

Samarbejdsmodel for den gode overgang – en kort beskrivelse

**Satspuljeprojektet Styrket indsats for
mennesker med spiseforstyrrelser**

November 2021

Indledning

En spiseforstyrrelse er en kompleks lidelse, som både kan have psykiatriske, somatiske og sociale implikationer. Derfor er mennesker med en spiseforstyrrelse ofte i kontakt med flere forskellige aktører i deres forløb. Det gælder særligt mennesker med spiseforstyrrelser som gennemgår særligt komplicerede forløb, der er kendetegnet ved, at der er mange aktørerne involveret og at forløbene ofte er meget lange. For mennesker med en spiseforstyrrelse er det derfor særligt vigtigt at skabe gode overgange mellem aktørerne, hvis ikke patienterne/borgerne skal stå tilbage med en oplevelse af at starte forfra.

"Jeg føler aldrig der er blevet fulgt op efter forløb, så når et forløb er sluttet er jeg bare altid kommet tilbage til det jeg kom fra, som jo ikke fungerede, og så er det gået den forkerte vej igen. Jeg har manglet noget støtte efter indlæggelserne. At man ikke bare bliver sluppet fri, og så sker der ikke noget. Når man kommer hjem er sygdommen jo lynhurtig til at finde de gamle vaner og rutiner. Det kunne bare have været rart med noget støtte, så det blev forhindret."

I Region Syddanmark er der en ambition om at skabe et mere sammenhængende sundhedsvæsen, hvor borgerne oplever sammenhæng, tryghed og bedre overgange fra en aktør til en anden. På den baggrund iværksatte Region Syddanmark satspuljeprojektet

"Udvikling af en integreret samarbejdsmodel for behandling og overgange for borgere med spiseforstyrrelser, som gennemgår særligt komplicerede forløb", hvor et af formålene er at udvikle en samarbejdsmodel, der skal skabe bedre overgange for mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb.

Samarbejdsmodellen er udviklet i samarbejde mellem Psykiatrien i Region Syddanmark, det sociale område i Region Syddanmark, OUH og fire kommuner - Aabenraa, Kolding, Odense og Sønderborg. Alle aktørerne har i perioden 2018 - 2021 bidraget til at udvikle og afprøve samarbejdsmodellen.

Formål og baggrund

Formålet med samarbejdsmodellen er, at mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb, oplever gode overgange mellem Psykiatrien og de øvrige aktører og dermed mere sammenhængende forløb, så de hurtigere kan vende tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer.

Målgruppen for samarbejdsmodellen - hvem skal bruge samarbejdsmodellen? Samarbejdsmodellen henvender sig både til medarbejdere i Psykiatrien i Region Syddanmark og de øvrige aktører på spiseforstyrrelsesområdet, herunder medarbejdere på sociale botilbud, bostøtter, myndighedssagsbehandlere m.fl.

Målgruppen for samarbejdsmodellen - hvem er den lavet til?

Målgruppen for samarbejdsmodellen er mennesker over 18 år med spiseforstyrrelser, som gennemgår særligt komplicerede forløb. Et kompliceret forløb er defineret ved, at der er to eller flere aktører involveret i samarbejdet omkring patienten/borgeren. Sygdommens sværhedsgrad er ikke et parameter i sig selv, men mennesker med spiseforstyrrelser som gennemgår særligt komplicerede forløb typisk lide af en svær spiseforstyrrelse.

Udvikling af samarbejdsmodellen

Patienter/borgere med spiseforstyrrelse som en vigtig aktør i udviklingen og afprøvningen af samarbejdsmodellen

Der er lagt vægt på brugerinvolvering i projektet, da målgruppen er patienter/borgere og hovedformålet er, at få patienter/borgere tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer. Ved at bruge forskellige inddragende metoder er patienternes/borgernes behov og ønsker blevet belyst og det har været en inspirationskilde til at skabe løsninger, der løser reelle udfordringer.

