



Dansk Socialrådgiverforening

faglig handlekraft

Til
Sundhedsstyrelsen,
Enhed for Sygehusplanlægning
sstsyp@sst.dk

Toldbodgade 19 B · DK 1253 København K · T 7010 1099 · ds@socialraadgiverne.dk · www.socialraadgiverne.dk · CVR DK 6335 6018

Høringssvar på Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser"

Dansk Socialrådgiverforening (herefter: DS) fremsender hermed vores høringssvar på Høringsudkast til "Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser".

DS har med afsæt i Høringsudkastet indsamlet erfaringer og tilbagemeldinger fra gruppen af socialrådgivere på landets psykiatriske sygehuse som arbejder med de spiseforstyrrede patienter.¹

Samlet anses det vigtigt og glædeligt at der udarbejdes anbefalinger på dette område.

Vigtig hensigtserklæring – savner konkrete anbefalinger

Indledningsvis må fremhæves at skrivelsen indeholder yderst vigtige hensigter for den overordnede organisation, koordination og samarbejdet mellem kommune og region. Ved gennemlæsning savnes overordnet, at der i højere grad bliver udarbejdet og tilføjet uddybende og konkrete beskrivelser og anbefalinger til og i den fælles indsats.

Større sammenhæng mellem anbefalinger fra styrelserne

Der savnes helt konkret af sundhedsstyrelsen og socialstyrelsen sikrer en større sammenhæng mellem deres anbefalinger, retningslinjer og centrale udmeldinger.

Fordele ved at der udarbejdes mere konkrete og sammenhængende anbefalinger

Der sikres en større ensartethed på regionalt- og landsplan. Herunder sikres at hver region ikke laver forskellige aftaler med landets kommuner og der opstår ulighed i samarbejde, indsats og tilbud på landsplan.

Herefter følger nogle mere konkrete bemærkninger og ønsker til kvalificering af udkastet:

For omfattende – savner opslagsmulighed/ stikordsregister

Skrivelsen er meget teksttung og det er ikke nemt at lave et opslag. Målgruppen er i kommunerne en forholdsvis lille målgruppe (om end meget omkostningstung). Det er erfaringen, at den enkelte sagsbehandler ofte ikke engang er bekendt med socialstyrelsens nationale retningslinjer. Anbefaling – beskrivelserne af målgruppen, symptomer og karakteristika kan med fordel reduceres til bilag. Det skal i højere grad skabe plads til beskrivelser af konkrete værktøjer og indhold i den sammenhængende indsats.

¹ De indsamlede erfaringer og tilbagemeldinger er redigeret af socialrådgiver Anne Printz, Psykiatrien, Region Midtjylland.



Hvordan sikres samarbejde med den ambivalent patient/ borger – "hjælpafvisende"

Savner et meget større fokus på arbejdet med ambivalens og manglende motivation. Ambivalens karakteriserer denne psykiatriske lidelse – hungren og afvisning af hjælp. Dette skaber udfordringer i det professionelle samarbejde. Hvem skal helt konkret arbejde med patientens motivation for hhv. behandling og social indsats. Dette forstærkes af, at patienten ofte har en meget svingende og til tider ringe erkendelse af sygdommens alvorlighed set ifht. konsekvenser for både fysisk og psykisk sundhed.

Nogle kommuner er insisterende på at modtage en ansøgning fra patienten for at kunne behandle og vurdere funktionsniveauet og dermed anbefaling af indsats, - men hvad gør man, hvis borgeren ikke søger grundet manglende motivation eller erkendelse af sygdommens omfang. På sengeafsnittet ses patienter, som ikke har søgt kommunal støtte til trods for de har en livstruende spiseforstyrrelse og er endt med indlæggelse, som er behandlingssystemets mest indgribende indsats. De er ofte ikke motiveret for at få støtte – fx kan det være meget tabubelagt eller være en manglende erkendelse af nødvendigheden. Mange spiseforstyrrede isolerer sig og afviser hjælpen både regionalt og kommunal. Hvad gør man?

Kunne ønske at kommune i højere grad kunne vurdere et funktionsniveau og støttebehov uden en ansøgning fra borgeren, - og dermed komme med en tydelig anbefaling af en konkret støtteindsats, da det kan være et afgørende element for at behandlingen får effekt. Hermed kan psykiatrien i højere grad være med til at motivere en patient til at tage imod en given indsats. Savner at der er udarbejdet forslag til motivationsarbejdets indhold og ansvarsfordeling. Behandlingspsykiatrien har ikke som sådan behov for en konkret ansøgning til behandlingen, men en henvisning som kan indebære et motiverende forløb.

