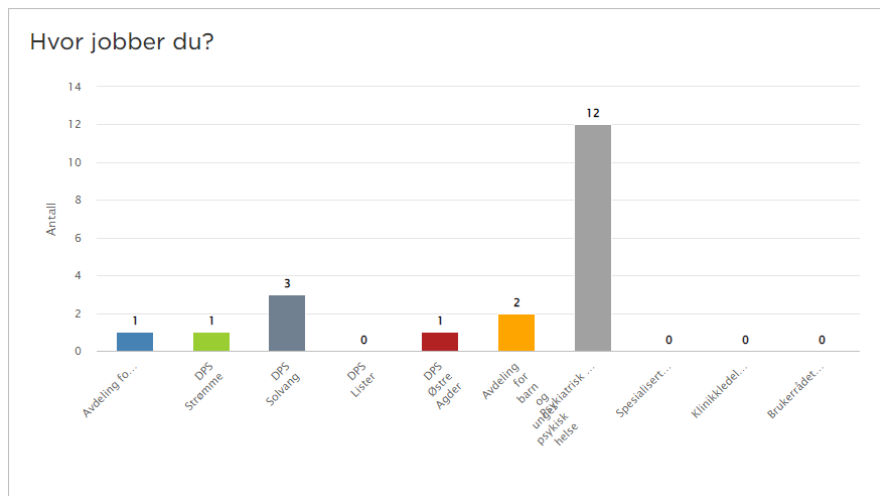
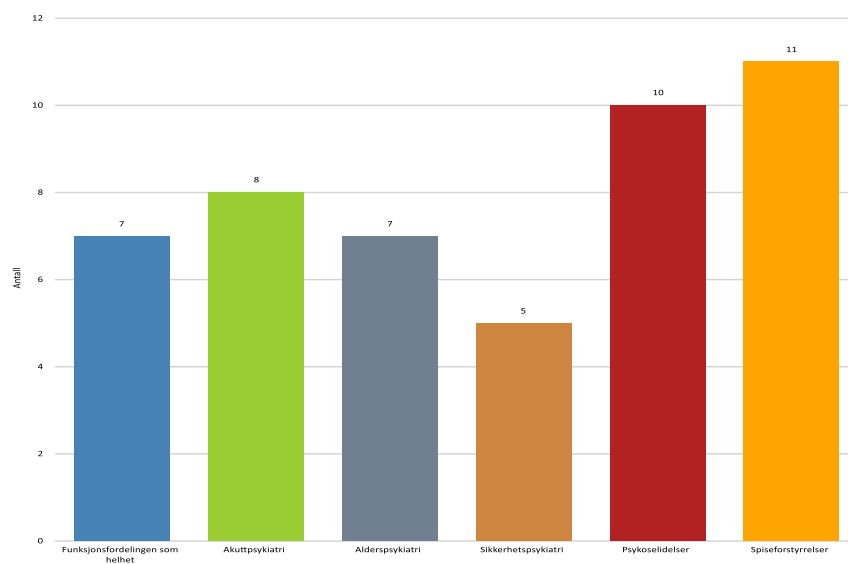


9.1 Høringssvar spiseforstyrrelser (Funksjonsutredning Nye PSA – delprosess 1 februar 2022)



Oversikt over antall tilbakemeldinger, fordelt på tema.



Når det kommer til den samlede funksjonsfordelingen, så er dette positivt:

Svar

Det er positivt at fokus på akutt, sikkerhetsavd., spiseforstyrrelser, FACTpas, og alderspsykiatri er løftet opp.

Grundig og omfattende arbeid, mange deler av fagfeltet er tematisert og problematisert. Tydelig at det har vært involvering og engasjement

DPS er veien inn og ut av PSA. Funksjonsutredningen har hatt fokus på de mest sentrale gruppene (psykose/nysyke, spiseforstyrrelser, alderspsykiatri og sikkerhetspsykiatri).

