

Når en spiseforstyrrelse flytter ind i familien



Foto: "Anorexia" by ! Santiago Alvarez ! is licensed under [CC BY-NC-ND 2.0](#).

*"Ja, altså så tænker jeg det vi har brug for, det er simpelthen
den her voksen, der kan tage hånd om os voksne.
Fordi vi skulle tage hånd om vores børn, men stod selv i det, var min
følelse".*

Mor til 12-årig pige med spiseforstyrrelse

MASTERAFHANDLING – MBU

Udsatte børn og unge – Aalborg universitet 2022

Vejleder Anne Görlich

Udarbejdet af:

Christian Alvang Jespersen

Nikolaj Nissen

Antal anslag: maks 109.997

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	3
Indledning	4
<i>En farlig gæst flytter ind</i>	<i>5</i>
<i>Forældrene belastes hårdt.....</i>	<i>6</i>
<i>Regioner og kommuners tilgang til spiseforstyrrelse.....</i>	<i>7</i>
Problemformulering	8
Baggrund	9
<i>Ny udsathed.....</i>	<i>9</i>
Datagrundlag og metode	11
<i>Læsevejledning.....</i>	<i>11</i>
<i>Semistruktureret interview</i>	<i>11</i>
<i>Rekruttering af respondenter</i>	<i>13</i>
<i>Databehandling og analyse</i>	<i>14</i>
<i>Bias og etik.....</i>	<i>15</i>
Teori.....	15
<i>Habermas System og Livsverden</i>	<i>17</i>
<i>Kolonisering af livsverden</i>	<i>20</i>
<i>Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel</i>	<i>21</i>
<i>En helhedsorienteret tilgang til behandling af spiseforstyrrelse.....</i>	<i>25</i>
<i>Socialrådgivernes redskab til en helhedsorienteret indsats</i>	<i>25</i>
<i>Omsorgsgiverkompetence</i>	<i>27</i>
<i>Affektreguleringskompetence</i>	<i>27</i>
<i>Mentaliseringskompetence</i>	<i>27</i>
<i>Fokus på forældre støtte.....</i>	<i>28</i>
Analyse.....	30
<i>Forældre ”tvinges ” ind i rollen som behandlere.....</i>	<i>31</i>

"Lang" ventetid forværrer sygdommen og er svær at stå i.....	31
Det opleves at fokus på mad og vægt er for ensidigt	33
Den familiebaserede behandling er svær for forældrene at være i.....	35
Et godt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og forældre er afgørende	37
<i>Delkonklusion - Forældre "tvinges " ind i rollen som behandlere</i>	<i>39</i>
<i>Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte.....</i>	<i>40</i>
Forældrene er på 24/7 og oplever at være meget belastede	41
Forældrene savner adgang til hjælp i krisesituationer.....	43
Forældrene efterlyser bedre hjælp i dagligdagen.....	44
<i>Delkonklusion - Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte</i>	<i>46</i>
<i>Kommunens tilbud om støtte mangler blik for helheden.....</i>	<i>48</i>
Kommunerne underrettes ofte sent i forløbet	48
En underretning til kommunen om et barns spiseforstyrrelse fører ikke automatisk til en børnefaglig undersøgelse.....	49
<i>Delkonklusion - Kommunens tilbud om støtte mangler blik for helheden</i>	<i>50</i>
Samlet konklusion	52
Perspektivering	55
Litteraturliste	57
Bilag	61

Abstract

“when an eating disorder moves into the family” is a sociological analysis of the needs of parents, with children diagnosed with eating disorders – such as anorexia. This academic assignment seeks to examine the parent’s need for support – and what possibilities and barriers the commune has to accommodate these needs.

To answer the research question, this study is based on interview made with six different parents, whose children is diagnosed with eating disorder. Focus has been on which support the parents have received, regards both treatment in hospitals and social intervention initiated by the commune. Due to logistics and in respect for the parents, and the possibility to compare the results, we have made all interviews as online interviews.

The research relies on a qualitative method, and the empirical data has been collected through semi-structured interviews. The interviews have been transcribed and analyzed using descriptive phenomenological method.

The study identifies nine key findings. Four of the nine findings relate to parent’s experience being forced into the role of being “therapist” to own child. Three of the nine findings relate to parents missing access to quick support. The last two findings relate to the commune doesn’t seem to have a holistic view on treatment.

The analysis reveals that the parents feel overwhelmed and doesn’t seem to experience community and psychiatry collaborating effectively. Parents should be offered help as soon as the child’s eating disorder is revealed and furthermore should the commune initiate a holistic examination of the family’s needs. The examination should be based on a systematic and holistic approach that puts the child’s needs at the center. And should support a practice where the child, the family and the network are involved and are actively involved in solving the child’s and family’s problems, and where there is a focus on both resources and problems.

In literature it is described that best practice to treat eating disorder is close cooperation between commune, Psychiatry, and other professionals. Likewise, it is described that parents play a significant role in the treatment of their children’s eating disorder. Therefore, it amazes us that this is not common practice, and we therefore recommend examining the barriers to good cooperation between all involved parties in the treatment of adolescents eating disorder.

Indledning

Antallet af børn og unge, der får en psykisk sygdom, er steget kraftigt de seneste år – dette oplever vi selv gennem egen praksis, hvor flere og flere af de børn og unge vi til dagligt arbejder med, er ramt af psykisk sygdom. Denne oplevelse underbygges af Vidensråd for Forebyggelse som i en rapport fra 2020 skriver, at omkring 15 % af alle børn og unge får diagnosticeret en psykisk sygdom eller udviklingsforstyrrelse i børne- og ungdomspsykiatrien, inden de fylder 18 år (Jeppesen, Obel, Lund, Madsen, Nielsen, Nordentoft, 2020, s. 15). En opgørelse fra Social- og Indenrigsministeriets Benchmarkingenhed viser ligeledes, at andelen af børn og unge med mindst én psykiatrisk diagnose er steget mere end 50% over de seneste 10 år (Social – og indenrigsministeriets Benchmarkingenhed, 2020, s. 10.)

Igen gennem vores arbejde med de udsatte børn og unge vi til dagligt er i berøring med, ser vi, at forældre ofte er under et enormt pres. Vi hører forældre fortælle om et offentligt system, der er uigennemsigtigt og svært at navigere i, og at det er vanskeligt at få hjælp og støtte. Vi møder forældre, der er så belastede af deres barns udfordringer, at de kan nå til et punkt, hvor de foretrækker, at andre mere professionelle tager sig af barnet eller den unge.

Selvom det er vores oplevelse, at kommunerne er blevet mere opmærksomme på, hvordan de med en helhedsorienteret tilgang bedst muligt kan støtte forældre til børn med psykiatriske diagnoser, viser en nyligt offentliggjort undersøgelse lavet af KOPA (KOMpetencecenter for PATientoplevelser), at familier som har et barn med en psykiatrisk diagnose, oplever sig pressede i forhold til hverdagen; de oplever at systemet er som en labyrint. Forældrene oplever, ifølge undersøgelsen, at de selv skal være tovholdere på deres behandlingsforløb, ligesom de oplever at skulle kæmpe for at få hjælp (Hansen & Poulsen, 2020, s 53)

I vores research til denne opgave har særligt ét forældreinterview forud for denne opgave gjort indtryk på os. Her fortalte en far om sin og sin families opslidende kamp for at redde sin datter ud af en spiseforstyrrelse. Faren fortalte om et opslidende forløb med indlæggelse på indlæggelse og om en familie der i perioder blev mere og mere ødelagt på grund af datterens destruktive adfærd. Samtidig hører vi i vores daglige arbejde, at flere og flere kommuner fortæller de oplever det meget vanskeligt, at finde den rigtige støtte når det kommer til børn og unge med spiseforstyrrelser; Kommunerne ved ofte ikke, hvad de skal stille op, når de får en underretning fra

børne- og ungdomspsykiatrien, og risikoen er, at barnet eller den unge risikerer at blive "tabt" mellem de forskellige sektorer. Det problemfelt vi her skitserer: flere og flere der får en psykiatrisk diagnose og et system, der er udfordret i at skulle levere den optimale behandling, er udgangspunktet for vores nysgerrighed og intention med denne opgave. Det naturlige spørgsmål er derefter: hvordan hjælper vi bedst de familier, hvor en spiseforstyrrelse "flytter ind"?

En farlig gæst flytter ind

At få en spiseforstyrrelse er en alvorlig indgribende og yderst belastende tilstand, både for den med spiseforstyrrelsen men oftest også for hele familien. Når behandlingen af et barn eller en ung med spiseforstyrrelse skal iværksættes, bliver det flere steder i faglitteraturen fremhævet at forældrene spiller en væsentlig rolle i behandlingen¹. Men når en spiseforstyrrelse "flytter ind" hos familien ændrer hverdagslivet sig markant. Det beskyttende og støttende miljø, som WHO ellers angiver har stor betydning for den mentale sundhed er yderst udfordret (WHO 2021). Samtidig er vægten på vej derved, hvor situationens alvor er åbenlys for alle, og forældrene kan derfor opleve angst, skyldfølelse, magtesløshed og manglende tro på egen forældrekompetence (ViOSS, s. 8). Forløbsstudier peger på at der er forskellige risici afhængig af hvilken form for spiseforstyrrelse man har, men særligt er anoreksi forbundet med øget dødelighed, hvor op mod 6-10% af alle med anoreksi dør. Ligeledes er anoreksi den spiseforstyrrelse, der hyppigst ses i sundhedsvæsenet (Jeppesen et al, s. 229).

¹ Sundhedsstyrelsen anbefaler i deres publikation fra 2005: *spiseforstyrrelse – anbefalinger for organisation og behandling* at der særligt ved spiseforstyrrelse hos børn bl.a. arbejdes med familierelationer og tydeliggørelse af generationsgrænser og forældreautoritet (Sundhedsstyrelsen 2005, s.66), ligesom det også bliver tydeliggjort, at familiebehandling bør variere fra orienterende og vejledende familiesamtaler til egentlig familierapi (Sundhedsstyrelsen 2005, s.67). I publikationen fra 2017: *Forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelsen* lægges der flere steder op til at forældrene skal inddrages i både familiebehandling og målsætninger omkring barnet/den unge (Sundhedsstyrelsen, 2017, s.18).

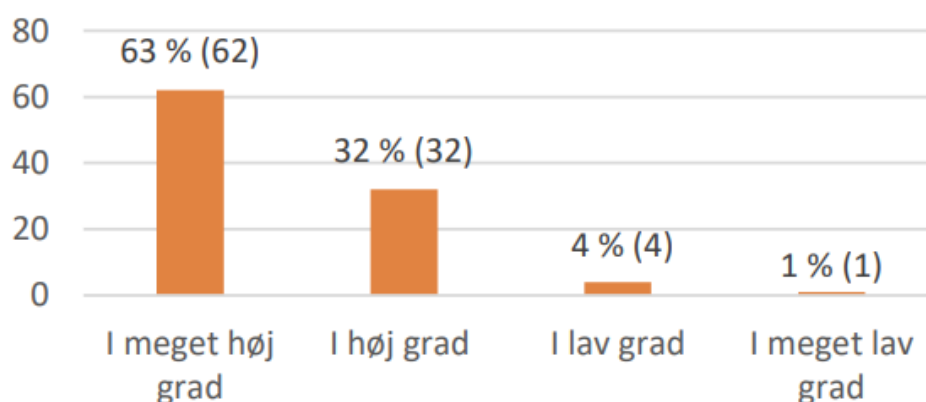
I *Treatment Manuel for Anorexia Nervosa* er forældre og familiens involvering i behandlingen ligeledes beskrevet gennem hele manualen (Lock & Le Grange 2013).

En spiseforstyrrelse er således en meget alvorlig og livstruende psykisk sygdom og dødeligheden for patienter med anoreksi er således to til tre gange højere end for personer, der lider af andre psykiatriske sygdomme (Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade, 2022: *Hvad gør anoreksi ved kroppen*).

Forældre belastes hårdt

En undersøgelse udført af Videnscenter om spiseforstyrrelser og selvskade (ViOSS 2016), peger på at det er en stor belastning at være forælder til et barn med spiseforstyrrelse. Adspurgt i hvor høj grad det at være forældre til et barn med spiseforstyrrelse har været oplevet som en belastning, svarer 95% at det er en belastning ”i enten meget høj grad” eller ”i høj grad”:

I hvor høj grad har du oplevet det som en belastning at være forælder til et barn med en spiseforstyrrelse?



Figur 1. ViOSS 2016, s. 7

Som nævnt har KOPA i 2020 undersøgt hvordan det påvirker familiens liv, når et barn får en psykiatrisk diagnose. Fokus i denne undersøgelse har været på forældrenes perspektiv og på deres behov for hjælp og støtte igennem hele forløbet. Undersøgelsen har taget udgangspunkt i 16 familier, alle med børn med diagnoser inden for autismespektrumforstyrrelser, ADHD, angst, OCD, depression, personlighedsforstyrrelse og adfærdsforstyrrelse (Hansen et al, s. 13). Undersøgelsen har således ikke haft fokus på spiseforstyrrelser og vi ser heller ikke andre steder i faglitteraturen, at der er lavet lignende undersøgelse vedrørende forældres behov for hjælp og støtte med et barn med en spiseforstyrrelse.

Regioner og kommuners tilgang til spiseforstyrrelse

Sundhedsstyrelsen har som en del af satspuljeaftalen på sundheds- og ældreområdet for 2017 – 2020 (sundhedsstyrelsen, 2017, s. 5), i december 2017 udgivet et forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser. Forløbsprogrammet dækker over en række anbefalinger der strækker sig fra tidlig opsporing til konkret behandling med fokus på anbefalinger i forhold til samarbejde og koordination, anbefalinger om graduerede indsatser og organisering samt anbefalinger om implementering og opfølgning.

Forløbsprogrammet skal ses i sammenhæng med øvrige, relaterede initiativer og publikationer på området og skal derfor forstås som en overordnet ramme for koordinationen og samarbejdet omkring disse (sundhedsstyrelsen 2017, s. 6).

I forløbsprogrammet beskrives det, at det enkelte barn eller den unge ofte har behov for indsatser i forskellige sektorer samtidig med hinanden undervejs i forløbet. Der lægges derfor vægt på vigtigheden i, at kombinationen af indsatser bør tage udgangspunkt i de målsætninger der er sat og at indsatserne derfor også bør tilrettelægges i en tværfaglig samarbejdsproces. Endvidere betones vigtigheden af, at de forskellige sektorer løbende koordinerer indsatsen (sundhedsstyrelsen 2017, s. 19). Således lægges der flere steder i forløbsprogrammet op til et tæt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og kommunen.

Helt centralt for rammerne for kommunernes tilbud og støtte til familier, hvor deres barn har fået en spiseforstyrrelse, er Serviceloven. Loven definerer således rammerne for rådgivning og støtte til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Der findes flere indsatser som kan bevilliges efter Servicelovens § 11, stk. 3 samt Servicelovens §52, stk. 3, når kommunen vurderer at et barn eller en ung har brug for særlig støtte.

Servicelovens §11 giver mulighed for at kommunen kan tilbyde en familie støtte uden forudgående undersøgelse, mens der i Serviceloven §50 står: at (...) *"Hvis det må antages, at et barn eller en ung trænger til særlig støtte, herunder på grund af nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne (...)"*, skal de iværksættes en børnefaglig undersøgelse. I §52, stk. 3 står, at kommunalbestyrelsen, dvs. sagsbehandleren, skal vælge den eller de foranstaltninger, som bedst

kan løse de problemer og behov, der er afdækket gennem den børnefaglige undersøgelse (Lov om social service)

Som beskrevet ser vi, at kommunerne kan opleve sig frustreret over ikke at vide hvad de skal stille op, når de står overfor en ung med en spiseforstyrrelse. Vores egen oplevelse er, at kommunerne som oftest ender med at tilbyde måltidsstøtte i hjemmet, psykologhjælp eller alternativt en kontaktperson til barnet eller den unge.

Problemformulering

Med baggrund i ovenstående introduktion ønsker vi i denne masterafhandling at undersøge, hvordan vi som professionelle bedst muligt kan støtte familier, som har et barn med en spiseforstyrrelse og vi vil derfor i det følgende afdække det problemfelt, som afhandlingens indledning tegner for os.

