

1 Innstilling

Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling har gjennomført en funksjonstrening av fremtidig organisering og kompetansebehov av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, se vedlagt utredning.

Klinikkdirektør støtter arbeidsgruppens anbefaling om å etablere en spesialisert enhet for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder. Enheten vil ha ansvar for;

- døgn,
- dag og
- poliklinikk.

Organisering og drift av de respektive tilbudene til pasientene, utformes i samarbeid med de resterende enhetene ved DPS Østre Agder. Enheten kan koordinere drift med andre enheter dersom dette bidrar til nødvendig bemanning, da spesielt med tanke på tilgang til legeressurs.

Enheten skal ha et Agderdekkende ansvar og inneholde 4 døgnplasser med femdøgnstilbud og 6 dagplasser. Det innføres en hovedregel om maksimal liggetid på 12 uker ved enheten. For å utvikle tjenestetilbudet i tråd med Stortingets føringer ang. antall døgnplasser innen psykisk helsevern, og for å sikre likeverdig pasienttilbud for alle pasienter på Agder, vil det i tillegg bli opprettet to døgnplasser som «hotellsenger» ved DPS Østre Agder. «Hotellsengene» skal fortrinnsvis beholdes pasienter med lengre reisevei som skal ha behandling ved dagtilbudet. En spesialisert enhet for spiseforstyrrelser, kommer i tillegg til allerede etablerte enheter ved DPS Østre Agder. DPS Østre Agder har i utgangspunktet 16 døgnplasser og 2 brukerstyrte senger. Ved ansvar for enhet for spiseforstyrrelser, vil avdelingen ytterligere styrkes med 4 døgnplasser, 2 hotellsenger og 6 dagplasser.

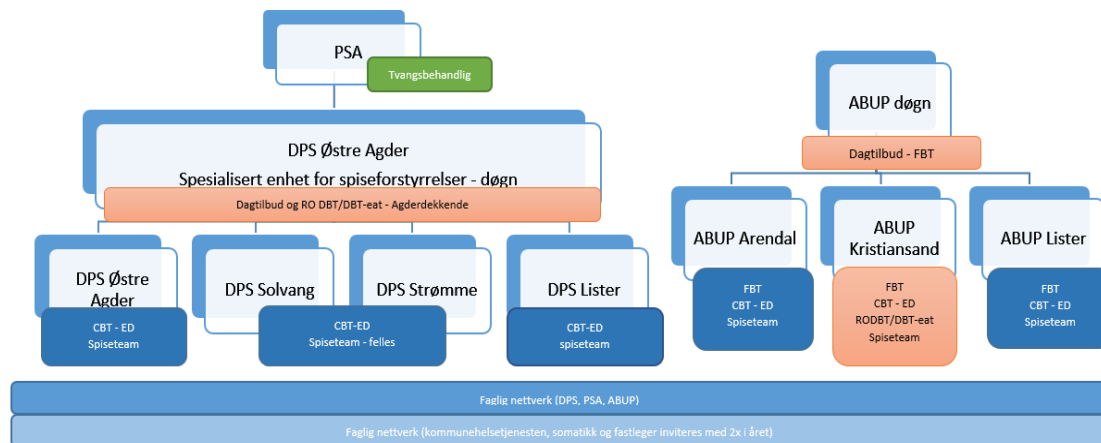
Døgnplassene ved den spesialiserte enheten, skal benyttes der hvor regulær døgnbehandling i DPS ikke fører frem, jf. Pasientforløp spiseforstyrrelser. Disse døgnplassene anbefales søkt godkjent for tvungen psykisk helsevern, men er ikke tenkt brukt der hvor det er behov for tvangsernæring (§4-4) eller låste dører. Ved behov for tvungen psykisk helsevern med låste dører, tvangsernæring eller der hvor den somatiske tilstanden krever umiddelbar nærhet til somatikk, vil innleggelser skje ved Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) i Kristiansand eller Arendal. Det vil tilstrebes at behandling til enhver tid gis på laveste effektive omsorgsnivå.

Senteret skal ha kompetanse innenfor CBT-ED og RO-DBT/DBT-eat. Annen kompetanse vil også kunne være relevant, men er ikke et krav til enheten.