Det er positivt at prosessen har involvert såpass bredt som den har gjort. Det har gitt muligheter for å bli kjent med hverandres virksomheter og gi innspill basert på kunnskap.

Det er også positivt at en har tatt en grundig gjennomgang av funksjoner og mandater til de enkelte enhetene i PSA.

Det er positivt at begge de foreslåtte alternativene inneholder ROP-enheter.

Omfattende rapport med godt forarbeid/bakgrunnsmateriale. Gir gode muligheter for å skape gode beslutninger. En god utredning som kommer frem til anbefalinger og det er tatt høyde for mange variabler i rapporten med bl.a. økonomi og samhandling.

Veldig godt gjennomført utredning.

Dette er en risiko ved forslaget:

Svar

10 plasser kan være for lite til sikkerhetspas, pas dømt til behandling.

Noe uklart på alderspsykiatri og veiledning til DPSer. Skal alderspsykiatri da i større grad tilhøre DPSene. Det er ikke helt klart hva DPSene skal inneholde ved eventuell endring. Det er føringer på at DPS østre agder skal ha spiseforstyrrelser. Antall spiseforstyrrelser har økt ved DPS Solvang også, uten at kompetansen i like stor grad er til stede på enheten. Om dette er konstant eller ikke vil vise seg.

Lite endringsfokus, mye krefter som går mot å beholde organiseringen som den er. fokuserer mer på personer som ikler roller (spesialister) enn selve tjenestetilbudet i seg selv. forslag om å flytte enhetene mer eller mindre som de er i dag, for deretter å gjennomføre evaluering og endring etter 1-2 års drift. Dette tror vi ikke er lurt, vil istedet sementere drift og videreføre de utfordringer vi strever med i dag

Når alt blir gjennomført regner vi med at det blir en stor diskusjon om fordeling av ressurser.

Det er en risiko om ikke alle døgnplassene er på lukket enhet.

For DPS utgjør det en risiko dersom det viser seg at det planlegges med for få sikkerhetsplasser.

En kan stille spørsmål ved om foreslåtte modeller i tilstrekkelig grad tar høyde for endringer i pasientrettigheter når det kommer til akutt-tilbud for pasienter med rusutfordringer. (Innleggelser etter annet lovverk enn PHV)

Dette åpner for at rusakuttfunksjon må etableres på siden av PSA-strukturen.

En nedgang i akuttkapasitet på litt over 10% i Kristiansand (slik vi forstår oppsettet) vil kunne presse akutt-kjeden ytterligere.

Utredningen kom for sent i gang. Resultater fra Kulturkartleggingen litt lite synlig i utredningen bortsett fra involvering av ansatte som er godt ivarettatt. Områder i klinikken er automatisk ikke blitt berørt bl.a. organiseringen av SPST og ARA- og DPS poliklinikk (ROP). Utfordringer med sammensetning av de ulike gruppene hvor man har vurdert «egen enhet» i stor grad. Gruppene kunne vært mer blandet for å unngå inhabilitet, og utfordringer med å «gå imot» spesialister som kan sin egen spesialitet. Reduksjon for å bruke ressursene annet sted, når hver gruppe kun har sett på egen enhet, er vanskelig.

Mangler en balanse mellom (mange) oppjusteringer og (ingen) nedjusteringer. En rekke funksjoner er foreslått overført DPS. Konsekvenser for andre avdelinger/enheter er ikke beskrevet i tilstrekkelig grad.

Det er uheldig at ikke utredningen heter «Funksjonsutredning KPH» selvom dette omhandler et nybygg i PSA.

Helheten knyttet til KPH er noe fraværende, det er kun sett på enkelte områder innad i PSA.

Konkret forslag til forbedring:

Svar

Klarere føringer på hva DPSene skal inneholde om det skal være endringer. Om ikke det er endringer burde dette også komme frem.