Vi er derfor nysgerrige på at undersøge forældrenes behov for hjælp og støtte, når deres barn får en spiseforstyrrelse. Et af formålene med vores masterafhandling har derfor været at få viden om:

- Forældrenes oplevelse af deres rolle igennem et behandlingsforløb
- Forældrenes forudsætninger for at kunne støtte deres barn
- Familiernes mulighed for hjælp og støtte i krisesituationer

Denne viden vil ligge til grund for en undersøgelse af forældrenes oplevelse af kvaliteten af den hjælp og støtte, de som familie har modtaget, for på den baggrund at klargøre, hvordan vi som professionelle bedst hjælper forældre med et barn eller en ung med en spiseforstyrrelse.

Når et barn eller en ung har en psykisk sygdom, tror vi på, at hele familien skal have hjælp og vi ønsker derfor at have fokus på, hvordan forældre bedst kan støttes i at hjælpe deres eget barn, når han eller hun får en spiseforstyrrelse.

Dette leder os derfor videre til følgende problemformulering med disse to perspektiver:

”Hvilke behov for konkret støtte har forældre til børn og unge med spiseforstyrrelse? og hvilke muligheder og barrierer ligger der i kommunen ift. at imødekomme disse behov?”

Baggrund

I Danmark har vi siden 1990'erne set en stigning i diagnosticerede tilfælde af spiseforstyrrelse. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen viser en fordobling af ny-diagnosticerede tilfælde pr. år fra 471 i 1996 til 1.047 i 2016 og i 2020 viser undersøgelser at 3% af alle piger/kvinder, bliver diagnosticeret med spiseforstyrrelse på et tidspunkt i livet. Heraf forekommer ca. halvdelen i ungdomsårene før det fyldte 18 år. Både nationale og internationale befolkningsundersøgelser tyder ydermere på, at mange forekomster af borgere ramt af spiseforstyrrelser, kan være u-diagnosticerede og derved vurderes det, at det samlede antal kan være op mod dobbelt så stort (Jeppesen et al 2020, s. 229).

Begrebet spiseforstyrrelse anvendes ofte som fællesbetegnelse for en række psykiske sygdomme, med forstyrret spisning og forvrænget kropsopfattelse som grundelementer. I sundhedsstyrelsen høringsudkast "Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser" fra 2021, tages der afsæt i WHO's klassifikation af sygdomme og andre helbredsrelaterede tilstande kaldet ICD10. I denne er fællesbetegnelsen "spiseforstyrrelser" defineret som anoreksi; atypisk anoreksi; bulimi; atypisk bulimi; andre spiseforstyrrelser, herunder BED samt uspecificerede spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen, 2021, s. 13).

I indværende afhandling vil vi ligeledes anvende begrebet spiseforstyrrelse som samlebetegnelse for de problematikker og diagnoser, der er omdrejningspunktet i empirien. Dog skal det fremhæves, at de forældre der har bidraget med deres oplevelser, alle er forældre til børn eller unge, der er diagnosticeret med anoreksi.

Når der er tale om børn med en spiseforstyrrelse, er der enighed om to væsentlig faktorer i forhold til at imødegå problemet. Tidlig opsporing og tidlig indsats er afgørende for at kunne handle rettidigt. Når barnet skal behandles for en spiseforstyrrelse, peger forskningen på, at familieterapi har effekt og at familieterapi virker bedre og hurtigere end individuel terapi (sundhedsstyrelsen, 2005, s. 72).

Ny udsathed

Årsagerne til en spiseforstyrrelse er multifaktorielle (Skårderud, Sommerfeldt, Robinson 2020, s.21) og der tales i disse år om "ny udsathed", som adskiller sig fra "klassisk udsathed", ved ikke

nødvendigt at knytte an til manglende uddannelse, ledighed, fattigdom, udsatte bolig- og familieforhold. Ny udsathed knyttes i stedet an til unge der oplever præstations- og eller forventningspres i ungdomslivet, som omfatter både ungdomslivet i al almindelighed, uddannelse- og arbejdsliv. Altså knytter ny udsathed – ligesom klassisk udsathed – an til både strukturelle, institutionelle og kulturelle betingelser og kår og kan på samme vis som tidligere bidrage til at unge, på tværs af social lag er i risiko for udsathed (Katznelson, Pless, Görlich, Graversen, Sørensen 2021, s. 86).

Denne forståelse rammer vores respondenter fint ind i, da de i deres socioøkonomiske forhold, ikke ligger inden for forståelsen af klassisk udsathed. De er derimod alle en del af det, vi forstår som den brede middelklasse med gode vilkår, når det gælder uddannelses, bolig og økonomiske forhold (Katznelson et al, s. 86). I vores optik betyder dette, at vi som fagprofessionelle velfærdsleverandører i dag er nødsaget til at se vores opgave felt på en anden måde, end tilfældet var, dengang mange af os blev uddannet. De udsatte unge – herunder unge med spiseforstyrrelser, er ikke nødvendigvis karakteriseret som vi tror, men de er stadig udsatte og har behov støtte og hjælp.

Denne anderledes nye udsathed, hvor såvel de unge som deres forældres socioøkonomiske vilkår er forandrede, stiller også anderledes krav til hvorledes vi samarbejder med familien. Vi er mange fagprofessionelle der har talt om *”ressourcestærke forældre”*, med en særlig værdisætning der dermed bliver et *”bagtæppe”* for en forståelse af og differentiering mellem *”ressourcestærke”* og *”ressourcesvage”*. Overordnet kan man sige at forskellen mellem de to prædikater, forstås som en dikotomi eller hinandens modsætninger (Moesby-Jensen 2014, s. 19).

Sagsbehandlere oplever disse ressourcestærke forældre, som krav- og rettighedsfokuserede. Det betyder blandt andet at sagsbehandlere kan opleve et besværet samarbejde, hvor forældrene stiller krav – der for så vidt er rimelige, men som sagsbehandlerne af mange årsager kan have svært at imødekomme (Moesby-Jensen 2014, s. 19).

Denne oplevelse af forskelligheder i samarbejdet med forældre der betragtes som henholdsvis *”ressourcestærke”* og *”ressourcesvage”*, viser sig at skabe klare forskelle i sagsbehandlingen, som

potentielt kan resultere i forskelle i den hjælp børn og familier modtager (Moesby-Jensen 2014, s. 25).

Datagrundlag og metode

I dette afsnit vil gennemgå hvilke overvejelser og greb vi har gjort, for at besvare vores problemformulering. På denne måde vil vi sikre at opgavens forskellige dele gøres begribelige og forstås som en helhed.

Læsevejledning

Som det fremgår af vores problemformulering, er fokus i denne opgave på *forældrenes* – og ikke barnets eller systemets perspektiv. Når opgaven beskriver den hjælp og støtte, forældrene har behov for, er det derfor set fra forældrenes synsvinkel. Og det er med udgangspunkt i dén vinkel, at opgavens konklusioner ligger.

Opgavens pointer underbygges af citater med de interviewede forældre. Af hensyn til forældrenes anonymitet, er forældrenes navne erstattet af pseudonymer.

Vi anvender betegnelse "*børn ramt af spiseforstyrrelse*" fremfor eksempelvis "*børn diagnosticeret med spiseforstyrrelse*". Det gør vi for sprogligt at understrege familiernes opleves af at blive ramt af noget så voldsomt som en spiseforstyrrelse, men også for at anskueliggøre, at det er muligt at komme sig fra en spiseforstyrrelse.

Semistruktureret interview

Undersøgelsen af vores problemformulering bygger på kvalitative data. Vi har foretaget semistrukturerede interviews (Kvale 2015, s. 177) med seks forældre til børn, der har haft eller fortsat har en spiseforstyrrelse behandlet gennem børne- og ungdomspsykiatrien.

Vi har valgt at benytte os af den semistrukturerede interviewform, idet denne form forsøger at forstå temaer ud fra respondenternes egne perspektiver, med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener.

Set i lyset af vores begrænsede erfaringer og færdigheder som interviewere vurderer vi desuden, at det semistrukturerede interview er relevant, i og med interviewguiden støtter intervieweren i processen (Kvale 2015, s. 178). Ligeledes sikrer det semistrukturerede interview, at vi kommer omkring vores forudvalgte temaer, samtidig med at vi har mulighed for at følge respondenterne. Samlet set er det vores vurdering, at det semistrukturerede interview er det bedste valg til at indhente de data, der bedst sikrer en besvarelse af problemformuleringen.

Interviewene blev gennemført i april måned 2022. Der deltog fire mødre og to fædre i undersøgelsen. Ingen af respondenterne var i familie med hinanden og har ej heller anden kendskab til hinanden. Interviewene repræsenterer derved seks forskellige familiers forløb.

Familierne er fordelt over tre Regioner - to familier bor i Region Hovedstaden, to i Region Sjælland og to i Region Midtjylland. Børnene er således blevet udredt og behandlet i forskellige regioner og på forskellige Børne- og ungdomspsykiatriske afdelinger. Det forhold at respondenterne er fordelt over hele landet, åbner op for at oplevelser af behandling, tilgange og praksisser, kan være forskellige qua forskellig regionale tilgange. Meget tyder på at der kan være regionale forskelle, i tilgangen til behandlingen af børn eller unge som har en spiseforstyrrelse, hvilket betyder at der er forskel i den hjælp vi som borgere kan modtage, afhængig af hvor i landet vi bor.

Børnenes alder på interviewtidspunktet varierer fra 12 til 17 år, og selvom alderen kan have stor betydning for forældrenes behov, er der mange pointer omkring forældrenes behov for hjælp og støtte, som går på tværs af børnenes alder. Alle interviewedes børn er startet ud med ambulant behandling gennem Børne- og ungdomspsykiatrien, og fire af de interviewedes børn har igennem behandlingsforløbet været indlagt en eller flere gang. Fire af de interviewedes børn er på interviewtidspunktet fortsat i behandling – heraf to ambulant, mens to er anbragt ude for hjemmet. Kun to af de interviewedes børn er på behandlingstidspunktet således, kommet sig fra deres spiseforstyrrelse og betragtes som raske.

Det er desuden kendt at børn og unge som får en spiseforstyrrelse ofte også er forbundet med komorbiditet, altså også kan have andre psykiske sygdomme med alvorlige komplikationer (Jeppesen et al, s. 228). Gennem vores interviews kommer det frem, at flere af respondenternes

børn også lider af andre psykiske sygdomme herunder særligt angst, autisme, Aspergers og depression.

Rekruttering af respondenter

Forældrene vi har interviewet er primært blevet rekrutteret via opslag på LinkedIn og Facebook. Til at starte med lagde vi et opslag (se bilag 1) på egen LinkedIn- og Facebook profil, hvilket desværre ikke gav nogle tilbagemeldinger. Vi forsøgte herefter at få adgang til Facebookgrupper for forældre til børn med spiseforstyrrelse. Her blev vi afvist med henvisning til at gruppen udelukkende henvender sig mod pårørende og at disse kan være i sårbare positioner, som skal behandles varsomt. Administrator henviste i stedet bl.a. til Landsforeningen Mod Spiseforstyrrelser og selvskade (LMS).

Efter dialog med kommunikations- og fundraising chef hos LMS, tilbød de at lægge vores opslag op på deres Facebookgruppe – kort tid efter dette opslag blev lagt op begyndte vi at modtage tilkendegivelser fra forældre, der gerne ville deltage i vores undersøgelse.

Rekrutteringen af respondenter er sket ved hjælp af ”snowball sampling” (Århus Universitet), som betyder at vi har fået andre til at videresende vores forespørgsel om interview til andre. Denne rekrutteringsform skaber problemer i forhold til at generalisere fund og konklusioner, da vi som forskere ikke har kontrol, hvem der rekrutteres, og respondenterne ikke er udvalgt efter et tilfældighedsprincip. Omvendt er fordelene ved ”snowball sampling”, at man relativt hurtigt kommer i kontakt med respondenter, og at man sikrer sig bekvem adgang til den gruppe, man ønsker at undersøge (Århus Universitet).

Flere af respondenterne beskriver sig selv som ressourcestærke – hovedparten af respondenterne har en mellemlang videregående uddannelse, hvoraf fire af respondenterne har en socialfaglig baggrund – tre af disse arbejder med velfærdsydelser indenfor den kommunale sektor. For vores undersøgelse kan det betyde, at resultaterne er positivt påvirket, i det vores respondenter måske har bedre forudsætninger for at sætte sig ind i, hvordan velfærdssystemet fungerer, og derved kende deres rettigheder og muligheder bedre end andre. Familier med færre ressourcer, eller familier som ikke har så indgående et kendskab til det offentlige system, vil formentlig opleve

større vanskeligheder i mødet med det offentlige system jf. Moesby-Jensens konstatering af, at der findes klare forskelle i sagsbehandlingen, når der differentieres mellem ressourcestærke og ressource svage forældre (Moesby-Jensen 2014, s. 23).

Udgangspunktet for interviewene var en åben interviewguide (se bilag 2), som tog afsæt i familiernes forløb set fra forældrenes perspektiv – fra de begyndte at få mistanke om at noget var galt og frem til interviewtidspunktet.

Da respondenterne blev rekrutteret via sociale medier, er de som tidligere nævnt, bosat i hele landet. På den baggrund traf vi beslutning om at gennemføre al interview aktivitet via digital opkobling på Teams. Baggrunden herfor var at sikre så ensartede vilkår for dataindsamling som muligt, så vi reducerede og ensartede påvirkningsfaktorer mest muligt.

Interviewene blev optaget i Teams mødet, hvorefter lydfilen blev gemt og billedfilen slettet. Herefter er lydfilen blevet transskriberet. En opgave vi af tidshensyn har udliciteret til en konsulent, til trods for og velvidende at transskriptionsprocessen kan ses som begyndelsen på den analytiske fase (Ingemann, Kjeldsen, Nørup, Rasmussen 2019, s. 199). Formålet med transskriberingen er at få omsat interviewet til en tekstmæssig form, da det giver os de bedste forudsætninger for at arbejde analytisk med materialet.

I vores refleksioner efter hvert interview, blev vi bevidste om det indtryk det gjorde på os at høre respondenternes beskrivelser af deres forløb. Vi blev begge påvirkede af de meget personlige og voldsomme beskrivelser, respondenterne gav af deres forløb med et barn ramt af spiseforstyrrelse. Det bevægede os og fik betydning for vores omsorg for respondenterne i interview situationen. Vi stiller os meget ydmyge overfor det faktum, at vi blev lukket i en lille del af respondenternes liv og er taknemmelige for at respondenterne, via deres fortælling igen gennemlevede den af deres liv, som har været smertefuldt og, i nogle tilfælde, uudholdeligt.

[Databehandling og analyse](#)

Vores analyse af data indhentet via interviews af seks forskellige forældre til børn ramt af en spiseforstyrrelse, tager afsæt i en meningskondenserende analyse. Meningskondensering som

metode betyder bl.a. at meninger, som respondenter udtrykker i eksempelvis semistrukturerede interviews, inddrages i kortere formuleringer. På samme måde kan længere udsagn og formuleringer komprimeres, så hovedbetydningen omformuleres med færre ord (Kvale 1997, s. 192). Vi har valgt en fremgangsmåde, hvor vi ved første gennemlæsning af de transskriberede interviews, læste alle interviewene igennem i deres helhed, med det formål at få et overblik over, hvad interviewene handlede om og for at finde frem til, hvilke temaer, der var på spil. Herefter gennemgik vi endnu engang interviewene fra begyndelsen, med det formål at dele interviewene op i mindre dele, svarende til de temaer vi fandt var på spil - temaerne kategoriserede vi i forskellige farver. Da vi kunne se, at flere af vores afgrænsede tekststykker handlede om flere temaer, valgte vi at dele disse tekststykker op i de forskellige temaer. Herefter gennemgik vi de identificerede temaer, så vi kunne få et overblik over, om der var temaer der overlappede hinanden og således kunne samles. Til sidst gennemgik vi de enkelte temaer med henblik på at finde essensen af hvert tema. Med essensen af temaerne på plads, har vi til slut udarbejdet en opsamling af interviewene, hvor vi med udgangspunkt i citater og fortolkninger fremhæver de pointer, vi har fundet frem til.

