

Anbefalinger vedr. Tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser

Til Enheden for Sygehusplanlægning,

Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde har den 20. september 2021 modtaget Sundhedsstyrelsen anbefalinger vedr. tværsektorielle forløb for mennesker med spiseforstyrrelser. Sundhedsstyrelsens anbefalinger har været udsendt til høring i Psykiatrien, som også har sendt deres bidrag separat til Danske Regioner. Herudover har Praksisafdelingen og Sundhedsplanlægningen modtaget høringsmaterialet.

Generelle kommentarer

Overordnet set er det positivt, at der nu er sat fokus på spiseforstyrrelsesområdet, herunder fokus på roller og ansvarsfordeling. Et flot materiale der har til formål at styrke området.

Der arbejdes på at skabe sammenhæng i forløb på tværs af sektorer i regi af Sundhedsaftalen i Region Syddanmark, og i den forbindelse arbejdes i øjeblikket konkret med forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser på tværs af 22 kommuner, almen praksis og sygehusene, somatisk såvel som psykiatri.

Anbefalingerne indeholder mange gode og relevante initiativer, men der er stadig behov for en større tydelighed i opgavefordelingen, suppleret med nogle kliniske/faglige retningslinjer for hver sektor. Dette gælder også for Forløbsprogrammet for børn og unge med spiseforstyrrelser fra 2017.

Kompetence udvikling er også væsentligt, hvis anbefalingerne skal omsættes i praksis.

Anbefalingsspecifikke kommentarer

Psykatrien i Region Syddanmark har udarbejdet et selvstændigt høringssvar til Danske Regioner, som også er vedhæftet nærværende høringssvar.

Praksisafdelingen Region Syddanmark - Almen praksis (AP)

- Meget god stringent, overskuelig faglig beskrivelse af målgruppe, symptomer og karakteristika.
- Ved anbefalinger, vil det være hensigtsmæssigt, at de konkrete anbefalinger fra de Nationale Vejledninger sættes ind i teksten. (Eksempelvis :Mål og/eller grænser for vægt, vækst, BMI til børn mm).
- Sygdomsgradering, tabel 1 samt undersøgelse i AP ved mistanke om spiseforstyrrelse tabel 2 (SCOFF og EDE-Q). Redskaber, der anbefales implementeret og brugt i AP, hvem påhviler ansvaret for den faglige opkvalificering og implementering i udøvende AP?
- Krav til henvisning bør være mere konkret: Patienten skal henvises til specialistbehandling i den regionale psykiatri såfremt: der ikke opnås den forventede effekt (indenfor 6-8 uger) af indsatsen i almen praksis. Hvordan og hvad defineres som forventet effekt?
- Der efterlyses et mere konkret bud på /mål for vurdering af vægt hhv. tilvækst, som den kommunale sundhedspleje og AP anbefales at bruge i vurderingen af vægt- vækst og trivsel ved børn og unge. For vagt formuleret i 4.2. Hvornår skal der reageres?
- Organisering og samarbejde: AP 's rolle og kompetencer er ikke nævnt i tiltagene, der tænkes håndteret i den nye klyngestruktur, dette er en stor svaghed og/eller mangel!
- Der beskrives principperne for tilrettelæggelsen og koordineringen af samarbejdet på tværs. Krav til og/eller fokus på, hvorledes der konkret og rent teknisk anbefales kommunikeret bedre på tværs af sektorerne med de givne rammer og love, således at mennesker med spiseforstyrrelser ikke tabes i systemet og således, at de samtidig klart gives tryghed for, at de tre sektorer kommunikerer sammen: Har en tovholder, men at "stafetten kan sendes videre" til anden tovholder i behandlertrekanten.
- Kommunikation og tidlig opsporing: Der mangler italesættelse af vigtigheden af kommunikation af viden fra kommune til AP. Der savnes en grafisk illustration af et flowchart ift. præcisering af den lovmæssige hjemmel til denne kommunikation samt af vigtigheden af denne, da AP ellers ikke kan lave en god sygdomsgradering – og en relevant behandling hhv. henvisning til videre diagnostik i sygehusregi. Ved kommunikation og/eller fremsendelse af informationer, vil det i lighed med pligt til epikriser fra behandlere i sygehussystemet være relevant med markering af vigtigheden (rød-gul-grøn) af den fremsendte information.