Må tørre å ta et overordnet strategisk perspektiv, se på hvordan vi kan utnytte ressurser og tjenester på en helhetlig og bærekraftig måte, må tørre å se på muligheten for annerledes inndeling av enhetene, eks 6 + 14 senger i akutt, 6 senger til nysyke, 14 senger til sikkerhetspsykiatri etc

Utnytte fleksibiliteten i bygget og evt. øke antall plasser for sikkerhetspsykiatri.

Flytt alderspsykiatrisk ut fra nybygg og inviter inn rusakuttenhet - overflytting fra ARA.

S. 14 og s. 65 legges det vekt på at døgnkapasiteten brukes på «pasienter uten kjent diagnose» og at «mange pasienter innlagt psykiatrisk avdeling mangler diagnose». Her blander man sammen svakheter med registerdata som og deres registrering (jfr ADHD som hoveddiagnose ved akuttinnleggelser) og kliniske vurderinger i f.eks. epikriser. Første avsnitt 9.3 er således svært upresis. Pasienter uten kjent F-diagnose som har fått behandling ved PSA skrives ut med en diagnose som viser til hva man har fått behandling for. Dette avsnittet og setningene om ukjent diagnose bør strykes fra rapporten da man her trekker en konklusjon om praksis basert på mangelfulle registerdata.

s. 70 /10.1.5 Sikkerhetspsykiatri – Akuttenhetene i Arendal (og jeg antar det også gjelder dem i Kristiansand) har etterlyst plasser ved enhet 4.2 som kan håndtere pasienter med høy voldsfare og psykoseproblematikk i akuttfasen. Disse har frem til nå fått avslag da man skal være stabilisert før overflytning. Møtet med PICU-enheten i Newcastle viste en modell hvor disse pasientene håndtertes på en sikkerhetsenhet når voldsrisikoen var høyest, og ble flyttet raskt tilbake til sine akuttenheter når den dempet seg. Det å si at en slik sikkerhetsenhet ikke skal ha noen «funksjon/akutt» medfører at akuttenhetene ikke får den avlastning man her har bedt om. Ber om at man revurderer innhold i denne enheten slik at man får en reell sikkerhetsenhet og ikke en videreføring av nåværende tilbud.

I presentasjon av PSA Arendal fremkommer det ikke at enhet C, spiseforstyrrelse, er agderdekkende, og alderspsykiatrisk poliklinikk er glemt

Styringsgruppen må være bevisst på å se helheten i arbeidet. De beste fagfolkene er satt i arbeidsgruppene for å se sitt eget fagområde.

Det kunne vært en referansegruppe (organisatorisk, faglig). Arbeidsgruppen burde i større grad sett på helheten.

Arbeidsgruppen har lent seg mye på det de temaspesifikke gruppene har beskrevet.

Det mangler beskrivelse av hvilke konsekvenser andre avdelinger og enheter får som følge av forslagene fra arbeidsgruppen.

Det kan synes som om arbeidsgruppen i for stor grad har operert som referent for de temaspesifikke arbeidsgruppene.

Det bør vurderes om funksjonsutredning skal sendes tilbake til arbeidsgruppen for konsekvensutredning for hvordan de andre avdelinger/enheter blir utfra de anbefalte tiltakene og hvordan økonomi og personalressurser skal overføres videre til enheter som får nye oppgaver.

Når det kommer til funksjonsutredningens forslag knyttet til spiseforstyrrelser, så er følgende positivt:

Svar

DPS Bjorbekk er spesialisert på området.

Vi kommer tilbake til dydens vei som er mer egnet for den driften vi har i dag. Blir igjen plass til 9 pasienter som det er behov for. Og funksjonen som vi i dag innehar.

- En døgnenhet for spiseforstyrrelser: Vi mener det er svært positivt med forslaget om en spesialisert døgnpost for spiseforstyrrelser som behandler både ungdom og voksen med denne problematikken. Da at våre ungdommer fra 16 år kan nyttiggjøre seg dette, og at avdelingen skal kunne utøve tvang hvis det blir behov for det. Dette vil kunne avlaste Ungdomsklinikken som er en akuttpost, samt være et bedre tilbud da de kommer inn i en spesialisert avdeling for SF.