Bias og etik

Inden vi foretog vores interview, forholdt vi os til etiske principper som fortrolighed, anonymitet, privathed, og samtykke.

I forbindelse med både udformningen af vores interviewguide, i selve interviewsituationen, og ved bearbejdningen af vores materiale, har vi været opmærksomme på ikke at sætte respondenter i bås og i stedet møde respondenter med åbent sind i et møde eller "rum", der så vidt det er muligt er "renset" for vores egne, forudindtagne antagelser. Respondenternes perspektiv har på den måde været det absolut fremtrædende, og vi er bevidste om, at respondenter skal stå højest i vores loyalitetshieraki, så vi kan tage udgangspunkt i deres tarv (Kvællø 2016, s. 151).

Teori

I dette afsnit præsenterer vi vores anvendte teori. Først vil vi introducere Habermas' forståelser af *system* og *livsverden*, som en model for at forstå samspillet mellem mennesker og system.

Baggrunden for vores valg af Habermas' forståelser af *system* og *livsverden* skal ses i lyset af, at

75% af de forældre, vi har interviewet har oplevet, at samarbejdet mellem dem, børne- og ungdomspsykiatrien og/ eller kommunen har været mangelfuldt eller ligefrem dårligt. Ved at læne os op ad Habermas' forståelser af *system* og *livsverden* ønsker vi at tydeliggøre samspillet mellem individ og system, herunder at klargøre perspektiver på, hvorfor samspillet kan være svært.

Herefter præsenterer vi Bronfenbrenners økologiske udviklingsmodel, der illustrerer, at individet ikke er uafhængigt af familie, netværk og det omgivende samfund, men at al udvikling skal ske i sammenhæng med de omgivelser, individet indgår i.

Baggrunden for vores valg af Bronfenbrenner som teoretisk indgangsvinkel er, at Bronfenbrenners økologiske udviklingsmodel er en central forståelse bag ICS (Integrated Children's System), der er et system, som størstedelen af de danske kommuner bruger i deres udarbejdelse af en børnefaglig undersøgelse.

Formålet med ICS er at styrke kvaliteten i sagsbehandlingen ved at understøtte en systematisk og helhedsorienteret tilgang, der sætter barnets behov i centrum (Socialstyrelsen 2018, s. 12). ICS er bygget op omkring et helhedsorienteret perspektiv² og et bio-psyko-socialt perspektiv³ på den menneskelige udvikling (Socialstyrelsen 2018, s. 32). Vi vil derfor også i vores teoriafsnit kort berøre de psykologiske teorier der tages udgangspunkt i, i ICS.

² Et helhedsorienteret perspektiv betyder at både barnet og dets familie anskues som værende en del af en større kontekst. (Socialstyrelsen 2018, s. 32).

³ Et bio-psyko-socialt perspektiv betyder, at det enkelte menneske skal forstås både ud fra dets biologi, individuelle, psykologiske struktur og sociale kontekst. Det biologiske, det psykologiske og det sociale er dimensioner, som både forudsætter hinanden og er i stadig påvirkning og samspilsproces (Socialstyrelsen 2018, s. 35).

Habermas System og Livsverden

Filosof og sociolog Jürgen Habermas (f. 1929), har gennem hele hans virke beskæftiget sig med både filosofi og sociologi. Habermas beskæftiger sig blandt andet med velfærdssamfundet og en kritik af bevidsthedsfilosofiens subjekt/objekt model⁴. Denne problematiserer Habermas for at se bort fra det væsentlige aspekt ved tilværelsen: *“At vi på forhånd er indfældet i strukturer af sprog og inter-subjektivitet”* (Nørager 1993, s. 11). I stedet ville Habermas overbevise om, at det var nødvendigt med en ny forståelse og et skifte til en kommunikativ handlingsteori, der tager højde for den præmis, at kommunikation mellem mennesker medvirker til at skabe det unikke menneske (Nørager 1993, s. 11).

Som en del af Habermas' teori, konstaterer han, at livet i det senmoderne leves på to forskellige måder sideløbende - i det Habermas kalder *system* og *livsverdenen* (Brejnrod, Grubb & Kauffeldt 2017, s. 69).

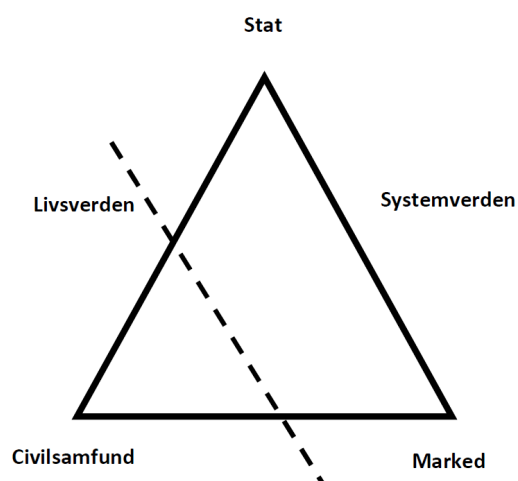
Teorien om *system* og *livsverden*, er en del af Habermas' komplicerede teorikompleks og forståelse af verdenen. Det er væsentligt at holde sig for øje, at teorien er udformet i lyset af efterkrigstiden og forfattet i løbet i 1970'erne og 1980'erne, hvor samfundet og udviklingen af dette tog sig noget anderledes ud end i dag (Nørager 1993, s. 12). Ligeledes skal teorien læses og forstås som en del af Habermas' kritiske teori, som må forstås, er en normativ teori - altså en teori der fastsætter normer for, hvad man bør- og ikke bør gøre (Hammerlin & Larsen 2019, s. 246). Væsentligt er det også at pointere, at Habermas har en åbenlys holdning til at kolonisering af *livsverdenen* er forkert og bør standses - med kolonisering mener Habermas, at *systemet* indtager *livsverden*. Dette mener han med afsæt i, at han per definition er kritisk over for samfundets strukturer og styringsmekanismer - jf. hans ophav ved frankfurterskolen⁵ og den kritiske tænkning (Ramsay, 2013, s. 195).

⁴ I bevidsthedsfilosofiens subjekt/objekt model, formidles omverden (objektet), til subjektet. Subjektet opfattes erkendende og handlende isoleret og uden samtalepartner.

⁵ Frankfurterskolen - oprindeligt kaldt Institut für Sozialforschung, blev grundlagt i 1923 i Frankfurt am Main. Skolen bestod af en gruppe tyske sociologer, filosoffer og andre intellektuelle, der arbejdede med at udvikle "kritisk teori" som en omfattende samfundsteori, der skulle forene resultaterne fra filosofi, sociologi, psykologi m.m.

Pasningen af børn i daginstitutioner i det senmoderne samfund, kan eksempelvis ses som et udtryk for, at *systemet* har koloniseret *livsverdenen* - ved her at overtage en funktion, der tidligere blev løst i *livsverdenen*, ved at børnene blev passet hjemme (Nørager 1993, s. 193/ Brejnrod, Grubb & Kauffeldt 2017, s.75). Vi vil på samme vis anvende forståelsen af *system* og *livsverden*, til at sætte ramme for én forståelse af samspillet og udfordringerne i samspillet mellem "hjælpesystem" (kommune & region) og "borger".

Som nævnt skelner Habermas i hans forståelse af det senmoderne samfund – som vi i denne kontekst tolker som velfærdssamfundet, mellem det han kalder *system* og *livsverden* (se figur 2):



Figur 2: velfærdstrekantens opdeling ift. *system* og *livsverden*
(Fortolket fra Brejnrod et al, s. 14, s. 70 & s. 75)

Han mener mennesker både kan optræde i system og i livsverdenen, men med forskellig funktion, rolle og oplevelse jævnfør velfærdstrekanten tre elementer:

Staten er repræsenteret ved stabilitet og forudsigelighed, hierarki, administrative procedure og mulighed for regulering og tvang. Her kan eksempelvis forhandles og tilbydes generelle ydelser til borgerne såsom sygesikring, pensioner, kontanthjælp mm., som alle borgere kan modtage på baggrund af nogle særlige vilkår.

Markedet forstås som firmaer og virksomheder, der har profit som rationale, operer med kontrakt og bytteforhold og spredt konkurrence. Her kan leveres sociale velfærdsydelser. Til tider kan der være nogle "gråzoner" mellem stat og marked, da mange regionale og kommunale tilbud på eksempelvis det specialiserede voksenområde er takstreguleret og sælger pladser til alle

kommuner og derved indgår i lige konkurrence med private virksomheder og må leve efter samme styringsmekanismer.

Civilsamfundet kendetegnes ved fællesskab, gensidighed, sociale bånd og spontan solidaritet. Den særlig frivilligheds- og foreningskultur vi har i Danmark, hvor vi alle i højere eller mindre grad bidrager frivilligt til alles glæde og gavn, er et godt eksempel på civilsamfundets styrke og vigtighed (Brejnrod et al, s.14).

Den dualistiske forståelsesramme mellem *system* og *livsverden* kobler Habermas med den menneskelige handlen, som han angiver at være orienteret efter to forskellige handlingsrationaler - henholdsvis forståelsesorienteret handlen eller målorienteret handlen (Andersen 2013, s. 393). Med menneskelig handlen forstås de motiver og rationaler, der ligger til grund for menneskers ageren, gøren og laden (Brejnrod et al, s. 169).

At handle forståelsesorienteret forstår Habermas som et socialt fænomen, af kommunikerende karakter. Denne menneskelige handlen foregår ifølge Habermas i *livsverden* og rationalet er her hvad der foregår menneskerne imellem, snarere end resultatet af denne handlen. Livsverdenen er således kendetegnet ved de sproglige, sociale og kulturelle ressourcer vi trækker på og det er her vi skaber og udvikler mening, solidaritet og identitet (Nørager 1993, s. 140-143).

Systemet udgøres typisk af de økonomiske og politiske områder og er forbundet med penge og magt. I *systemet* handler mennesket målorienteret, som forstås som værende enten social (strategisk handlen) eller ikke social (instrumentel handlen). Målorienterede handlinger betragtes som rationelle – når virkningen af handlingen vel og mærke lever op til det der forventedes med handlingen.

Systemet er repræsenteret ved de dele af samfundet der varetager den materielle reproduktion. Her skabes eksempelvis varer og serviceydelser, der kan sikre menneskets overlevelse (Nørager 1993, s. 150-155/ Brejnrod et al, s. 70).

Kolonisering af livsverden

Samfundet udgøres af et samspil mellem system og livsverden, der er gensidigt afhængige. (Andersen 2013, s. 393).

Den gensidige afhængighed mellem *system* og *livsverden* er – ligesom mange andre gensidige afhængigheder, forbundet med en fin balance. Overlappet mellem de to, skal være tilpas og må ikke blive for stort. *System* og *livsverden* udfoldes i et samspil og hænger uløseligt sammen med forandringer gennem tid. Ifølge Habermas er der på den ene side sket en rationalisering af *livsverdenen*, og på den anden side er der sket en kompleksitetsstigning i *systemet*. Konsekvensen for samfundet bliver, at kommunikativ handlen, til tider, erstattes af strategisk handlen via penge og magt. Derved begynder penge og magt at gribe ind i kulturel reproduktion, i den sociale integration og socialisationen, hvilket i Habermas forståelse ses som en kolonisering af livsverdenen (Nørager 1993, s.192/ Andersen 2013, s. 393).

Habermas peger på, at der vil opstå problemer - om end der ikke er tale om en katastrofe teori, hvis *livsverdenen* koloniseres af *system*. Hvis eller når vi oplever, at *system* koloniserer *livsverdenen*, vil vi opleve, at regler og systemer påvirker vores hverdag og overrumpler vores egen oplevede *livsverden*. Dette kan være skadeligt for individets udvikling, da Individet oplever identitetstruende kriser eller sygdomstegn herunder sociale udfordringer (hjemløshed, arbejdsløshed mm.). Eksempler på dette kan være udbredt meningsløshed, selvtilstrækkelighed og identitetsløshed. Alle faktorer som ifølge Habermas er trusler mod samfundets sammenhængskraft (Nørager 1993, s. 192/ Andersen 2013, s. 400).

Den del af *systemet* vi i denne afhandling interesserer os for, er behandlingspsykiatrien og kommunerne - altså *systemets* leverandører af velfærdsydelse eller hjælpersystemet i velfærdssamfundet. Den del af *livsverdenen* vi i denne afhandling interesserer os for, er de børn og forældre med behov for hjælp, som overstiger hvad der kan løses i familien og dennes netværk.

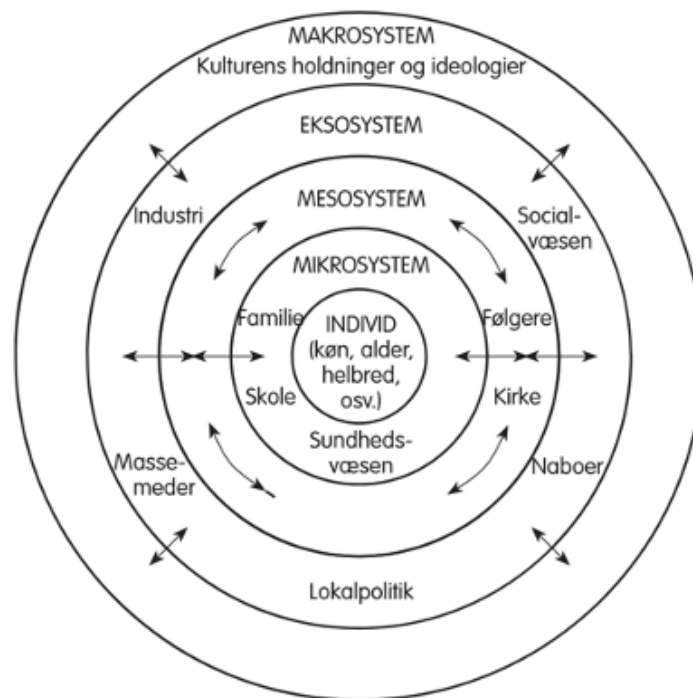
Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel

Den amerikanske forsker Urie Bronfenbrenner (f. 1917) præsenterede i 1979 en model for studiet om menneskelig udvikling, som han kaldte for den socialøkologiske udviklingsmodel. Da den gængse udviklingspsykologi på daværende tidspunkt var optaget af at studere den enkeltes udvikling som en indre proces, der var afhængig af konteksten og kunne studeres i laboratorier og forsøgsrum ønskede Bronfenbrenners som et modsvar på denne tilgang at påvise, at individet ikke er uafhængigt af familie, netværk og det omgivende samfund, men at al udvikling derimod skal ske i sammenhæng med de omgivelser individet indgår i (Meeuwisse & Swärd 2014, s. 207).

Bronfenbrenner ville med sin forskning således overbevise verden om, at hvis vi skal kunne hjælpe de mennesker som er udsatte, er vi også nødt til at ændre de omgivelser der er omkring dem og således ikke blot anskue et menneskes udvikling ud fra et individorienteret perspektiv.

Bronfenbrenner understreger i hans forskning, at vi må anskue barnet i relation og sammenhæng til og med flere miljøer – også omtalt som systemer. Således er et barn forankret i flere miljøer eller økologiske systemer, ofte på samme tid og i forskellige økosystemer. Et eksempel herpå er barnet, der dels er forankret i et system i hjemmet med forældre og søskende og andre slægtninge, dels er indlejret i et system i skolen med lærere og andre elever. Både familien og skolen er så igen forankret i et samfund(system) og i et kultursystem. For alle disse systemer gælder det, at de påvirker hinanden i alle dele af barnets liv (Socialstyrelsen 2018, s. 33).

Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel arbejder med fire analyseniveauer, som ikke ligger hierarkisk over hinanden, men som er indlejret i hinanden som russiske dukker (Se figur 3).



Figur 3. Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel.

