

Høringssvar vedr. Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelse

Vi er glade for muligheden for at kommentere på det udsendte høringsudkast vedr. Anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser, som vi har læst med stor interesse.

Vores erfaring er fra praksis i et specialiseret psykiatrisk sengeafsnit for patienter med spiseforstyrrelser, primært anoreksi, som retter sig mod både børn, unge og voksne, samt fra samarbejdsfladen med vores ambulante søsterafsnit vedr. patientgruppen.

Patienter med indlæggelseskrævende spiseforstyrrelse er erfaringsmæssigt en meget kompleks patientgruppe, hvor behandlingen er multifacetteret og forudsætter en motiverende, specialiseret, koordineret og afstemt indsats på tværs af kommune og region. Inddragelse af patientens netværk og udnyttelse af familiens ressourcer i behandlingen er en del heraf.

Anbefalingerne udgør aktuelt et stort volumen hvor centrale pointer vedr. det tværsektorielle samarbejde kan gemme sig i de mange sider. De spiseforstyrrede patienter udgør en mindre gruppe blandt de borgere, som er tilknyttet de kommunale myndighedsrådgivere, som derfor har behov for hurtigt at kunne orientere sig i anbefalingerne mht. det tværsektorielle samarbejde omkring de spiseforstyrrede patienter. Vil det være muligt at gøre dokumentet mere overskueligt så anbefalinger og foreslåede arbejdsgange vedr. etablering og vedligeholdelse af det tværsektorielle samarbejde træder meget klart frem? Det kan måske delvist opnås ved at beskrivelsen af målgruppen, symptomer og karakteristika samt udredning og behandling mv svt. kapitel 2 og 4 placeres som bilag.

Ved sværere spiseforstyrrelser bidrager både region og kommune mhp at de nødvendige indsatser, som rettes mod forskellige områder i patientens liv, mhp at støtte patienten til udvikling og helbredelse, kan etableres. For at sikre at den samlede indsats, bestående af bidrag fra region og kommune og flere aktører i hvert regi, støtter patienten til at blive rask af sin spiseforstyrrelse, er der brug for en meget tæt koordinering mellem de involverede aktører. Erfaringsmæssigt kan det være yderst vanskeligt og tidskrævende at sikre den tilstrækkelige koordinering. Efter vores oplevelse udfordres koordinering og samarbejde bl.a. af uklarhed mht fordeling af opgaver mellem kommune og region. Som en del heraf også uklarhed mht hvordan ansvaret for, *at den samlede indsats er koordineret og afstemt*, fordeles mellem region og kommune.

På den baggrund har vi læst kapitel 3 Organisering og samarbejde med meget stor interesse og har en række indvendinger til teksten. Vi finder, at der er brug for en højere grad tydelighed og entydighed gennem dokumentet i forhold til hvordan det tværsektorielle samarbejde etableres og vedligeholdes. Dvs konkrete beskrivelser af hvem gør hvad hvornår.

Eksempelvis står på side 27

"Det er derfor vigtigt, at de forskellige indsatser samtænkes og koordineres tæt på tværs af de forskellige aktører, og at der foreligger lokale skriftlige aftaler om, hvordan forløbet koordineres i et integreret og tværfagligt samarbejde på tværs af de involverede aktører. Koordinationen skal sikre, at indsatserne på tværs af aktørerne understøtter hinanden, og at virkningsfulde elementer videreføres på tværs af de forskellige organisationer."

Det som beskrives, er præcist det multifacetterede og specialiserede tværsektorielle samarbejde, som er nødvendigt for at støtte patienten til udvikling. Imidlertid mangler der helt de nødvendige konkrete beskrivelser af hvordan professionelle placeret i kommuner og regioner skal lykkes med at bygge dette "hus" sammen: hvem gør hvad hvornår?

Videre står der på side 27

For at understøtte en integreret indsats og brobygning på tværs af den regionale psykiatri og de kommunale myndigheder, bør der så vidt muligt indgå en socialrådgiver (eller fag-person med tilsvarende kompetencer) i den tværfaglige rehabiliterende behandlingsindsats på sygehuset. Socialrådgiveren ansat i den regionale psykiatri kan fungere som organisatorisk brobygger og være med til at sikre det nødvendige samarbejde mellem sygehus og kommune, så der skabes smidig overgang og en integreret indsats på tværs. Samarbejdet, sammenhæng og overgang mellem forskellige indsatser kan understøttes af netværksmøder, udskrivningsmøder samt besøg af patient fra sagsbehandler/støtte-kontaktperson/botilbud eller lign. i kommunen forud for en udskrivning mv.