Samarbejdsaftaler, koordinationsaftaler, udskrivningsmøder og aftaler

Der savnes i udkastet meget mere konkrete eksempler og forslag til, hvordan samarbejdet præcis kunne se ud. Herunder uddybninger i forhold til:

- indholdet/ dagsorden på et koordinerende udskrivningsmøde – opgave og rollefordeling.
- hvad skal hver part have afklaret forud for mødet?
- indholdet i en udskrivningsaftale
- indholdet i en samarbejdsaftale – fx konkrete eksempler
- hvad skal man konkret være opmærksom på i overgange og hvilke nye krav kan opstå?
- anbefalinger/ anvisninger til koordinering og systematisk samarbejde

Lovpligtige udskrivningsaftaler – fylder meget lidt i anbefalingen og er ekstremt vigtige set i forhold til forebyggelse af genindlæggelser og tvangsbehandlingen

Det er lovpligtigt at udarbejde udskrivningsaftaler, såfremt der er etableret støtte efter kap. 5 i Serviceloven. Savner uddybning af indholdet i aftalen med henblik på at forpligte både regionen og kommunen til at blive tydelig omkring deres aftaler. I praksis er det erfaringen at kommunen har svært ved at være konkrete omkring deres støttemuligheder til brug for beskrivelse i aftalen, så patienten ved hvad der er aftalt.

Sparring og rådgivning – konkret udmøntning

Sparring og rådgivning er ofte en udfordring i en travl hverdag. Det er erfaringen at kommunen ofte ikke har den specialiseret viden i deres tilbud/ foranstaltninger og ønsker opkvalificering/ oplæring af fx det enkelte sengeafsnit. Dette er praktisk ofte ikke muligt i hverdagen på sengeafsnittet med samarbejde med primært 19 forskellige kommuner. Fx kan ønsket være oplæring af en bostøtte til at spise med patienten. Både regioner og kommuner skal have afklaret hvordan det helt konkret skal foregå – herunder fokus på ressourcer. Der savnes en afgørelse/ præcisering på dette område.

Ressourcetung målgruppe



Kommunerne kunne på tværs med fordel oprette et tættere samarbejde omkring målgruppen set ifht. specialiseret indsats, idet målgruppen ofte er lille, men omkostningstung i den enkelte kommune. Eksempler kunne være fælles kommunale tilbud, tarsk forces tilbud, rådgivningsenheder.

Ikke samme tempo og niveau for etablering af hhv. behandling og støtte

Som socialrådgiver i psykiatrien arbejdes der i hverdagen med fokus på at skabe en tidlig og sammenhængende indsats mellem regionens behandling og kommunes indsats, hvilket kan være en udfordring, idet behandlingsforløbet og den kommunale indsats/sagsbehandling ofte ikke har samme tempo. Fx ved børn og unge arbejdes med sundhedsstyrelsens anbefalingen om indlæggelser af kortere varighed, hvor kommunen i nogle tilfælde ikke er færdige med deres undersøgelser og bevillinger af indsatser ved udskrivelsestidspunktet. Erfaringsmæssigt stiller kommunerne sig oftere afventende for "resultater" fra et indlæggelsesforløb inden de vurderer, bevilliger og påbegynder deres foranstaltninger. Hertil må fremhæves, at de bedste resultater ses, når der arbejdes sideløbende med behandlingen og at foranstaltningen opstartes allerede under indlæggelsen for at sikre overgangen og en koordineret indsats. Den regionale behandling kan ikke være en ventetidsløsning på en social indsats.

Snitfladen ml psykiatrisk behandlingstilbud og kommunale rehabiliteringsindsatser

I praksis volder dette ofte store udfordringer i dagligdagen, idet der ofte opstår diskussioner om, hvornår en patient fx er færdigbehandlet under indlæggelse. Udfordringer kan være at en indlæggelse kan være en løsning på en udfordring fx et spisestop, men kan også risikere at blive en del af en større problematik, idet patienten under indlæggelse kan fralægge sig eget ansvar for selvstændig spisning, risikere yderligere funktionstab set ifht almindelige daglige funktioner (mister relationer, uddannelse og beskæftigelse) og ønsker sig ikke udskrevet.

Et centralt spørgsmål er også ofte om spisestøtte skal etableres enten regionalt eller kommunalt? Hvor ligger ansvaret helt konkret.

Ovenstående kommentarer suppleres af nogle konkrete anbefalinger fra yderligere et medlem af DS²:

Det er en stor fordel for patienter med spiseforstyrrelser og samarbejder mellem kommunerne og psykiatrien, at kommunerne skal udpege en ressourceperson, som har viden om og kompetencer indenfor spiseforstyrrelser. Det vil forhåbentlig fremskynde processen, så patienten hurtigere får støtte og at der er vide om, hvilken form for støtte der er behov for. Jeg vil foreslå, at psykiatrien i den enkelte region får kontaktoplysninger på disse ressourcepersoner i kommunerne, så psykiatrien kan kontakte disse ressourcepersoner ved behov for inddragelse af kommunen. Det vil være hensigtsmæssigt, at ressourcepersoner deltager sammen med patientens sagsbehandler ved tværsektorielle netværksmøder mellem psykiatri og kommune. Det vil ligeledes være hensigtsmæssigt, hvis disse ressourcepersoner også er tilknyttet visitationsmøderne/bevillingsmøderne i kommunen. Der kan være en oplevelse af, at der på et netværksmøde er opnået en fælles forståelse for patienten og dennes støttebehov og så møder den enkelte sagsbehandler modstand hos den bevilgende ledelse i kommunerne, da de ikke har siddet med på mødet og derved ikke har samme forståelse af patientens støttebehov.