Udarbejdet efter inspiration fra blandt andet Meuwisse & Swärd 2014, s. 209)

Længst inde i midten ses individet (barnet). Barnets nærmeste økosystem er **Mikrosystemet** som er familie, venner, naboer, skole og fritidsmiljø der påvirker barnet direkte. Dernæst kommer forbindelserne mellem de elementer, der omgiver barnet - **Mesosystemet**. Mesosystemet belyser de forhold der er mellem forældrene og skolelærerne, pædagog, sagsbehandler osv. og beskrives som værende af stor betydning for barnets udvikling. Hvis eksempelvis samarbejdet mellem barnets forældre og de øvrige betydningsfulde voksne i barnets mikrosystem er problematisk, kan det have en negativ betydning for barnets udvikling.

Næste økosystem er forbindelserne mellem de sociale sammenhænge, som ikke direkte involverer barnet. Dette led beskrives som **eksosystemet**. Eksosystemet involverer forbindelser mellem sociale omgivelser, der ikke direkte involverer barnet, men som alligevel kan have en betydning for barnets udvikling. For eksempel kan et barns oplevelse derhjemme være påvirket af forældrenes oplevelser på arbejdet. Hvis en forælder mister sit arbejde, kan der opstå utryghed forældrene imellem, hvilket så kan resultere i ændringer i deres samspil med barnet.

Næste økosystem er den overordnede kultur, religion og sociale normer, der påvirker alle andre. Dette system defineres som **Makrosystemet**.

Og endelig er der tid - som ændrer alt igennem et livsforløb. Dette System beskrives som **Kronosystemet** og refererer til ændringer i barnet og miljøet over tid (Socialstyrelsen: 34 - 35). Eksempelvis når et barn vokser op, og vedkommendes forældre bliver skilt. Dette kan som udgangspunkt være traumatisk for deres 8-årig søn, som i situationen kan reagere ved eksempelvis ikke at ville sove om natten. Et par år senere har sønnen måske tilpasset sig familiens nye status og opleves nu af omverden som velfungerende. Senere i drengens liv, flytter morens nye kæreste dog ind i deres lille lejlighed, og samspillet mellem drengen og hans mor kan igen blive svært. Derfor er der med Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel også lagt vægt på, at udvikling sker hele livet og teorien skal derfor ikke kun anvendes på børn (Meeuwisse & Swärd 2014, s. 212)

Med Bronfenbrenners model tilbydes en tilgang, hvor de professionelle ikke kun nøjes med at have øje på det enkelte individ med en mekanisk tilgang og et lineært fokus. Med Bronfenbrenners model kan man tilgå analysen med et cirkulært og procesorienteret afsæt. Den spiseforstyrrede pige, befinder sig i en verden, der kan anskues som et helt system, hvor mikroniveauet er pigens helt tætte relationer i det helt nære system, mens forholdet mellem pigens nære og deres omgivelser også tillægges en væsentlig rolle for pigens udvikling. Samtidig med dette fokus er man også nødt til at se på og forstå forhold der indirekte spiller ind på pigens udvikling, da eksempelvis forældrenes fysiske, mentale og psykiske tilstand kan have stor betydning for deres samspil med pigen. I et sådan økologisk system har vi længst ude makrosystemet, der udgøres af lovgivning, politik og andre områder og som også kan være afgørende for den udvikling, som pigen gennemgår.

På den måde opfordrer Bronfenbrenner til, at vi ser på mennesket som en del af et større socialt system; et system hvor omverdenen spiller ind med forskellige positive og negative effekter på individets (og systemernes) udviklingsmuligheder.

Ifølge Bronfenbrenner rækker det ikke blot at erkende, at der er en sammenhæng mellem de forskellige niveauer. Man må således forstå teorien meget konkret. Bronfenbrenner betoner

vigtigheden af, at det er muligt at analysere samspillet mellem individer og det omgivende samfund på et hverdagsniveau. Og sådan er det muligt at afdække den konkrete betydning af et individs interaktion med de omgivende niveauer for det enkelte menneskes udvikling helt ind i hverdagslivet (Meeuwisse & Swärd, 2014, s. 208).

Når man således først er i stand til at bestemme og vurdere belastningsfaktorerne i børnenes liv for dernæst at kunne placere og kategorisere faktorerne i relation til de forskellige samfunds niveauer, så fremgår det med tydelighed, hvor man skal fokusere, såfremt man vil beskytte børnene fra en for høj koncentration af belastningsfaktorer, der ellers kan true deres udvikling.

Bronfenbrenners udgangspunkt har selvsagt betydning for den professionelles arbejde. Når en fagperson i sit arbejde med den spiseforstyrrede pige anvender et holistisk blik, som nævnt ovenfor, fordrer dette udvidede syn på pigen og dets omgivende systemer, at fagpersonen også har blik for sig selv og måden hvorpå han eller hun også påvirker pigen, hendes forældre mv. Derfor må det også være en forudsætning, at fx socialrådgiveren er fagligt klædt på til opgaven og har de rette omstændigheder i forhold til hendes arbejdsvilkår mm, således at hun er i stand til at møde den spiseforstyrrede pige og hendes familie med lige store dele empati, faglighed og handlekraft, ligesom både sygeplejersken, overlægen, psykologen og familiebehandleren også må tilgå pigen og hendes forældre med en vilje og evne til at sætte sig ind i den dagligdag, som familien lever i. Men empati, faglighed og handlekraft gør det ikke alene; Afgørende er det også, at den fagprofessionelle forstår, at pigen og hendes familie er en del af et system, hvor menneskelige følelser i forskellige udtryk og med forskellig baggrunde kan have afgørende betydning for hendes udvikling.

En helhedsorienteret tilgang til behandling af spiseforstyrrelse

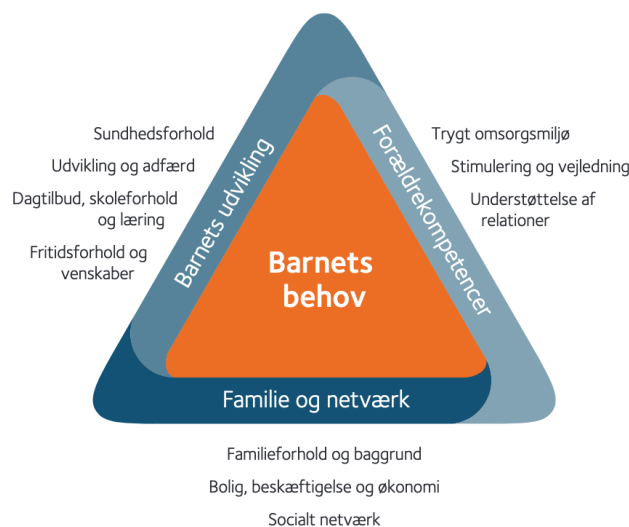
Vi har i ovenstående afsnit beskrevet de to hovedteorier vi har valgt at bruge i vores analyse.

Årsagerne til en spiseforstyrrelse er som tidligere nævnt multifaktorielle (Skårderud et al, s. 21), hvilket også underbygges af Sundhedsstyrelsen *forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser*, der her lægger op til en helhedsorienteret behandling på tværs af de forskellige sektorer (Sundhedsstyrelsen, 2017). Vi vil i det kommende afsnit derfor beskrive den tilgang der primært benyttes inden for det socialfaglige felt og derigennem redegøre for, hvilke muligheder kommunen har for at iværksætte en helhedsorienteret behandlingstilgang hos familier hvor barnet eller den unge har en spiseforstyrrelse. Dette vil vi gøre, fordi vi finder det relevant for læseren at forstå det teoretiske grundlag, som kommunerne anvender i deres socialfaglige tilgang til udsatte børn, unge og deres familier.

Socialrådgivernes redskab til en helhedsorienteret indsats

I 2010 besluttede regeringen og KL at styrke IT-understøttelsen på området for udsatte Børn og Unge. beslutningen resulterede bl.a. i implementeringen af en fællesoffentlig IT-løsning kaldet DUBU (*Digitalisering – Udsatte Børn og Unge*). DUBU blev første gang lanceret i 2011 og bygger på den socialfaglige metode ICS (*integrated Children's System*). I dag bruges DUBU i 80 kommuner i Danmark (Kombit 2022)

DUBUs centrale metode, ICS, skal, som tidligere nævnt i vores opgave, understøtte en systematisk og helhedsorienteret sagsbehandling. Således er formålet med ICS at støtte sagsbehandleren til at komme 'hele vejen rundt' om de områder og faktorer, der er relevante for behandlingen. ICS er illustreret som en trekant, hvor barnets eller den unges behov udgør trekantens centrum. Bunden af trekanten omhandler 'familie og netværk', og den venstre side rummer 'barnets udvikling', mens højre side er rettet mod 'forældrekompetencer' (se figur 4):



(Figur 4. Socialstyrelsen 2018, s. 13)

ICS er baseret på den grundlæggende forståelse af, at barnets behov formes i et tæt samspil mellem barnets udvikling, familien og netværket og forældrenes kompetencer. ICS er således bygget op, så sagsbehandleren i sit arbejde løbende inddrager barnet, familien og netværket, der således aktivt er medvirkende til at løse barnets og familiens problemer og/eller at afdække muligheder for kompensation eller indsatser. Man har således ønsket konstant at holde fokus på ressourcer såvel som på problemer (Socialstyrelsen 2018, s.12).

Det teoretiske fundament for ISC er multiteoretisk og bygger på viden som er funderet både i biologien, psykologien og sociologien. Det sociologiske fundament bygger på Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel, mens det psykologiske fundament bygger på forskellige psykologiske teorier, som anses som væsentlige ift. at forstå et barns udvikling – de psykologiske afsæt tager udgangspunkt i viden om udviklingspsykologi, tilknytning, affektregulering, mentalisering, resiliens samt forståelsen af risiko og beskyttelsesfaktorer (Socialstyrelsen 2018, s. 32- 43).

En afdækning af højre side kan hjælpe sagsbehandleren med at udvikle hypoteser og faglige vurderinger vedrørende betydningen af interaktions- og samspilsmønstre mellem forældre og barn eller ung og således støtte sagsbehandleren i at afdække, hvorvidt der eksisterer en mulig forbindelse mellem forældrenes aktuelle udfoldelse af omsorgsgiverkompetence og barnets eller den unges aktuelle tegn på mistrivsel (Jakobsen & Rask 2019, s. 3)

Omsorgsgiverkompetence

Begrebet omsorgskompetence dækker over de handlinger, som omsorgsgiveren udfører i interaktion med barnet eller den unge. omsorgsgiverkompetence er dynamisk forstået på den måde, at kompetencen ikke er givet som en fast, absolut størrelse – én gang for alle. I stedet udgøres kompetencen af handlinger, der sker og opstår i et relationelt samspil og med de dynamikker og processer, som familier lever i og med. udtrykt på en anden måde skal omsorgsgiverkompetencen ses og forstås i en kontekst (Jakobsen & Rask 2019, s. 3).

Affektreguleringskompetence

Affektreguleringskompetencen er som omsorgsgiverkompetencen dynamisk, og evnen til at kunne affektregulere afhænger dels af den aktuelle sammenhæng, dels af de konkrete relationer, et individ indgår i.

Vores kompetencer er åbenlyst forskellige fra person til person, bl.a. som konsekvens af, at vores hjerner modnes og udvikler sig, specielt i barndommen. Denne udviklingsproces betyder, at vores kompetencer udi refleksion og abstraktion styrkes og udvikles, når det neurologiske potentiale er til rådighed. Dette forhold gælder også for kompetencen til affektregulering.

Kompetence til affektregulering udtrykkes som relevant kontrol, udsættelse af egne behov og evne til at fokusere. Med andre ord: at fokusere sin opmærksomhed mod noget bestemt. Et barn har behov for, i et langsomt tempo og over en længere periode at modtage hjælp til at regulere og identificere sine følelser og umiddelbare behov. Derfor må barnet eller den unge guides, spejles og afstemmes således, at det fremmer barnets eller den unges udvikling – altså med afsæt i sine potentialer og med fokus på de livsarenaer, hvori barnet eller den unge færdes og skal færdes fremover (Jakobsen & Rask 2019, s. 4-5).

Mentaliseringskompetence

Udviklingen af mentaliseringskompetence fordrer en sund tilknytningsrelation.

Mentaliseringskompetencen opleves når et menneske rummer kompetencen til at registrere sine følelser, stoppe op og overveje, hvorvidt og hvordan den pågældende vil handle, og hvilke påvirkninger og betydninger de forskellige handlemuligheder rummer.

Kompetencen til mentalisering har fundamental betydning for omsorgs- kompetencen.

Barnet har således behov for, at forældre kan mentalisere. I de tidlige leveår er barnet særligt sårbart og klarer kun kortere perioder af frustration, idet hjernens udviklingsniveau endnu har gjort barnet i stand til at berolige sig selv med årsager til handlemuligheder i frustrationen. Et barn på tre måneder kan således ikke berolige sig selv med et "indre ræsonnement" som "far og mor er trætte og behøver en hel nats søvn, og derfor får jeg først mad i morgen". Barnet er derfor helt afhængigt af forældrenes kompetence til at udsætte deres egne behov (Jakobsen & Rask 2019, s. 5-6).

Som det fremgår af figur 4, ser vi at der på højre side af ICS-trekanten er udvalgt tre dimensioner, som skal støtte socialrådgiveren i arbejdet med at kortlægge omsorgsgiverkompetencer: 'Trygt omsorgsmiljø', 'Stimulering og vejledning' og 'Understøttelse af relationer'.

Med udviklede kompetencer til affektregulering og mentalisering er det muligt at skabe et trygt omsorgsmiljø med den nødvendige positive udvikling af relationer, stimulering og vejledning. det er vigtigt her at understrege, at de dimensioner, der gennem ICS- modellen fokuserer på omsorgsgiverkompetencer og dermed barnets omsorgsmiljø, ikke kan betragtes som absolutte og entydige. I stedet skal de altid sættes i relation til det enkelte barns aktuelle udvikling, barnets potentiale, kompetence, motivation og den aktuelle situation, barnet befinder sig i.

Der er således ikke tale om faste, målbare størrelser, men om handlekompetencer, der rummer potentiale til at give barnet mulighed for tilknytning, affektregulering og mentalisering (Jakobsen & Rask 2019, s. 8).

Fokus på forældre støtte

Finn Skårderud (Norsk psykiater og forfatter), Bente Sommerfeldt (psykolog og faglig direktør ved Villa SULT/ Institutt for spiseforstyrrelser) og Paul Robinson (britisk psykiater og MBT-terapeut) redegør i bogen SULT fra 2020 for, hvordan det er frugtbart at anvende mentalisering som et opdateret sprog til at beskrive, forstå og møde spiseforstyrrelser. Langt de fleste børn og unge som er i behandling for en spiseforstyrrelse – ambulant såvel som ved indlæggelse – har en tæt relation til deres forældre. De forældre vi har interviewet, omtaler sig selv som værende blevet

defineret som deres barns behandler, hvilket betyder at de også skal være i stand til at agere "professionelt" i ofte meget svære og følelsetunge situationer. Forældrene skal således kunne agere som trygge omsorgspersoner, som den spiseforstyrrede kan læne sig op ad og samtidig skal forældrene kunne mestre strategier, der gør dem i stand til at rumme barnets følelser og være rollemodel for, at det svære i livet kan klares:

"Alle har brug for trygge mennesker at læne sig op ad, ikke mindst i forbindelse med alvorlig undervægt, eller når man lever i et kaos af overspisning og renselse"
(Skårderud et al 2020, s. 17).

Fokus i denne opgave er som tidligere beskrevet rettet mod *forældrenes* – og ikke barnets eller systemets perspektiv. Vores fokus i denne opgave vil derfor heller ikke være rettet mod den direkte behandling af den spiseforstyrrede, men derimod fokusere på hvorfor vi ser det nødvendigt at støtte forældrene i at kunne mestre de strategier det kræver at hjælpe sit barn igennem spiseforstyrrelsen – i en hverdag hvor man som forældre kan opleve angst, skyldfølelse, magtesløshed og manglende tro på egen forældrekompetence.

