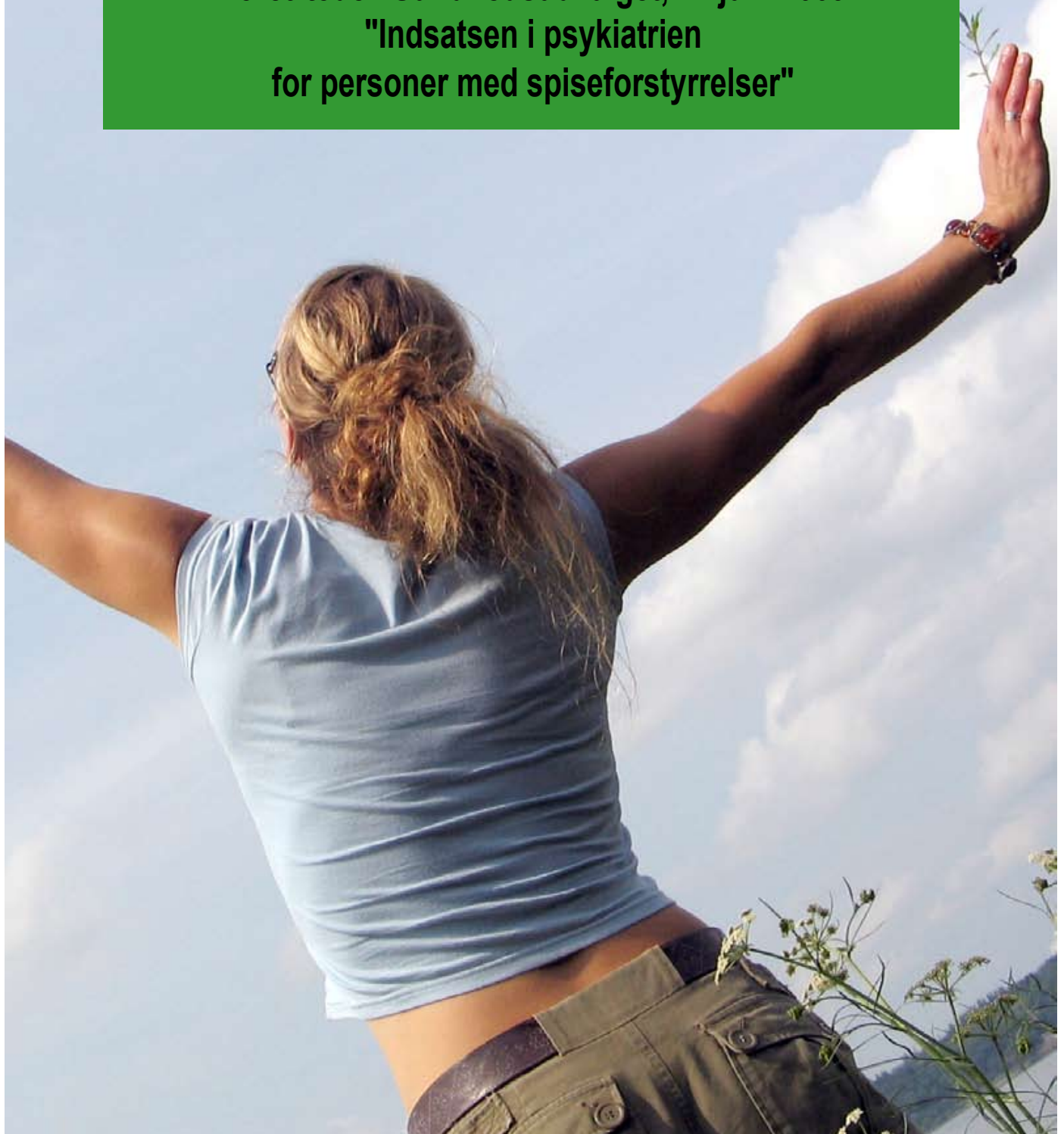




PS LANDSFORENING
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

**Foretræde i Sundhedsudvalget, 17. juni 2009
"Indsatsen i psykiatrien
for personer med spiseforstyrrelser"**



www.pslandsforening.dk

Foretræde for Folketingets sundhedsudvalg - onsdag den 17. juni 2009

Deltagerne i deputationen er:

Koordinerende psykolog Camilla Jacobi, satellitafsnit for spiseforstyrrelser i Herning – PS gæst og samarbejdspartner og anerkendt fagperson. Desuden bestyrelsesmedlem i Dansk Selskab for Spiseforstyrrelser og styregrupped medlem i styregruppen for den nationale uddannelse KOK.

Formand i PS Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig tlf. 97891160 / 40254860

Næstformand i PS Dorte Nielsen, Poppelvej 19, Glyngøre 7870 Roslev tlf. 51226722

Tak til Sundhedsudvalget fordi vi må komme og fremlægge vore synspunkter.

Vi har følgende på hjertet:

- Kort info om den nationale uddannelse i opsporing og behandling af spiseforstyrrelser KOK
- En god rollemodel for fremtidige alternative løsninger i psykiatrien
- Indsatsen Regioner og kommuner
- Spørgsmål om udvalgets medlemmer mener, at udskydelse af behandling i psykiatrien af børn og unge under 19 år, lovligt kan ske med den begrundelse, at PPR først skal foretage en intelligenstag, hvor der i flere kommuner er op til 1 års ventetid på denne udredning i PPR regi.

Vi har lavet skriftligt oplæg til belysning af punkter, således vi har mulighed for at bruge tiden på spørgsmål og dialog, hvor vi gerne vil lægge hovedvægten på Spiseforstyrrelsesteamet i Herning, der er repræsenteret ved koordinerende psykolog Camilla Jacobi, idet vi mener, det kan vise vejen til nye måder at arbejde på i hele psykiatrien, i en tid hvor indsatsen i psykiatrien er hårdt presset af, at der i visse områder ikke er muligt at finde psykiatere.

De øvrige punkter er værdifulde informationer til Jer samt et konkret spørgsmål, som vi gerne vil have skriftligt svar på.

Vi vil gerne anerkende den gode udvikling, som der er sat i gang. Men vi mangler altså rigtig meget endnu. Specielt i indsatsen for spiseforstyrrelser og anden selvskadende adfærd – det er her vi oplever en lang række af grænsefladeproblematikker og problemerne bliver meget belastende, når ingen tager ansvar og/eller peger på, at andre end lige dem selv er de ansvarlige.

KOK, Koordinering – Opkvalificering – Kvalitetssikring

Vi er kommet rigtig godt fra start, men har været vældig meget presset i hele forløbet, da vi skulle starte det første uddannelseshold op i 2008. Den overvældende interesse betyder også, at der har været langt større pres på sekretariatet end forventet.

Overordnet har vi valgt en organiseringsmodel, hvor PS har uddelegeret det faglige ansvar til Dansk Selskab for Spiseforstyrrelse, som så har haft til opgave at udpege en styregruppe på 9 personer ud fra et tværfaglig og geografisk hensyn. Desuden har PS et medlem i styregruppen, som er hovedansvarlig for projektet, men som ikke har afgørende indflydelse i forhold til det faglige indhold på KOK. Styregruppen har nedsat et forretningsudvalg, som består af 3 medlemmer samt én repræsentant fra PS.

Denne organisering har vist sig at være god på rigtig mange måder. I PS mener vi, at det har givet en ikke uvæsentlig "side-gevinst" med denne styregruppe, idet landets behandlingssteder har fået et tættere dialog forum, hvor vi snakker indsats kvalitet og forskellige måder at gøre ting på. En bedre forståelse og respekt for hinanden. Desuden er der både private og offentlige aktører med i styregruppen, hvilket også giver en øget forståelse og bedre indsigt mellem hinanden.

Ansøgere:

Vi har fulgt den norske model og har 48 deltagere på hvert hold. Vi har netop haft ansøgningsfrist til Hold 3 og til det sidste hold er ansøgningsfristen den 1. december 2009.

Hold 1 – 104 ansøgere

Hold 2 – 130 ansøgere

Hold 3 – 126 ansøgere

Der har været stor interesse fra både private og offentlige behandlingssteder og socialpædagogiske opholdssteder, sundhedsplejersker og kommunale specialiserede indsatsmedarbejdere.

Det har været svært at nå praktiserende læger og speciallæger – akkurat de samme erfaringer som fra Norge, men de efterlyser samtidig nogle kortere målrettede kursusforløb.

Vi oplever, at en ikke uvæsentlig del af deltagerne selv må bidrage med at bruge deres ferie og fridage på at deltage i uddannelsen.