- Veiledningsteam/Fagteam: Samarbeid mellom DPS, PSA og ABUP, dvs et sterkere og større fagmiljø der vi kan drøfte ekstra kompliserte saker, men der vi også kan være sammen ift kompetanseheving. Dette vil gi pasientene våre et mer likt behandlingstilbud over hele Agder, noe som bør etterstrebes. Samt at vi kan utnytte ressursene på en bedre måte enn vi gjør p.t.

- Dagtilbud: Vi har som dere sikkert vet startet en pilot ift Dagtilbud for SF i ABUP i regi av Spiseteamet, SSK. Ut fra erfaringer vi har gjort oss så langt, er dette et tilbud som har blitt svært godt tatt i mot av både ungdom og foresatte. Vi skreddersyr tilbudet sammen med familien, og de får fortrinnsvis tilbud om ei ukes intensivt opphold, fra mandag-fredag som innebærer frokost og lunsj, samt samtaler/psykoedukasjon. Vi ser føre oss å kunne gi dette tilbudet også til de mellom 18 og 20 år. Vi holder til i Sykehusveien 2 i Arendal. Vi ser på det som en styrke å kunne samarbeide med DPS og PSA. Intensjonen er å korte ned på sykdomsforløp, behandlingstid og ikke minst minske behovet for innleggelser.

NB: Vi jobber nå for at ungdom og foresatte som har lang reisevei skal kunne overnatte hos oss ved behov.

Ser bra ut

Det er positivt at det opprettholdes en spesialisert døgnenhet for behandling av spiseforstyrrelser i PSA, enhet C, med den kapasitet som enheten hadde før flytting til DPS. Pasientgruppa med sin lave bmi og dårlige somatiske tilstand trenger denne nærheten til behandlingstilbudet i sykehus. Lokalitet her gir også mulighet for å benytte ergo- og fysioterapilokaler i bygget, og gir pasientgruppa ønskelig tilbud om alternative aktiviteter og mulighet for avledning og opplevelser av å kunne bytte oppholdssted uten å måtte ut av bygningen og overforbruke energi, noe som ikke er mulig i DPS.

Sterkt og dyktig fagmiljø.

Skal ikke inn i nybygget, men fortsetter i Arendal. Beholder fagmiljøet som allerede finnes.

Dette bør prioriteres- høy dødelighet for denne pasientgruppen og vi ser allerede nå en økning av denne pasientgruppen (spesielt hos ABUP).

Positivt at enhet C kommer tilbake til dydens vei, med alt det innebærer. Nærhet til somatikk, bedre egnede lokaler til de ulike gruppene som enhet C og pasientene vil få bedre tilgang til treningskjøkken, gymsal og ergoterapirom som er viktige arenaer for miljøterapi og trening til hverdagen der hjemme.

Positivt å opprette et fagteam som kan veilede dps'ene, da det ses på som viktig at personer med spiseforstyrrelser skal få best mulig hjelp på lavest mulig nivå i nærheten av bosted. Det må selvsagt settes inn ressurser og kompetanseheving slik at kvaliteten på veiledningen blir god.

Innleggelse på tvang på enhet C vil kunne være nødvendig, og det er fint at enheten og lokalene er godkjent for dette. Sondeneleggelse og sondeernæring på tvang er derimot ikke positivt (se punktene under).

Det er positivt at det opprettholdes et spesialisert døgntilbud til denne pasientgruppen. Lokalisering i Dydens vei (PSA Arendal) vil gi økt pasientsikkerhet og styrke behandlingstilbudet som følge av nærhet til somatikken (SF er også en fysisk sykdom). Bedre/større lokaler som vil sikre at de ulike faggruppene i det tverrfaglige behandlingstilbudet har bedre forutsetninger for å utøve sine oppgaver. Dette gjelder alt fra tilgang på kontorer, samtalerom, kvalitet på spisesal som er en sentral arena for eksponering, tilgang til treningskjøkken, gymsal m.m. Dette vil også fremme arbeidsmiljøet.