Analyse

I det følgende afsnit vil vi præsentere vores analyse af de seks interviews vi har gennemført. Som beskrevet i vores metodeafsnit, har vi foretaget en meningskondenserende analyse på tværs af interviewene med det formål at finde frem til hovedpointer om forældrenes behov for støtte. Igennem vores analyse har vi fundet frem til ni pointer som har været gennemgående i vores interviews. Disse pointer har vi delt op i tre hovedpointer som beskriver vores overordnede fund (se figur 5)

Analytiske pointer

Hovedpointer og tilhørende underpointer

Forældre "tvinges" ind i rollen som behandlere

- "Lang" ventetid forværrer sygdommen og er svær at stå i
- Det opleves at fokus på mad og vægt er for ensidigt
- Den familiebaserede behandling er svær for forældrene at være i
- Et godt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og forældre er afgørende

Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte

- Forældrene er på 24/7 og oplever at være meget belastet
- Forældrene savner adgang til hjælp i krisesituationer
- Forældrene efterlyser bedre hjælp i dagligdagen

Kommunernes tilbud om støtte mangler blik for helheden

- Kommunerne underrettes ofte sent i forløbet
- En underretning til kommunen om et barns spiseforstyrrelse fører ikke automatisk til en børnefaglig undersøgelse

(Figur 5 – egne analytiske pointer)

I vores analyse vil vi belyse vores fund af hovedpointer og underpointer ved først at beskrive vores forståelse af hovedpointerne, for herefter at underbygge disse med citater fra vores interviews og tilhørende meningskondenserende forklaringer. Først analyseres hovedpointen: "Forældre "tvinges" ind i rollen som behandlere" med dertilhørende underpointer - efterfuldt af en delkonklusion. Derefter analyseres hovedpointen: "Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte med dertilhørende undertematikker – efterfulgt af en delkonklusion og til sidst analysere hovedpointen: "kommunernes støtte til familierne er ikke fyldestgørende" med dertilhørende underpointer - efterfuldt af en delkonklusion. Til slut følger en samlet konklusion.

Respondenternes udsagn er gengivet i kursiv, hvorimod interviewerens kommentarer og spørgsmål er skrevet i fed kursiv. Firkantede parenteser omkring en ellipse [...] viser, at dele af teksten, der anses for at være fremmed for konteksten, er blevet fjernet, mens tre prikker i teksten ... angiver en kort pause i historien. Når det er nødvendigt for forståelsen, er der angivet præciseringer i parentes. De navne, der bruges på informanterne, er fiktive.

Forældre ”tvinges” ind i rollen som behandlere

Den ene hovedpointe i vores fund handler om, at forældre oplever at blive ”tvunget” ind i rollen som behandlere. Denne pointe begrundes vi med, at forældrenes beskrivelser af deres møde med behandlingssystemet berører stærke og ofte meget ambivalente følelser, hvor de oplever ikke at blive hørt eller taget hånd om: når forældrene bliver klar over at de har brug for hjælp, oplever de ofte at blive mødt af et behandlingssystem, hvor ventetiden er lang og hvor de som forældre oplever at have vanskeligt ved at forstå det fokus der bliver lagt i behandlingen, samtidig med at de alle godt kan se, det afgørende i, at deres barn begynder at spise. Forældre fortæller således, at de har oplevet det svært at stå i rollen som behandler for deres barn, idet de ikke oplever at være godt nok klædt på til at varetage denne opgave, når de står i konkrete situationer hjemme. Flere forældre fortæller i den forbindelse, at de derfor oplever den familiebaserede behandling i børne- og ungdomspsykiatrien som mangelfuld, idet fokus i størstedelen af samtalerne er somatisk, hvorefter der ofte ”kun” er et kvarter tilbage til samtale om familiedynamikken og måden hvorpå de konkret kan håndtere behandlingen i hjemmet. Forældrene fortæller at de savner tidlig viden om spiseforstyrrelsen og hvordan de som forældre bedst kan håndtere deres barn i samspillet. Følgende fire underpunkter understøtter vores fund af ovenstående hovedpointe:

”Lang” ventetid forværrer sygdommen og er svært at stå i

Når ventetiden i forhold til at få hjælp for et barn ramt af spiseforstyrrelse er lang, kan det resultere i at spiseforstyrrelsen forværres – altså at barnet bliver sygere og kommer længere væk fra at komme sig. At barnets tilstand forværres, medfører ligeledes øget belastning for hele familien og der kan derved blive tale om, at ventetiden har dobbelt konsekvens for både barn og familie. Samtlige forældre i vores undersøgelse beretter om en, for dem lang ventetid hvor de har

oplevet at deres barns sygdom er blevet væsentligt forværret – Således fortæller en mor, at hun ville ønske man kunne komme til med det samme:

”Så var der fire ugers ventetid fra lægehenviisning, til vi var inde til første samtale i psykiatrien. Det er vel i princippet rimelig hurtigt... Altså det er det jo. Jeg kunne godt tænke mig der ikke var nogen ventetid. Men det er der jo!” (Mor til pige på 15 med anoreksi. Bilag 3, s. 16).

Ligeledes fortæller en anden mor om hendes bekymring for at miste hendes datter i den periode fra de var blevet indkaldt til samtale og til de havde fået en tid:

”Så får jeg et brev i starten af august, hvor der så står, at vi kan komme i midten af september... Og så tænker jeg: ”jeg er ikke sikker på, at jeg har et barn i midten af september, hvis jeg skal vente så lang tid”. Og så får jeg at vide, jamen så må jeg ringe på psykiatrisk skadestue” (Mor til pige på 14 med anoreksi. Bilag 3, s. 34).

En mor fortæller retrospekt om hendes oplevelse med at have en datter ramt af spiseforstyrrelse, ventetiden på behandlingen og hendes blik på konsekvenserne af ventetiden:

”Og jeg tror, hvis man er bedre til at stoppe det tidligere i forløbet. Så kan det være at den ikke når at vokse sig så voldsom stor (spiseforstyrrelsen, red). [...] For det er ligesom bare sådan... ja altså, jo mere jo mere energi den får, jo større bliver den, ikke” (Mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 75).

Da adgangen til behandling i regionalt regi og støtte og hjælp i kommunalt regi, af respondenterne bliver oplevet langmodig, besværlig og ret kompleks, har flere afsøgt muligheden for at modtage behandling, støtte og hjælp andetsteds. Her har både egne erfaringer qua uddannelse og beskæftigelse, netværk og ”Google” været hjælpsomme. Der er udsøgt flere relevante private virksomheder, der kan tilbyde både konkret psykologisk behandling og socialpædagogisk støtte. Men også her meldes om lange ventetider, som en mor fortæller:

"Altså vi er skrevet op til et forløb hos Molis⁶.. [...] Der er ventetid på et halvt år. Dem har jeg kontaktet og så har jeg trukket på alle de strenge jeg overhovedet kan, for at få fremrykket noget" (Mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 19).

Forældrene udtaler bekymring for hvorvidt fagprofessionelles kommunikations- og henvisningsarbejde, kan have indflydelse på hvorvidt man kan få adgang til rettidig hjælp. En mor fortæller om samarbejdet med familiens praktiserende læge:

"Jeg prøver sådan at sige, hun har tabt 15 kilo på meget, meget kort tid... Så blev der lavet sådan en meget, meget tynd henvisning (hos praktiserende læge, red) og da jeg læste den, der blev jeg bare megapresset, fordi altså man havde ingen fornemmelse af hvad der skal til for at man bliver taget ind til samtale i psykiatrien. Så jeg tænkte det her, det er så tyndt så de ikke engang vil se os. Hvad fanden gør vi så?" (Mor til pige på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 50).

Det opleves at fokus på mad og vægt er for ensidigt

I vores interviews fremgår det at alle respondenter oplever at fokus på vejning af deres barn, samt fokus på madindtag, er overvældende og virker i forældrenes optik kontraproduktivt og i flere tilfælde direkte skadelig for forældre/barn relationen. Forældrene anerkender at det er en væsentlig del af en behandlingsplan, men de fortæller samstemmigt, at de oplever at der er et ensidigt fokus på spisning, der tilsidesætter behandling af de bagvedliggende årsager. Som eksempel på en mors oplevelse af en behandlingskonsultation med vejning som omdrejningspunkt, fortæller hun:

"Ja, hun bliver strippet og så bliver hun vejet. Og til den første samtale, der fortæller lægen egentlig meget... mens min datter står der i midten af rummet... altså om hvad hun kan se (lægen, red). hvad er det hun ser, i forhold til hvor tynd hun er og hendes behåring og blå fingre og blå hænder... Og altså, alt det der man nu kan se. Det italesætter hun, mens min datter selv står der.

⁶ Molis er en privat, psykologisk praksis med speciale i autisme og ADHD

Og det er fokus de to måneder vi er der: at vi får udleveret en madplan og den skal hun så spise efter... Og så skal hun vejes igen om en uge” (Mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 7).

Det behandlingsmæssige blik på, hvorfor man er nødt til at fokusere på vægtøgning i den tidlige del af behandlingen, vedrører fysiologisk viden om at hjernen ikke fungerer ved for lav kropsvægt, hvorfor der ikke kan iværksætte terapeutiske indsatser førend barnet, er i normalvægtsområdet. I forhold til dette fortæller forældrene at de savner en større introduktion til behandlingsstrategien, da de sidder tilbage med en oplevelse af, at der ikke bliver taget hånd om det bagvedliggende i forhold til spiseforstyrrelsen. En mor fortæller om dette:

” Det her med, at det kun er somatisk i starten. Det er bare at hun skal tage på i vægt; hun skal tage på i vægt; og så skal hun skal tage på i vægt. Men der lå jo bare et helt bjerg, som der ikke var fokus på. Det er vægten der har været i fokus ikke. Det kan jeg godt se nu Karoline har taget på i vægt og hun har fået det bedre, så vi kan også arbejde med hende på en anden måde, men når man ikke ved det. Det skal man også have forklaret ikke, fordi det ved man jo ikke” (mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 83).

Præmissen om at terapeutisk arbejde kræver vægtøgning, accepteres for så vidt hos forældrene. Det opleves dog, at børnene bliver udskrevet til hjemmet så snart normalvægten opnås, hvilket flere forældre fortæller har resulteret i, at deres datter er holdt med at spise, så snart de er kommet hjem. En far fortæller:

”Fra systemets side, lige så snart man er på normalvægt, eller inde for normalvægtsområdet, så bliver man afsluttet, og så må man klare sig selv. Man går ikke ind og kigger på hvorfor og hvad og sådan noget. Det var lidt det vi savnede. Altså det skulle man selv gøre noget privat for. Der var ikke noget hjælp at hente” (far til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 25).

Samme far fortsætter med en refleksion over temaet:

"Altså jeg kan godt forstå, at der er mange børn der har tilbagefald. Fordi så snart du er på normalvægt, så bliver du stort set sluppet. Der burde man måske begynde og tænke lidt ud af boksen, og jamen hvad kan der være? Altså der er jo en grund. Som regel er der en grund til at det sker. Jeg ved godt de sagde, at nogle gange så sker det uden at der er en grund og det kan selvfølgelig også være rigtig nok. Men det virkede som om de kun havde de havde 110% fokus på at hun skulle tage på i vægt... Og det var vi også meget enige med dem i, i starten, men hvad skal der ske når vi tager hjem? Hvad skal der så ske, nu når hun tager på i vægt? Begynder I så at arbejde med at det ikke skal ske igen, og hvorfor det skete? Nej det var ikke dem. Det måtte man selv stå for" (far til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 27).

Den familiebaserede behandling er svær for forældrene at være i

Der er bred enighed om at familiebehandling, er den bedste måde at tilgå behandlingen af børn og unge ramt af spiseforstyrrelse - både i litteraturen og i regionernes forløbsbeskrivelse for behandling af børn og unge ramt af spiseforstyrrelse finder vi dette dokumenteret. Dog fortæller forældrene at det opleves meget svært og til tider ubehageligt og grænseoverskridende, som en mor fortæller:

"Ja, vi fik at vide at det er jeres ansvar det her, og det skal I tage jer af... Og så fik vi at vide, at spiseforstyrrelser kan sammenlignes med kræft... At det er lige så dødeligt. Det er lige så alvorligt, og at den medicin som en kræftpatient får - som jo er kemo- og strålebehandling... Den er jo ubehageligt at modtage... Ligesom maden for en anoreksipatient er ubehagelig at modtage. Jeg kan sagtens se den sammenhæng. Der er bare en gigaforskel og det første er at kræftpatienten godt ved at han eller hun er syg. Det gør en patient med anoreksi altså ikke" (mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 8).

En mor fortæller om hendes oplevelse af familiesamtalerne, at hun oplevede det frustrerende kun at fokusere på mad og vægt, samtidig med at hun fik at vide, at det var hende der skulle sikre, at hendes barn fik spist. Således fortæller hun:

"Og familiesamtalerne gik på?" "Mad og vægt. Og at vi som forældre var dem der skulle bestemme og det var sådan det var. Det var jeg kraftedeme godt klar over!" (mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 8).

Tilgangen til behandlingen opleves som problematisk, da forældrene oplever det særdeles besværligt at skulle agere behandlere der stiller massive krav det ene øjeblik og øjeblikket efter agere den omsorgsfulde forælder, der kan passe på sit barn. Som en mor beskriver det:

"Jeg kunne godt, altså hvis jeg sådan helt frit måtte ønske, så kunne jeg godt ønske mig at det ikke var forældrene der stod for behandlingen, men at når man kommer ind til sådan et forløb her, så bliver man tilknyttet noget dagbehandling med det samme... som minimum. Og at det er nogle behandlere der er behandlere, og at man som forældre er på sidelinjen, men er der. Fordi selvfølgelig skal vi kunne håndtere det som forældre" (mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 16).

Dette ønske om at blive bedre klædt på, går igen flere steder:

"Jeg havde brug for noget voksenstøtte, fordi at der også lægges op til at det er forældrene der er behandlere. Og man kan jo ikke behandle ud fra en viden man ikke har. Man bliver nødt til at blive klædt på, så det svarer til den opgave man faktisk bliver pålagt, som forælder" (mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 80).

Derudover peger forældrene på at der er en problematik vedrørende deres arbejdsliv. Ofte er behandlingen af en ung med spiseforstyrrelse tilrettelagt således, at man som forældre er nødt til at være til rådighed hele døgnet. Derved kan det være svært både at deltage i behandlingen af deres barn, samtidig med at man opretholder et fuldtidsarbejde. En far fortæller:

"Til det første indskrivningsmøde, der får vi at vide: "jamen som forældre er du med til at behandle hende herinde. Det er forældrebasert og det skal I ligesom". Der siger hendes mor med det

samme: "det kan ikke lade sig gøre, fordi så mister jeg mit arbejde" (far til pige på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 87).

Et godt samarbejde mellem børne- og ungdomspsykiatrien og forældre er afgørende

Igennem vores interviews kan vi se, at de forældre der har oplevet et godt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien, også er de forældre, hvis barn enten er blevet helt rask, eller hvor der opleves bedring i forhold til spiseforstyrrelsen. Det at man som forældre kan se, at den behandling ens barn får, den rent faktisk har en positiv effekt, det kan i sig selv være fordrende for et godt samarbejde. I den sammenhæng er det vigtigt at pointere, at vi i vores analyser ser, at det gode samarbejde ikke (alene) fordres af fremgang i forhold til spiseforstyrrelsen. Således fortæller en far om det afgørende i at blive taget alvorligt, når man som forældre kommer med sine udfordringer:

"Hvad for en slags behandling fik i derude?" (i børne- og ungdomspsykiatrien. red) "Altså de tog os alvorligt. Og det var vigtigt. Det havde vi egentlig ikke følt før overhovedet. Altså vi følte os i lang tid som sådan lidt "hypokonder-forældre", fordi lægerne slog vores bekymringer hen. Men her var hun til en masse undersøgelser, og de havde mange samtaler med hende også, og der kunne de ud fra undersøgelser og samtale sige: "Ja det var en spiseforstyrrelse".

Så bare det at blive mødt af en fagperson, der fortalte: "Ja, hun har en spiseforstyrrelse" – det hjalp" (Far til pige på 12 år med anoreksi, Bilag 3, s.22).

En anden mor fortæller ligeledes, at det var afgørende for hende, at hun oplevede der blev lyttet til hende. At de i børne- og ungdomspsykiatrien anerkendte hende som den "ekspert" i hendes barn, hun var – det havde stor betydning. Moderen blev på den måde inddraget i en dialog om, hvad der var af bagvedliggende problemstillinger i forhold til hendes datters spiseforstyrrelse:

"Jeg sagde ude på afdelingen at vi var nødt til at få hende screenet både for angst og depression, fordi det havde været et grundvilkår, hun havde levet med de sidste fire år, og som jeg troede lå og blokerede for en eventuel bedring af hende. Og det gør de normalt ikke. De screener dem ikke før efter tre måneder, fordi de siger deres hjerner er så påvirket, at det er rigtig svært at få noget

fornuftigt ud af så tidlig en screening. Men på baggrund af min beskrivelse af hendes sidste fire år, så gik de med til at lave en screening fra start. Det betød, at de på baggrund af screeningen faktisk vurderede, at hun var depressiv og havde angst. Derfor startede hun i medicin allerede ved vores andet fremmøde, tror jeg, tredje fremmøde var det måske. Her fik hun så Sertralin⁷, og så trappede vi op i dosis, og det havde næsten øjeblikkelig effekt. På den måde forstået, at Camilla ikke længere var selvmordstruet, og at hun virkede lidt mere rolig, mindre angstfuldt. Forandringen kom jo ikke på en gang, men jeg kunne bare langsomt se, at der skete noget med hende". (mor til datter på 14 med anoreksi, Bilag 3, s.36/37).

Modsat ser vi også de forældre som ikke oplever at samarbejdet mellem dem og børne-ungdomspsykiatrien har været godt. Her kan forældre fortælle om et samarbejde, hvor de ikke har følt sig taget alvorligt og hvor de har oplevet at blive talt ned til.

"Ja og vores datter fik jo den her sang fra de varme lande, som ikke er fra de varme lande, men om at hvis ikke hun begyndte at spise, jamen så kan hun dø af det, og hun ville blive indlagt og forsørget". "Var både din mand og dig med til samtale?". "Ja". " Fik i nogen vejledning i, hvordan I kunne støtte?". "Nej". "Hvor lang var den samtale? Var det en halv time, en time, 5 minutter?" "En halv time vil jeg tro" (mor til datter på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 56).

Flere forældre fortæller i den sammenhæng, at de oplever et alt for stort fokus på kostindtag og at de i forhold til dette fokus ikke oplever, at der bliver taget hånd om deres relation til barnet. Således fortæller en mor, at hun efter at have spist med hendes datter, oplevede at blive evalueret på hendes forældreevne:

"Det er sygt. Altså sådan at få sådan en feedback: "Jamen, du virker lidt mere autentisk, end du gjorde i går". Altså for fanden... vi spiser. Altså det har vi gjort hele vores liv, ikke. Og det fortsætter: "Det er vigtigt, at... er det en dl. du har hældt op?". Ja, det er jeg godt klar over... Altså

⁷ Sertralin er et antidepressivum som anvendes til behandling af depression.

det var helt sygt". "Det er måske et åndsvagt spørgsmål, men oplever du at der bliver taget hånd om den krise?". "Overhovedet ikke. Altså vi kommer ind ad døren i dyb krise. Tudende. Og så får vi at vide: Her er en kostplan". (mor til datter på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 56).

Samstemmende for alle forældre er det dog, at de oplever det meget vanskeligt, ikke at have samtaler uden deres barns tilstedeværelse. Dette forklarer forældrene med, at de mangler et rum hvor de som forældre har mulighed for at spørge mere nuanceret ind til deres rolle som forældre, uden at komme til at miste en forældreautoritet i deres barns øjne.

"Noget af det, der virkelig var problematisk var, at der sad vi til en samtale som forældre med en masse spørgsmål om en masse ting, og vi vidste jo, at hvis vi sad og sagde nogle af tingene med Pernille ved siden af, så ville hun gøre det modsatte, når vi kom hjem. Vi fik ikke lov til at tale med psykologen alene. Så vi havde de her 45-50 minutter, eller hvad det var til at nå alle de her ting, men vi kunne ikke lige komme ind med vores spørgsmål og vores personlige udfordringer som forældre. Fordi hvis vi sad og fortalte det, ville hun stoppe med at spise med det samme. Der følte man sig så utroligt distanceret... i det der med, at Pernille skulle være en del af det hele". (far til datter på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 94)

Delkonklusion - Forældre "tvinges" ind i rollen som behandlere

Forældrenes fortællinger og beskrivelse af deres forløb og oplevelser med både behandlingspsykiatrien og de kommunale hjælpe- og støtteforanstaltninger, peger på uoverensstemmelser mellem de behov forældrene selv oplever, og de tilbud om hjælp, støtte og behandling de tilbydes af "systemet". Ligeledes er der dissonans i de gensidige forståelser af behov for støtte og hjælp. Denne dissonans kan ifølge Habermas knyttes an til systemets kolonisering af Livsverdenen, hvor systemets forståelser har overtaget eksempelvis det moderne hospitalsvæsen.

Denne overtagelse sikrer en mere effektiv drift, som er en nødvendighed for at velfærdssamfundet, kan forblive velfærdssamfund. Men da systemets styringsrationaler er penge, magt, forudsigelighed og dets handlen målrationelt og instrumentel, bliver det kaotisk når ikke systemet kan rumme forældrenes behov. Denne kolonisering af livsverdenen definerer Habermas

som "at staten og markedet forskyder sig ind på de intime områder af livet" (Brejnrod et al 2017, s. 76), hvilket betyder at systemet forskyder sig ind i familielivet med dets rammer og regler som ikke opleves at passe ind familiernes konkrete livssituation.

De fællesvedtagne behandlingsstrategier for netop børn og unge ramt af spiseforstyrrelser, knytter an til styringsrationaler der har deres ophav i *livsverdenen*. Dette hænger fint sammen med Skåderuds pointering af, at en spiseforstyrrelse er multifaktoriel, hvorfor behandlingen af en spiseforstyrrelse derved også bør være helhedsorienteret. Habermas vil i den sammenhæng ligeledes pointere, at familieorienterede behandling bedst kan lykkes via mellem menneskelige relationer, sproglig kommunikation og nære sammenhænge.

Habermas argumenterede i sin tid for at kolonisering af *livsverden*, kunne resultere i, at forældre i en situation som de forældre, der er i fokus i denne afhandling, kunne opleve sig umyndiggjort. Således ville deres evne til at selv definere værdier og normer - og derved være gode forældre for deres børn - erodere.

Forældrenes fortællinger om dialogen og kommunikationen, med både behandlingspsykiatrien og kommunerne bærer præg af at have forskellige rationaler. Hvor alle forældre kan berette om, at de reelt er tilbudt forskellige behandlings- og støtte initiativer, kan de også berette om, at de ikke har oplevet dem tilbudt rettidigt, og ej heller er de oplevet adækvate. Forældrene fortæller, at de har rakt ud og bedt om hjælp, men ikke har modtaget den hjælp, de selv havde ønsket. Eller også har de modtaget den for sent. Det kan tyde på, at region og kommune repræsenterer en instrumentel og målorienteret handleform, til forskel for den forståelsesorienterede, som forældrene handler og kommunikerer ud fra i deres *livsverdens* forståelse. Dette kan som Habermas pointerer, resultere i oplevelse af meningsløshed, selvtilstrækkelighed og identitetsløshed - hvilket vi også syntes at kunne spore i interviewene.

Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte

Den anden hovedpointe i vores fund handler om forældre der savner adgang til mere konkret her-og-nu støtte. Denne pointe begrundes vi i forældrenes beskrivelser om forløb, som har gjort at de som familie har oplevet sig meget belastet – dette både i forhold til at stå i dagligdagssituationer

med deres barn, som de ikke har kunne håndtere, men også i forhold til den psykiske belastning de har oplevet det har været at stå i, med et barn med så alvorlig en psykiatrisk diagnose. Flere fortæller i den forbindelse at de har oplevet at være i så stor en krise, at de efterfølgende har været nødt til at arbejde med dette hos en psykolog. Flere forældre fortæller, at en "redning" for dem har været at finde en i deres netværk, som de har kunne trække på – fx i forhold til at kunne få hjælp til tabt arbejdsfortjeneste, men også i forhold til at have en at sparre med i dagligdagen. Derudover fortæller forældrene, at de har oplevet det meget vanskeligt at komme i kontakt med børne- og ungdomspsykiatrien uden for de fastlagte aftaler og derfor har savnet bedre muligheder for professionel sparring, ligesom de også alle giver udtryk for, at de savner adgang til konkret hjælp i krisesituationer. Følgende tre underpunkter understøtter vores fund af ovenstående hovedpointe:

Forældrene er på 24/7 og oplever at være meget belastede

At have et barn med en livstruende sygdom er selvfølgelig belastende for enhver forælder. De forældre vi har interviewet, fortæller alle om det vanskelige i konstant at skulle holde øje med sit barn; se sit barn få det dårligere og dårligere etc. En mor beskriver det massive pres således:

"Altså vi var jo på hele dagen og så faldt man om, om aftenen og så vågnede man om natten, fordi så kørte tankerne bare med 120km/t. og så stod man op, og så fortsatte det. Man kunne ikke bare gå væk" (Mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 75).

Forældrene fortæller alle, at de oplever det som en stor opgave at skulle varetage behandlingen af deres barns spiseforstyrrelse og at de ikke føler sig godt nok klædt på til denne opgave. Således udtaler en mor:

"...Vi bliver pålagt opgaver af så alvorlig karakter, at hvis ikke vi lykkes med det, så dør vores barn. Det svarer til, at man efter et trafikuheld, hvor man selv er helt smadret, også skal give hjertemassage. Det tænker jeg ikke, man kan forvente, at folk kan huske, hvordan man gør" (mor til pige på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 56).

Flere forældre fortæller om episoder, hvor de er endt i konflikter med deres barn omkring eksempelvis spisning, træning eller anden adfærd hos deres barn, som har været problematisk grundet spiseforstyrrelsen. En mor fortæller i interviewet om flere episoder, hvor hendes barn har haft så selvskadende en adfærd, at hun og hendes mand har været nødt til at fastholde deres datter og tilkalde politiet; episoder der har haft stor påvirkning på moderen, fortæller hun:

”Så får jeg sådanne flashbacks fra de hersens sindssyge episoder, vi har stået i med hende, hvor vi har fastholdt hende, hvor politiet har været her og slæbt afsted med hende og jamen altså alt muligt ikke [...] Nogle gange tænker jeg ”For fanden mand, har jeg fået PTSD af det her?” Altså det er så sindssygt, det man faktisk står i” (mor til pige på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 67).

Det er gennemgående at forældrene oplever, at der ikke er plads til andet i deres liv. Fokus på barnet fylder døgnet rundt, fordi børnene har det så dårligt at de heller ikke er i skole. Flere forældre fortæller, at deres barns sygdom er kommet ”snigende” og der derfor også har været en lang periode op til selve spiseforstyrrelsen, hvor deres barn har haft behov for ekstra opmærksomhed. Forældrene fortæller at det normale liv i hjemmet går i stå og at der opstår behov for en pause – en mor svarer således på vores spørgsmål.

”Kan du sige noget om hvad I havde brug for hjælp til så?” ”Vi havde brug for, at der var nogen, der var sammen med Karoline. Så vi kunne komme væk og trække vejret ind imellem. Og ikke sådan væk som ”nu skal vi på weekend”, men bare et par timer, hvor vi kunne tale sammen. Altså fordi i mange måneder har vi jo ikke kunnet tale sammen. Vi har jo skrevet sammen min mand og jeg” (mor til pige på 15 år med Anoreksi, Bilag 3, s. 12).

Flere forældre fortæller, at de generelt set har oplevet at kommunen har været villige til at tilbyde hjælp, men at det samtidig også har virket som om, at kommunen ikke har vidst hvad de skulle stille op, hvorfor forældrene ikke har en oplevelse af at være blevet mødt i den krise de som familie har stået i. Således fortæller en mor om hendes samarbejde med kommunen:

"Altså myndighedssagsbehandleren, har hele tiden sagt: 'I siger bare hvad I vil have, så får I det.... Så skal man så finde ud af, hvad det er man vil have'. 'Ja, det er jo det. Midt i en krise'. Ja præcis. Fordi nu kan jeg godt begynde at sige, hvad vi vil have, men da hun sagde det i maj, der skulle jeg bare have evnen til at holde hovedet oven vande. Og der var ikke nogen, der skulle komme med noget som helst, for jeg kunne ikke overskue andet end bare at være i det, vi var i [...] Det jeg havde brug for, det er her-og-nu krisehåndtering" (mor til pige på 15 år med Anoreksi, Bilag 3, s. 14).

Forældrene savner adgang til hjælp i krisesituationer

Flere af de interviewede har også stået i en eller flere situationer, hvor de havde behov for akut hjælp. Det har for eksempel været i situationer hvor deres barn er gået i spisestop og har tabt bekymrende mange kilo over et par dage, situationer hvor deres barn truer med selvmord, eller situationer hvor forældrene føler sig så magtesløse, at de ikke ved hvad de skal gøre. Flere forældre fortæller om situationer, hvor de har følt sig nødsaget til at kontakte psykiatrisk akutmodtagelse, men i stedet for akut hjælp er blevet henvist til en fremtidig aftale om samtale i børne- ungdomspsykiatrien. I de situationer hvor barnet allerede er indskrevet til behandling på børne- ungdomspsykiatrisk afdeling, har forældrene benyttet sig af muligheden for at ringe hertil. Forældrene beskriver dog også at hjælpen ift. krisesituationer her ikke har været tilstrækkelig. Således beskriver en mor:

"Men han (overlægen på Børne- ungdomspsykiatrisk afdeling. Red) var jo ikke særlig tilgængelig, kan man sige. Altså det var jo, jeg tror vi nåede at have fire samtaler med ham eller sådan noget, og den ene var en indlæggelsessamtale, og det andet var en udskrivningssamtale, ikke" (mor til pige på 15 år med Anoreksi, Bilag 3, s.13).

En af de forældre vi interviewede, havde på egen hånd fundet frem til en veninde, som blandt andet hjalp hende i forhold til, hvordan hun som mor til en pige med spiseforstyrrelse, bedst kunne stå i dette. Moren fortæller her, hvordan dette var en stor støtte for hende:

"Hvis nu, at du havde sådan et trylleslag. Kunne vælge uden begrænsninger i forhold til den støtte og hjælp du kunne have fået. Hvordan skulle det så have set ud? "Jamen, så tror jeg i

virkeligheden, at det her med at have en person, som forstår mig, som i virkeligheden er derude, hvor jeg er. I virkeligheden var hun ikke kun min veninde men også specialist indenfor spiseforstyrrelser, og på den måde var hun jo enormt tæt på. Altså en person som er der... fordi jeg jo ringede til hende, når jeg tænkte: "Fuck... hvad gør jeg?". Altså jeg kunne også ringe til Bispebjerg. Så skulle jeg bare ringe i telefontiden, og så kunne jeg lægge en besked, og så var der måske nogle, der kunne ringe tilbage.... Altså det her med at have én som var derude, hvor jeg var. Som jeg kunne række ud til og sige: "Prøv og hør. Det er lige det her, jeg oplever i dag. Lyt til mig. Hvad gør jeg? Er jeg på rette vej? Er jeg kørt af sporet? Er det rigtigt, at hun gør sådan her?" Hos min veninde kunne jeg få spejlet det jeg stod i, og få at vide: "Prøv og hør. Det er helt normalt, det der sker". "Så kan jeg godt fortsætte med at gøre det jeg gør?" kunne jeg spørge hende. Og hun svarede: "Ja, det kan du godt." Det at have nogen, der er derude, som man kan række ud til i hverdagen - det synes jeg er noget af det, man skal satse på. Fordi behovet opstår jo typisk akut. Nå jamen, så vi har en tid på torsdag, men det er nu vi har problemet, og hvordan klarer vi så tiden fra mandag til torsdag?" (mor til pige på 14 med anoreksi, Bilag 3, s. 45).