Evaluering af KOK

Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland står for evalueringen. Hvert kursus evalueres, og de foreløbige meldinger afspejler en meget høj grad af tilfredshed med både rammer, koordinering, faglig indhold og kvalitet.

Men vi får også meldinger på, at deltageren synes det er hårdt, krævende og for intensivt. Hvilket vi er klar over. Vi har lagt et meget højt niveau, og vi forklarer det med, at de får et kursus, som er gratis og er noget ganske særligt, og til gengæld for det, kræver vi, at de er parate til at yde en ekstra indsats.

Det går igen ved evalueringerne, at deltagerne er meget tilfredse med, at PS er med på alle kurser, idet PS har en meget stor og bred viden om indsatsen rundt i landet i såvel privat som offentligt, i sundhedssystemet og i det sociale system.

En god rollemodel for fremtidige alternative løsninger i psykiatrien.

(se tillige bilag 4)

Spiseforstyrrelsesteamet i Herning er en satellitafsnit af Center for Spiseforstyrrelser i Århus. PS har meget stor kontakt til pårørende til spiseforstyrrelser, hvor deres datter/søn har været patient i Herning både før tilknytningen til Århus og efterfølgende.

Derfor er det med meget stor sikkerhed, vi kan sige, at den måde de løfter opgaven på i Herning opleves som meget tilfredsstillende og uden forringelse af behandlingskvaliteten.

Vi har også patient og pårørende oplevelser som viser, at de patienter som tidligere var tilknyttet et team i Viborg, og som ved nedlægningen af Viborg afdelingen blev flyttet til Herning, oplever at de i Herning får en væsentlig bedre behandling, end den behandling de fik i Viborg, også selvom der i Viborg var tilknyttet en psykiater. Flere forældre var på forhånd bekymrede for, at der ikke var en psykiater de kunne tale med i Herning, men alle har meldt tilbage, at de har fået noget, som var langt bedre i Herning.

Vi ved, at man også forsøgte at lave Viborg til et satellitafsnit med samme koncept, som det i Herning. Her må vi så konstatere, at det ikke lykkedes. Der var nogle ekstrem dårlige patientforløb, og i PS pressede vi aktivt på for, at lukke ned for indsatsen, når det var af så ringe kvalitet.

Som vi oplever det i PS handlede det om en manglende teamfølelse og reelt tværfagligt samarbejde. Hiraki, forstokkede holdninger til ansvar og opgaver samt manglende viden, fælles forståelsesrammer og engagement hos personalet, er de faktorer, som vi i PS oplevede var hindringerne i, at Viborg ikke blev et velfungerende satellitafsnit som i Herning.

Disse forhold er tilstede i Herning – og det fungerer.

Derfor er det meget vigtigt, at hovedafdelinger og satellitafsnit inden opstart får afstemt og tilpasset behandlingsrammerne inden opstart. Det er meget grundlæggende og elementære ting, der er afgørende for succes. Noget der skal arbejdes med, for det kommer ikke af sig selv.

I PS ser vi den største udfordring i etablering af lignende koncepter, at sundhedspersonalet både øverst og nederst i hirakiet ikke umiddelbar er i stand til at indgå i et reelt ligeværdigt tværfagligt samarbejde, der bygger på tillid, gensidig respekt for hinanden og behandlingsrammer.

Vi oplever, at specielt i psykiatrien er der nogle meget forstokkede holdninger til hvem der må gøre hvad, og hvem har mest at sige qua sin stilling. Det dur ikke, i psykiatrien er det også den tværfaglige indsats, som vi kommer længst med.

Derfor ser vi, at det er meget vigtigt, at CfS og satellitafsnittet i Herning er villige til, at være behjælpelig med undervisning og dele ud af deres meget vigtige erfaringer, som er så afgørende for, at lignende projekter bliver en succes.

Desuden er det overordentlig vigtigt, at hele sundhedspersonalet har adgang til den opkvalificering som KOK kan give til dem, som arbejder inden for indsatsen for spiseforstyrrelser. Her gælder det også udbredelsen i forhold til shared care, hvor KOK i høj grad er med til, at vi kan lave mere sammenhængende patientforløb.

PS har en påstand om, at når et koncept som det her, kan lykkes i behandlingen af den nok mest komplekse psykiatriske lidelse spiseforstyrrelser, så er det også muligt indenfor andre psykiske lidelser. Og kan det lade sig gøre i Region Midt, så må der også være vilje og vej i de øvrige regioner.

Satellitafsnit og teleløsninger giver:

- optimal udnyttelse af psykiatere i organisationen
- patienter behøver ikke rejse så langt
- mulighed for specialisering med hurtig og let adgang til specialiseret psykiater
- behandlingskvalitet i top
- bevare tilknytning til patientens netværk og pårørende samt de daglige rammer, da det øger muligheden for ambulant behandling
- tilfredse patienter og pårørende



Indsatsen Regioner og kommuner

(se tillige bilag 1, 2 og 3)

Som det fremgår af bilag 1, så har vi fortsat store problemer med indsatsen for spiseforstyrrelser. Vi synes ikke alle regioner tager deres ansvar tilstrækkeligt alvorligt, når meget alvorlig syge unge skal vente op til 1 ½ år på behandling. Vi synes heller ikke det er i orden den måde nogle patienter bliver behandlet på almindelige psykiatriske afdelinger og medicinske afdelinger – vi har en lang række eksempler på, at de handler direkte i strid med Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Når vi fortæller specialiserede fagfolk om nogle af de behandlingsforløb, som vi er vidne til, så er de ganske rystet over, at en sådan behandling kan finde sted. Men det sker hele tiden og så igen.

Så der er fortsat stort behov for opkvalificering, og det er vort håb, at der allerede nu kan dannes grundlag for, at vi får sikret at KOK kan fortsætte ud over de 4 uddannelseshold.

Vi har løbende dialog med psykiatridelelser og politikere i regionerne og de forskellige behandlingssteder, og vi er altid meget åbne og direkte med, hvor vi mener deres indsats er god, og hvor den er utilstrækkelig, og vi dermed efterlyser forbedringstiltag.

I forhold til kommunerne, så oplever både vi og de offentlige specialiserede steder med behandling af spiseforstyrrelser, at det bliver stadig mere vanskeligt, at komme igennem med bevilling af den fornødne specialiserede sociale indsats i rehabiliteringsforløbet.

Utilstrækkelig indsats fra kommunal side, er meget ofte ensbetydende med tilbagefald hos patienten og genindlæggelser. Så hvis vi virkelig skal have fat her, så skal vi have specialiseret tilbud fra kommunens side, og den vej rundt kan vi skabe en synergieffekt og mere sammenhængende patientforløb, som i høj grad vil gavne patienten. Vi har tidligere præsenteret Jer for et Notat, vi har lavet i DE) "Behandling af psykisk syge - behandlingsformer og ansvar" - det mener vi fortsat er et nøgleområde, der skal løses. Regioner og kommuner er nødt til, at finde en fælles forståelse for, hvad hører under sundhedssystemet og hvad der betragtes som en social indsats. Begge dele er lige vigtige, og det giver alt for stor ulighed for den enkelte borger, når en kommune kan afslå at yde en social indsats med den begrundelse "at det ligger ud over vores service niveau".

I PS tager vi efter sommerferien rundt på "Kommunerunder", hvor vi regionalt har arrangeret en faglig inspirationsdag for kommunale nøglepersoner i socialpsykiatrien, jobcentre, netværksmedarbejdere, sagsbehandlere, sundhedsplejersker, lærer og pædagoger – kort sagt en dag med faglig høj kvalitet hvor alle som kommer i kontakt med sårbare unge, kan få nogle gode værktøjer med sig hjem. Et arrangement som vi håber at kunne gentage i 2010, og vi håber naturligvis, at det kan være med til, at flere får øje for, at det er meget afgørende for den unges fremtid, at der sættes ind med en specialiseret støtte. Men det er ikke nok, der skal mere til

(Region Nord – den 24. august. Region Midt den 31. august. Region Syd den 11. september. Region Sjælland den 29. september og Region Hovedstaden den 20. oktober.)

Spørgsmål

Mener udvalgets medlemmer, at udskydelse af behandling i psykiatrien af børn og unge under 19 år, lovligt kan ske med den begrundelse, at PPR først skal foretage en intelligencetest, hvor der i flere kommuner er op til 1 års ventetid på denne udredning i PPR regi?

I et par regioner oplever vi ofte, at børn og unge ved henvisningen til psykiatrien bliver afvist, netop med den begrundelse, at de ikke kan komme i psykiatrien førend PPR har lavet en intelligencetest på patienten. Og når forældre så henvender sig til PPR, får de at vide, at der er helt op til 1 års ventetid. Det kan da ikke være rimeligt, for i så fald har en gruppe af patienter således ikke reel adgang til udrednings- og behandlingsgarantien.