Konkrete eksempler på brugerinvolveringen

- Interviews med patienter og borgere omkring deres oplevelser med behandling i Psykiatrien med særlig vægt på overgangene mellem aktører. Interviewene er blevet brugt til at identificere reelle problemstillinger set med et patient/borgerperspektiv.
- Miniworkshop med patienter på Psykiatrisk Afdeling i Odense (Afdeling P50). Her arbejdede patienterne med oplevelsen af modtagelsen på afdelingen. Patienterne fik udleveret en række udsagn baseret på interviews, som de så skulle prioritere i rækkefølge. F.eks. hvad er vigtigt i en modtagelse og hvordan føler du dig mødt.
- Inddragelse af patienter på P50 i udviklingen af guiden "På Vej". Her har vi hængt en række forslag til opslag op i patienternes fællesområdet og så kan de stemme på relevansen af indholdet, pege på den foretrukne grafiske identitet og selv komme med forslag til indhold.

Indsigter

Indsigt i patienternes/borgernes oplevelse af overgangene mellem aktørerne

Arbejdet med udviklingen af samarbejdsmodellen har vist, at borgere med spiseforstyrrelser som gennemgår særligt komplicerede forløb i forbindelse med en overgang ofte oplever at:

- **Koordinationen mellem aktørerne er utilstrækkelig, hvorfor borgerne oplever at starte forfra, når de skifter fra en aktør til en anden.**

Patient: *"Jeg har egentlig ikke rigtig indtryk af, at der var nogen overlevering mellem afdelingerne (Ernæringsenheden og Afd. P50, Odense). Jeg synes lidt, vi er startet forfra her. Jeg har ikke indtryk af, at de ved, hvad jeg har været igennem derovre."*

- **De ikke bliver inddraget i tilstrækkelig grad.**

Patient: *"Jeg har savnet, at der ikke bare blev taget beslutninger uden, jeg var med til at træffe dem. At patienten også bliver hørt. At man ikke bare prøver en masse, som ikke har virket de andre gange."*

- **De har oplevelsen af at blive afsluttet til ingenting - særligt når de bliver udskrevet fra psykiatrisk døgnbehandling til egen bolig.**

Patient: *"Da jeg blev udskrevet fra Psykiatrisk Afdeling, da havde jeg følelsen af bare at blive tabt, for der var ikke noget opfølgning, da jeg kom hjem"*

Dertil kommer, at pårørende til mennesker med en spiseforstyrrelse ofte har en oplevelse af at stå alene tilbage med ansvaret, når en given indsats slutter.

- Pårørende: *"Man er altid utryg. Og det er altid et forsøgsprojekt at skulle ud af de her rammer (efter indlæggelse)."*

Indsigt i aktørernes oplevelse af patienternes/borgernes overgange

Det er en udbredt oplevelse blandt aktørerne på spiseforstyrrelsesområdet, at de mangler kendskab til hinanden. De kender ikke hinandens rammer og vilkår og ser ikke sig selv om en del af en samlet indsats.

Både regionen og kommunerne, gør i dag en stor indsats for mennesker med en spiseforstyrrelse, men der mangler sammenhæng i indsatserne, fordi aktørerne ikke koordinerer på tværs i tilstrækkelig grad. Manglende koordination mellem aktørerne er en af årsagerne til, at mennesker med en spiseforstyrrelse, som gennemgår særligt komplicerede forløb, overlever dårlige overgange og usammenhængende forløb, hvor de står tilbage med en oplevelse af at skulle starte forfra med risiko for funktionstab til følge.