Et FRIVILLIG behandlingstilbud til pas. ned til 16 år er positivt i den forstand at ungdom vil kunne få et kunnskapsbasert og robust behandlingstilbud i gruppe. Mål om opprettelse av et eget fagteam forankret i DPS er positivt i den forstand at det potensielt vil kunne sikre mer samhandling i spiseforstyrrelsesbehandlingen i Agder.

Dette er en risiko ved forslaget:

Svar

At slik som nå, pas med diagnosen likevel blir spredet på andre enheter som ikke innehar denne kompetansen i like høy grad.

tilbudet forblir fragmentert, for mye knyttet opp til enkeltpersoner i fagmiljøet

Lite fleksibilitet i forhold til kapasitet ved lokalisering i PSA-A.

Utfordring med døgnenhet i en del av organisasjonen og veiledningsteam/fagteam i en annen del av organisasjonen, som det kan se ut fra arbeidsgruppens anbefalinger. (s62)

Tvang; Forslaget om å kombinere tvangsbehandling med frivillig behandling oppleves ikke gjennomførbart.

Pasientene sammenligner seg med andre pasienter og vi har erfart at det er konkurranse om å være dårligst (sykest, tynnest). Det å påføre pasienter tvang ved eks nedlegging av sonde, for så å bygge viktig relasjoner for å få til et samarbeid, er kontraindisert. Det handler om å skape tillit og gode terapeutiske relasjoner. Vi er svært bekymret for at tvangen vil øke, ved at pasienter som kan ta i mot frivillig behandling ender opp med å stille langt bak i køen og tilslutt bli så syke at de må legges inn på tvang. Frivillig behandling i enhet C vil etter all sannsynlighet ikke lenger bli en "gulrot" for pasienter innlagt på tvang, slik vi erfarer at det er i dag. Vi er videre bekymret for arbeidsmiljøet og at den unike kompetansen vi har opparbeidet oss gjennom flere år vil forvitte. I den forbindelse er det helt sentralt å nevne at flere ansatte ikke ønsker å jobbe med tvangsbehandling, med bakgrunn i tidligere erfaringer. Den faglige begrunnelsen er også sentral i vurderingen, og aller viktigst med tanke på nytten den enkelte vil ha av behandlingen og den kompetansen enheten sitter på.

Det er helt klart at flere i personalet vil slutte dersom enheten ikke lenger har fokus på frivillig behandling. Samlet sett vil forslaget som foreligger skape store endringer for pasientene og personalet, noe som ikke anses hensiktsmessig for bedring hos pasientene og for at PSA skal beholde den gode kompetansen som tydelig er ønsket.

Det kan videre være en utfordring å kombinere ned til 16 år med voksen behandling med tanke på lovverk, mulighet for ansvar, pårørendesamarbeid etc.

Enheten kjenner ikke til hvilke ressurser, lokale osv som foreligger med tanke på å drifte dette forslaget. I tillegg til det vi har nevnt over er vi også bekymret for muligheten til å ivareta oppgaver ut av enheten, og det økte ansvaret det vil medføre.

Risiko er manglende kompetanse hos de ansatte når det gjelder behandling av barn/unge med det lovverket som er gjeldende, samt tvangsbehandling.

Vi kan ikke se noen umiddelbar risiko ved disse forslagene.

Spiseforstyrrelse for voksne i Arendal.

Men det blir vel ved nye UK Abup i Krsand de unge med spiseforstyrrelse og deres familier skal behandles.

Hvordan jobbe i lag som fagmiljø, på tvers av alder og lokasjoner?