I PS betragter vi det blot som en kreativ måde at nedbringe en venteliste på og overholde udrednings- og behandlingsgarantien. Vi vil gerne have et skriftligt svar på dette spørgsmål.

Vi er altid parat til yderligere dialog omkring indsatsen for spiseforstyrrelser, og ved præcis hvem I skal kontakte for at få belyst forskellige områder, så I er altid velkommen til at kontakte os.

Vi har deltaget i den internationale kongres i London her i marts/april, og der er ingen tvivl om, at vi har meget dygtige behandlingssteder i Danmark, men der er bare for lidt. I forhold til indsatsen i Norge er vi dog foran på et enkelt område, nemlig indsatsen for de pårørende, så her kan PS lære dem noget om pårørende arbejde. Foruden individuelle kontakter er vi blevet opfordret til at komme med indlæg både på en ny konference om miljøterapi i Norge i april 2010 og igen til den nordiske kongres i september 2010.

Med venlig hilsen

PS, Pårørende til Spiseforstyrrede



formand, tlf. 9789 1160



næstformand, mobil 5122 6722



**Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center**
Center for Spiseforstyrrelser, Team HerningBryggergade 10, 2. sal
DK-7400 Herning
Tlf. +45 9927 3070
www.buc.rm.dk**Sundhedsudvalget**

Vedr.: foretræde d.17.6.2009

Behandling af patienter med spiseforstyrrelser i Region Midtjylland
Organisering af satellitafsnit i Herning

I Region Midtjylland varetages al hospitalsbaseret behandling af patienter med spiseforstyrrelser i Center for Spiseforstyrrelser (CfS) under Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. I regionen bor ca. 1.2 millioner borgere fordelt på et stort geografisk område, der strækker sig fra Jyllands vestkyst til østkyst. CfS har ca. 80 medarbejdere og behandler årligt ca. 350 patienter. Patientgruppen omfatter både børn, unge og voksne. Langt de fleste patienter behandles ambulant, mens en mindre gruppe behandles i specialiseret daghospital eller indlægges på specialiseret døgnafdeling. CfS består således af et stort ambulatorium, et daghospital og en døgnafdeling i Århus samt et ambulatorium i Herning. Medarbejdergruppen er tværfagligt sammensat.

CfS er ligesom resten af psykiatrien ramt af problemet med manglen på psykiatere. Det betyder bl.a., at det endnu ikke har været muligt at rekruttere en psykiater til teamet i Herning. Dette giver nogle særlige udfordringer, fordi spiseforstyrrelsesområdet er et speciale, hvor legemlige komplikationer spiller en væsentlig rolle. Moderate og alvorlige spiseforstyrrelser giver udover psykiske, psykologiske og sociale problemer også store fysiske gener, der kan være af livstruende karakter.

Teamet i Herning består aktuelt af 13 medarbejdere fordelt på 7 psykologer, 2 distriktssygeplejersker, 1 diætist, 1 fysioterapeut og 2 sekretærer. En af psykologerne har funktion som teamkoordinator, hvilket i praksis svarer til at være daglig leder. Til teamet er tilknyttet en psykiater og en reservelæge fra CfS Århus, de kommer sammen til Herning 2 dage om måneden, og reservelægen kommer herudover 1 dag alene. Teamet fungerer altså med i alt 5 "lægedage" om måneden. (Der er desuden tilknyttet en socialrådgiver fra CfS Århus 2 dage om måneden.) På trods af dette formår teamet at yde en god og ansvarlig behandling til denne gruppe af alvorligt syge patienter.

Væsentlige forudsætninger for at spiseforstyrrelsesbehandlingen i Herning fungerer godt, selvom der ikke i det daglige er en psykiater i teamet:

Opgaveglidning mellem psykiater og koordinerende psykolog samt resten af medarbejderne i teamet.

- Bl.a. sidder koordinerende psykolog med i visitationsudvalg i CfS og sørger efter visitation for prioritering og indkaldelse af patienter.
- Teamets sygeplejersker måler ved behov puls og blodtryk på patienterne, og værdierne drøftes med koordinerende psykolog, ligesom blodprøvesvar gennemses, og psykologen vurderer, om der er behov for kontakt til psykiater i Århus.
- Drøftelse med patienterne af somatiske symptomer og effekt af evt. medicinsk behandling varetages i høj grad af de daglige behandlere i teamet, der sammen med koordinerende psykolog vurderer, om der er behov for inddragelse af psykiater.
- Koordinerende psykolog varetager, efter aftale med psykiater, kontakt til de praktiserende læger og medicinske eller psykiatriske afdelinger ved behov for indlæggelse af patienter.
- Videokonferencer af 1½ times varighed afholdes hver anden uge. Hele teamet i Herning deltager, i Århus deltager psykiater tilknyttet teamet samt en psykolog og en socialrådgiver. Her drøftes igangværende behandlingsforløb, og der tages beslutninger om eventuelle ændringer i behandlingen.
- Der er mulighed for telefonisk og telemedicinsk rådgivning fra CfS i Århus ad. hoc.

Stor viden om og erfaring inden for spiseforstyrrelsesområdet hos den koordinerende psykolog og i resten af teamet.



Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center

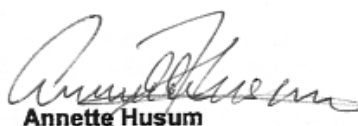
- Alle behandlere, og særligt den koordinerende psykolog, må have stor viden om og erfaring med spiseforstyrrelser, og stor opmærksomhed på både de legemlige og psykiatriske komplikationer, der kan opstå. Det er helt centralt, at alle behandlere kender egne begrænsninger og bringer de nødvendige spørgsmål videre til psykiateren.
- Alle nye medarbejdere i teamet har brug for en grundig oplæring. I den forbindelse er det helt centralt med en uddannelse som KOK (Koordinering, Opkvalificering, Kvalitetssikring), der er en national basisuddannelse i opsporing og behandling af spiseforstyrrelser. Flere af teamets medarbejdere er i gang med uddannelsen, hvilket giver dem en bred viden og et godt netværk inden for spiseforstyrrelsesområdet.

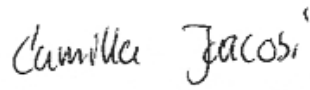
Et tæt og fleksibelt samarbejde mellem afdelingsledelsen på CfS, psykiater tilknyttet teamet og koordinerende psykolog samt resten af teamet.

- Den behandlingsansvarlige psykiater er kun i Herning 2 dage om måneden samt deltager i videokonferencer 2 dage om måneden. Det kræver stor gensidig tillid mellem psykiateren og den koordinerende psykolog at arbejde på denne måde.
- I akutte situationer skal den koordinerende psykolog og teamet i Herning hurtigt kunne få fat på den tilknyttede psykiater eller en anden læge fra CfS, der kan sætte sig ind i situationen og træffe beslutning om, hvordan der skal handles.
- Den koordinerende psykolog deltager via videokonference i ugentligt møde i udvidet ledelsesgruppe i CfS. Det har stor betydning for sammenhængskraften mellem CfS Århus og teamet i Herning og for ensartetheden i patientbehandlingen.
- Teamet i Herning deltager via videokonference hver anden uge i informationsmøde for hele CfS og hver uge på indlæggelseskonference omhandlende daghospital og døgnafdeling. Dette styrker ligeledes sammenhængskraften og et ensartet behandlingstilbud.
- Det er nødvendigt med jævnlige fysiske møder mellem teamet i Herning og CfS Århus. Der afholdes derfor 3 årlige møder mellem afdelingsledelse, psykiater og teamet i Herning samt fælles temadage og andre fælles faglige arrangementer. Det personlige kendskab til hinanden og hinandens faglige kompetencer er nødvendigt, når der skal tages beslutninger pr. langdistance, nogle gange i akutte situationer.

Med venlig hilsen


Kristian Rokkedal
Afsnitsoverlæge


Annette Husum
Afsnitssygeplejerske


Camilla Jacobi
Koordinerende psykolog

Side 2 af 2

regionmidtjylland **midt**





PS LANDSFORENING
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE
Lemvig, den 7. juni 2009

Til formand for Danske Regioner, Bent Hansen

Kære Bent Hansen

Først og fremmest tak for sidst. Som aftalt får du hermed lidt information om noget af det, som vi møder i vores hverdag, og som danner grundlag for vores holdning om, at indsatsen for spiseforstyrrelser i den grad bør opprioriteres. Vi kender og værdsætter de ekstra tiltag, der er sket de seneste år, men det er slet ikke tilstrækkeligt.