Samarbejdsmodellen bidrager til et mere sammenhængende forløb for mennesker med komplicerede spiseforstyrrelser ved at:

- Skabe øget ensartethed - både hos den enkelte aktør og på tværs af aktørerne
- Tydeliggøre rolle- og ansvarsfordelingen
- At strukturere samarbejdet mellem aktørerne
- Styrke relationerne mellem aktørerne
- Øge inddragelsen af mennesker med en kompliceret spiseforstyrrelse i forløbet

Grundlæggende principper i samarbejdsmodellen

1. Tilgang fra mentaliseringsbaseret terapi: SAMMEN ER VI NYSGERRIGE

Vi er inspireret af det faglige menneskesyn fra Mentaliseringsbaseret terapi og har lagt særlig vægt på nysgerrighed. Vi skal være nysgerrige i relation til patienter/borgere, men også i forbindelse med kolleger og det tværfaglige samarbejde.

I mentaliseringsbaseret terapi handler ud over nysgerrighed at etablere en tæt relation, så der bliver skabt rum for tillid og tryghed inden man starter udforskningen og nuancering af individets tanker og følelser. Den trygge relation skabes ved at være støttende, empatisk, nysgerrig, ikkedømmende, ikkevidende samtidig med man viser interesse, engagement og varme.

2. Tilgang fra Fælles Beslutningstagning: SAMMEN OM BESLUTNINGER

Kender du Fælles beslutningstagning?

Fælles beslutningstagning er både et værdisæt og en model, hvor patientens viden om sig selv og sin egen sygdom anerkendes på lige fod med behandlerens viden.

Fælles beslutningstagning bruges når der skal træffes beslutninger om udredning, behandling, pleje eller opfølgning. Metoden indebærer brug af valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder samt rådgivning og støtte til at vælge den mulighed, der bedst matcher patientens præferencer.¹

Det er besluttet at Fælles beslutningstagning skal udrulles på alle regionens somatiske sygehuse og i psykiatrien. Aktuelt er det ved at blive implementeret på Psykiatrisk Afdeling P50, Team for spiseforstyrrelser Lokalpsykiatri Odense samt i Børne- og Ungdomspsykiatri Sydjylland.