Det er uheldig å kombinere tvang og frivillig behandling i samme enhet. Pasienter med spiseforstyrrelser strever med å ta kontroll over eget næringsinntak og energiforbruk. Overgangen fra ytre til indre ansvar for egen helse og velbefinnende vanskeliggjøres ved at tvangen utføres i de samme lokalene og av det samme personale som motivasjon og frivillighet oppfordres til. Også for personale som utøver tvang vil denne overgangen bli utfordrende da denne pasientgruppa strever med opplevelse av trygghet og behandlingsallianse i utgangspunktet, og dette vil ytterligere vanskeliggjøre samarbeidet. Det risikeres at behandlingsmiljøet destabiliseres, personale ikke holder ut de økte kravene og søker seg til andre arbeidsplasser.

Behandling av ungdom mellom 16 og 18 krever en annen tilnærming enn voksne, og gir mer krevende behandlingsmiljø, og krever økte ressurser.

Store bemannings- og rekrutteringsutfordringer. Bekymring for at tilbudet til døgntil behandling er underdimensjonert, det er ikke kapasitet til å få lagt inn de pasientene som er henvist. Disse pasientene krever tett oppfølging ved innleggelse og hvis sengekapasiteten økes må dette også skje på behandler- og miljøterapiressurser. Det er press på DPS og den kommende generasjon med unge med spiseforstyrrelser som øker (jf. situasjonene ved ABUP, AAE og UK). Er antallet tilstrekkelig?

Det foreslås en rekke tiltak, men hva skal reduseres for å øke opp? Eks. opprettelse av fagteam, hvor kommer ressursene fra? Vil DPS måtte avgi ressurser til et slikt fagteam? Er det pasientbehandling i dette teamet? Eller er det kun veiledning, altså ikke-kliniske fagteam som skal opprettes?

Pasienter som er dømt til ernæring – hvem og hvilken enhet håndterer tvangen? Samme personell som behandler pasienten utøver tvangen oppleves som et etisk dilemma. Tvang skal reduseres (føringer fra myndighetene), mens RASP eksempelvis fatter økende antall slike vedtak med forventning om TUD behandling av spiseforstyrrelser i poliklinikk og tvangsmiddel ved innsetting av sondenæring.

Et av forslagene er at enheten skal ha tvangsernæring, akutt. Det er uheldig at samme miljøpersonal som skal arbeide med å få tillit og samarbeid med pasient, også skal være dem som utøver tvangsernæring, en meget inngripende og invaderende handling, kanskje en av de mest inngripende i psykisk helsevern.

Det er stor fare for at kompetansen som er opparbeidet på enhet C over tid, i form av personal, men også arbeidsmetode, vil forsvinne om enheten skal drive med tvangsernæring.

Pasienter ned til 16 år og pasientgruppen enhet C har idag (voksne fra 18 år) bør ikke blandes. Det er uheldig begge veier.

Angående håndtering av tvangsbehandling: Å kunne utøve tvangsbehandling er en stor endring i enhetens funksjon, og vil kreve omfattende endringer og flere ressurser (personal), samt kompetanseheving. Det er et velkjent problem å beholde/rekruttere personell til enheter der fastholding/beltelegging i forbindelse med håndheving av §4-4b er en del av arbeidsoppgavene. Dette i tillegg til den belastningen det medfører å arbeide med økt voldsrisiko. Det understrekes at det allerede er uttalt av flere i enheten at de kommer til å se seg om etter andre jobber dersom det besluttet at enheten skal utøve tvang. Det er derfor en betydelig risiko for at det fagmiljøet som er etablert ved enheten vil forsvinne dersom tvangsbehandling inkluderes i funksjonsbeskrivelsen til enheten.