Der er mange gode grunde til, at opprioritere indsatsen for spiseforstyrrelser:

- spiseforstyrrelser er den psykiske lidelse, som har den højeste dødelighed
- forskningen viser, at tidlig indsats er afgørende for helbredelse
- forskningen viser, at fejlslagen behandling er med til at fastholde eller forværre et sygdomsforløb
- både i PS og læger med specialiseret indsigt/speciallæger i spiseforstyrrelser oplever, at læger svigter personer med spiseforstyrrelser
- behandlingen af spiseforstyrrelser er meget tidskrævende, idet der ikke findes en medicin, der kan helbrede sygdommen. Her skal der en menneskelig indsats til i form af samtalebehandling og adfærdskorrigerende indsats og støtte i spisesituationer. Den tid er der bare ikke på almindelige psykiatriske afdelinger, og derfor ender det alt for ofte med fejlbehandling og tvang samt afmægtig og udbrændt personale

I PS møder vi ofte nogle helt uacceptable forløb.

Generelt oplever vi, at det ser fornuftigt ud i Region Midtjylland, og der er iværksat tiltag, som skal rette op på de sidste hængepartier. I Region Syddanmark har det hidtil været den bedst fungerende, men efter indførelsen af behandlingsgaranti til børn og unge under 19 år, oplever vi en væsentlig forringelse for dem over 19 år, ligesom vi har sporet en stigende utilfredshed med indsatsen i Kolding efter at overlæge Peer Nøhr-Jensen er rejst derfra.

I Region Nord er det ganske utilfredsstillende med indsatsen for voksne med spiseforstyrrelser – der er ganske enkelt ikke noget specialiseret tilbud, og her har vi været inde over, for at hjælpe en række patienter med at komme til CfS i Århus, da deres sygdom var af en så alvorlig karakter, at de har krav på en specialiseret behandling på et landsdelscenter. Vi har en aftale fra juli 2008 med psykiatrilæden i Region Nord om, at de vil indgå samarbejdsaftale med CfS, men der er hidtil ikke sket det helt store. Region Nord har meddelt os, at de ikke mangler penge til indsatsen, de mangler psykiatere. Vi har i den forbindelse gjort opmærksom på, at man i Region Midtjylland har gode erfaringer med en alternativ løsning, og vi har opfordret dem til at købe sparring og vejledning til opbygning af noget lignende.

I Region Sjælland står det helt skidt til med indsatsen for spiseforstyrrelser for både børn og voksne, der findes meget specialiseret indsats i sundhedssystemet. I Region Hovedstaden findes der en række gode behandlingssteder, men ventetiderne er ganske uacceptable. Manglen på specialiserede behandlingssteder i de 2 sidstnævnte regioner betyder, at der sker mange indlæggelser på almindelige psykiatriske afdelinger, hvor personalet slet ikke er gearet til at tage disse patienter ind.

Vi vil her kort redegøre for nogle af dem, og her har vi kun taget forløb op, hvor vi kender det indgående – dvs. selv har været med inde over sagerne og haft kontakt til afdelingerne og/eller journalindsigt m.m.

Utilstrækkelig behandling i ambulante forløb og dagshospital:

Alene mor med anden etnisk baggrund og stort set intet netværk henvender sig til PS. Hun har 2 døtre – 10 og 13 år. Pigen på 13 år er alvorlig syg af anoreksi. Har tidligere været indlagt på Bispebjerg spiseforstyrrelsesteam, går fortsat i ambulans samtale behandling hver 14. dag, har tabt sig ekstremt meget (halveret sin vægt over de seneste 3 måneder). Første gang mor henvender sig er hun utryk ved situationen og vil gerne have hende indlagt, men der er ikke plads. Datteren har ikke spist i flere dage. Hun henvender sig flere gange for at få råd – situationen er ikke holdbar for familien. PS tager kontakt til behandler, som bekræfter at de har set pigens dårlige tilstand. Men der er ingen indlæggelsespladser ledige. Mor henvender sig akut til PS – datter har igen ikke spist i flere dage og er selvmordsruet. Vi guider mor i at tage på psykiatrisk skadesstue og fremlægge det, som hun har gjort for os, herunder beskrive at hun står med kniv og truer med at tage livet af sig selv, og at mor ikke magter det mere. Hun bliver sendt hjem med datteren igen. Hun skal indlægges på Bispebjerg fordi hun har spiseforstyrrelse, og der er ikke plads, så de må klare det i lidt tid endnu. PS tager kontakt til Bispebjerg – de indlægger pigens 3 dage senere.

PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede
V/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig
tlf. 97891160 – www.pslandsforening.dk





PS LANDSFORENING
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

Det er bare slet ikke i orden. Pigens BMI var under 12. Blodprøver skæve og så fik hun som noget nyt selvmordsplaner. Og ikke nok med det hospitalet var klar over, at moderen stod alene med det hele, have hørt at mor ikke kunne mere og også havde ansvar for en 10 årige datter, som var vidne til det rene vanvid i hjemmet. Hun var i behandling – men utilstrækkelig behandling, så behandlingsgarantien kunne ikke gøre nogen forskel.

Ung kvinde på 23 år syg gennem mange år af anoreksi. Havde været indlagt på flere specialafsnit. Havde meget lav BMI – under 13. Havde skæve blodprøver. Var i ambulans forløb med dagshospital, og var således hjemme hver aften og nat samt fra fredag kl. 14 til mandag morgen. Hun ville ikke indlægges på almindelig psyk. Afdeling og havde sagt nej til indlæggelse igen i Århus. Ville kun indlægges i Kolding, hvor hun gik på dagshospital, men der var ingen pladser og man valgte ikke at gøre noget med tvang. Forældre var meget utryk ved situationen til trods for, at de før havde stået med hende i lignende situationer – ville gerne at man gjorde noget med tvang, men de kunne ikke blande sig, da datteren var myndig. Den unge kvinde sov stille ind i hjemmet en nat til søndag efter hun havde været hjemme fra fredag kl. 14 og selvfølgelig uden lægetilsyn.

Det er bare ikke i orden, at man som forældre til en hjemmeboende over 18 år ingen muligheder har for at blive aflastet, når man ikke er tryk ved situationen. Det er ikke dem, som skal sørge for, at hun bliver døgnindlagt med tvang. Lægerne er ofte alt for tilbageholdende med at anvende tvang selv i situationer som eksemplet her. (overlæge René Klinkeby Støvring har i Ugeskrift for Læger i marts 2008 lavet en artikel, der førte til overskriften "Læger svinger spiseforstyrrede" og anslået at mellem 10 og 20 unge kvinder dør på den konto hvert år)

Ventetider på 1 ½ og op til 2 år for unge som lider af alvorlig spiseforstyrrelser:

Vi har hen over foråret fået en lang række henvendelser fra forældre og patienter over 19 år med spiseforstyrrelser, med en BMI på 14-15 – altså i den alvorlige del – hvor de ved visitation til behandling i Region Hovedstaden er blevet visiteret til dagshospital/ambulant behandling på Gentofte, med beskeden om, at de så må vente mindst 1 ½ år på at komme ind til behandling. Når de pårørende så har sagt, at de havde håbet på en indlæggelse, fordi de slet ikke magtede at have datteren hjemme mere, så har de bare fået at vide, at det slet ikke var muligt, for at blive indlagt skulle de ned på en BMI på 11-12.

PS har taget kontakt til den centrale visitator og fået bekræftet, at det er rigtigt, at patienterne har fået den besked, men samtidig er de blevet opfordret til at gå til jævnlig kontrol hos egen læge.

Vi har desuden fået henvendelser fra unge kvinder over 19 år med lette til moderat spiseforstyrrelser – altså en BMI over 16 – hvor de har fået besked på, at der er en ventetid på 7-9 måneder for at komme i behandling på PC Stolpegården. Vi har taget kontakt til PC Stolpegården og fået bekræftet den melding, ligesom de har forklaret at de selvfølgelig er presset af, at de først og fremmest skal tage dem under 19 år ind, fordi de er omfattet af behandlingsgarantien, hvilket medfører øget ventetid for dem over 19 år.

Det er bare ikke i orden med så lange ventetider – specielt i forhold til vores indledende fakta. Vi oplever, at pigerne går hjem og taber sig endnu mere for at "gøre sig fortjent" til at komme i behandling. Vi oplever at forældre står alene med et alt for stort ansvar, fordi pigerne har en helt sindssyg adfærd. Forældre sygemelder sig, da de ikke tør lade deres datter være alene. Eller fordi forældrene ganske enkelt bliver syge af at være så bekymret og bange hele tiden.

