



18-10-2021
EMN-2021-01237
1485098

HØRINGSSVAR

ANBEFALINGER VEDR. TVÆRSEKTORIELLE FORLØB FOR MENNESKER MED SPISEFOR- STYRRELSER

Danske Regioners høringssvar til Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser

Danske Regioner og regionerne er positive overfor, at der med anbefalingerne sættes fokus på spiseforstyrrelsesområdet, og nødvendige tværsektorielle indsats, herunder roller og ansvarsfordeling på området. Det er regionernes vurdering, at der brug for et kompetenceløft på området ift. de nære og tidlige indsatser, hvis den samlede indsats på området skal løftes.

I anbefalingerne bliver der beskrevet en behandling af BED som for nuværende ikke er en opgave der finder sted i hospitalsregi. De eksisterende erfaringer med BED hviler på få projekter hvor de fleste stadig er på forsøgsbasis, og der er ikke lavet systematisk vidensopsamling eller udarbejdet kliniske retningslinier. Derfor mener Danske Regioner ikke, at anbefalingerne validt kan behandle emnet eller fastsætte behandlingsindsatser, behandlingsniveau mv. Emner, som pt. er en del af anbefalingerne¹. Som Danske Regioner har fremført i flere sammenhænge, herunder i processen med at udarbejde nærværende anbefalinger, er det nødvendigt hurtigt at igangsætte et arbejde med bl.a. målgruppebeskrivelse, visitationsretningslinie og klinisk retningslinie på området. Først derefter kan BED indgå i nærværende anbefalinger på lige fod med bulimi og anoreksi.

Det er regionernes vurdering, at flere initiativer beskrevet i anbefalingerne ligger ud over den eksisterende drift i regionerne. Derfor vil der være behov for tilførelse af ressourcer til området og dermed DUT-forhandling, hvis disse skal indfries, jfr. Det Udvidede Totalbalanceprincip (DUT) i henhold til VEJL nr. 63 af 09/10/2007.

Nedenfor er regionernes bemærkninger til det faglige indhold uddybet.

¹ Særligt, men ikke udelukket til, bilag 3

Fælles koordinationsopgave

Regionerne har stort fokus på sammenhæng og brobygning i de tværgående patientforløb. Eksempelvis har Danske Regioner foreslået, at der skal være brobyggerpsygeplejersker og flere hospitaler har også ansat socialsygeplejersker. Danske Regioner finder dog, at samarbejdet mellem den enkelte region og tilhørende kommuner beskrives for ensidigt i anbefalingerne. Der bliver anbefalet, at hospitalerne skal ansætte socialrådgivere (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) for at *"understøtte en integreret indsats og brobygning på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder"*². Danske Regioner kan dog ikke finde lignende anbefalinger til kommunerne om, at de skal ansætte sundhedsfaglige medarbejdere kun med det formål at sikre koordinationen til hospitalerne og vejlede patienterne i deres behandlingsforløb.

Beskrivelsen af en socialrådgiver sammen med flere øvrige formuleringer giver indtrykket af, at det primært er regionen der skal fungere som brobygger til kommunen og sikre sammenhængende tværsektorielle forløb, og ikke også den anden vej rundt. En brobyggerfunktion/-person kan lige så vel være en kommunal medarbejder som en regional, eller ske ved en fælles ansættelse på tværs af kommuner og region. Her kunne man eksempelvis lade sig inspirere af det tværsektorielle tilbud Bakkehuset i Region Sjælland.

Som det er nu, er anbefalingerne formuleret som, at det er hospitalet, som er den primære koordinator i alle forløb og den aktør, som skal sikre det tværsektorielle samarbejde. Denne skrivning og ansvarsopgave bør vendes rundt. Kommune og almen praksis bør være inde over alle forløb med spiseforstyrrelser, også før, under og efter et hospitalsforløb. Når en person har udviklet en spiseforstyrrelse som kræver behandling i psykiatrien, har der oftest været et længere forløb forud. Personen har haft kontakt med almen praksis, enten pga. spiseforstyrrelsen, ledsagende somatiske problematikker eller af andre grunde, og er ofte også kendt i kommunalt regi, f.eks. fordi en lærer eller anden professionel omsorgsperson har en bekymring. Samtidig er behandlingen i hospitalsregi én del af et længerevarende forløb, som starter og fortsætter i kommunen. Derudover er der en gruppe personer med spiseforstyrrelser, som ikke har et behov for behandling i psykiatrien. Hospitalerne er altså ikke altid en del af spiseforstyrrelsesforløb, og når de er, er det kun i et afgrænset tidsrum og ikke den primære eller gennemgående aktør. Den gennemgående aktør er kommunerne, hvorfor de også i anbefalingerne bør skrives frem som den primære koordinator, som skal tage fat i relevante parter og sikre sammenhæng i forløb på tværs af de kommunale forvaltninger og til hospitalerne.