I forbindelse med udskrivelsen af en patient med en svær spiseforstyrrelse efter en hospitalsindlæggelse bør der afholdes et koordinerende udskrivningsmøde med delta-gelse af relevante fagprofessionelle fra både den regionale psykiatri og kommunen. Det vil uanset sværhedsgrad være relevant at afholde et udskrivningsmøde, hvor der drøftes behov for behandling og rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, som kan understøtte, patientens funktionsevne vedligeholdes eller bedres efter udskrivelsen, og at uhensigts-mæssige indlæggelser forebygges. Desuden skal opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører efter udskrivelsen aftales nærmere, ligesom rammerne for det fremtidige samarbejde efter udskrivelsen, hvilket skrives ind i en fælles plan, fx udskriv-ningsaftalen eller koordinationsplanen.

På side 48 står

En socialrådgiver (eller fagperson med tilsvarende kompetencer) ansat i sundhedsvæsenet bør så tidligt som muligt i en patients behandlingsforløb etablere kontakten til de kommunale forvaltninger, så den kommunale sagsbehandler, når det er relevant, kan vurdere, om der er behov for en konkret indsats, som der dermed kan visiteres til. Den tidlige kontakt skal være med til at skabe de bedst mulige forudsætninger for, at rehabilitering i kommunalt regi kan påbegyndes rettidigt og i et integreret og koordineret samarbejde med den regionale behandlingsindsats.

....

Det er et fælles ansvar for region og kommune at sikre, at patientens/borgerens over-gang mellem sektorer bliver så smidig som mulig.

På side 55 står

Idet kommunen er ansvarlig for sociale indsatser for mennesker med spiseforstyrrelser, som ofte vil forløbe samtidig med et behandlingsforløb i den regionale psykiatri, spiller kommunen en vigtig rolle i forhold til at sikre et sammenhængende forløb for den enkelte – også under et eventuelt behandlingsforløb i den regionale psykiatri. Denne koordinerende funktion og mulighederne for at understøtte samarbejdet på tværs beskrives i kapitel 3 om organisering og samarbejde.

På side 60-61 står

Med afsæt i vurderingen fra egen læge, bør der i kommunen følges op på, om der er behov for iværksættelse af en kommunal indsats for borgeren – eventuelt som supplement til en egentlig behandlingsindsats i praksissektoren eller i den regionale psykiatri.

I den indledende faglige vurdering af behovet for iværksættelse af en social eller sundhedsfaglig indsats i kommunen, vil der være behov for at se på hele borgerens situation og eventuelle bagvedliggende årsager til spiseproblemerne eller –forstyrrelsen, før den rette indsats kan tilrettelægges. Ud over forholdet til mad og spisning er det også vigtigt at afdække en række øvrige forhold som fx fysisk og mental sundhed, udvikling og adfærd, sociale relationer (fx skole, arbejde, fritid, nærmiljø) og familieforhold (fx ressourcer, bolig, netværk samt evt. misbrug, psykiske vanskeligheder mv.). Det vil således være nødvendigt at indhente relevant viden fra en række aktører og ved behov indhente råd og vejledning fra den regionale psykiatri i vurderingen af borgeren.

Såfremt det vurderes, at der skal iværksættes en tidlig indsats i kommunen, skal det yderligere besluttet, hvilken type af indsats(er) der iværksættes, og forløbet planlægges, jf. kapitel 3 om organisering og samarbejde. Hvis indsatsen ikke har den ønskede effekt på en eventuel begyndende eller egentlig spiseforstyrrelse inden for kort varighed, bør det sikres, at der træder en anden indsats i stedet for.

og videre

Behandlingen af mennesker med spiseforstyrrelser er overordnet et lægeligt ansvar, og såfremt der iværksættes en behandlingsindsats ved alment praktiserende læge eller i den regionale psykiatri, vil disse være ansvarlige for behandlingen af den pågældende, mens socialområdet i kommunen har til opgave at understøtte denne behandling med relevante supplerende socialfaglige eller sundhedsfaglige indsatser, hvilket beskrives nærmere i det følgende afsnit 5.3. om opfølgning og rehabiliterende indsats i kommunen