Manglende viden om spiseforstyrrelser fører til tvangsbehandling.

Manglende viden om spiseforstyrrelser fører til at patienter fejlagtigt medicineres i stedet for samtale behandling og terapeutisk adfærds-korrigerende indsats:

Ung kvinde på 19 år er indlagt på Oringe. Er tidligere udredt af speciallæge på Anoreksiklinikken og hun har diagnosen anoreksi. På den almindelige psykiatriske afdeling har de ingen forstand på spiseforstyrrelser. Hun tvangsmotionerer mere og mere. De glemmer at give hende en del måltider og mener "det kan hun bare selv bede dem om, når hun er opmærksom på, at de har glemt det". Der er ikke ret meget tid til samtaler med hende og når der er samtaler, så er det med én som slet ikke har indsigt i spiseforstyrrelser. Hun får mere og mere medicin. Hun bliver helt dopet. Forældre kontakter PS – hun er henvist til Anoreksiklinikken på Rigshospitalet, men de har fået oplyst at der er 9 måneders ventetid. PS guider familien til at benytte sig af at komme til CfS i Århus. Her er der kun ca. 5-6 ugers ventetid. PS forsøger med patientsamtykke at komme i dialog med overlægen, men han nægter at tale med PS som bisidder. Han har styr på hvordan hun skal behandles og det vil han ikke diskutere med os ej heller hvilke retningslinier og anbefalinger, som sundhedsstyrelsen har udstukket.

PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede
V/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig
tlf. 97891160 – www.pslandsforening.dk





PS LANDSFORENING
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

På afdelingen har de nu en oplevelse af, at hun har borderline og derfor ikke skal have for meget opmærksomhed – de forsøger at ignorere patienten. Anoreksien tager til – hun snyder mere og mere med maden og tvangsmotionerer nærmest i døgn drift. De sidste 3 uger inden hun kommer til Århus bliver hun tvangsfikseret mere eller mindre i døgn drift. Fra dag 1 hvor hun kommer til CfS i Århus har der ikke været anvendt tvang på hende, ligesom hun hurtigst muligt blev trappet ud af medicinen. På CfS ved vi, at den ledende overlæge er ganske rystet over det behandlingsforløb, hun har været udsat for.

Det er bare ikke i orden, at manglende viden og indsigt betyder, at patienten i den grad fejlbehandles. Tvangsfikseringen kan få et traumatisk efterspil for patienten ligesom den voldsomme fejlmedicinering er helt uacceptabelt. (vi har flere eksempler, men denne ene beskriver meget godt det som sker igen og igen i Region Hovedstaden og Region Sjælland). Det går patienten godt, om end det er en stor udfordring at overtage en patient med et så forkludret forløb og både forældre og pigen er dybt taknemlig for den professionelle tilgang de er blevet mødt med i Århus.

Manglende viden om somatiske komplikationer ved spiseforstyrrelser fører til fejlbehandling:

Ung kvinde på 19 år med alvorlig anoreksi. Har tidligere været indlagt på almindelig psykiatrisk i Frederikssund, men de havde ikke indsigt og forståelse for spiseforstyrrelser. Anoreksien er taget til. Egen læge henviser hende til Anoreksiklinikken på Rigshospitalet, men der er lang ventetid. PS rådgiver familien om hendes mulighed for henvisning til CfS i Århus – hvilket det straks sætter i gang. Familien prøver at kæmpe sig igennem, de har egen læge med ind over, som er god og forstående. Hun bliver imidlertid så syg, at hun skal indlægges på medicinsk afdeling. Meget skæve tal. Men på trods af de somatiske komplikationer vil medicinsk afdeling ikke have hende, hun skal til den psykiatriske afdeling. PS er inde over og forsøger at gøre opmærksom på, at det er i strid med anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen og i strid med hvad ledende overlæge på Anoreksiklinikken mener er i orden. PS forsøger at få overlægen til at tage kontakt til Marianne Hertz som trods juleferie har stillet sig til rådighed med sin privat mobil tlf. men overlægen her siger "jeg vil blæse på sundhedsstyrelsens anbefalinger. Her gør vi som vi plejer at gøre det og det skal hverken PS eller Marianne Hertz blande sig i". Da hun er henvist til CfS i Århus forsøger PS også at få dem overtalte til at tage kontakt hertil. Men forgæves.

1. dag i 2009 kommer hun til for samtale i Århus. På CfS er man noget chokeret over patientens tilstand og at hun er på en psykiatrisk afsnit i en så somatisk farlig tilstand. De tager hende ind til indlæggelse straks.

Det er bare ikke i orden med et sådant forløb. Var hun ikke kommet til Århus var hun sikkert død. I Århus havde de en stor opgave med at få hende til at overleve. Det gjorde hun heldigvis, og hun er klar til udskrivning her om nogle få uger. Både kvinden og familien er dybt taknemmelig for den professionelle behandling de har fået i Århus, efter mange måneder i Region Hovedstaden med en så forfærdelig behandling.

Manglende vilje til at henvise børn og unge under 19 år til behandling hos private:

Vi har kontakt til forældre med børn under 19 år, som er syge af spiseforstyrrelser, og hvor Region Sjælland og Region Hovedstaden ikke kan leve op til udrednings- og behandlingsgarantien. Når vi så guider forældre i at benytte sig af deres mulighed for det udvidede frie sygehusvalg (hvilket de ikke er blevet tilbudt af sygehuset) og dermed komme til Hejmdal (som har ekspertise i behandling af spiseforstyrrelser) så oplever vi, at når de henvender sig for at få henvisning til Hejmdal på plads, så bliver de "pludselig" kaldt ind til behandling – og springer dermed ind foran andre, fordi de har fundet ud af, at gøre brug af deres ret til behandling i privat regi.

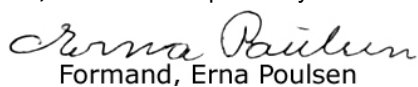
Det er godt de kommer i gang med behandlingen, men det er ikke i orden, at det sker på den her måde.

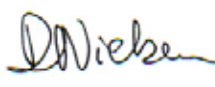
Vi har ikke umiddelbart tilladelse fra forældrene til at måtte give mere specifikke oplysninger omkring det, men den tilladelse vil vi gerne indhente på nogle konkrete sager, såfremt du har brug for det.

Vi har flere konkrete historier på ovennævnte hovedpunkter, så du må sige til, hvis du har brug for flere eksempler. Vi er rigtig glade for, at du tager det her så seriøst. Tak for det.

Med venlig hilsen

PS, Pårørende til Spiseforstyrrede


Formand, Erna Poulsen


Næstformand i PS

PS LANDSFORENING, Pårørende til Spiseforstyrrede
V/formand Erna Poulsen, Nørbyvej 27, Nr. Nissum 7620 Lemvig
tlf. 97891160 – www.pslandsforening.dk





PS LANDSFORENING
PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE
Lemvig, den 11. juni 2009

Unge på førtidspension

Altinget bringer artikler den 8. juni og den 11. juni 2009:

Antallet af unge på offentlig forsørgelse steg markant under højkonjunkturen fra 2004 til 2008. Politikerne er rystede og kan ikke forklare hvorfor.

Lige under halvdelen af alle nytilkendte førtidspensioner i 2008 skyldes psykiske lidelser. Det viser en ny opgørelse fra Ankestyrelsen. Antallet er steget ti procentpoint siden 2004 og er nu på 48 procent.

PS's kommentarer til artikler på Altinget:

Kommunalt ansvar og rehabiliteringsydelse

Vi har brug for en helt anden tilgang, hvis vi skal vende den her udvikling. Vi har så travlt med at stoppe de unge mennesker i kasser og få dem til at passe ind.

Psykiske lidelser er meget individuelle, og der er brug for reelle individuelle løsninger. Vi taler så meget om fleksibilitet og individuelle løsninger - men det er bare tom snak. Alt skal være strømlinet, for at vores offentlige system kan finde ud af det. Der skal skabes plads til mere af det individuelle.

Inden for vores område - spiseforstyrrelser - ser vi desværre også alt for meget af, at de ender med en førtidspension. Fordi der ikke er plads til, at de bliver mødt, dér hvor de er, fordi sagsbehandlerne har både den ene og den anden paragraf, som de er nødt til at forholde sig til. Så det bliver altså paragrafferne frem for borgeren, som er i centrum, og afgørende for de tilbud, som bliver givet.

Rehabiliteringsydelse er en fremragende idé. Det giver den enkelte økonomisk stabilitet og ro til at arbejde med sig selv og udvikle sig.