¹ <https://www.cffb.dk/definition/>

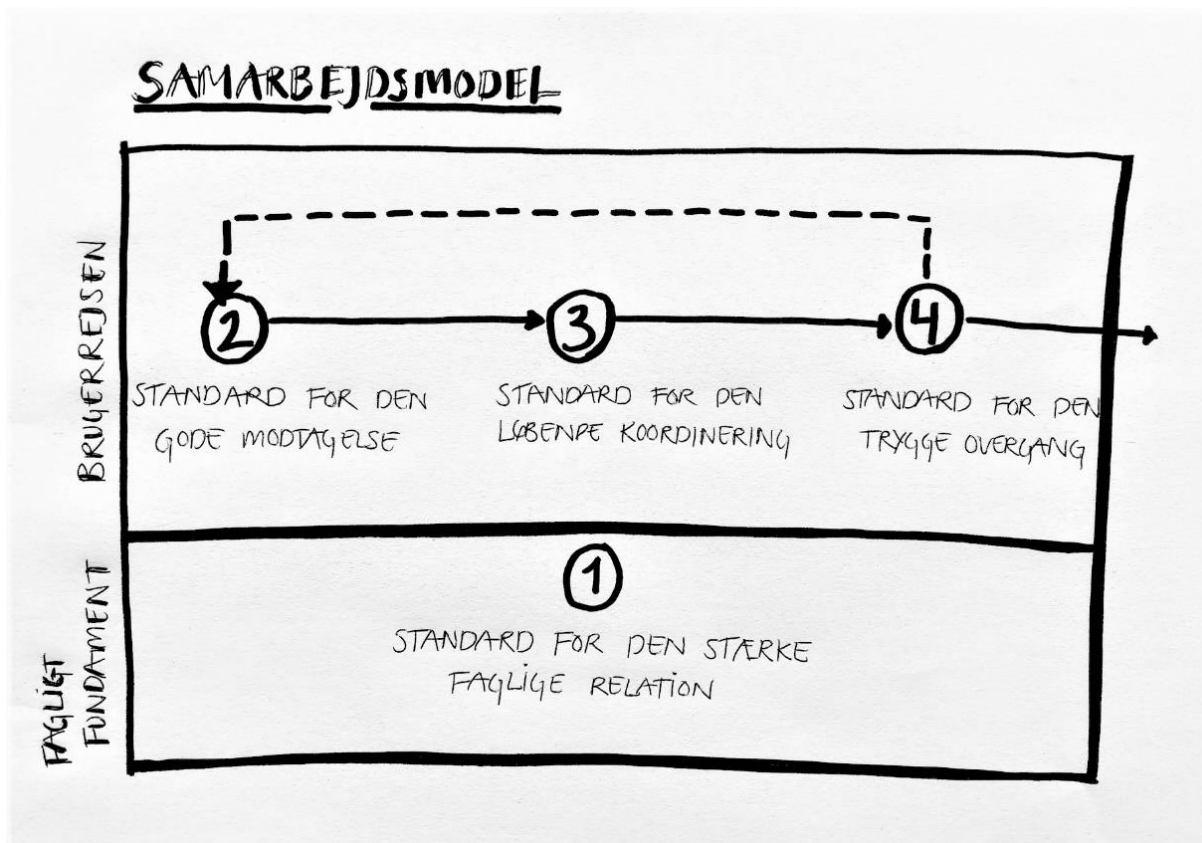
De fire standarder i samarbejdsmodellen

Samarbejdsmodellen består af fire standarder, som hver indeholder en række anbefalinger. Anbefalingerne skal inspirere og guide aktørerne i deres arbejde med at sikre bedre overgange og dermed mere sammenhængende forløb for mennesker med en spiseforstyrrelse, der gennemgår komplicerede forløb.

De fire standarder:

- Standard for den stærke faglige relation
- Standard for den gode modtagelse
- Standard for den løbende koordinering
- Standard for den trygge overgang

De fire standarder sat ind i en visuel model med indbyrdes sammenhæng.



Standard for den stærke faglige relation er fundamentet for arbejdet med at skabe bedre overgange og dermed mere sammenhængende forløb for mennesker med spiseforstyrrelser. Denne standard udspiller sig udelukkende mellem de faglige aktører på spiseforstyrrelsesområdet, mens de øvrige standarder udspiller sig i samarbejdet mellem de faglige aktører og patienter/borgere. De tre sidste standarder følger de forskellige faser, som en patient/borger går i gennem i et forløb hos en given aktør.

1.0 Standard for den stærke faglige relation

Vi ser hinanden som kolleger på tværs af de faglige aktører

Formålet med denne standard er, at de forskellige faglige aktører i højere grad begynder at se sig selv som kollegaer, der arbejder sammen om mennesker med spiseforstyrrelser, så de oplever mere sammenhængende forløb.

Standarden tager afsæt i Jody Hoffer Gittell's teori relationel koordinering, hvor den afgørende pointe er, at relationer og kommunikation gensidigt påvirker og forstærker hinanden. Dels bidrager relationer således til at kommunikationen sker på de rigtige tidspunkter og er forståelig, præcis og problemløsende, dels er kommunikationen med til at udvikle relationerne. Fælles mål, delt viden og gensidig respekt anses i den forbindelse som afgørende for at kunne skabe en stærk faglig relation.

1.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Vi skal lære hinandens rammer og vilkår at kende. Det er vigtigt for at nedbryde fordomme og misforståelser. Sig højt, hvilken virkelighed, vi arbejder i.

- *Gå i hinandens fodspor*
- *Temamøder*

Fysiske møder skaber grundlag for en god relation og gør det lettere at afholde gode onlinemøder efterfølgende.

- *Gå i hinandens fodspor*
- *Temamøder*

Det er ALTID okay at kontakte en samarbejdspartner. Det gælder både, hvis du har brug for konkret viden eller, hvis du savner sparring. Vi skal turde at være nysgerrige.