Det skal etableres et faglig nettverk i klinikken. Den spesialiserte enheten skal koordinere nettverket for fagpersoner i klinikken med minimum to representanter fra hvert DPS, ABUP og PSA. Nettverket skal møtes minimum seks ganger pr år.

Innenfor Avdeling for barn og unges psykiske helse vil tilbudet organiseres på tilnærmet samme måte med poliklinisk-, ambulant- og dagbehandling, om enn ikke i en egen enhet. Ved behov for innleggelser, vil dette skje ved Ungdomsklinikken fremtidige Abup døgn. Dette gjelder både ved innleggelse frivillig og ved innleggelse etter tvungen psykisk helsevern. Den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder, kan tilby behandling for pasienter ned til 16 års alder, dersom andre tilbud i ABUP har vært prøvd og ikke ført frem. Hovedregelen er at barn og unge skal få sitt tilbud i ABUP.

Organiseringen er illustrert i figuren under.



De fleste pasienter med spiseforstyrrelser skal ha et behandlerteam. Unntak er hovedsakelig der pasienten har en mindre alvorlig tilstand. Flertallet i pasientgruppen vil ha krav på kontaktlege/kontaktpsykolog (spesialisthelsetjenesteloven 2-5c), og ev. koordinator (jf spesialisthelsetjenesten 2-5a). Der ansvarlig behandler ikke er lege, skal behandlerteam ved aktuell enhet/avdeling, sikre involvering av lege i teamet.

Pasientens kontaktlege/kontaktpsykolog og/eller koordinator, vil inngå i behandlerteam dersom pasienten mottar dagtilbud/døgntilbud ved spesialisert enhet for spiseforstyrrelser. Kontaktlege/ koordinator skal til enhver tid være på det laveste effektive omsorgs nivå, som følge av behov for kontinuitet.

Risiko/ulempe knyttet til organisering

Risiko identifisert gjennom høringsvar har primært vært relatert til

- bemanning; rekruttere og beholde spesialist
- integrering av tilbudet, døgnet, med DPS/organisering uklart presentert
- uklart, for lite spesifisert, pasientforløp når det kommer til; kontaktlege, akutenhetenes rolle og innleggelse lokalt DPS.
- ivaretagelsen av somatiske forhold
- areal og plassering på Bjorbekk

Bemanning

Bemanning og reduksjon av sårbarhet/belastning på enkeltindivider vurderes som viktig både for arbeidsmiljø og faglig kontinuitet. Som tiltak, utover det som fremkommer i rapporten, anbefales det ved etablering gjøres en gjennomgang av organiseringen og utredning av mulighet for å etablere samarbeid mellom to overleger, samlet 1 stk 100% stilling, for å redusere sårbarheten, jf. anbefaling fra fagmiljøet.

Ved å etablere enhetene med mulighet for samorganisering/drifft med andre enheter ved DPS Østre Agder, vurderes det at en vil redusere sårbarheten og samtidig bidra til å redusere fragmentering av tjenestetilbudet.

Avdelingen vil sammen med Psykiatrisk sykehusavdeling tilstrebe å ha LiS ved enheten, eventuelt ved å etablere et samarbeid mellom enhet for spiseforstyrrelser og døgntilbudet innen allmennpsykiatri ved DPS Østre Agder.

Bemanningsnormen må vurderes opp mot pasientgruppens samlede behov.

Integrering av tilbud med DPS

I høringsvarene er det tilbakemeldt både styrker og svakheter ved en eventuell samorganisering med DPS døgnet. Klinikken som helhet skal sikre bærekraftige tjenester og en organisering til det beste for pasientgruppen og klinikken. Sårbare ressurser skal benyttes best mulig og tjenesten må dimensjoneres

etter behov. Fordeler ved en samdrift som fremkommer er blant annet normalisering av pasientgruppen, redusert sannsynlighet for institusjonalisering og negativ gruppedynamikk, samt mindre sannsynlighet for kulturelle/verdiforskjeller - «lock in syndrom» - etablering av subkultur uavhengig av resten av klinikken. En for stor grad av isolering av enheten vil således verken være ønskelig fra klinikk eller pasientperspektiv, faglig og med tanke på pasientsikkerhet. Samtidig vil det være viktig og nødvendig med en enhetlig organisering av tilbudet; døgn, dag og poliklinikk for å sikre en spesialisert og enhetlig tilnærming.