Socialrådgivning på hospitalerne

Anbefalingerne beskriver, hvordan regionerne skal ansætte socialrådgivere (eller fagpersoner med tilsvarende kompetencer), som skal *"tilbyde almindelig socialfaglig råd og vejledning til patienten og dennes netværk, primært om lovnin- gens muligheder og rammer uden for den regionale psykiatri, eksempelvis at*

² Side 27

*sikre forsørgelse, muligheder for støtte i familien, rehabiliterende indsatser (mm., red.)*³. Det er vigtigt, at man i psykiatrien er med til at sikre gode overgange til relevante kommunale tilbud. Men det er ikke regionernes rolle at rådgive om og være initiativtager i forhold til kommunale forhold og ydelser som forsørgelsesgrundlag, boligforhold mv. Kommunerne i hospitalernes optageområde er så forskellige, at det er svært at skabe et opdateret og samlet overblik over mulighederne for kommunal støtte i de enkelte kommuner.

Danske Regioner bakker op om intentionen om bedre koordination og samarbejde i forløb der pågår i både hospitalsregi og en eller flere kommunale forvaltninger. Men denne del af anbefalingen medfører nye opgaver og ansættelse af nye personalegrupper i regionerne, hvor patienterne vil have en forventning om, at der er socialrådgivere inde over alle hospitalsforløb.

Derudover står det ikke klart, hvorfor der er behov for denne ekstraordinære socialrådgivning i netop forløb med spiseforstyrrelse.

Styrket og ensartet kommunal indsats

Hvis spiseforstyrrelsesområdet skal styrkes, kræver det efter Danske Regioners opfattelse bl.a. en ensartet indsats på tværs af kommunerne.

Regionerne oplever, at der er stor forskel i de tilbud, som kommunerne har til personer med spiseforstyrrelse og deres familier. Flere anbefalinger rettet mod den kommunale indsats udbydes i dag kun i nogle kommuner men ikke alle. Det drejer sig eksempelvis om måltidsstøtte. Om måltidsstøtte står der i anbefalingerne, at hvis kompetencerne ikke er til stede i den enkelte kommune, skal opgaven varetages i den ambulante psykiatri⁴. Hvis en kommune ikke har kompetencer eller kapacitet til en opgave, må man forvente, at der sker en styrkelse heraf eller at kommunerne indgår i et tværkommunalt samarbejde. Ikke, at der sker en opgaveglidning til regionen. I samarbejdet mellem kommuner og regioner er der desuden mulighed for at de kommunale tilbud kan rådføre sig med psykiatrien, som det også generelt er tilfældet i opgaveløsningen i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Foruden at det er forskelligt, hvilke tilbud kommunerne har, er kompetenceniveauet også varierende på de kommunale tilbud. Det bliver anbefalet, at man skal sikre et tilstrækkeligt kompetenceniveau blandt det sundhedsfaglige personale på hospitalerne⁵. Denne anbefaling bør gælde for alt personale der arbejder med spiseforstyrrelse på tværs af sektorer.

Regionerne bemærker desuden, at det på nuværende tidspunkt er vanskeligt at etablere den anbefalede tidlige kontakt med kommunens fagpersoner. Ofte er det først muligt for indlagte patienter, når de færdigmeldes eller varsles færdigmeldt, hvorefter der kan være lang ventetid og sagsbehandling på den støtte de har brug for.