Kommunen har derfor også et vigtigt medansvar i forhold til at sikre samspil i de forskellige indsatser og at koordinere samarbejdet på tværs. Det betyder eksempelvis, at hvis der allerede er igangsat et forløb for borgeren inden for kommunens socialområde, fx bostøtte, er det vigtigt at disse koordineres med de øvrige fagpersoner, som eventuelt inddrages i forløbet, fx den alment praktiserende læge og fagpersonalet i den regionale psykiatri.

Heraf ses igen at der i dokumentet savnes en gennemgående, konkret, entydig beskrivelse af hvordan det tværsektorielle samarbejde etableres og vedligeholdes og hvordan ansvarsfordelingen viser sig i praksis.

Sager vedr. indlæggelseskrævende spiseforstyrrelse er komplekse, i en del tilfælde endog særdeles komplekse, hvilket understreger behovet for entydige arbejdsgange i det tværsektorielle samarbejde mellem region og kommune. I komplekse sager er der et øget behov for detaljeret koordinering og dermed en øget risiko for utilstrækkelig sammenhæng og koordinering, og dermed en øget risiko for et suboptimalt tværsektorielt forløb. Denne risiko må imødegås ved at der i centrale udmeldinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser gives konkrete og entydige anbefalinger vedr. hensigtsmæssige arbejdsgange i det tværsektorielle samarbejde, som kan informere praksis.

På den baggrund er det meget velkomment, at Sundhedsstyrelsen udsender anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser. Der er brug for præcisering og anbefalinger af konkrete arbejdsgange til sikring af samarbejdet på tværs af kommune og

region og den koordinerede indsats til mennesker med spiseforstyrrelse. Vi savner således, at anbefalingerne præciserer samarbejdsfladerne i det tværsektorielle samarbejde og hvordan den fælles opgave bør løses i praksis.

Vi foreslår, at det præciseres at der i enhver sag, hvor den regionale psykiatri er involveret, skal være en navngiven kontaktperson i både kommune og den regionale psykiatri, som har et fælles ansvar for at sikre en tilfredsstillende koordinering af den tværsektorielle samarbejde. Der er brug for en konkretisering af arbejdsgangene, som skaber det tværsektorielle forløb, for at imødegå suboptimale forløb. Der nævnes, at der skal foreligge klare skriftlige aftaler vedrørende samarbejdet, men der savnes en beskrivelse af hvordan de beskrevne aftaler kommer i stand? Hvem udformer disse aftaler og hvad er det hensigtsmæssige indhold? Ligeså nævnes begrebet en koordineret indsatsplan, men der savnes en præcisering af hvad en koordineret indsatsplan er? For hvilke patienter skal en sådan plan udformes? Kan der gives et eksempel på hvordan en koordineret indsatsplan ser ud? Hvor er opgaven med at udfærdige en koordineret indsatsplan placeret? Der savnes konkrete eksempler på det hensigtsmæssige samarbejde og de anbefalede arbejds gange og den konkrete udmøntning af ansvarsfordelingen for samarbejdet mellem region og kommune.

Der savnes en præcisering af hvad der er formålet med indsatsen i kommunen. Eksempelvis står der på side 27

I forbindelse med udskrivelsen af en patient med en svær spiseforstyrrelse efter en hospitalsindlæggelse bør der afholdes et koordinerende udskrivningsmøde med deltagelse af relevante fagprofessionelle fra både den regionale psykiatri og kommunen. Det vil uanset sværhedsgrad være relevant at afholde et udskrivningsmøde, hvor der drøftes behov for behandling og rehabiliterende indsatser og/eller tilbud, som kan understøtte, patientens funktionsevne vedligeholdes eller bedres efter udskrivelsen, og at uhensigtsmæssige indlæggelser forebygges. Desuden skal opgave- og ansvarsfordeling mellem de involverede aktører efter udskrivelsen aftales nærmere, ligesom rammerne for det fremtidige samarbejde efter udskrivelsen, hvilket skrives ind i en fælles plan, fx udskrivningsaftalen eller koordinationsplanen.