Det anbefales således at det etableres en egen enhet, men med mulighet for samdrift for å sikre best mulig bruk av klinikkens samlede ressurser. Det vil være opp til lokal ledelse å vurdere og beslutte endelig hvordan dette i praksis blir.

DPS Østre Agder bes om å overvåke tilbudet og sikre at tjenestetilbudet dimensjoneres i samsvar med behovet som fremkommer i klinikken.

Pasientforløp og akutenhetenes rolle

Det er en utfordring knyttet til akutenhetenes rolle som følge av lite pasientvolum. For å tydeliggjøre dette, revideres pasientforløpet for å tydeliggjøre at tilbudet skal gis på laveste effektive omsorgsnivå, så snart dette vurderes som forsvarlig. Veiledning og bistand fra miljøpersonalet ved den spesialiserte enheten tilbys ved behov. Hvorvidt akutt tilbys i Kristiansand og/eller Arendal, bestemmes av Psykiatrisk sykehusavdeling etter en samlet vurdering av kompetanse og kapasitet. Videre må det etableres kompetanseplan og krav etablert for rettslig grunnlag for behandling av spiseforstyrrelser

Vedrørende innleggelse ved lokalt DPS, spesifiseres det i pasientforløpet at dette tilbys primært der innleggelse skyldes komorbid tilstand, hvor BMI er over 15, og/eller hvor det ikke stilles krav til måltidsstøtte, kostplan og tilsvarende miljøterapeutiske tiltak som er å anse som mer spesialisert enn hva en allmennpsykiatrisk døgnpost kan tilby.

Somatisk ivaretagelsen

Ivaretagelsen av somatiske forhold er i dag håndtert ved DPS Østre Agder, Bjorbekk, døgn. Det må det etableres kompetanseplan for rettslig grunnlag for somatikk og oppfølging ved spiseforstyrrelser. Samarbeid med somatikken må avklares for å sikre tjenestevei ved behov for bistand og kompetanseheving.

To overleger i delt stilling, og ev LiS, vurderes å gi god dekning. Vedrørende alvorlig bekymring for somatiske forhold, må det avklares med somatikken hvor behandling bør gis. Enheten vil ha mulighet til å monitorere EKG lokalt. Vurdering av responstid til Bjorbekk er gjort.

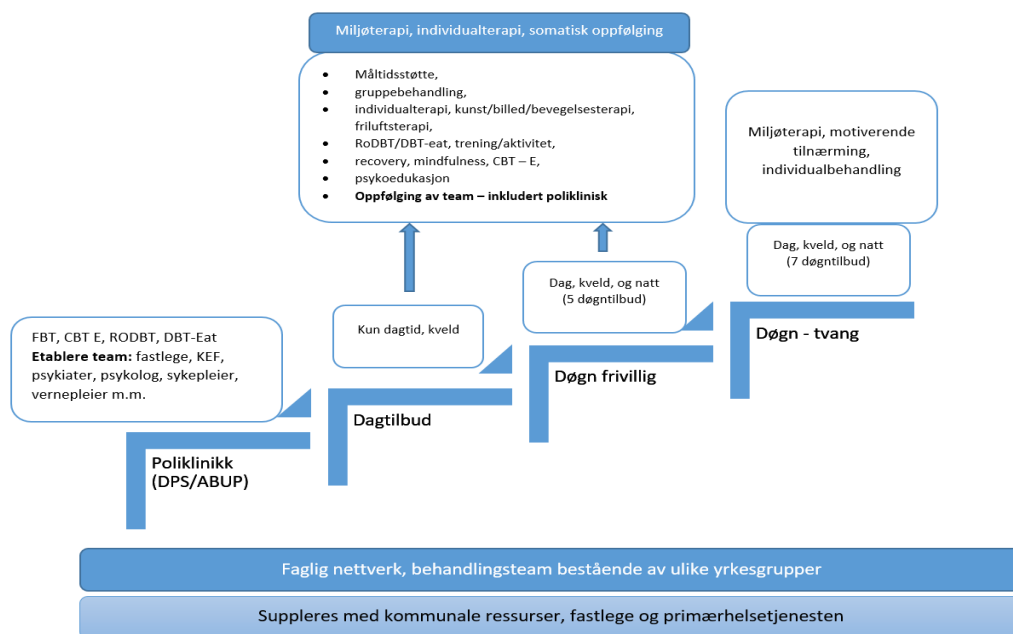
Areal på Bjorbekk

En bekymring og risiko løftet inn av flere enkeltpersoner er lokalene og arealene ved DPS Østre Agder, Bjorbekk. For å redusere sårbarhetene som er identifisert anbefales følgende:

- Utredning av mulighet for å ta i bruk andre lokaler og arealer ved DPS Østre Agder f.eks. ARA avgiftningsenheten
- Utredning av muligheter knyttet til nåværende bygningsmasse.