- *Facebookgruppen*
- *Linkedin-gruppen*
- *Bliv inspireret af MBT-tilgangen - også når det gælder dine kolleger*

Vi skal have en grundlæggende viden om spiseforstyrrelser, så vi har en fælles forståelse og taler samme sprog, når vi samarbejder.

- *Basisviden fra bogen Spiseforstyrrelsens labyrint af Maria Guala, Dorthe Nissen og Eva Wittenborn & Helene Nielsen*
- *Der arbejdes på tværgående kompetenceløft på spiseforstyrrelsesområdet*
- *Årskonference*
- *Dansk Selskab for Spiseforstyrrelses års møde m.fl.*

1.2 Tiltag

Til hver standard er der iværksat konkrete tiltag, som understøtter implementeringen af samarbejdsmodellen. Tiltagene består blandt andet af en række konkrete værktøjer, som medarbejderne på spiseforstyrrelsesområdet kan bruge i forbindelse med deres daglige arbejde.

1. Gå i hinanden fodspor

Et koncept hvor medarbejdere, der arbejder med mennesker, der har en spiseforstyrrelse, der er særligt kompliceret, besøger en af de andre aktører på området for på den måde at øge kendskabet til hinanden med det formål, at aktørerne i højere grad begynder at se sig selv om kollegaer, der arbejder sammen om et fælles mål.

2. Nyhedsbrevet SALT

Et nyhedsbrev for medarbejdere på spiseforstyrrelsesområdet. Nyhedsbrevet udkommer en gang om måneden med forskellige temaer, herunder eksempelvis behandling i somatikken og sanseintegration.

3. Facebookgruppe/LinkedIn

En lukket gruppe for samarbejdspartnerne på spiseforstyrrelsesområdet, hvor de kan lære hinanden bedre at kende som professionelle ved at dele viden og inspiration med hinanden - og stille nysgerrige spørgsmål til hinanden.

4. Årskonference

Det er ambitionen, at den afsluttede konference får karakter af et årskonference for fagprofessionelle på spiseforstyrrelsesområdet med deltagere både fra Region Syddanmark (psykiatri, somatik og socialområde) og kommunerne. Det er fortsat målet, at der deltager 100 på den afsluttende konference, som på dagen får indsigt i projektet, herunder samarbejdsmodellen, men også anden ny viden på spiseforstyrrelsesområdet gennem oplæg/workshop med en række relevante videnspersoner på området.

5. Temamøder

Idéen omkring temamøderne handler om, at vi mødes på tværs og sammen bliver klogere. Vi forestiller os, at man skiftes til at være vært og at værten planlægger, hvilket tema, der skal tages op. Det kan være, der kommer en udefra, der laver et oplæg omkring noget fagligt. Det kan være man gennemgår fælles cases eller at man ser på mulighederne for et bedre samarbejde. I trekantsområdet har de et lignende tiltag, som har eksisteret i 8-10 år med stor succes. Det håber vi at kunne udbrede til flere områder - i en ny version.

2.0 Standard for den gode modtagelse

Vi forbereder samarbejdet med patienten/borgeren

Formålet med denne standard er at sikre, at vi er forberedte, når vi møder patienter og borgere med en spiseforstyrrelse, så de ikke får en oplevelse af, at de skal starte forfra, men føler sig set og hørt.

En god modtagelse danner grundlaget for et godt og tillidsfuldt samarbejde mellem patienten/borgeren og aktøren og er dermed fundamentet for den relation, der anses som afgørende for at kunne yde den hjælp/støtte, der er nødvendig for mennesker med en kompliceret spiseforstyrrelse, hvis de skal kunne vende tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer.

2.1 anbefalinger

Inspiration til handling

Vi forbereder modtagelsen allerede ved henvisningen. Det betyder, at vi indhenter relevante oplysninger for at have den nødvendige baggrundsviden. Vær selv opsøgende, hvis du ikke har de oplysninger, som du har brug for.