Hvordan differentieres mellem et normaliserende/kurativt sigte og et stabiliserende sigte i den kommunale indsats? Kan gruppen som tilbydes hhv en normaliserende/kurativ indsats og en stabiliserende indsats indkredses nærmere? Hvordan evalueres effekten af den kommunale indsats? Hvilke tiltag gøres ved utilstrækkelig effekt af de kommunale indsatser?

Gruppen af patienter med spiseforstyrrelser er karakteriseret ved at patienten ofte er ambivalent i forhold til relevant behandling af spiseforstyrrelsen og familien kan i varierende grad have accepteret denne ambivalens. Det stiller særlige krav til at de professionelle, som arbejder med patienterne og deres familier, i forhold til vedvarende at motivere patienten og familien til relevant behandling. Vi foreslår at dette træk ved spiseforstyrrelsen: ambivalens i forhold til behandling og nødvendigheden af en motiverende tilgang til patient og familie på tværs af sektorer mhp. at sikre at patienten modtager den relevante behandling, skrives meget tydeligt frem i anbefalinger vedr. det tværsektorielle samarbejde. Det bør fremhæves, at det er en fælles forpligtelse på tværs af alle regionale og kommunale aktører at arbejde

med patientens (og evt. familiens) ambivalens og motivation og støtte patienten til relevant og tilstrækkelig behandling af spiseforstyrrelsen

Desuden har vi følgende bemærkninger til de øvrige afsnit

Vedr 2.1.2: pubertet og moderskab bør måske også nævnes som mulige udløsende faktorer for en spiseforstyrrelse

Vedr 2.1.3: højt konfliktniveau i familien og forældres ambivalens i forhold til behandling er også kendte vedligeholdende faktorer

Vedr 2.2: Vedr symptomer for spiseforstyrrelse: Vanskeligheder med introspektion, differentiering af egne indre tilstande, relationelle vanskeligheder, følelsesmæssige reguleringsvanskeligheder

Vedr 4.3.2. Spiseforstyrrelse er en relationel/interpersonel lidelse. Individuel terapi eller gruppeterapi. Flerfamiliebehandling

Vedr 4.3.5

Der skrives nærmest ud fra at behandling starter under indlæggelse, det er langt fra typisk. De fleste behandlingsforløb er ambulante og etablering af tidlig, tilstrækkelig støtte i primært regi er helt centralt. Det bør fremgå, at en normalisering af vægten er en forudsætning for at blive helt rask.

Vedr 4.3.8

Vi tænker der beskrives opgaver for den regionale socialrådgiver, som rettelig ligger hos den kommunale rådgiver

Vedr Tabel 5 Behandling under indlæggelse

Behandlingsramme for vægtindhentning i vores afdeling er 1-1,5 kg/uge

Indlæggelse er forudgået af en forsamtale, hvor pt informeres om de behandlingsmæssige rammer og forpligter sig på disse, dette er et eksempel på hvordan der kan arbejdes med patientens ambivalens.

Vedr 4.5

Psykiatrilovens præcise tekst mhp betingelser for anvendelse af tvangsindlæggelse, tvangstilbageholdelse og tvangsernæring bør indsættes eller man bør henvise til lovteksten

Vedr 4.6

Der savnes en beskrivelse af hvilke kompetencer der er nødvendig: lægefaglige, somatik, psykiatri, sygeplejefaglig, psykologfaglig, socialrådgiverfaglig, diætist, pædagogfaglig, Psykoterapeutisk kompetence. Er der en anbefaling om sparring, udvikling og erfaringsudveksling på tværs af regioner?

Vedr 5.4

Hvilken opgave spiller regionerne i kommunernes kompetenceudvikling vedr spiseforstyrrelser? Hvordan etableres og videreudvikles de nødvendige kompetencer vedr rehabilitering af patienter med spiseforstyrrelse i kommunen? Skelnes der mellem generel kompetenceudvikling og

vidensdeling om konkrete sagsforløb? Anbefales der sparring, udvikling og erfaringsudveksling på tværs af kommuner?

Venlig hilsen

Anne Printz, socialrådgiver

Lene Hjort, overlæge, phd.

Sengeafsnit 3 for spiseforstyrrelser, Børne og ungdomspsykiatrisk afdeling
Aarhus Universitetshospital Psykiatrien