Videre er det risikofaktorer knyttet til at pasienter som er på §2-1 og §3-3 skal behandles i samme avdeling. En ting er behovet for at lokalene tilpasses (fysisk skille mellom pasienter på frivillig og tvang), behov for eget oppholdsrom osv. Videre er det en betydelig risiko for en smitteeffekt mellom de som er på tvang og frivillig ("jeg er ikke syk nok"). Det vil også innebære ulikt ansvar til pasienten og ulike rammer for behandlingen. Utfordringer for miljøpersonal som skal utøve tvang først, og potensielt senere i behandlingsforløpet skape en allianse med pasienten basert på gjensidig tillit. Det er viktig å understreke at det i pasientgruppen som er i behov av døgntil behandling ofte er snakk om sammensatte tilstander der pasienten kan ha traumbakgrunn med overgrep o.l. Videre vil det være risiko knyttet til at dersom enheten skal ha pasienter på tvang, vil dette føre til færre frivillige plasser og på sikt kunne fragmentere det frivillige behandlingstilbudet. Færre døgnplasser for frivillig behandling vil gi risiko for økt ventetid, som igjen kan føre til somatiske komplikasjoner med behov for innleggelse i somatisk avdeling (og dermed sekundært økt bruk av tvang). Hvis vi ser til erfaringer fra andre liknende omstrukturering av behandlingstilbud nasjonalt, er erfaringen der at inkludering av tvang i samme enhet på sikt forringer det frivillige behandlingstilbudet.

Angående reduksjon av aldersgrense til 16 år: Behandlingen for denne gruppen er underlagt et eget lovverk. Det vil potensielt også være økt behov for systemarbeid (foresatte, skole osv.) hvilket er ressurskrevende. Det vil være behov for en egen spesialist innenfor barn og unge for sikre et godt faglig behandlingstilbud. Videre er pakkeforløp spiseforstyrrelser FBT anbefalt behandlingstilnærming. Dette er ikke en tilnærming enheten jobber ut ifra per i dag. Utfordringer knyttet til at ungdom og voksne (potensielt også «kronikere») deltar i samme gruppe. For risiko knyttet til tvangsbehandling av unge fra 16 år, se over.

Angående opprettelse av eget fagteam: Vi opplever at det er uklarheter forbundet med hvordan arbeidsoppgaver innad i et slikt fagteam skal fordeles. Kompetanseheving og veiledning eksternt vil trekke ressurser bort fra døgnettenheten, spesielt for en avdeling med én spesialist.

Overordnet er det et paradoks at det skal tas stilling til utvidelse av funksjonsbeskrivelsen uten at man samtidig skal kunne vite noe om en slik endring vil utløse mulighet for å få tildelt flere ressurser eller ikke. Det vil være økt behov for flere ressurser både i miljøterapigruppen og blant behandler/spesialistdekningen.

Konkret forslag til forbedring: svar

Spiseforstyrrelser skal ha sengeplass på DPS Bjorbekk.

enhet for spiseforstyrrelser bør sentraliseres, evt legges inn i PSA Kristiansand (delt med senger for utredning av nysyke 5+5 plasser)

Utvide aldersspennet fra 16 år

bør være mulighet for å legge inn pasienter på tvang i enheten

For å sikre stor tilpasningsevne for fremtidig utvikling, vil samlokalisering med DPS være en styrke. En kan her også bygge videre på veiledningsteam og dagtilbud som er foreslått organisert under DPS på side 62. Videreutvikling av et slikt team vil kunne være en styrke for hele regionen.

Ikke ta stilling til flytting tilbake til PSA før en har sett behovet for oppfølgingsprosess i ARA og i DPS'ene.

Enheten drifter frivillig behandling som i dag i Dydens vei med 9 sengeplasser.

Dersom vår kompetanse er viktig ut til DPS'ene må ressurser økes slik at det er mulig å drifte på en forsvarlig måte og ivareta både pasienter og personal.

Vi har ikke noe å tilføye

Godt utviklet Dagtilbud vil være nyttig for pasientgruppen og avlaste døgnet og poliklinikk, både i PSA og abup.

- Ernæringsfysiologer tett på

- Sykepleiere kan avlaste legearbeid ved lav rekruttering?

- Det er mye somatisk i avdeling for spiseforstyrrelser og man må få en bio-psyko-sosial-kulturell plan med tilstrekkelig opplæring og felles kurs/ ressurser med somatiske fagmiljøer, og BUA for de yngste.