- *Se faktaboks omkring de juridiske regler i forbindelse med indhentning af oplysninger*

Mød patienten/borgeren med nysgerrighed og åbenhed. Patienter/borgere skal altid have mulighed for selv at fortælle deres egen version af deres historie, som supplement til de indhentede oplysninger.

- *MBT-tilgang*
- *Brug et fysisk stykke papir og tegn en livsline, hvor I sammen kan tilføje vigtige begivenheder og hændelser*
- *Udlever guiden "På vej" og vær sammen om at udfylde de relevante sider*

Samtykke er afgørende for, at vi kan samarbejde på tværs af aktører. Vær opmærksom på, at en del af psykopatologien inden for spiseforstyrrelser kan indebære, at patienten/borgeren modarbejder samarbejdet af frygt for at slippe sygdommen. Motiver derfor samtykke gennem dialog med patienten/borgeren.

Når vi modtager en patient/borger, har vi en dialog omkring vores forventninger. På den måde sikrer vi, at vi har en fælles forståelse af indsatsen.

- *Eksempler på dokumenter, der understøtter forventningerne:
Forhåndstilkendegivelse - P50.
Casebeskrivelse - MBT tilgang
Brochure/beskrivelse - Ernæringsenheden + Sønderborg Kommune*

FAKTABOKS - Hvornår må jeg læse om patienten?

Sundhedsloven § 42 a: *Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter.*

Sundhedspersoner kan ved opslag i elektroniske systemer i fornødent omfang indhente oplysninger om en patients helbredsforhold og andre fortrolige oplysninger, når det er nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af patienten.

Med aktuel behandling menes aktuel undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient, jf. § 5. Aktuel behandling omfatter mere end, at en patient befinder sig fysisk på et behandlingssted. Aktuel behandling omfatter også forberedelse. Det betyder f.eks., at aktuel behandling starter, når der er en aftale om behandling. Det kan være, at patienten har bestilt tid, at patienten har anmodet om receptfornyelse, eller at en ambulance er på vej ind til hospitalet. Patienten vil også i kraft af en henvisning til et behandlingssted, f.eks. et hospital eller en speciallæge, være at betragte som værende i aktuel behandling på dette behandlingssted.

Sundhedspersoner har efter bestemmelsen adgang til at indhente oplysninger i elektroniske systemer med henblik på forberedelse af konsultationen/den fysiske behandling, ligesom der er adgang til - efter konsultationen - at slå op med henblik på at se prøvesvar og give tilbagemelding til patienten, sende recepten m.v. efter, at patienten er gået.

Selvom en patient udebliver eller aflyser en aftale, vil indhentning af helbredsoplysninger m.v. i elektroniske systemer med henblik på forberedelse af den senere aflyste aftale, være omfattet af bestemmelsen.

2.2 Tiltag

På Vej - Inspiration, motivation og strategier til et hverdagsliv

En fysisk guide i papir til patienter/borgere med en spiseforstyrrelse. Guidens endelig indhold udarbejdes i samarbejde med patienter på Psykiatrisk Afdeling P50 i Odense m.fl. Den indeholder fortællinger fra patienter/borgere, der er vendt tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer, citater fra patienter/borgere, der kan indgyde håb og styrke, inspiration til "hold-ud-værktøjer", information om frivillige tilbud mv.

Der er også plads til at patienten/borgeren selv kan notere egne tanker mv. i guiden.

3.0 Standard for den løbende koordinering

Vi prioriterer netværksmøder

Formålet med denne standard er at sikre, at der løbende sker den nødvendige kommunikation og koordination mellem aktørerne, således at mennesker med spiseforstyrrelser i højere grad oplever et sammenhængende forløb, hvor de forskellige indsatser er indholds- og tidsmæssigt afstemt i forhold til hinanden.