Kompetanse

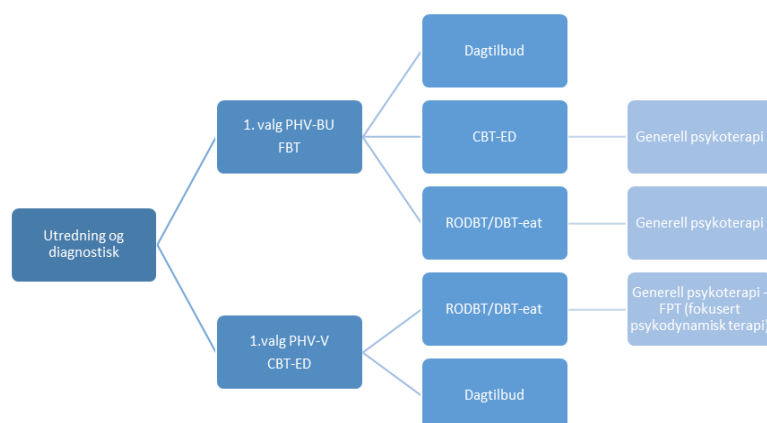
Klinikkdirektør støtter anbefalingen om organiseres av tjenestetilbudet etter en «stepped-care-modell» med tverrgående faglig nettverk. Dette skal sikre kontinuitet i tjenestetilbudet samtidig bidra til at behandling gis på laveste effektive omsorgsnivå. Modellen er skissert i figuren under.



Det primære tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser skal gis poliklinisk ved klinikkens fire Distrikts Psykiatriske Sentre (DPS) og i Avdeling for barn og unge (ABUP), polikliniske enheter.

Ved ABUP skal førstevalg av behandlingsmetoden være Familiebasert terapi (FBT), jf. pasientforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge under 23 år. I DPS skal førstevalg av behandling være kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelse (CBT-ED). Det vil kunne være aktuelt med kombinert behandling og integrasjon av andre behandlingstilnærminger der pasienten har komorbide tilstander både innen psykisk helsevern for barn og unge, og voksne.

Dersom pasienten ikke drar nytte av CBT-ED, vil pasienter i psykisk helsevern i neste omgang få tilbud om RO DBT/DBT-eat. For barn og unge vil andrevalg av metodikk være CBT-ED og/eller RO DBT/DBT-eat. Det vil tilstrebes å også tilby RO DBT/DBT-eat digitalt for å sikre tilgjengelighet i hele Agder og likeverdighet til helsetjenestene. Fokuset psykodynamisk terapi, eventuelt andre metoder, vil være aktuelt dersom strukturerte og manualbaserte tilnærminger *ikke* har effekt.



I de tilfeller hvor poliklinisk behandling ikke er tilstrekkelig, vil neste trinn i tilbudet vil være dagbehandling blant annet med måltidsstøtte og gruppebehandling. Dagtilbudet vil være tilgjengelig på dagtid og enkelte kvelder. Tilbudet vil kunne gis integrert med poliklinisk behandling. Dagtilbudet sentraliseres og lokaliseres ved spesialisert enhet for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder. Poliklinisk behandler ved lokalt DPS vil bistå inn i dagtilbudet som faglig ressurs og som koordinator/kontaktlege/kontaktpsykolog.

Påfølgende trinn i tilbudet vil være døgnbehandling. Primært skal døgnbehandling skje ved de respektive DPS, gitt at pasienten ikke har behov for tett måltidsstøtte og har en BMI med somatiske komplikasjoner som har behov for rammene til den spesialiserte enheten. Der behandling enten gis som følge av tvungen psykisk helsevern, pasienten har en BMI tilsvarende >15 og/eller har behov for måltidsstøtte, skal innleggelse skje ved DPS Østre Agder, enhet for spiseforstyrrelser.