- Koordinatorer på plass, ikke kun tilfeldige ildsjeler/ ressurser som kan slutte når de blir for slitne...

- Fagets fora koblet tett på miljøet for å forebygge slitasje i møte med tvunget vern i opplevde usikre grensetilfelle, utageringer fra pas mot (miljø)terapeuter, ofte følt liv/ død risiko over tid etc.

Tettere og bedre samarbeid med RASP.

Bruk av private? Uheldig på sikt/ prognose?

Fysisk oppdeling av behandlingsenhet for frivillig behandling og tvangsbehandling.

Økte ressurser for å utvide spesialiseringen for å også omfatte ungdom ned til 16 år.

Det kreves økte personalressurser, særlig på behandlersiden, dersom man også skal kunne utvide tilbudet med veiledning og oppfølging i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Har vi behov for en spesialisert spiseforstyrrelse poliklinikk, og bør dette tillegges SPST? Øvrige moderate spiseforstyrrelser kan behandles i poliklinikk DPS, men hvor skal ressursene komme fra?

Alternativ D foretrekkes.: ambulant ved DPS og spesialisert døgntilbud. Dagtilbudet er lite beskrevet og ambulant team, hvor skal dette lokaliseres og avlønnes fra? Ambulant tilbud ved hvert eneste DPS?

Ressurstildeling og økonomi må utredes bedre; hvor skal pengene og stillingene hentes fra?

Forslag: hvert DPS må avgi en behandlingsstilling til et team for spiseforstyrrelse. DPSene må skaffe ressurser ved egen omstilling, en spesialisert poliklinikk for spiseforstyrrelse, og eksempel tilhørende DPS Østre Agder, da de ligger nær post C. Østre Agder får da poliklinikk og døgnet.

Om det blir fattet en beslutning om at enhet C skal ha tvangsbehandling, og da tvangsnedlegging av sonde og sondeernæring, bør dette være i samarbeid med f.eks akutenhetene. Den inngripende handlingen vil da kunne foregå utenfor avdeling, mens pasienten er innlagt på enhet C, og en vil lettere kunne få skape et samarbeid med pasienten i "fredstid", for gradvis å kunne gå over til frivillighet. Det vil signalisere at enhet C er en trygg plass, der samarbeid er i fokus.

Dersom en skal ha barn ned til 16 år i enheten bør den følges opp av ABUP mens han/hun er innlagt. Det må da jobbes med omstilling, i form av kompetanseforbedring og ressurser. Personalet må føle seg trygge og komfortable med nye arbeidsoppgaver, og være med på omstillingsarbeidet.

Miljøpersonalet kan kanskje være med på veiledningsarbeidet ut mot DPS og kommune, gitt nok tid og opplæring til dette. De har god kjennskap til rammer, rutiner i avdeling og vil kunne veilede ifht måltidsrammer, kostlister og annet. Enhet C kan på denne måten bli et "ressurs- og kompetansesenter" hvor dps, kommune, poliklinikk kan henvende seg. Selvsagt gitt nok ressurser i form av bemanning og opplæring for å sikre god kvalitet.

Oppsummert stiller vi oss bak dissensen i arbeidsgruppen, og foreslår at alternativ 0 videreføres. En spesialisert døgnavdeling vil fortsatt kunne ha pasienter underlagt §3-3, men der det er en forutsetning at det fra pasientens side er et forpliktende samarbeid om ernæring. Enheten har ved enkelte tilfeller hatt pasienter som har fått sondeernæring i en periode, men da basert på frivillighet. Vi ser også for oss at det er mulig å tilrettelegge for å ha pasienter fra 16 år på §2-1. Det bør være tilknyttet en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri dersom aldersgrensen senkes. For å oppnå målet om å opprette et eget fagteam, samt å etablere dagtilbud ved DPS, er det helt avgjørende at det tilføres økte ressurser. Dette vil kunne bidra til å styrke klinikkens samlede behandlingstilbud til denne pasientgruppen.