Forældrene efterlyser bedre hjælp i dagligdagen

Generelt for de forældre vi har interviewet, har det været gældende, at størstedelen har en socialfaglig baggrund og derfor også oplever at have relativt mange værktøjer at gribe i, i forhold til at kunne bevare en god relation til deres barn. Den gode relation er dermed ofte bevaret på trods af, at forældrene som nærmeste omsorgspersoner ofte indimellem er nødt til at agere meget kontrollerende overfor barnet eller den unge, der har en spiseforstyrrelse.

Samtidig fortæller forældrene dog også, at de har stået i mange situationer, hvor de har været i tvivl om det er det rigtige, de gør. Alle de forældre vi har talt med, har været gode til selv at opsøge viden gennem litteratur og har på den måde fået en indsigt i deres barns spiseforstyrrelse, som har gjort dem bedre i stand til at håndtere hverdagen. Forældrene giver dog samtidig udtryk for at de har savnet mere konkret hjælp til at håndtere de udfordringer hverdagen har bragt med sig:

"Altså jeg kunne godt have tænkt mig, at Mads og jeg havde fået noget hjælp. Det kunne jeg godt. Man kan jo ikke bare ringe til en psykolog og få en tid nu og her, vel? Der er otte eller 10 eller 26

ugers ventetid bare hos en almindelig privatpraktiserende psykolog, ikke. Og det er virkelig en akut krise, man står i. Og man ved ikke, hvad man skal gøre, og hvordan man skal reagere, gøre og føle. Jeg havde brug for noget voksenstøtte, som havde noget viden, fordi at der også lægges op til, at det er forældrene, der er behandlere. Og man kan jo ikke behandle ud fra en viden, man ikke har. Man bliver nødt til at blive klædt på, så det svarer til den opgave, man faktisk bliver pålagt, som forælder” (Mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 80).

Således fortæller en mor om hendes behov for mere konkret støtte til, hvordan hun kunne omsætte de redskaber hun blev præsenteret for i samtalerne med en psykolog i børne- og ungdomspsykiatrien. Altså hvordan hun helt konkret kunne håndtere hverdagen med hendes datter som ikke ville spise:

”Man sidder med psykologer. Og psykologer er jo rigtig gode til i virkeligheden at sige: ”Jamen nu går I hjem, og så skal I holde fast i strukturerne. I skal holde fast i rammerne, og I skal gennemføre de her måltider.” Og hvis jeg så stillede spørgsmålet: ”Og hvordan er det så, jeg gør det, når mit barn hun råber og skriger og slår, sparker og kaster maden på gulvet. Hvad er det så, jeg skal gøre?”.... Så er jeg sgu ikke helt sikker på, at jeg ville få et svar. [...] lige præcis den der omsætning fra teori til hvordan jeg helt lavpraktisk gør det, når jeg nu går ind med tallerkenen til mit barn og sætter dem foran hende. Hvad gør jeg så, når hun siger nej? Hvordan skal jeg være tydelig overfor mit barn?” (Citat: mor til pige på 14 med anoreksi, Bilag 3, s.40).

Behovet for konkret at få hjælp til, hvordan forældrene bedst kan agere i de hverdagssituationer (som jo er afgørende ift. deres barns udvikling) har været gennemgående i alle vores interviews. Forældrene giver udtryk for at deres hverdag er blevet så forandret, mens behandlingen har stået på, at præmisser for deres hverdagsliv praktisk talt er ændret fundamentalt. Det er på den måde en ny livssituation, som familien nu står i og overfor. En mor til en datter med anoreksi formulerer det på denne måde:

”Jeg har altså stået med elever, som har været udadreagerende... men jeg tænker, hvis man aldrig har stået i noget lignende, og så oplever sit barn, der bliver udadreagerende - jeg synes, det var

megavoldsomt. Der mangler man altså noget viden om, hvad man kan og skal gøre” (Mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 74).

Og moderen fortsætter:

Så hvis nu man blev oplyst noget før og lidt mere indgående og havde ikke bare en samtale, men også sådan så man havde mulighed for måske nogle gange - bare en halv time i hvert fald: at man blev klædt på til at kunne gribe det an. Fordi det er os der står med det herhjemme. Det er at vi både er behandlere og forældre og diætist. Jeg vidste jo heller ikke hvad hun skulle spise” (Mor til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 75).

Som vi ser i ovennævnte citater, efterlyser forældrene bedre hjælp i dagligdagen, helt basalt handler det om at en hverdag til at fungere: Hvad siger jeg helt konkret til min datter, når hun nægter at spise? Hvordan kan jeg følge med i hendes madvaner uden at kontrollere hende indgående hele tiden?

[Delkonklusion - Forældre savner adgang til mere konkret nu-og-her støtte](#)

Forældrenes beskrivelse af at føle sig belastet i forbindelse med deres barns spiseforstyrrelse kan ifølge Bronfenbrenner have en direkte negativ indflydelse på barnets udvikling. Denne teoretiske iagttagelse fra Bronfenbrenner bliver bekræftet i vores interview med forældre til børn med spiseforstyrrelser. Her ser vi generelt, at barnets psykiske sygdom har en direkte indflydelse på forældrenes belastningsgrad, idet forældrene, helt naturligt, er bekymrede for deres barns trivsel, ligesom barnets adfærd dagligt udfordrer forældrene og deres måde at være forældre på.

Ud fra en mekanisk tilgang og et lineært fokus kan man argumentere for, at en individuel fokuseret behandling af barnets spiseforstyrrelse også vil have en positiv indflydelse på forældrene. Der tages her således hånd om barnets udfordringer i et professionelt regi, og forældrene kan derved være trygge med den behandling barnet får. Men tilgår vi analysen med et cirkulært og procesorienteret afsæt (Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel) er det relevant at argumentere for, at forældrenes udsathed også påvirkes flere steder fra, og at

forældrenes udsathed således også kan have en negativ påvirkning på barnets positive udvikling. Barnets sygdom og den negative udvikling barnet er i, påvirker selvfølgelig forældrene negativt, hvilket ifølge Bronfenbrenners socialøkologiske udviklingsmodel igen vil påvirke barnet i en yderligere negativ retning.

I Mesosystemet ser vi flere steder i vores analyse, at samarbejdet mellem forældrene og læger, socialforvaltning og ikke mindst børne- og ungdomspsykiatrien beskrives som problematisk, hvilket ifølge Bronfenbrenner også kan have en negativ indflydelse på barnet. Man kan i disse tilfælde argumentere for, at forældrene hurtigt skal tilbydes støtte til bedre at kunne samarbejde med fx børne- og ungdomspsykiatrien. Også i eksosystemet ser vi tydeligt at vores empiri bekræfter teorien: Barnets sygdom har, for alle de forældre vi har interviewet, en betydning for forældrenes arbejdsplads. Alle forældrene har igennem forløbet oplevet tabt arbejdsfortjeneste, endda har en forælder igennem forløbet mistet sit arbejde, mens en anden overvejer karriereskifte, idet hun vurderer, at hun ikke længere kan holde til det pres, hendes nuværende jobkarriere kræver

En betydning af makrosystemet er måden hvorpå børne- ungdomspsykiatrien varetager behandlingen af den spiseforstyrrede pige. Børne- ungdomspsykiatrien er selvsagt underlagt en bestemt lovgivning, nogle ledelsesmæssige beslutninger omkring handleplaner i forhold til behandling af deres patienter, ligesom ressourcer mm også spiller en rolle for, hvordan sygeplejersken, lægen, mv. møder den enkelte patient og hendes familie. At flere forældre oplever det frustrerende ikke at blive mødt i deres ønske om blive klædt bedre på, eller blive tilbudt samtaler uden deres barn er deltagende mv., er således et eksempel på hvordan makrosystemet også spiller en væsentlig rolle i forhold til forældrenes oplevelse af behandlingen og dermed også deres måde at interagere med deres barn på.

Tilbage i Mikrosystemet kan vi ud fra et psykologisk perspektiv ligeledes argumentere for, at forældrenes belastningsgrad kan være så stor, at de i daglige situationer, hvor samarbejdet mellem forældre og barn bliver udfordret, kan have vanskeligt ved at fastholde et trygt omsorgsmiljø.

Når forældrene, i konkrete situationer med deres barn, kan stå i en situation, hvor de gang på gang bliver overvældet af angst, skyldfølelse, magtesløshed og manglende tro på egen

forældrekompetence, ser vi, at både omsorgsgiverkompetencen, affektreguleringskompetencen og mentaliseringskompetencen kan blive udfordret eller direkte "sat midlertidigt ud af drift". Med kompetencer til affektregulering og mentalisering bliver det muligt at skabe et trygt omsorgsmiljø med relevant understøttelse af relationer, stimulering og vejledning. Er disse kompetencer udfordret eller midlertidigt "sat ud af drift" er det dog svært at agere "behandler for sit barn". Vi anser det derfor for relevant også at anskue forældrene som "behandlingskrævende", når de står med deres barn som er "ramt af en spiseforstyrrelse". I den situation er det afgørende at anlægge et konkret professionelt fokus på, i dagligdagen at støtte forældrene i at kunne fastholde deres vigtige kompetencer som forældre til et barn med særlige behov.

Kommunens tilbud om støtte mangler blik for helheden

Den tredje hovedpointe i vores fund handler om, at kommunens tilbud om støtte mangler blik for helheden. Dette begrundes vi med forældrenes beskrivelser om, at kommunernes primære støtte har omhandlet tabt arbejdsfortjeneste til en af forældrene, så det har været muligt for forældrene at passe deres syge barn. Flere af forældrene fortæller dog at muligheden for tabt arbejdsfortjeneste ikke er en mulighed de er blevet forelagt af kommunen, men af netværk eller gennem børne- og ungdomspsykiatrien. En familie har tidligt i forløbet fået iværksat hjælp i form af måltidstøtte, mens de øvrige forældre fortæller, at de har været i kontakt med kommunen, men at der ikke er blevet iværksat nogen yderligere form for støtte.

Følgende to underpunkter understøtter vores fund af ovenstående hovedpointe:

Kommunerne underrettes ofte sent i forløbet

Forældrenes oplevelser af hvornår kommunerne reelt set er blevet underrettet om et barn i mistrivsel er meget forskelligt. En enkelt forælder fortæller at børne- og ungdomspsykiatrien oplyste moderen om at ville underrette kommunen med det samme, mens størstedelen af de forældre vi har interviewet, først oplever kommunen involveres langt senere i forløbet. Således fortæller en mor om første gang kommunen fik en underretning om, at hendes datter havde en spiseforstyrrelse:

*"Hun (sagsbehandler, red) kommer på, idet der bliver lavet en underretning fra psykiatrien i Roskilde. De laver en underretning i forbindelse med indlæggelsen" [...]. **"Så den første underretning kommer først i forbindelse med indlæggelsen?"**. "Den kommer et stykke tid inde i indlæggelsen. Faktisk kort tid inden hun bliver udskrevet igen. Hun er indlagt en måned" (Mor til pige på 15 med anoreksi, Bilag 3, s. 10).*

En underretning til kommunen om et barns spiseforstyrrelse fører ikke automatisk til en børnefaglig undersøgelse

I forhold til de seks forældre vi har interviewet, er det kun én familie, som udover tabt arbejdsfortjeneste har modtaget en indsats iværksat af kommunen – i forhold til dette ses her bort fra anbringelse ude for hjemmet, idet beslutningen om iværksættelse af denne foranstaltning er truffet på baggrund af, at forældrene sent i forløbet har vurderet ikke at kunne tage vare nok på deres barn. Udover den ene forældre der tidligt i forløbet modtager anden støtte fra kommunen end tabt arbejdsfortjeneste, fortæller de øvrige forældre, at de på et tidspunkt i forløbet er blevet kontaktet af en socialrådgiver fra kommunen, men at det ofte ikke har ført til mere. Således fortæller en far om hans kontakt med socialrådgiveren:

"Ja, og så kort efter det møde (netværksmøde, red) bliver jeg ringet op af en anden fra kommunen, der fortæller at hun nu er min... eller... Majas kontaktperson. Og så siger hun, at det skulle jeg bare vide, og at hun ville kontakte os yderligere om noget mere". [...]. "Og så hører vi intet fra kommunen i et langt stykke tid. Så der går vel halvanden til to måneder, så blev vi ringet op. Jeg kan huske jeg står nede i byen, så blev jeg pludselig ringet op af en ny fra kommunen der siger, at hun nu er vores kontaktperson, og at hun vil sende noget til os... hvad hun kunne byde ind med og sådan noget... hvor jeg kan huske jeg tænkte: "ved du hvad, [...], I kan ikke byde ind med noget som helst! Vi klarer os selv". Og det blev så egentlig enden på det" (far til pige på 12 med anoreksi, Bilag 3, s. 23).

Som nævnt fortæller én forældre, at de har modtaget en indsats fra kommunen meget tidligt i forløbet. Denne indsats fortæller moderen blev iværksat på hendes foranledning uden kommunen på forhånd, havde mødt datteren eller påbegyndt en børnefaglig undersøgelse. Således fortæller

moderen om kommunens reaktion på underretningen fra børne- ungdomspsykiatrien og moderens egen ansøgning om måltidsstøtte:

"Jamen uden de overhovedet har set os eller vores datter, så er der bevilget måltidsstøtte efter fire dage og de kommer her fem timer i ugen. Det er en ekstern aktør. Eller fem timer om dagen undskyld, fem timer om dagen er de her" (mor til pige på 16 med anoreksi, Bilag 3, s. 51/52).

Delkonklusion - Kommunens tilbud om støtte mangler blik for helheden

Vi kan igennem vores analyse se, at kommunerne har spillet en meget lille rolle i behandlingen af barnets spiseforstyrrelse, og at den ene indsats (udover tabt arbejdsfortjeneste), vi har set, er blevet iværksat ikke bygger på en helhedsorienteret forståelse af barnets udfordringer og behov. Man kan argumentere for, at en indsats som denne igen kan forstås ud fra en mekanisk tilgang og en lineær løsningsorientering, hvor fokus er rettet mod forældrenes manglende succes til at få deres datter til at spise - på denne baggrund sættes andre til at overtage denne opgave for forældrene.

Dette kan i en Habermas-kontekst tolkes, som *systemets* kolonisering af livsverdenen, i det denne tilgang til intervention, knytter an til målorienteret handlen. Hvorimod en forståelsesorienteret handlen – som det ses i *livsverdenen*, hvor fokus er på kommunikation med henblik på indbyrdes forståelse, ville skabe mulighed for at se på helheden i problematikken. Derved ville der være adgang til en helhedsorienteret indsats for hele familien.

Set ud fra den socialøkologiske udviklingsmodel tages der ved denne løsning dog ikke hånd om de påvirkninger som Bronfenbrenner argumenterer for, er med til at fastholde pigen i en negativ retning, ligesom forældrenes "devaluering" og teamets blotte tilstedeværelse igen også kan påvirke pigen negativt. At alle forældre tidligt i forløbet har fået bevilliget tabt arbejdsfortjeneste, ser vi hænger sammen med, at forældrene tidligt i forløbet enten oplyses om denne mulighed eller selv er vidende om at dette er en mulighed og derfor hurtigt bringer dette i spil. Vi ser dog ikke, at kommunerne på baggrund af iværksættelse af tabt arbejdsfortjeneste finder anledning til - i hvert fald ikke i første omgang - at iværksætte en børnefaglig undersøgelse. Ej heller efter at

kommunen er blevet underrettet om barnets spiseforstyrrelse og dermed medfølgende mistrivsel. Igennem vores interviews kan vi se, at kommunerne har fulgt op på underretningen ved at kontakte forældrene, men at det ofte er blevet ved en enkelt samtale med forældrene.

Dette kan ses som det, Habermas mener er en kompleksitetsstigning i *systemet* og en rationalisering af *livsverdenen*. Konsekvensen heraf bliver i denne sammenhæng at *systemet* – her kommunen, handler målorienteret og kan “sætte kryds” ved at der fulgt op jf. lovgivning, og der ellers ikke er sket yderligere. Det efterlader forældrene i en tilstand af meningsløshed, som ifølge Habermas kan være en af konsekvenserne ved *systemets* kolonisering af *livsverdenen*.

Samlet konklusion

Interessen for denne afhandling har, som indledningsvis skrevet, været at undersøge, hvilke behov for konkret støtte, forældre til børn og unge med en spiseforstyrrelse har - og i den forbindelse også undersøge hvilke barrierer og muligheder, der ligger i kommunernes håndtering ift. at imødekomme disse behov.