Netværksmøder betragtes som et centralt element i koordineringen af indsatsen, hvorfor der i denne standard sættes fokus på prioritering af netværksmøder.

FAKTABOKS - Hvad er et netværksmøde?

Et netværksmøde er et møde, hvor de fagpersoner, der er involveret i behandlingen eller indsatsen i forhold til en given patient/borger mødes. Patienten/borgeren deltager som udgangspunkt også i netværksmødet med mindre særlige forhold gør sig gældende.

For at der er tale om et netværksmøde, skal der deltage minimum to fagpersoner fra forskellige steder, herunder sygehusafdelinger, kommunen og andre faglige aktører.

Formålet med netværksmødet er at koordinere behandlingen og/eller indsatsen, så patienterne/borgerne oplever mere sammenhængende forløb. På et netværksmøde bliver der lavet konkrete aftaler om, hvad der skal ske i patienten/borgerens forløb med udgangspunkt i den enkelte borgers/patients ønsker og behov.

3.1 Anbefalinger

Inspiration til handling

Prioriter netværksmøder. Kommunikation og koordination er særligt vigtigt i forhold til patienter/borgere med en spiseforstyrrelse, fordi der ofte er mange aktører involveret og sygdommen kan forsøge at lede efter smuthuller for at overleve.

Alle aktører kan tage initiativ til et netværksmøde på ethvert tidspunkt - også patienten/borgeren. Prioriter så vidt muligt at deltage, når du bliver inviteret til et netværksmøde.

I *Guide til det gode netværksmøde* finder du inspiration til at planlægge, afholde og følge op på netværksmøder. Ved at følge guiden bliver der skabt genkendelig på tværs af aktørerne i Region Syddanmark - både for borgere/patienter og de faglige aktører.

Som supplement til netværksmøder kan vi afholde opfølgingsmøder af kortere varighed.

- *Bl.a. Aabenraa Kommune har gode erfaringer med 10-15 minutters møde over skærm med relevante samarbejdspartnere hver måned.*

8.2 Tiltag

1. **Guide til det gode netværksmøde inkl. skabelon til dagsorden og referat**

I guiden får medarbejdere på spiseforstyrrelsesområdet inspiration til, hvordan de planlægger, afholder og følger op på et netværksmøde. Med guiden bliver der sat struktur på netværksmøderne, hvilket forventes at bidrage til at øge deltagernes udbytte af netværksmøderne. Det gælder ikke mindst patienternes/borgernes udbytte, da guiden er med til at understøtte, at patienterne/borgerne i højere grad bliver inddraget i netværksmøderne.

4.0 Standard for den trygge overgang

Vi overlapper hinanden

Formålet med denne standard er at hjælpe mennesker med spiseforstyrrelser, trygt videre i deres forløb. Målet er, at patienterne/borgerne oplever en god overgang, hvor de fortsat får den hjælp/støtte, som de har behov for og derfor ikke står tilbage med en oplevelse af at blive afsluttet til ingenting.

4.1 Anbefalinger

Inspiration til handling

For at lave det nødvendige overlap skal vi turde træde ind på hinandens matrikler. Hvis du ikke bliver inviteret, så tag selv initiativ til at besøge patienten/borgeren hos din samarbejdspartner. Hvis du ikke har mulighed for at møde fysisk op, så overvej, hvorvidt du eksempelvis kan ringe til patienten/borgeren for at etablere en relation.

- *I forbindelse med projektet har en sygeplejerske fra P50 besøgt patienter på Ernæringsenheden, der står over for en overflytning til P50. Den tidlige kontakt har skabt tryghed for patienterne og en bedre overgang.*

Alle døgntilbud til mennesker med en spiseforstyrrelse bør tilbyde en midlertidig overgangstilbud i overgangen, når en patient/borger bliver afsluttet.

