metoder_Socialt_Arbejde.pdf [accessed April 2013.]
36. Region Hovedstaden – fakta om regionen. Available at: http://www.regionh.dk/topmenu/omRegionH/faktaOgTal/?WBCMODE=Auth_blank_blanktarget%22%3btarget [accessed April 2013.]
37. Sundhedsstyrelsen (2007). Forebyggelse og Sundhedsfremme i Kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk.1 og 2. Available at: http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Kommune/Sufremikom_pf119.pdf [accessed April 2013.]
38. Kvale, S. Brinkmann, S. Interview – introduktion til et håndværk. 2. udgave, 4. Oplag. Hans Reitzels Forlag: København; 2009.
39. Vallgård, Signild & Koch, Lene. Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. 4. Udgave, 1. Oplag. Munksgaard Danmark: København; 2007.
40. Den centrale videnskabsetiske komite. Vejledning om anmeldelse m.v. af et biomedicinsk forskningsprojekt til det videnskabsetiske komitesystem. Available at: <http://www.regionh.dk/NR/rdonlyres/7A7685BE-A43C-4693-8657-8A3D947EFB6B/0/Anmeldelsesvejledningpr05052011.pdf> [accessed April 2013.]
41. WHO (1986). Ottawa Charter: Available at: http://old.sund-by-net.dk/uploads/tx_ttproducts/datasheet/Ottawa_charter_oversat_til_dansk.pdf [accessed April 2013.]
42. Ehlers, L. De ”nye sygdomme” – sygdom eller somatisering. In Friis-Hasché, E. Elsass, P. Nielsen, T. Klinisk Sundhedspsykologi. Munksgaard Danmark: København; 2004. pp. 330-335.
43. Jørgensen, MM. Pedersen, AF. Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel. In Friis-Hasché, E. Elsass, P. Nielsen, T. Klinisk Sundhedspsykologi. Munksgaard Danmark: København; 2004. pp. 25-31.
44. Rehabiliteringforum i Danmark (2004). Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, ’Rehabilitering i Danmark’. Marselisborg Centret Danmark hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. Available at: <http://www.viauc.dk/hoejskoler/sfh/videncentre/center-for-sundhedsfremme-og-rehabilitering/Documents/hvidbog.pdf> [accessed April 2013.]
45. Antonovsky, A. Helbredets Mysterium. 1. Udgave, 6. Oplag. Hans Reitzels Forlag. København; 2000.

46. Sundhedsstyrelsen. Terminologi – Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. Available at: <http://www.sst.dk/publ/publ2005/cff/termpjece/termpjece3jun05.pdf> [accessed April 2013.]
47. Johnsson, E. Svensson, K. Theory in Social Work – some reflections on understanding and explaining interventions. European Journal of Social Work. 2005 December;8(4): 419-433.
48. Steen Bengtson. Princip og virkelighed om sektoransvar i handicappolitikken. Social Forsknings Institut. 05:11. Available at: [http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Pdf/Rapporter/2005/0511 Princip og virkelighed.pdf](http://www.sfi.dk/Files/Filer/SFI/Pdf/Rapporter/2005/0511_Princip_og_virkelig_hed.pdf) [accessed April 2013.]
49. Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskaade. Behandlings rettigheder. Available at: <http://www.lmsspiseforstyrrelser.dk/diagnoserne/behandling/behandlingsrettigheder/> [accessed April 2013.]
50. Region Hovedstadens Psykiatri (2011). Pakkeforløb – spiseforstyrrelser individuelt forløb – basis og udvidet. Available at: [http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/EAB27259-7C31-4D52-885D-013EA212D6E0/0/pakkeforloeb spis indiv samlet.pdf](http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/EAB27259-7C31-4D52-885D-013EA212D6E0/0/pakkeforloeb_spis_indiv_samlet.pdf) [accessed April 2013.]
51. Danske Regioner. Pakkeforløb for spiseforstyrrelser. Available at: <http://www.psykiatrien.rm.dk/files/Psykiatri%20og%20Social/02%20Psykiatrien%202013/17.%20Behandlingspakker/pakke%20spiseforstyrrelser%20okt12%20FINAL§.pdf> [accessed April 2013.]
52. Ritzau info (2013). Sommerferie rammer alvorligt syge med spiseforstyrrelser. Available at: <https://www.ritzauinfo.dk/release?releaseId=2123513> [accessed April 2013.]
53. Hageman, I. Bauer, J. 2012. Psykiatri for ikke psykiatere. 1. Udgave, 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag; 2012. Kap. 12.
54. American Psychiatric Association (2013). Feeding and eating disorders. Available at: <http://www.dsm5.org/documents/eating%20disorders%20fact%20sheet.pdf> [accessed April 2013.]
55. Statens institut for folkesundhed (2007). Folkesundhedsrapporten – Overvægt og fedme. 2007. Available at: http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_21_overvaegt_og_fedme.pdf [accessed April 2013.]