I PS har vi set nogle kommuner gå ind i nogle meget kreative løsninger - vi har også set, at det virker. Så mere af det, tak.

Det kræver bare, at flere kommuner indser og tager ansvar for, at en meget stor del af selve behandlingsindsatsen for psykiske lidelser ER den sociale indsats med adfærdskorrigerende indsats, og så længe vi bliver ved med at spare på den, og så længe kommuner skubber ansvaret fra sig, så kan vi ikke hjælpe disse mennesker, som lider så meget af deres psykiske lidelser. Så vil løsningen fortsat være at sende dem på førtidspension.

Så kære politikere - tag arbejdstøjet på. Få kommunerne til at tage ansvar og give os en rehabiliteringsydelse, NU.

Det vil betyde et bedre liv for en lang række mennesker med psykiske lidelser, og det vil på sigt skabe en langt bedre samfundsøkonomi.

Med venlig hilsen

PS, Pårørende til Spiseforstyrrede

Erna Poulsen
Formand, Erna Poulsen



NOTAT

24. oktober 2006

Afsender: Knud Kristensen
Direkte telefon: 86 17 63 98
Direkte telefax: 86 17 18 17
Direkte E-post: kk@euroteam.dk

Behandling af psykisk syge – behandlingsformer og ansvar¹

Behandlingen af psykisk syge består af tre dele, der supplerer hinanden²:

- en biologisk,
- en psykoterapeutisk, og
- en socialpsykiatrisk.

Den biologiske behandling er naturvidenskabeligt baseret og består af behandling med medicin, ECT (elektrokonvulsiv terapi – også kaldet elektrochok) og psykokirurgiske indgreb. Også lysbehandling i forbindelse med depression henregnes til biologisk behandling.

Psykoterapeutisk behandling er en samlebetegnelse for en lang række behandlingsformer, hvor samtalen er det bærende element i behandlingen.³ Derudover dækker psykoterapeutisk behandling over de psykoterapeutiske principper om udformningen af behandlingsmiljøet. Sidstnævnte kaldes også miljøterapi.

Socialpsykiatrisk behandling er en samlebetegnelse for de behandlingstiltag, der sigter mod at fjerne eller begrænse de sociale konsekvenser af den psykiske sygdom. De socialpsykiatriske tilbud tager udgangspunkt i patientens bolig-, uddannelses-, (fritids)beskæftigelses- og sociale funktion. Uden for Danmark bruges normalt betegnelsen psykosocial rehabilitering om dette behandlingselement.

Alle tre metoder indgår i behandlingen, og elementernes indbyrdes vægt skal afspejles i behandlingsplanen. Fx indgår den socialpsykiatriske behandlingsdel oftest med lav vægt i behandling af lettere til middelsvære depressioner og den biologiske (farmakologiske) behandlingsdel med ringe vægt i behandling af anoreksi.

¹ Nedenstående er beskrevet med udgangspunkt i den lovgivning, der gælder efter 1. januar 2007. Se "Håndbog for psykiatribrugere og pårørende" 2. reviderede udgave (udkommer medio december 2006).

² Beskrivelsen bygger på Ralf Hemmingsen m.fl. "Klinisk Psykiatri" 2. udgave, Munksgaard 2002

³ Fx Psykoanalyse, kognitiv terapi, psykoedukation, social færdighedstræning, ADL (Activities of Daily Living) og adfærdsterapi.

DE9
Skovagervej 2
8240 Risskov
Psykiatrisk Hospital
Bygning 23 stuen

E-post: info@de9.dk
Websted: www.de9.dk



Psykiatriske patienter der har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning efter udskrivning fra sygehus skal tilbydes en genoptræningsplan⁴. Planen skal udarbejdes af sygehuset og er patientens sikkerhed for en målrettet indsats efter udskrivningen.

Dette er en videreførelse af den tilsvarende bestemmelse i sygehusloven, men med kommunalreformen sker der en væsentlig ændring af genoptræningsbegrebet.

Det fremgår af forarbejderne til sundhedsloven, at genoptræningsplanen tænkes at dække borgerens *samlede* behov for rehabilitering – fx behov for specialundervisning, beskæftigelse og træning med henblik på at vedligeholde psykiske (herunder kognitive) færdigheder. Rehabilitering er en helhedsorienteret intervention, fx bestående af brugerundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte til adfærdsændringer, genoptræning, psykosocial omsorg samt efterbehandling.

Det er hermed slået fast, at genoptræningsplanen fra 1. januar 2007 skal udstrækkes til at gælde psykiatriske patienters behov for socialpsykiatrisk behandling.

Det behandlingsmæssige ansvar er i sundhedsloven (og psykiatriloven) entydigt placeret hos den behandlingsansvarlige overlæge. Det er således lægens ansvar at udarbejde en behandlingsplan, en udskrivningsplan og/eller en genoptræningsplan.

Ansvar for *gennemførelsen* af behandlingen er fordelt over en række forskellige myndigheder fx:

- Ansvar for den lægefaglige behandling er placeret hos regionerne
- Ansvar for den tandlægefaglige behandling (specialtandplejen) er placeret hos kommunen
- Ansvar for den socialpsykiatriske behandling er delt mellem regionerne, kommunerne og staten⁵

Det overordnede ansvar er fordelt på en række ministerier. Det er først og fremmest Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet og Beskæftigelsesministeriet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har det overordnede ansvar for hele sundhedslovgivningen (det overordnede behandlingsansvar) og ansvars som rekurs- og tilsynsmyndighed i forhold til kommunerne og regionerne.

Socialministeriet har det overordnede ansvar for den socialpsykiatriske indsats uden for hospitalssektoren.

Beskæftigelsesministeriet har det overordnede ansvar for forsørgelse og beskæftigelse.

⁴ Sundhedslovens § 84 - jf kapitel 39 (genoptræning).

⁵ Statens *udførende* ansvar i forhold til behandling af psykiatriske patienter vedrører fx beskæftigelse (staten i jobcentrene), uddannelse (gymnasiale og videregående uddannelser) og forsørgelse (handicaptillæg til psykiatriske patienter der modtager SU).



Forvirring

Når vi taler om behandling af psykiatriske patienter, opstår der ofte forvirring. Det gør der bl.a. fordi:

- der er begrebsmæssig uklarhed omkring behandlingens indhold (hvad vi mener, når vi taler om behandling)
- der er 'rod' i kompetencefordelingen

Med strukturreformen er der udsigt til forbedring, men ikke løsning af problemerne.

Den begrebsmæssige uklarhed

Der er en årelang tilbøjelighed til *begrebsmæssigt* at ekskludere socialpsykiatrien fra behandlingen.

Vi hører ofte om socialpsykiatri ctr behandlingspsykiatri. Behandlingspsykiatri benyttes som synonym for den regionale/(amtslige) psykiatri, mens socialpsykiatri benyttes som synonym for den kommunale indsats (+ de regionale/amtslige botilbud).

Ofte tænker man slet ikke på fx beskæftigelse og uddannelse i de etablerede systemer uden for psykiatrien som dele af socialpsykiatrien (socialpsykiatri foregår i socialpsykiatriske institutioner!!).

Den begrebsmæssige uklarhed forstærkes af, at der arbejdes med begreber som 'efterbehandling', 'rehabilitering' og 'genoptræning'. Hermed skabes der en begrebsmæssig afstand mellem de biologiske og terapeutiske behandlingsdele på den ene side, og den socialpsykiatriske behandlingsdel på den anden. Dette ses ikke at være lægefagligt begrundet.

Det anbefales, at man fremover taler om *een* psykiatri (= behandlingspsykiatrien?). Denne omfatter alle tre behandlingselementer.

Kompetencefordelingen

Det giver god mening at give den behandlingsansvarlige (over)læge ansvaret for den behandlingsmæssige indsats.

Men: Når lægen kun har formel indflydelse på to af de tre behandlingsformer, virker systemet ikke.

Hvis en psykiater i en plan fastslår, at der er et lægefagligt behov for fx 20 timers bostøtte pr. uge til en patient, har lægen ingen indflydelse på kommunens beslutning om at tildele patienten de pågældende timer.

Kunne man forestille sig, at lægen ordinerer medicin og kommunen afslår at betale for medicinen? Nej vel!



Hvad bør der gøres?

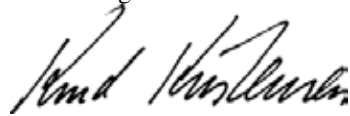
Det er *ikke* formålet med dette notat at løse alle problemerne omkring behandling af psykiatriske patienter.