³ Side 48

⁴ Side 65

⁵ Side 53

Privatpraktiserende læger skal skrives mere frem

Diagnostik og behandling kan i mange begyndende og lette tilfælde med fordel varetages af f.eks. almen praksis og øvrige privatpraktiserende læger (psykiater) og psykologer. Subkliniske tilstande kan ofte klares i et kortere forløb uden at henvisning til psykiatrien er relevant eller gavnligt for patienten. Den praktiserende læge kan også i disse tilfælde have opgaver i forhold til vejledning, vægtkontrol mv. Hvor patienten skal udredes, diagnosticeres såvel som behandles skal være en konkret vurdering ift. sværhedsgrad af symptomer, kompleksitet af tilfældet mv. Det bør aldrig være sådan, at patienten automatisk henvises til psykiatrien. Privatpraktiserende lægers (almen praksis og psykiater) rolle bør således skrives mere frem, herunder at patienter kan opstarte og afslutte deres behandling i primærsektoren eventuelt i samarbejde med kommunen. Denne pointe er nogle steder i anbefalingen skrevet frem, men der er ikke konsekvensrettet igennem dokumentet⁶.

Derudover bør det præciseres, at almen praksis foruden at vurdere, om en patient skal henvises til behandlingspsykiatrien også altid skal vurdere, om der bør iværksættes (yderligere) indsatser i kommunalt regi⁷. Både den enkelte borger med spiseforstyrrelse kan have behov for støtte f.eks. ift. uddannelse, men hele familien kan også have behov for hjælp fra eksempelvis socialpsykiatrien. Disse behov skal ikke først afdækkes, når personen har gennemgået et behandlingsforløb, men allerede ved første kontakt med sundhedsvæsenet.

BED

Regionerne er enige med Sundhedsstyrelsen i, at der bør igangsættes et selvstændigt fagligt arbejde for at skabe klare rammer for en ensartet visitation og behandlingsindsats for mennesker med BED. Arbejdet bør dog også indebære en afklaring af målgruppe samt evidensopsamling i form af kliniske retningslinier, hvilket ikke er benævnt i anbefalingerne. Dette faglige arbejde bør snarest igangsættes i regi af Sundhedsstyrelsen.

Det er regionernes vurdering, at grundlaget for behandling af mennesker med BED og fastsættelse af arbejdsdeling med primærsektoren er for spinkelt på nuværende tidspunkt. De puljefinansierede tilbud i privat og offentligt regi, der har eksisteret i de seneste år, har ikke givet et klart billede af behovet for behandling, ligesom visitationen til private tilbud uden om de regionale visitationsenheder ikke har skabt klarhed om målgruppen og en mulig afgrænsning og arbejdsdeling. Det skal i den forbindelse anføres, at de tilbud, der i de seneste år er etableret i privat og regionalt regi, er meget begrænsede i deres kapacitet og ikke har nogen fælles afgrænsning af målgruppen. Danske Regioner er ikke bekendt med en national opsamling af erfaringerne fra disse behandlingstilbud, herunder om de har givet yderligere viden om målgruppeafgrænsningen.

⁶ Det står eksempelvis fint på side 36, men er ikke tilrettet på bl.a. side 34 m.fl.

⁷ Det skal bl.a. skrives ind på side 34

Flere igangværende projekter udløber i 2021, og det er derfor oplagt at ned-sætte et fagligt arbejde om BED, hvori man også bør opsamle erfaringerne fra disse. Regionerne deltager gerne med faglige repræsentanter og bidrager med viden om regionernes hidtidige erfaringer med BED.

Da intet af dette er afklaret på nuværende tidspunkt, og de anbefalinger der indgår i relation til BED - så vidt det er Danske regioner bekendt – er baseret på erfaringer fra kun to satspuljeprojekter, bør alt indhold relateret til BED udgå. I det omfang BED alligevel benævnes i anbefalingerne, skal det skrives tydeligt frem i prosaen, at erfaringerne kun er baseret på to satspuljeprojekter⁸.

Med venlig hilsen

Kathrine Vogn

Konsulent

Danske Regioner

⁸ I nogle fodnoter står der henvisning til et opsamlende materiale, men det står ikke i selve teksten og det står heller ikke, at det er disse to projekter, som al erfaringen – så vidt det er Danske Regioner bekendt – bygger på.