56. Indenrigs- og sundhedsministeriet (2006). LBK nr. 1111 af 01.11.2006. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien. Available at: http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2006/KOT/Rettigheder_tvang/Psykiatriloven_nov06.pdf [accessed April 2013.]

57. Styrelsen for Specialrådgivning og social service (2007). God sagsbehandling på ældreområdet. Effektmåling. Available at: <http://shop.socialstyrelsen.dk/products/metode-til-god-sagsbehandling-paa-aeldreområdet-effektmaaling> [accessed April 2013.]

58. (58) Clausen Loa (2013). Kommuner magter ikke at hjælpe spiseforstyrede. Altinget.dk 2000-2013. Available at: <http://www.lmsnyt.dk/Files/socialrehabilitering120613.pdf> [accessed April 2013.]

59. Kommunernes Landsforening (2011). Den nære psykiatri – en styrket kommunal indsats. Available at: http://www.kl.dk/ImageVaultFiles/id_50753/cf_202/KLs_psykiatriudspil.PDF [accessed April 2013.]

60. Treasure, J. Schmidt, U. Hugo P. Mind the gap: service transition and interface problems for patients with eating disorders. BJPsych. 2005;187: 398-400.

61. National Collaborating Centre for Mental Health (2004). Eating disorders – Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG9FullGuideline.pdf> [accessed April 2013.] pp. 73-115, 202.

11. Bilag

Bilag 1.

København dd.dd.åååå

Fra: Agata Yadav, MPH Studerende

Sendt: Dato

Til: XXX

Vedrørende: Deltagelse i undersøgelse om primær sektoren og spiseforstyrrelser.

Dette er en forespørgsel, om du vil medvirke i et forskningsprojekt der omhandler social- og sundhedsforvaltningens oplevelser, erfaringer og forståelse af arbejdet med sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser.

Baggrund:

Jeg Agata, læser folkesundhedsvidenskab på Nordiska Högsolan for Folkesundheds videnskab (NHV) i Göteborg og jeg skal i den forbindelse skrive speciale. Jeg er uddannet ergoterapeut og jeg arbejder selv på en hospitalsafdeling hvor vi behandler voksne med spiseforstyrrelser. Viden om interventioner rettet imod spiseforstyrrelser i Danmark er mangelfuld.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at primær sektoren inddrages når det drejer sig om milde tilfælde, samt når der drejer sig om at styrke indsatsen før, under og efter ambulant eller hospitalsbehandling. Den viden der eksisterer fra primær sektoren viser at sagerne indeholder stor kompleksitet. Ligeledes at der er efterspørgsel på opfølgende kommunale rehabiliteringstilbud, samt manglende specialiseret viden hos ansatte i kommunerne.

Min nysgerrighed går på hvordan praksis i primær sektoren er. Det vides at mange voksne med spiseforstyrrelser undgår ambulant og hospitals behandling. De forsøger at løse deres problemer selv og jeg forestiller mig derfor at ansatte i primær sektoren har en unik viden om hvad voksne med spiseforstyrrelser selv efterspørger støtte og social- og sundhedsydelse til.