Poliklinisk behandler fra lokalt DPS (koordinator) skal være involvert også under perioder med døgnbehandling for å sikre kontinuitet i behandlingen. Det er behandler på laveste nivå, det vil si poliklinisk behandling, som har koordinator ansvaret og følger pasienten, uavhengig av hvilke enhet/avdeling pasienten mottar tilbud.

Arbeidsgruppen har gitt anbefalinger om kompetanseheving i klinikken for å sikre en enhetlig kompetanseprofil og kunnskapsbasert metodikk i møte med pasientgruppen. Gjennom dette skal fragmenteringen av tjenestetilbudet reduseres. Kompetansehevingen skal også omfatte miljøterapeuter og ungdomsklinikken i ABUP.

Risikofaktorer/ulempen knyttet til kompetanse

I høringsuttalelsene ble det gitt tilbakemeldinger på følgende risikofaktorer når det gjelder kompetanse:

- uklarhet i pasientforløp når det kommer til følgende; kontaktlege, komorbiditet, skreddersøm opp mot pasientens symptombilde (tilpasninger av metodikk), pårørendearbeid, akutenhetens rolle og innleggelse lokalt DPS.
- kompetanse mangler, både miljøpersonell, ABUP døgn, og behandlere generelt.
- kommunal samhandling

Pasientforløp

I innstillingen ovenfor er det redegjort for kompensatoriske tiltak for å redusere risiko, jf. høringen. Dette omhandler blant annet en bedre konkretisering av døgntilbud ved lokalt DPS, tydeliggjøring av inklusjonskriterier ved døgnenhet lokalt, samt konkretisering av skreddersøm/individuell tilpasning av pasientforløp.

Videre vil arbeidsgruppen revidere retningslinjene i samsvar med høringsinnspillene og tydeliggjøre at der pasienter har komorbid tilstand, hvor spiseforstyrrelsen ikke er hovedproblematikk og fokus i behandling, kan annen metodikk anvendes.

Kompetanse mangler

Det er i utredningen anbefalt en kompetansehevingsplan primært knyttet til behandlerressurs. Det anbefales videre at miljøpersonalet involveres for å utarbeide en mer omfattende og detaljert kompetansehevingsplan for miljøterapi, som bygger på samme metodiske tilnærminger som pasientforløpet generelt. Dette for å sikre et helhetlig pasientforløp, med integrert miljøterapi.

Kommunal samhandling

Analyser viser svært ulik grad av pasienttetthet for målgruppen mellom Agders kommuner. Med bakgrunn i dette anbefales det å involvere de kommunene som har størst antall pasienter med tilstanden i nettverk for spiseforstyrrelser. I tillegg etableres kontaktpunkt for øvrige kommuner, med behov for konsultasjon (helsesykepleier etc). Klinikken vil ta initiativ til å utvikle samhandlingsforløp for spiseforstyrrelser, jf. Helse Fonna modellen.

Samlet vurdering

Innstillingen vurderes å være i tråd med de nasjonale føringene som foreligger, hvor målsettingen er som følger:

- Tverrfaglige team som ivaretar de voksne med alvorlige og sammensatte behov.
- Helsepersonellet jobber i team rundt pasienten, utvikler tjenesten i tråd med kunnskap om hva som virker og utnytter mulighetene som teknologien gir.
- Lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte.
- Vi lærer av hverandre.

Hvilket gjøres ved å:

- Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Redusere uønsket variasjon
- Vri ressursveksten mot teknologi og kompetanse

Videre skal en i utviklingsplanen sikre mer optimal arbeidsdeling og samhandling med kommunene på Agder. Samtidig som helsepyramiden legges til grunn, – hvor tjenester skal gis på lavest effektive omsorgsnivå (LEON¹), noe som anses å bidra til både god kvalitet, kultur for helhet og økonomisk bærekraftige tjenester. Ved å styrke tjenesten med mer tidsintensiv behandling, jf. ny modell for framskrivning for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, vil en kunne tilby tilbud til flere pasienter, på et lavere nivå – i tråd med pasientenes ønsker. Større grad av samhandling internt i klinikken, med felles kunnskapsbasert tilnærming i møte med pasientgruppen, vil sikre en ønsket helhetlig tilnærming.

¹ St.meld. nr 9. Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen