

## Høringssvar fra Holstebro Kommune ang. Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser

KL-repræsentant i referencegruppen socialchef Anette Holm

Kommentarer fremgår herunder inddelt i temaer og med henvisning til konkrete afsnit i anbefalingerne.

### **Hvem tilbydes behandling? Afslutning af patienter, som enten er for lidt eller for meget syge**

Bl.a. undrer vi os over skemaet på side 24, hvoraf det fremgår, at patienter med grad 2 tilbydes behandling ambulant. Det er vores erfaring er, at der ikke tilbydes behandling regionalt til let grad af spiseforstyrrelse. Vi ser flere som afvises/afsluttes pga. for høj BMI. S.37 er det anført, at såfremt der ikke ses bedring indenfor 6-8 uger i almen praksis, viderehenvises til den regionale psykiatri. Vi oplever, at sådanne henvisninger vil blive afvist, idet der fortsat vil blive kigget meget på BMI.

### **Motivation og ikke-kurativ behandling**

På side 42 er det beskrevet, hvordan behandlingen skal kunne håndtere patientens ambivalens og at motivationsfremme er en vigtig del af behandlingen. Vi vil derfor gerne at det understreges, at manglende/svingende motivation ikke skal være grund til at afvise eller afslutte en patient med spiseforstyrrelse, som fortsat gerne vil være i behandling.

Ikke-kurativ behandling beskrives bl.a. på s. 27 og mere indgående s. 49. Det er positivt, at man forholder sig til denne del af målgruppen, som kan være særdeles vanskelig at håndtere og giver anledning til mange dilemmaer og usikkerhed. Vi mener dog, at det i anbefalingerne bør understreges, at det er et fælles ansvar for region og kommune at sikre disse svært syge patienter den bedst mulige trivsel og at undgå yderligere skade og i værste fald dødsfald. Selvom disse patienter ikke i samme grad responderer på sædvanlig behandling, skal ansvaret for disse borgere ikke alene placeres hos kommunen. Den ikke-kurative behandling foregår i sundhedsvæsenet, koordineret med den kommunale indsats. Dvs. disse patienter skal ikke udskrives af regionen, men man samarbejder fortsat om at skadesreducere mv.

I og med at behandling foregår i sundhedsvæsenet undrer det os, at der i afsnit **4.4.**

**Behandlingsniveau i den regionale psykiatri** er en henvisning til at læse mere om den kommunale indsats i afsnit 5.3.2.

### **Fleksible og tilgængelige behandlingstilbud**

Der lægges i anbefalingerne op til mange forskellige og individuelt tilrettelagte behandlingstilbud, bl.a. afhængigt af sygdommens karakter. Vi håber, at man vil være opmærksom på at sikre, at det bliver geografisk muligt for borgere i hele landet at bruge disse tilbud, f.eks. daghospital, grupper mv. Derudover ser vi det som afgørende, at borgere der er svært syge kan indlægges og forblive indlagt, når der klinisk er behov for dette, og ikke kun, når der er tilstrækkeligt med sengepladser ledige.

### **Samarbejde, koordination og udarbejdelse af en fælles koordinations- eller udskrivningsplan**

Det er positivt, at der i anbefalingerne er lagt vægt på vigtigheden af dette. Nogle steder bliver det dog lidt løst lagt ud, f.eks. på side 27, hvor der står, at det skal vurderes, om det giver

mening at udpege en ansvarlig tovholder. Vi mener, at det i tværsektorielle forløb, altid vil være relevant, at der udpeges en sådan tovholder i hver sektor. På samme vis står der nederst på side 27, at samarbejde, sammenhæng og overgang kan understøttes af netværksmøder og udskrivningsmøder. Vi mener, at der her skal stå at de bør understøttes af sådanne møder. Netop for at man i dialog kan lave en samlet plan, jf. Psykiatriloven. Tilsvarende foreslår vi, at man på side 29 tilføjer, at det altid vil give mening at udarbejde en fælles plan i de sager, hvor der er flere aktører og sektorer involveret.

Vi håber at ovenstående anbefalinger også vil blive prioriteret i praksis, hvor den tid man bruger på samarbejde og koordination kan være særdeles godt givet ud – ikke mindst i forhold til at sikre den bedste udvikling for patient/borger. Ligeledes ses i anbefalingerne flere forslag om gensidig sparring, undervisning mv. For at dette skal komme til at leve, kræver det en bevidst prioritering af ressourcer hertil, ikke mindst i en presset behandlingspsykiatri.

### **Behandlingsopgaver løses i sundhedsvæsenet**

Flere steder i anbefalingerne anvendes begrebet "behandling" om den indsats, som foregår i kommunen. Vi mener, at dette er en fejl, idet kommunen, som det også står beskrevet i dokumentet, udfører rehabilitering med baggrund i Serviceloven. Rehabiliteringen kan f.eks. være med fokus på stabilisering og adskiller sig fra behandling. Kommunen skal varetage opgaver i relation til det hele levede liv og formålet er netop ikke at levere behandling. Vi foreslår derfor, at formuleringer, hvor der beskrives en behandlingsindsats fra kommunen, rettes i dokumentet. Idet der her kan skabes forvirring om opgavefordelingen imellem region og kommune, f.eks. på side 31, hvor der står:

Det vil være en konkret vurdering af patientens samlede situation, om det giver mening at tilbyde måltidsstøtte i regionalt eller kommunalt regi. Vurderingen vil bl.a. afhænge af, hvilke samlede tilbud personen modtager, samt hvilke kompetencer der er til stede i kommunen, idet nogle behandlingskompetencer kun vil være til stede i sygehusregi.

Og på side 65 midt:

Opgaven vedrørende måltidsstøtte kan varetages enten kommunalt (hvis kompetencerne er til stede) eller ambulant, alternativt i et samarbejde mellem kommunen og den ambulante regionale psykiatri.

Vi vil her påpege, at behandling ikke skal/kan foregå i kommunen, uanset hvilke kompetencer, der måtte være til stede. Vi mener også, at det er problematisk, hvis patientens behandlingstilbud sammensættes afhængigt af, hvad den enkelte kommune er i stand til at løse. Dette vil medføre en opgaveglidning fra region til kommune, såfremt kommunen vælger at dygtiggøre sine medarbejdere og tilføre kompetencer indenfor spiseforstyrrelser og måltidsstøtte.

### **Kommunen visiterer og tilrettelægger selv sine tilbud – i faglig dialog med behandlingspsykiatrien**

På side 48 er det beskrevet, at socialrådgiver i regionen kan rådgive om muligheder for støtte i kommunen. Vi vil gerne at det understreges, at det er kommunen, som udreder funktionsniveau og støttebehov, og at der derfor ikke fra regionen kan defineres, hvilken indsats, der skal ydes, og at man derfor heller ikke skal stille borgeren noget konkret i udsigt. Kommunerne indgår meget gerne i dialog med regionen omkring, hvilke behov og muligheder der er, f.eks. på samarbejds- eller netværksmøder og i forbindelse med udarbejdelsen af en fælles plan.

### **Økonomi**

Da der i udkastet lægges op til øget grad af kompetencer til medarbejdere i det kommunale regi, særligt i forhold til måltidsstøtte, som ligeledes er ressourcekrævende, kan det være en bekymring, hvis ikke der er en opmærksomhed på den økonomiske ramme, disse indsatser kræver. Der til kommer at det for mindre kommuner, kan være problematisk om man her kan etablere den specialiserede viden. Det er en erfaring, at der over de seneste år er set et større pres både i den ambulante behandling, og mindre mulighed for indlæggelser til målgruppen. Vi oplever, at der i større grad forventes massive måltidsstøtteindsatser kommunalt til denne målgruppe, og at målgruppen ikke altid har sikret sig færdigheder i forhold til at indgå i måltidsstøtte, gennem et behandlingsforløb. Når man lægger vægt på viden og kompetencer til denne målgruppe, så er det væsentligt, at man sikrer midler i primær sektor til at løse de opgaver, uden det fører til, at behandlingsdelen flytter ud fra den regionale sektor.