Dette aktuelle specialet vil omfatte en række personlige kvalitative interviews som jeg vil bruge som baggrundemateriale til at udføre en række telefon interview ud fra et spørgeskema. Undersøgelsen foregår i Region Hovedstaden. Du deltager kun i den kvalitative interview del og din kommune er tilfældigt udvalgt blandt alle Region Hovedstadens kommuner.

Interviewene vil have en varighed på ca. 1 time. De vil blive optaget med henblik på videre analyse. Alle kommuner, navne på steder og personer samt beskrivelser der vil kunne genkendes vil blive anonymiseret og holdt fortrolige.

Jeg Agata, udfører undersøgelsen under vejledning af Universitetslektor, docent, Ulla Forinder ansat på NHV. Agata er den eneste der har adgang til optaget materiale,

computer til bearbejdning, transskriberet materiale mm. Materialet vil blive opbevares separat i aflåste skabe og destrueres efter endt eksamination. Specialet vil blive offentligt tilgængelig www.nhv.se som er skolens hjemmeside.

Undersøgelsen udføres Efterår / Vinter 2013. Specialet forsvares Forår / Sommer 2014.

Deltagelse i undersøgelsen er frivillig og du kan til enhver tid trække dig uden begrundelse og uden at det vil have nogen konsekvenser for dig.

Forskningsspørgsmålet er:

” Hvilke oplevelser, erfaringer og forståelse har socialrådgivere ansat i kommunens social- og sundhedsforvaltning i Region Hovedstaden om sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser ”.

- Hvilke årsager er der til spiseforstyrredes henvendelser
- Hvilke ydelser ydes / afslås
- Hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv.

Jeg håber du vil deltage. Du er til enhver tid velkommen til at kontakte mig for yderligere information.

Samtykke om deltagelse i undersøgelse.

Hvis du samtykker til deltagelse kan du til enhver tid trække dig uden begrundelse og uden at det vil have nogen konsekvenser for dig.

Undertegnede samtykker hermed til deltagelse i undersøgelsen:

.....
Dato og sted

.....
Navn

Et eksemplar returneres til
Agata Yadav. MPH-studerende, NHV Göteborg.
Tel: +45 21640565.
E-mail: agatakraska@hotmail.com

Med Venlig Hilsen Agata Yadav

Bilag 2.

Forskningsspørgsmålet:

” Hvilke oplevelser, erfaringer og forståelse har socialrådgivere ansat i kommunens social- og sundhedsforvaltning i Region Hovedstaden om sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser ”.

- Hvilke årsager er der til spiseforstyrredes henvendelser
- Hvilke ydelser ydes / afslås
- Hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv.

Interview guide

Tema: Sager vedrørende voksne med spiseforstyrrede

Hvilke årsager har du oplevelser og erfaringer med at voksne med spiseforstyrrelser henvender sig til social-og sundhedsforvaltningen med

Hvad tænker du når du møder personer med denne problematik

Oplever du at du har tilstrækkelig viden om spiseforstyrrelser som sygdom i forhold til sagsbehandlingen

Tages der særlige hensyn til spiseforstyrrelser i relation til sagsbehandlingen

Hvor hyppige er sager vedrørende spiseforstyrrelser

Hvordan sikres deres rettigheder

Hvilke metodiske overvejelser benytter du i arbejdet

Oplever du særlige forhold der kendetegner sagsbehandlingen vedrørende spiseforstyrrelser.

Tema: Hvilke sager bevilliges og hvilke afslås

Hvad er dit kompetenceområde i forhold til sagerne

Hvordan danner du dig et indtryk over behov, problemer og muligheder

Har i nogle specialisere forløb

Hvordan oplever du mødet

Hvilke ydelser bevilliges / afslås

Tema: Hvilket formål har indsatsen set i et folkesundhedsperspektiv

Hvilke forhold er indsatsen rettet imod, hvad er formålet.

Hvordan er Primær sektoren rustet til at forbedre folkesundheden for voksne med spiseforstyrrelser

Er der noget du brænder for at fortælle om sager der vedrører voksne med spiseforstyrrelser.