Jeg vil dog gerne pege på et par punkter:

- Begrebsmæssigt bør man bestræbe sig på at inkludere socialpsykiatrien, når der tales om tilbud til psykiatribrugere (der bør ikke længere tales om behandlingspsykiatri og socialpsykiatri – der er kun een psykiatri).
- Lægefagligt begrundede behov for socialpsykiatrisk indsats bør ikke kunne afvises med henvisning til manglende bevillinger m.m. (ansvaret skal placeres hos lægen og ikke hos myndigheden – som vi kender det fra den øvrige del af sundhedssystemet).

Desværre har strukturreformen ikke bidraget til afklaring af spørgsmålene omkring behandling af psykiatriske patienter.

Med venlig hilsen



Knud Kristensen
DE9
Fmd.





Et team i psykiatrien –

I Center for Spiseforstyrrelser, Region Midtjylland, er arbejdet imellem psykolog og læge fordelt på atypisk vis. Overlæge Kristian Rokkedal samt koordinator og psykolog Camilla Jacobi beretter herom i et fælles interview.

Opgaveflytning ■ Af Irene Christiansen

■ Center for Spiseforstyrrelser, Region Midtjylland, råder over tre ambulatorier, to i Risskov og et i Herning. I centret arbejdes der både med børn, unge og voksne med spiseforstyrrelser. Center for Spiseforstyrrelser ledes af overlæge Kristian Rokkedal og afdelingssygeplejerske Annette Husum, mens ambulatoriet i Herning drives af et særligt sammensat team med psykolog Camilla Jacobi i rollen som koordinator.

Teamet inkluderer fem psykologer, to sekretærer, en distriktsygeplejerske, en diætist og en deltidssygeplejerske. Til daglig er der ingen læge i teamet. Man har i stedet valgt at dække behovet for den lægefaglige ekspertise ved at lade en afdelingslæge fra Risskov, nogle gange tillige en reserve-læge, besøge Herning-teamet flere gange om måneden. Det er lægen, der har det behandlingsmæssige ansvar for patientforløbene i Herning.

- Herning-forholdene er ganske forskellige fra forholdene i Risskov, fortæller Kristian Rokkedal. I vores børneambulatorium er der tre læger og fem psykologer, og der er et tilsvarende antal af disse faggrupper i ambulatoriet for de voksne patienter. At teamet er bemandet på en anden måde i Herning, handler om, at vi ikke har kunnet rekruttere læger til ansættelse der endnu. Vi forsøger igen med nye opslag for at se, om vi kan få ansat en overlæge og en afdelingslæge.

Formelt set har ambulatoriet i Herning eksisteret siden januar 2007. Før dette tidspunkt og dermed før regioner-

ne blev etableret, var teamet en del af et tilbud til behandling af spiseforstyrrelser i Ringkøbing Amt. Denne ordning går helt tilbage til 2003, hvor såvel afdelingslæge som psykolog fra Center for Spiseforstyrrelser i Risskov fungerede som konsulenter.

- Teamet har udviklet sig siden da, og det var helt naturligt at gøre det til en del af Center for Spiseforstyrrelser, fortsætter Kristian Rokkedal. Der var et samarbejde og et kendskab til hinanden i forvejen, hvad der er af betydning for den måde, som teamet fungerer på i dag.

Når det drejer sig om behandling af spiseforstyrrelser, er det ganske vist ikke underordnet, hvilken faggruppe den professionelle tilhører – behandlingen af somatiske kom-

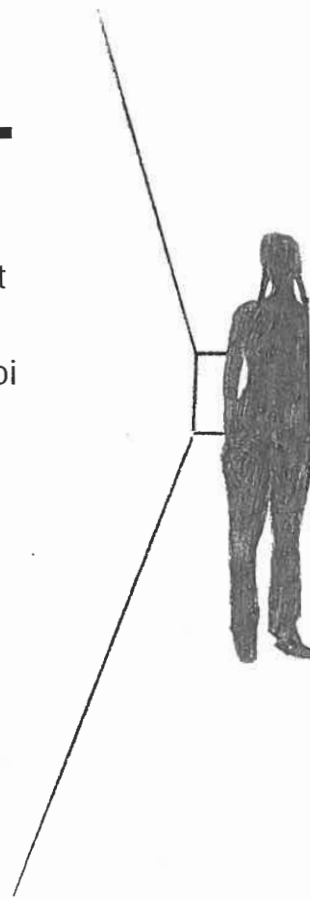




ILLUSTRATION: LISBETH E. CHRISTENSEN

pplikationer er fortsat lægernes område alene – men Kristian Rokkedal finder det lige så afgørende, hvor meget erfaring den professionelle har, herunder hvor mange år vedkommende har arbejdet med patienter med spiseforstyrrelser. Med solid erfaring i bagagen kan psykologer og læger mange af de samme ting.

Psykolog Camilla Jacobi har været med lige fra begyndelsen i Ringkøbing-dagene og har haft rollen som koordinator, siden startskuddet lød for Herning-ambulatoriet i 2007. Dette har givet hende fem år til at høste en masse erfaringer på området med spiseforstyrrelser. Hvordan foregår samarbejdet i en struktur, hvor afdelingslægen fysisk befinder sig langt væk i det daglige?

- En del af samarbejdet foregår via telefon. Med funktionen som koordinator i det daglige er der mange ting, jeg tager mig af, såsom personaleanliggender i teamet. Jeg har fået forskellige opgaver uddelegeret af min ledelse, som jeg så sørger for bliver ordnet. I Risskov-ambulatorierne har psykologerne ikke helt de samme opgaver at løse som jeg, siger Camilla Jacobi.

Hun bruger blandt andet tid på at planlægge, hvad lægen skal forholde sig til, når han er i Herning. Nogle patienter har brug for at se en læge, mens det i forhold til andre patienter er nødvendigt at drøfte henvisninger og behandlingsforløb, inklusive somatiske undersøgelser og en monitorering af patienternes somatiske tilstand. I akutte >



FAKTA ■ Artikelserie om psykiatri

I slutningen af 2006 udkom Danske Regioners rapport "Behandlingsgaranti i psykiatrien – udfordringer og muligheder". Rapporten anbefalede, at der blev indført behandlingsgaranti for børne- og ungdomspsykiatrien og for dele af voksenpsykiatrien. Et sådant mål kunne nås ved blandt andet at overføre opgaver fra læger til andre faggrupper.

Løsningen på psykiatriens problemer er undervejs. Politisk arbejdes der med området i Danske Regioner, i Dansk Psykolog Forening og i Foreningen af Speciallæger. Og i den praktiske virkelighed er man på vej til at gøre sig erfaringer med, hvordan specialpsykologer kan varetage nye opgaver i psykiatrien.

Denne artikel er den tredje i en serie, som beskriver disse erfaringer. De to første er "Forsøgsstillinger i psykiatrien" (11/2008) og "Ny praksis i psykiatrien" (12/2008). Se dem på www.dp.dk > Psykolog Nyt > Artikelarkiv.

- > sager er der endvidere mulighed for at trække på læger fra børne- og ungdomspsykiatrien i Herning, men generelt set har psykologerne klaret det meste selv.

Fagligt indhold

I centret er der tilrettelagt en struktureret forundersøgelsesmetodik, som indbefatter et spiseforstyrrelsesinterview, et baggrundsinterview, et familieinterview, et personlighedsforstyrrelsesinterview, en somatisk anamnese og en ditto undersøgelse samt psykiatrisk diagnostik ved hjælp af en såkaldt 'present state examination'. Metodikken er struktureret i interviewguides, hvor læger og psykologer ideelt set tager hver sin halvdel, men i Herning får psykologerne dog hovedparten af også denne opgave. Centrets terapeutiske tilgang indbefatter både familiebaseret psykoterapi, individuel psykoterapi og gruppeterapi af anoreksi og bulimi.

Camilla Jacobi uddyber:

- Vi lægger os op ad Sundhedsstyrelsens anbefalinger med hensyn til, hvor de professionelle skal sætte ind, og hvordan de skal gennemføre behandlingen. Derudover er vi overvejende psykodynamisk orienterede. Samtidig er vi meget pragmatiske i den forstand, at vi også kan vælge at arbejde kognitiv-adfærdsterapeutisk.

Spiseforstyrrelser drejer sig både om mad, vægt og følelser. Når den professionelle er beskæftiget med patienter med anoreksi, fokuseres der overordnet set på to behandlingsspor, først og fremmest det somatiske spor, idet den professionelle må forholde sig til målet at arbejde med normaliseringen af spisning og vægt. Dernæst er der det psykologiske spor, hvor der arbejdes med at undersøge og behandle de bagvedliggende, udløsende og fastholdende faktorer af såvel personlighedsmæssig, familiemæssig som social karakter.