Vi har med udgangspunkt i vores problemformulering⁸ interviewet seks forældre, som alle har haft et barn med en spiseforstyrrelse og er igennem disse interview blevet præsenteret for en række af oplevelser i mødet med det offentlige system – oplevelser som spænder fra på den ene side at sidde som forældre og opleve at skulle blive evalueret på sin forældrestil, mens man forsøger at få sit barn til at spise, til på den anden side at opleve, at man som forældre bliver lyttet til og er den der ved bedst i forhold til sit barn. Samstemmende for alle vores interview er dog, at de forældre vi har talt med, alle har oplevet sig værende under et massivt pres, delvist fordi, at de har oplevelsen af at skulle varetage rollen som behandlere for deres eget barn – vel vidende at statistikkerne viser, at der er reel risiko for at deres barn kan dø af sygdommen.

At være forældre til et barn med en spiseforstyrrelse er således meget belastende. Forældrene oplever pludselig, at deres barn ændrer markant adfærd og jo mere sygdommen tager fat, jo sværere bliver det at genkende sit eget barn.

Forældrene referer i vores interviews til, at de har oplevelsen af at have været i en reel krise - et opmærksomhedspunkt, der er relevant i denne sammenhæng er, at mennesker i krise, hvilket der netop kan være tale om her, ofte præsenterer kompetencer på et lavere niveau, end deres potentiale rummer. Det vil derfor være reelt at konkludere, at blandt andet forældrenes omsorgsgiverkompetence, affektreguleringskompetence og mentaliseringskompetence i løbet af en hverdag med pres omkring familiens overlevelse i den grad sættes under pres.

⁸ **Problemformulering:** "Hvilke behov for konkret støtte har forældre til børn og unge med spiseforstyrrelse? og hvilke muligheder og barrierer ligger der i kommunen ift. at imødekomme disse behov?"

I gennem vores afhandling argumenterer vi derfor for, at forældre bør tilbydes intensiv støtte, når deres barn bliver ramt af en spiseforstyrrelse. De forældre vi har talt med, fortæller alle om en forholdsvis lang ventetid, hvor de oplever at deres barns sygdom forværres yderligere. Flere forældre fortæller, at de er bekymret for at miste deres barn i løbet af de uger, der går fra henvisningen til børne- og ungdomspsykiatrien til den første samtale. Samtidig fortæller forældrene også om et møde med det offentlige system, som af flere opleves ufleksibelt, ligesom flere også stiller sig uforstående overfor de behandlingsplaner der lægges.

I arbejdet med vores problemformulering ser vi, at forældrene har et stort behov for at blive klædt bedre på til at tage hånd om deres barn, når en spiseforstyrrelse "flytter ind". Konkret giver alle forældre udtryk for et behov for bedre adgang til hjælp i krisesituationer, ligesom flere forældre også udtrykker ønske om, at få hjælp til, hvordan de bedst kan håndtere de dagligdagssituationer der opstår, når de som forældre står midt i den vidtgående udfordring som en spiseforstyrrelse er.

Når et barn eller en ung henvises til behandling i børne- og ungdomspsykiatrien, ser vi et behov for at kommunen involveres med det samme, således at kommunen så hurtigt som overhovedet muligt, har mulighed for at afdække de behov, der er for konkret støtte i familien. I gennem vores interview ser vi en tendens til, at det er forskelligt, hvornår kommunerne involveres i den spiseforstyrredeste mistrivsel og en forsigtig konklusion på dette kunne således være, at der både i kommunerne, såvel som i børne- og ungdomspsykiatrien mangler en konkret handleplan for, dels hvornår kommunerne involveres, og dels for, hvilken rolle aktørerne skal have i den fremadrettede behandling. Dette begrundes vi blandt andet med, at flere forældre kun har haft en enkelt samtale med en socialrådgiver, hvorefter de er igen blevet "overladt" til den igangværende behandling i børne- og ungdomspsykiatrien. Ifølge servicelovens §11, stk. 3 har kommunen mulighed for at tilbyde familierettede indsatser med det formål at understøtte tidlig, forebyggende arbejde. Da forældrene er i krise, ser vi et behov for, at forældrene tilbydes en indsats, der så tidligt som muligt kan tage hånd om alle aspekterne i familien, herunder både i forhold til at være med til at skabe et godt samarbejde mellem forældre og børne- og ungdomspsykiatrien og i forhold til i dagligdagen at støtte forældrene i at omsætte de mål, der arbejdes med i børne- og ungdomspsykiatrien omkring den unges spiseforstyrrelse til konkret

handling i hjemmet. Med §11 i Serviceloven ser vi således, at kommunen har mulighed for at iværksætte sådanne en indsats, uden der foreligger en børnefaglig undersøgelse.

Som det fremgår af vores konklusion, har de forældre vi har interviewet oplevet at stå i situationer, hvor de har oplevet at have brug for støtte til det at være forældre til et barn med en spiseforstyrrelse. Overordnet har vi konkluderet, at de forældrekompetencer, der normalt kan være med til at understøtte en sund udvikling hos et barn eller en ung, i perioder kan sættes ud af spil, når ens barn rammes af så alvorlig en sygdom som en spiseforstyrrelse. Det forhold kan en børnefaglig undersøgelse, der bygger på de teoretiske udgangspunkter som ICS belyse, og vi kan derfor ligeledes konkludere, at det vil være hensigtsmæssigt for behandlingen af en spiseforstyrrelse at igangsætte en børnefaglig undersøgelse, så snart kommunen underrettes om et barn eller en ung med spiseforstyrrelse.

Perspektivering

Med aftalen om finansloven 2020, blev det besluttet, at udarbejdelsen af en 10-årig plan for psykiatrien kunne igangsættes. Dette arbejde er et hidtidigt uset ambitiøst arbejde, hvor både Sundhedsstyrelsen, Socialstyrelsen og flere andre interessenter, er sat sammen for at komme med bud på løsninger af en voldsomt accelererende problematik vedrørende psykisk sygdom i Danmark.

De foreløbige anbefalinger og perspektiver peger blandt andet på, at der er behov for både markant bedre opsporing og en tidlig indsats for, at sikre børn og unges mentale helbred og generelle trivsel. Til sammenligning, for at forstå hvordan man kan iværksætte dette arbejde, henvises til den store omlægning af opsporing og behandling af kræftsygdomme. En omlægning der har sikret, at Danmark er på linje med vores nordiske naboer i forhold til opsporing og behandling af kræftsygdomme (Lindemann, 2021).

Retter vi blikket mod 10-års planen for psykiatrien er det væsentlig at pointere, at planen skal forstås som en samlet plan, der ikke kan brydes op i bidder og ved fremlæggelsen af denne samlede plan, betonedes Sundhedsstyrelsens direktør Søren Brostrøm, at hvis det skal virke, skal den følges som fremlagt. Der kan således ikke vælges enkelte tiltag ud. Det bliver interessant at iagttage, hvorvidt regeringen imødekommer dette nye, helhedsorienterede – og bekostelige – fokus. Det, nærmest retoriske spørgsmål bliver, om vi har råd til at lade være?

Forpersonen for Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab (BUP), og overlæge i børne- og ungdomspsykiatri, Region Hovedstaden, Nina Tejs Jørring, kommer i magasinet "dagens medicin" den 1.juni 2022 (Jørring, 2022) med et relevant perspektiv på, hvordan man bør anskue sindets problemer og dermed indsatsen over for dem. Nina Tejs Jørring anfører, at menneskelivet er komplekst, og at det ikke er muligt at reducere sindets problemer til mindre enheder, vi kan adressere hver for sig. Trækker vi på Habermas teorier om *system* og *livsverden* synes analogien mellem kræftpakkeforløb og psykiatrisk behandling, dog at være en yderligere *kolonisering* af *livsverdenen*, som måske - måske ikke, kan være problematisk. I hvert fald peger Nina Tejs Jørring på, at der er behov for et øget fokus på kommunikation og dialog med de ramte af psykisk sygdom fremfor yderligere systematikker, mekanisk tilgang og lineær tænkning.

På regionernes hjemmesider kan man se, at der inden for børne- og ungdomspsykiatrien allerede er udarbejdet pakkeforløb for fem psykiatriske diagnoser, herunder også anoreksi og bulimi (se bilag 4). I beskrivelserne kan man her finde en oversigtstabel for indhold i behandlingspakken for anoreksi og bulimi for børn og unge under 18 år, som nøje beskriver dels hvad behandlingen kan forventes indeholde, dels hvor mange timer, der konkret er sat af til hvert enkelt del.

Sundhedsstyrelsen har 2021 sendt anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser i høring (Sundhedsstyrelsen 2021), Formålet med anbefalinger er at danne rammerne for en samlet indsats af høj faglig kvalitet for mennesker med spiseforstyrrelser (Sundhedsstyrelsen 2021, s. 8), og peger ind i et tæt samarbejde mellem regioner, kommuner, private aktører etc. Som vi også konkluderer i vores afhandling, er der behov for at arbejde helhedsorienteret med en spiseforstyrrelse og vi ser derfor Sundhedsstyrelsens anbefalinger som yderst relevante. Høringsprocessen blev afsluttet 1. november 2021, hvor det af ”høringsportalen” fremgår, at 25 interessenter, herunder regionerne, faglige organisationer mv. har givet deres besyv (Sundhedsstyrelsen 2021). Vi har i mailkorrespondance med Sundhedsstyrelsen i marts 2022 fået tilbagemeldingen om, at det endelige resultat endnu ikke er offentliggjort.

Når der nu allerede er lagt op til tværfagligt samarbejde mellem regionerne, kommunerne og private aktører – dette både i Sundhedsstyrelsens anbefalinger for organisation og behandling fra 2005, Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelser fra 2017, samt de nye anbefalinger der netop har været i høring, kan vi være nysgerrige på, hvorfor der - jf. vores undersøgelse - fortsat synes at være store barrierer for et tværsektorielt samarbejde. Det kunne derfor være interessant at undersøge, hvori barriererne for et tværfagligt samarbejde ligger, når det kommer til samarbejde omkring opsporing og behandling af børn og unge med spiseforstyrrelse.

Litteraturliste

Andersen, H. (2013), Jürgen Habermas og Axel Honneth, i Andersen, H. & Kaspersen, L. B.

(Red.) *Klassiske og moderne samfundsteori*, Hans Reitzels Forlag.

Brejnerod, P. Grubb, U & Kauffeldt, S. (2017): *Sociologi – viden, teori og metode*. 2. udgave. 1.

oplag. Gyldendal, København

Hammerlin, Y & Larsen, E (2019): *Menneskesyn – i teorier om mennesket*. 2. udgave. Løbende

oplag. Forlaget Klim. Århus

Hansen, K. S. Poulsen, C. S. (2020), *Familieliv i krydspres – forældres behov for*

hjælp og støtte når deres barn får en psykiatrisk diagnose. Frederiksberg.

Kompetencecenter for patientoplevelser. Hentet fra:

<https://www.regionh.dk/patientinddragelse/udgivelser/udgivelser/Sider/Familieliv-i-krydspres.aspx>

Ingemann, J.H. Kjeldsen. L. Nørup, I. Rasmussen, S. (2019): *Kvalitative metoder i praksis – viden om*

mennesker og samfund. 1. udgave af 2. oplag. Samfundslitteratur.

Jakobsen, I. S. & Rask, L (2019): *Teoretiske perspektiver på ICS-trekantens højre side*,

Socialstyrelsen. Edisonvej 1, 5000 Odense C

Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. (2020), *Mental Sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år – forekomst, fordeling og forebyggelsesmuligheder*. København: Vidensråd for Forebyggelse,

Jørring, N.T (2022): Når et menneske rammes af psykisk sygdom, rammes hele familien. *Dagens medicin* 2022 (1.6.22)

Katznelson N, Pless M, Görlich A, Graversen L, Sørensen N.B. (2021), Ny udsathed: nuancer i forståelser af psykisk mistrivsel. *Nordisk tidsskrift for ungdomsforskning* (2) s. 83

Kvale, S. (1997): *Interview – en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. 1. udgave. 12 oplag. Hans Reitzels Forlag, København

Kvale, S. Brinkmann, S (2015): *Interview*. 3. Udgave. 1. Oplag. Hans Reitzels Forlag, København

Kvælle, Ø (2013): *Børn i risiko*. 1. udgave. 4 oplag. Samfundslitteratur

Kombit (2022) *DUBU (Digitalisering – Børn og Unge)* Hentet fra: <https://kombit.dk/dubu>

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (2022). *spiseforstyrrelser*.

Hentet fra: <https://www.lmsos.dk/spiseforstyrrelser> Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (2022).

Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (2022). *Hvad gør anoreksi ved kroppen.*

Hentet fra: <https://www.lmsos.dk/spiseforstyrrelser/anoreksi/hvad-goer-anoreksi-ved-kroppen> Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade (2022).

Lindemann, B (2021): *Danmark har indhentet resten af Norden med Kræftplan IV. Dagens medicin* 2021 (11.3.21)

Lock, J & Le Grange, D (2013). *Treatment Manual for Anorexia Nervosa – a family-Based Approach*. Udgivet af The Guildford Press, 2. udgave.

Lov om social service. Nr. 573 af 24. juni 2005

Moesby-Jensen, C.K (2014). Myten om de ressourcestærke forældre. *Uden for nummer – Tidsskrift for forskning og praksis i socialt arbejde*. Dansk Socialrådgiverforening (29), S. 14

Meeuwisse, A. & Swärd, H. (2014). *Perspektiver på sociale problemer*. Hans Rietzels Forlag, København

Nørager, T. (1993): *System og livsverden – Habermas' konstruktion af det moderne*. Forlaget Anis. 1. udgave. 4. oplag. Trøjborg bogtryk/ Offset A/S Århus

Social – og indenrigsministeriets Benchmarkingenhed (2020). *Udviklingstendenser i forhold til børn og unge med psykiatriske diagnoser*. www.simb.dk

Socialstyrelsen (2018). *Kvalitet i sagsbehandlingen – en håndbog i anvendelse af ICS og udredningsværktøjet*. Socialstyrelsen. Edisonvej 1, 5000 Odense C

Sundhedsstyrelsen (2005), *Spiseforstyrrelser – anbefalinger for organisation og behandling*.

Hentet fra:

<https://www.sst.dk//media/Udgivelser/2005/Publ2005/PLAN/Spiseforstyrrelser/Spiseforstyrrelser.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2017), *forløbsprogram for børn og unge med spiseforstyrrelse*. Hentet fra:

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/~media/8B634768EB7C4EE29A9D5CDA29A89260.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2021), *Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med*

spiseforstyrrelser. Hentet fra: <https://hoeringsportalen.dk/Hearing/Details/65512>

Skårderud, F. Sommerfeldt, B. Robinson, P. (2020). *Sult. Mestringsbaserede tilgange til*

spiseforstyrrelser. 1.udgave, 1.oplag. Hans Rielzels forlag, København 2020

VIOSS - Videnscenter om spiseforstyrrelse og selvskade (2016): *Forældre til personer med*

spiseforstyrrelser – en panelundersøgelse. Hentet fra:

https://www.lmsos.dk/sites/lmsos.dk/files/media/document/Rapport_For%C3%A6ldre_til_Spiseforstyrrelser.pdf

WHO (World Health Organization) 2021 *Adolescents mental Health*. Hentet fra

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Ramsay, A. (2013), Jürgen Habermas og Axel Honneth, i Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (Red.)

Klassiske og moderne samfundsteori, Hans Reitzels Forlag.

Århus Universitet. Metodeguiden. Hentet den 6. juni 2022 fra

<https://metodeguiden.au.dk/snowball-sampling>

Bilag

Bilag 1: Rekrutteringsopslag

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Transskribering af interview

Bilag 4: Pakkeforløb for anorexi og bulimi

Bilag 5: Hvem underretter hvem og hvornår? – Juraopgave Christian Alvang Jespersen

Bilag 6: Privatpraktiserende lægers underretningspligt ved henvisning til Børne- og

ungdomspsykiatrien – Juraopgave Nikolaj Nissen