- Den praktiserende læge fungerer som patientens gennemgående sundhedsfaglige kontaktperson. Det anbefales, at anbefalingerne indarbejdes i lokale instrukser og vejledninger samt i de regionale forløbsprogrammer og samarbejdsaftaler for mennesker med spiseforstyrrelse. AP ses som primær visitator til videre behandling og diagnostik, samtidig behandler af spiseforstyrrelser i let grad og/eller uden komplikationer eller anden psykiatrisk ko-morbiditet. Der savnes et oplæg til, hvorledes det sikres at AP har kendskab til visitationsregler og/eller aftaler og implementering i allerede eksisterende aftaler.
- Det præciseres, at man i de nye klyngestrukturer tidligere SOF implementerer de regionale vejledninger, AP er her ikke repræsenteret - og har ikke allokeret ressourcer til at implementere eventuelle nye tiltag samt faglig opgradering i den enkelte praksis og/eller klynge. En svaghed i den kommende struktur, der "arves" fra de tidligere SOF, hvor AP pt. har (havde) en lignende rolle.

René Klinkby Støvring, professor og specialeansvarlig overlæge, Ph.d., Ernæringsklinikken, Center for Spiseforstyrrelser

- Side 37: Patienten skal henvises til specialistbehandling i den regionale psykiatri såfremt der ikke opnås hurtig (indenfor 6-8 uger) effekt af indsatsen i almen praksis,
Svar: 6-8 uger er meget kort tid, og det er problematisk at skrive, at der "skal" henvises.
- Side 41: Til vurdering af spæd- og småbørn i alderen 0-24 måneder.
Svar: Det er ikke relevant i en anbefaling, der omhandler mennesker med spiseforstyrrelser. Et barn på <24 mdr. kan aldrig få diagnosen spiseforstyrrelse.
- Side 51 vedr. Frihedsberøvelse: udsigten til helbredelse i givet fald vil være væsentligt forringet.
Svar: Da "helbredelse" desværre ofte ikke er sandsynligt, bør der tilføjes samme bisætning som i psykiatriloven: eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden.
- Side 51: Undervægtige patienter skal ideelt set tage 1 kg på ugen under indlæggelse.
Svar: Det er misvisende. Den anbefaling kan i nogle tilfælde være direkte til fare for patienten. Det gælder aldrig for patienter med meget lav vægt og slet ikke i starten af re-ernæringen. Det bør rettes til:
Under indlæggelse sker vægtøgningen under hensyntagen til risikoen for re-ernærings syndromet og den somatiske tilstand (f. eks. hydreringstilstanden og forekomsten af ødemer). Hvis faren for re-ernærings syndromet er drevet over, kan der ofte opnås en ugentlig vægtøgning på mellem 1,5 og 3%. Reference: National Behandlingsvejledning – Anorexia Nervosa og andre spiseforstyrrelser:
<http://www.endocrinology.dk/index.php/6-andre-endokrinologiske-sygdomme/3-anore-xia-nervosa-ogandre-spiseforstyrrelser>



Afdeling for Tværsektorielt Samarbejde i Region Syddanmark takker for muligheden for at bidrage med synspunkter til udkastet: "*Anbefalingerne vedr. tværsektorielle forløb til mennesker med spiseforstyrrelser*". Afdelingen står naturligvis til rådighed hvis der er spørgsmål til ovenstående.

Med venlig hilsen

Kurt Æbelø

Afdelingschef

Tværsektorielt samarbejde

Region Syddanmark