² Ved socialrådgiver Stine Nielsen, Psykiatrien Region Sjælland



Der er behov for uddybning af, hvordan kommunerne og psykiatrien skal arbejde sammen, når der opstår uenighed om, hvor snitfladen går mellem behandlingsansvaret i psykiatrien og rehabiliteringen i kommunerne. Nogle kommuner har den opfattelse, at det er psykiatrien opgave at gøre patienten rask og at det herefter er kommunens opgave at støtte patienten i den videre livsførelse. Behandlingsansvar og rehabiliteringsansvar indikerer, at psykiatrien varetager en del af opgaven og at kommunen varetager en anden del af opgaven, hvor der ofte er behov for et tæt samspil og sideløbende indsatser, da patienterne ofte har behov for støtte i deres nærmiljø til konkret adfærdsændring på handlingsplan for at kunne øve og træne efter anvisninger fra behandlingen i psykiatrien.

Beskrivelser som vil fremme en fælles forståelse mellem kommunerne og psykiatrien:

Hvad kan kommunerne forvente af behandlingen i psykiatrien? Hvornår er en patient færdigbehandlet? Hvad vil det egentlig sige, at en patient med en spiseforstyrrelse er færdigbehandlet i psykiatrisk regi? Hvem definerer, at en patient er færdigbehandlet? Hvem definerer, at behandlingsmulighederne i psykiatrien er udtømt?

Hvilken betydning har det for patienten og kommunerne, når en patient afsluttes på grund af manglende motivation for behandlingsforløbet i psykiatrien?

Er måltidsstøtte i patientens eget hjem f.eks. en behandlende indsats eller en rehabiliterende indsats? Kan kommunerne forvente, at psykiatrien er udkørende og støtter patienten i egen hjem, hvis der er behov for f.eks. måltidsstøtte? I de kliniske retningslinjer beskrives et støttebehov for patienter med spiseforstyrrelser – hvem har fået tildelt de økonomiske ressourcerne til at løfte dette støttebehov – regionen eller kommunerne?

Hvordan kan/skal kommunerne arbejde med patientens motivation til at modtage støtte fra kommunalt regi, da patienterne ofte har stor ambivalens i forhold til at modtage behandling og støtte for spiseforstyrrelsen?

Hvordan kan/skal kommunerne træde til, hvis patienten ikke ønsker/er motiveret for at modtage behandling i psykiatrien eller når behandlingen i psykiatrien ikke har nogen effekt?

Manglende vilje hos kommunerne til at bevilget miljøterapeutisk dagbehandling/botilbud til voksne patienter med komorbiditet

Patienter med en spiseforstyrrelse og komorbiditet kan have behov for et langvarig støttetilbud, som ligger udenfor psykiatrisk regi. Patienter kan have behov for en miljøterapeutisk tilgang i et dagbehandlingstilbud eller botilbud, hvor der er fagprofessionelle kompetencer indenfor spiseforstyrrelser og/eller komorbiditet, hvor støtten er tættere på patientens nærmiljø og omfatter skoletilbud o.l. Det er ofte økonomisk tunge tilbud for kommunerne og kommunerne vælger nogle gange at sammensætte et tilbud i eget regi, som ikke lever op til anbefalingerne og kvalitetskravet i "Central udmelding for borgere med svære spiseforstyrrelser". Kan man på nogen måde lave et skema over, hvor omfattende et tilbud (inkl. økonomisk estimat) en patient kan have behov for i forhold til alvorsgraden af spiseforstyrrelsen? Det er især vanskeligt, når der er tale om voksenpatienter. Kommunerne er ikke altid villige til at placere patienten det rette sted på indsatstrappen, men starter med mindst mulig indgribende indsats, og der er ikke en forståelse for, at patientens mulighed for at blive rask af sin spiseforstyrrelse forringes som tiden går.

Der er behov for en beskrivelse af, hvad en indlæggelse på et sengeafsnit for spiseforstyrrelser bidrager med for patienten. F.eks. at formålet med indlæggelse er vægtstabilisering og at patienten ikke nødvendigvis lære at mestre deres spiseforstyrrelse i deres nærmiljø, så de kan håndtere spiseforstyrrelsen efter udskrivning.



Kan det være aktuelt med et afsnit omkring håndteringen af en forbyggende indsats for børn af forældre med en spiseforstyrrelse. Hvem skal løfte denne opgave og hvordan?

Med ønske om at ovenstående tilbagemeldinger kan bidrage til jeres fortsatte redigering af Anbefalingerne, ser vi frem til at de færdige Anbefalinger bliver implementeret i praksis.

På vegne af Dansk Socialrådgiverforening,

venlig hilsen

Nicolai Paulsen
Konsulent
Dansk Socialrådgiverforening