- *Det kan eksempelvis være et tilbud om
Telepsykiatri
Mobilteam
Direkte telefonnummer
"Genstart" / patientstyrede indlæggelser
Dagsindlæggelse*

I samarbejdsaftalen SAM:BO er det beskrevet, hvilke informationer regionen skal videregives, hvis en patient/borger vurderes at have behov for socialpsykiatrisk støtte efter udskrivelse. Hvis en samarbejdspartner eksempelvis kommunen har brug for yderligere oplysninger, er vi forpligtiget til at videregive disse. Dette forudsætter dog, at der er indhentet samtykke.

- *Se Faktaboks omkring SAM:BO*

Pårørende til mennesker med en spiseforstyrrelse, bør ikke stå alene tilbage med ansvaret, når en patient/borger bliver afsluttet. Hold pårørendesamtaler med de pårørende, hvor du oplyser og rådgiver om spiseforstyrrelser og vejled pårørende om pårørendeforeninger mv., hvor de kan få støtte.

- *Her kan pårørende hente hjælp:
LMS- Landsforeningen for spiseforstyrrelser og selvskade
Facebookgrupper for pårørende
Bedre Psykiatri
Sind værestedet stoppestedet (for borgere i Odense Kommune)*

De faglige aktører på spiseforstyrrelsesområdet har viden om relevante frivillige tilbud. Vejled patienterne/borgerne omkring frivillige tilbud, som kan hjælpe dem på deres vej tilbage til et hverdagsliv.

- *Der sidder frivillighedscoordinatorer i psykiatrien og i mange kommuner. Kontakt dem for at høre mere.*
- *Frivillighed.dk*

FAKTABOKS - Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner

En ændring i psykiatriloven i 2019 har medført, at det er sket en væsentlig udvidelse af omfanget af udskrivningsaftaler og koordinationsplaner. Hidtil har der efter overlægens konkrete vurdering skullet indgås en udskrivningsaftale med de patienter, hvor det måtte antages, at patienten ikke selv ville søge om nødvendig behandling eller sociale tilbud efter udskrivning. Med lovændringen er det blevet obligatorisk at indgå udskrivningsaftaler med alle indlagte voksne patienter, der modtager kommunal støtte efter servicelovens afsnit V som følge af nedsat psykisk funktionsevne (bostøtte, botilbud, misbrugsbehandling mv.). For indlagte patienter, der ikke modtager sådan støtte og for patienter under 18 år vil det som hidtil være en konkret vurdering, om der skal laves en udskrivningsaftale. Uændret gælder det, at der udarbejdes en koordinationsplan for de patienter, der ikke vil medvirke til en udskrivningsaftale. Udskrivningsaftalen/koordinationsplanen indgås mellem borgeren, den psykiatriske afdeling, kommunen og andre relevante parter og kan med fordel udarbejdes på et netværksmøde. Udskrivningsaftalen omfatter de behandlingsmæssige og sociale tilbud til borgeren.

FAKTABOKS - SAM:BO

Viste du, at SAM:BO-aftalen indeholder en række konkrete krav til kommunikationen mellem regionen og kommunerne, blandt andet når en patient bliver udskrevet fra behandling i Psykiatrien? Kommunikationen foregår via elektroniske kommunikationsstandarder, som er nærmere beskrevet i ni forskellige forløbsoversigter. Læs evt. mere om SAMBO på Region Syddanmarks hjemmeside.

4.2 Tiltag

1. **Samarbejdsaftaler med frivillige foreninger**

Samarbejdsaftalerne med de frivillige foreninger skal understøtte patienternes/borgerenes vej tilbage til et hverdagsliv med mestring af symptomer ved at give patienterne/borgerne mulighed for at deltage i forskellige aktivitets- og samværstilbud. Det er vigtigt, at medarbejderne er trygge ved at guide patienterne/borgere over i de frivillige foreninger, hvorfor en stor del af samarbejdet med de frivillige foreninger handler om at øge medarbejdernes kendskab til foreningerne og deres tilbud.