- Vi psykologer har et stort ansvar, også med hensyn til

hvornår vi ikke længere kan vurdere situationen, som fx når det af somatiske årsager er nødvendigt at indlægge en patient, pointerer Camilla Jacobi.

Det tværfaglige samarbejde sættes i højsædet i ambulatoriet både i Århus og i Herning, hvor Herning-indsatsen som skitseret har nogle andre vilkår end indsatsen i Risskov. Hver faggruppe har sit kerneområde, og faggrupper er der mange af ud over læger og psykologer, fx kliniske diætister med deres særlige viden om kost, der skal til for at hjælpe patienter med spiseforstyrrelser, og fysioterapeuter med deres særlige tilgang til at arbejde med kropsforstyrrelser. Også socialrådgivere bidrager med deres spidskompetencer i forhold til sociale netværk, interesse for patientens tidligere ressourcer i det almindelige liv uden for ambulatoriet, berettigelse til handicap-SU mv. Der er med andre ord langt fra tale om monofaglighed i en hverdag, hvor mange professionelle side om side arbejder med differentierede og multifacetterede behandlingstilbud.


- Gensidig sparring i det daglige arbejde er et must, samtidig med at der også er blevet afholdt en temadag for nylig for at afgrænse, hvad hver faggruppe bidrager med. Erfaringer hober sig op i positiv henseende – også fra eksterne sammenhænge som konferencer og ekstern supervision, siger Kristian Rokkedal. Han fremhæver tillige, at resultaterne fra evalueringer af behandlingsresultaterne i Center for Spiseforstyrrelser er beskrevet i en dansk ph.d.-afhandling af psykolog Loa Clausen og er fuldt på højde med resultaterne fra internationale spiseforstyrrelsescentre.

Krav til kunnen

At arbejde med spiseforstyrrelser kræver særlige kompetencer hos psykologerne, herunder et veludviklet blik for de somatiske forhold i denne type lidelser.

- Som psykolog er det vigtigt at sætte sig ind i det soma-





tiske område og gøre sig nogle erfaringer med, hvad der kan udvikle sig til at blive farligt for patienten. Psykologen skal kende de somatiske komplikationer, der knytter sig til spiseforstyrrelser, og kende tegnene på dem. Hvis patienten virker sløv og ikke kan koncentrere sig, skal man vide, at det kan være en følge af, at hun har tabt sig i vægt, nævner Camilla Jacobi.

Hvis vægten falder, vil der alt andet lige være fare på færde. I starten af behandlingen vejer såvel psykologerne som lægerne patienterne. Dette er som bekendt ikke almindeligt psykologarbejde i andre sammenhænge. Camilla Jacobi slår fast, at psykologarbejdet med spiseforstyrrelser kræver, at man ikke har berøringsangst over for den fysiske side af sådanne lidelser.

Hvordan oplever personalet det samarbejde, som kommer i stand via Camilla Jacobis koordinerende aktiviteter? Som nævnt er der helt tilbage fra tiden i Ringkøbing Amt en positiv historie bag udviklingen af teamet og konsulentfunktionen, og der hersker respekt om psykologernes kunnen. Som koordinator har Camilla Jacobi vist, at hun kan løfte opgaven, som på grund af distancen imellem ledelsen i Risskov og det udførende team i Herning kræver gensidig tillid.

Der er heller ikke krig på kniven mellem læger og psykologer med hensyn til at få opgaverne. Der er rigeligt med opgaver, og der er mulighed for at tilfredsstille faglige ambitioner. Lægerne går fx også ind i det terapeutiske arbejde, hvilket for dem er et krav ud af flere til indholdet i deres arbejde.

Kristian Rokkedal oplever, at patienter ofte beder om at tale med en psykolog, fordi de ikke ved, at læger kan varetage lignende samtaleforløb som psykologer. Læger er lige så veluddannede og dermed jævnbyrdige på det psykoterapeutiske område som deres psykologkolleger, mener han.

- Skal der alligevel fremhæves noget, som psykologerne er mere velbevandrede i, er det deres viden om normaludviklingen, psykologisk testning og klinisk udviklingspsykologi. Det er også typisk psykologerne, der er uddannede i den familiebaserede tilgang, såsom systemisk familierapi.

Fastholdelse af kompetence

Hvorvidt psykologer kan fungere som ledere, er og bliver desværre et temmelig tungt anliggende inden for psykiatrien. Psykolog Camilla Jacobi måtte igennem en omformulering af sin rolle – fra leder til koordinator – før hun kunne få lov til at udfolde sin status som den, der styrer og

fungerer som tovholder i dagligdagen i Herning. Og to andre psykologer i et børne- og ungdomspsykiatrisk center, som Center for Spiseforstyrrelser hører under, ønskede at blive benævnt chefspsykologer, men måtte nøjes med titlen psykologkonsulent.

- Der er heller ikke mulighed for afsnitsledelse for psykologer, således som strukturen er lige nu – ikke alene her, men også alle mulige andre steder, siger Kristian Rokkedal.

- I dag er det overlægen og en afdelings- eller oversygeplejerske, der leder i hospitalsregi. Men i ambulatorier som vores kunne det lige så godt være en læge og en psykolog. Det at psykologer sørger for at blive autoriserede og senere hen at erhverve en specialtistgrad, er alt sammen skridt i den rigtige retning.

Irene Christiansen, cand.psych.

Vi vil gerne hjælpe dig, så du kan hjælpe pårørende

Arbejder du i psykiatrien?
Så har vi to relevante tilbud til dig og dine kollegaer:

- Folder med 10 gode råd om mødet og samarbejdet med pårørende til psykisk syge
- Pårørendepakke med information, viden og råd til pårørende, som I kan give til pårørende.

Bestil kvit og frit på bedrepsykiatri.dk
eller info@bedrepsykiatri.dk



Landsforeningen

BEDRE PSYKIATRI

- pårørende til sindslidende

bedrepsykiatri.dk - 3525 4600





PS LANDSFORENING

PÅRØRENDE TIL SPISEFORSTYRREDE

v/formand Erna Poulsen, Nørbysvej 27, Nr. Nissum • 7620 Lemvig • Tlf. 97891160

www.pslandsforening.dk

»Der findes en vej til livet og livsglæden«

PS arbejder aktivt for at støtte og rådgive pårørende til personer med spiseforstyrrelse. Vi kan give håbet og troen på, at der findes en vej til livet og livsglæden - *for hele familien*.

Vi arbejder på mange felter, for der er mange aktører i spil, når det gælder indsatsen for spiseforstyrrelser og deres pårørende. Men uanset hvilket felt vi arbejder i, så har vi nogle ting, som er grundlæggende for indsatsen i PS.

Hvorfor er vi her, og hvad er vi her for?

Vores mission er ganske enkel – vi vil vise de pårørende, og dem som lider af en spiseforstyrrelse, at **der findes en vej til livet og til livsglæden**.

Hvor skal vi hen?

Vores visioner for vores arbejde er opdelt på 3 områder:

- **personer som lider af en spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd,**

skal have lige adgang til behandlingstilbud, hvor den enkelte frit kan vælge mellem behandlingstilbud uanset om det er offentlige eller private tilbud. Desuden skal der være lige adgang til kvalificerede sociale støttetilbud, både i den forebyggende indsats inden der iværksættes behandling, under behandlingsforløb og efter behandlingsforløb.

- **nære pårørende**

skal have lige adgang til forskellige støtte- og aflastningstilbud samt undervisning i spiseforstyrrelser og selvskadende adfærd, så de bedre kan mestre hverdagen, hvor én af deres nærmeste lider af spiseforstyrrelse og/eller selvskadende adfærd.

- **forebyggende indsats**

skal iværksættes så der sker en systematisk

opkvalificering af netværkspersoner, så de kan se signaler og reagere på unge med risikoadfærd. Med fælles ansvar og gensidig respekt skal vi turde i tale sætte dét, som vi ser.

Hvordan udfører vi arbejdet?

I vores daglige arbejde har vi et sæt værdigrundlag, som hedder:

Vi bygger dynamiske broer mellem pårørende, personer med spiseforstyrrelser, behandlingssteder, kommuner, regioner og politikere.

Med engagement løfter vi i flok og har et skarpt øje for retten til at vokse, leve, handle og være.

Vi har hjertet med, og skaber håb og respekterer den enkelte med nærhed og anerkendelse i fokus.

**Elsk mig mest
når jeg fortjener
det mindst, for da
behøver jeg det mest...**

