

Referat

Til stede Erlend Løwe, Tor Erik Kolaas, Marianne Davidsen, Nina Bergersen, Kenneth Lindberget, Ann Kari Jansen, Wanja Siren Jacobsen Verbaan, Camilla Jortveit, Maren Broman Woxholt, Bente Nateland, Vigdis Svaland, Lene Haraldstad, Anne Kjersti Gundersen, Therese Baggetorp Haaland, Christina Aurdal, Tone Brekke, Tonje Richardsen, Ellen Marie Henningsen, Eivind Skovgård Nygård, Rita Bergstig, Margit Langerak, Mailla Lauvnes, Eli Anne Myrvoll Blomkvist, Linn Christine Hantho Hill, Sandra Jerstad, Hege Gausdal, Magne Vegge, Annette Lilletvedt, Liv Elin Jensen, Lise Ann Besserudhagen, Julie Nordahl Lillejord, Inger M. Halvorsen, Kari Graver, Andreas Omland, Kirsti Tanke Vedal, Gjert Espeland, Monika Lundberg, Cathrine Beisland, Signe Nygård, Bernt Lavik

Meldt forfall

Dato 24.08.22

Referent Gro M. Eilertsen

Kopi til Ledergruppen KPH

Emne / sak: Work shop spiseforstyrrelser KPH

Innledning knyttet til spiseforstyrrelser og tilbudet ved KPH. Det gjennomgås hvordan aktiviteten er i klinikken, samt framskrivning som viser at det vil være økt behov for tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser i klinikken, og at dette må håndteres gjennom omlegging av det faglige tilbudet og styrket poliklinisk aktivitet. Videre fremgår det at en stor andel av tilbudet gis primært i døgn, og burde i større grad gis poliklinisk, hvor klinikken har få pasienter i oppfølging.

Presentasjon fra RASP:

RASP stiller til dialog ang tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. De ser at tilbudet som FBT er kunnskapsbasert. Det er dette de har jobbet med å implementere. Videre har de CBT eat som tilbud, samt at det jobber med å etablere et gruppebehandlingstilbud. Mye av behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser er det slik de vurderer det fra RASP lite evidens for. De tilbyr døgnbehandling for pasienter som har behov for dette.

- Veiledningsteam fra RASP – er tilgjengelig for bistand til de som har behov for dette (responsteam/innsatsteam).

Konklusjon:

RASP jobber primært med:

- FBT
- CBT E
- Gruppebehandlingstilbud.

Det er lite erfaring og støtte til andre behandlingsmodeller fra RASP.

Presentasjon fra Sykehuset i Vestfold:

Merete Lund Hulaas – spiseforstyrrelsespoliklinikken i Vestfold

Pasienten må tåle sin egen historie, og jobbe seg igjennom symptomene og tåle/regulere følelser uavhengig av mat.

- Dagtilbud for pasienter fra 18 år.

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Klinikkledelsen
Postboks 416 Lundsiden
4604 Kristiansand

Besøksadresse
Eg
4615 Kristiansand

Telefon
+47 38 03 86 00
Telefaks
+47 38 03 86 01
Bankkonto
8601.72.47435

Administrasjonsadresse
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
+47 906 10 600

Foretaksregisteret
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

- Utredning gjøres ved:

- Dagenheten tar inn 8 pasienter. Det er 21 måltider i en uke. Legger opp til alternativ behandling, kunstuttrykk, hestetterapi o.l. før/etter mat.

- **Grupperbehandling:** Etter-maten, kunst- og uttrykksterapi, kroppserfaring, her-og-nå, kjøkkengruppe, før og etter helg, digital måltidsoppfølging

Pasienten lager sin egen plan. Møte hver mandag, hvor det settes mål. Pasienten må forplikte seg til en vektoppgang. Pasientene oppfordres til å også innta maten andre steder enn i det «trygge» behandlingsmiljøet. Det er fastsatt timeplan for

Eksempel på timeplan:

MANDAG			TIRSDAG			ONSDAG			
TIDER	MØDTER	POLIKL.	DAGENHET	MØDTER	POLIKL.	DAGENHET	MØDTER	POLIKL.	DAGENHET
08.00	Morgensmøte 08.00-08.30		Veiing Møtte nye pasienter	Morgensmøte 08.00-08.30			Morgensmøte 08.00-08.30		
08.30		Samtaler	Frokost Gunn Marie og Mikael 08.30-09.00			Frokost med 30 min hvile Mette og Gunn Marie 08.30-09.30	Beh.møte pol.kl. 08.30- 10.15		
09.00			Etter-helig gruppe Gunn Marie/Mikael 09.00-10.00			Kunst og utryksterapi Ingunn og Gunn Marie 09.45-11.15 Aktivitetsrom			
09.30									
10.00	Beh.møte dagpas.			Samtaler					
10.30									
11.30	Personalmøte 11.30-12.00		Lunsj Clæs og Ingunn Etter maten alene	Personalmøte 11.30-12.00	Utreddnin gs- Dag:	Lunsj, spiser alene Mikael og Mette 11.30-12.30 Etter maten med ABC	Personalmøte 11.30-12.00	Samtaler	Lunsj Mette og Mikael Spiser i kantine under måltidet 11.30-12.30 Tilbakemelding frokost og kvelds
12.00									
12.30	Veiledning/ Faglig forum/ Beh.møte/ Skoleing 12.00 – 13.30								Matplanlegging Mikael 12.30-13.00
13.00		CBT-E gruppe (kun 4 saker)							Her og nå gruppe Clæs og Marianne/Justin 13.00-13.45
13.30		Beate + MGD 13.00-14.30					CBT-E gruppe Beate + MGD 13.00-14.30		
14.00	STATUS MØDTER		STATUSMØTER			Kjøkkentrening Mikael 13.30 – 15.30			
14.30	Abs teemid dagpasentene 14.45-15.15		STATUSMØTER						
15.00	Lagenkontor								
15.30			Middag m. dessert Ingunn og Silje Helen Etter maten, Tøyemøte			Middag m. dessert Marianne og Hilde Planlegge midlertidige hjemme			Middag Mette og Gunn Marie Gunn hilsa

8 pasienter – behandlingsteam rundt pasientene. Forpliktelse til vektøkning.

TIDER	TORS DAG			FREDAG		
	MØTER	POLIKL.	DAGENHET	MØTER	POLIKL.	DAGENHET
08.00	Morgen møte 08.00-08.30			Morgenmøte 08.00-08.30		
08.30			Frokost, spiser alene Mette og Gunn Marie 08.30-09.30 Evaluerer måltidet			Frokost Mikael og Gunn Marie 08.30-09.00
09.00						Før-helg gruppe Gunn Marie og Mikael 09.00-10.30
09.30						
10.00			Kroppserfaringsgruppe Hilde + Mette 09.45 – 11.15 Gymsal			
10.30						
11.00		Samtaler				
11.30	Personallunnsj 11.30-12.00		Lunnsj Silje Helen og Marianne 11.30-12.30 Egen hvile	Personallunnsj 11.30-12.00	Samtaler	Lunnsj Marianne + Hilde 11.30-12.30 Samtale, spill, lek etc.
12.00						
12.30						
13.00			Psykoedukasjon/undervisning Beate + Mikael/alle 13.00-13.45			
13.30						
14.00				God helg ☺		
14.30						
15.00						
15.30						
16.00			Middag m/ dessert Mikael og Beate/ div Samtale – quiz, nyheter			
16.30						
17.00						

Hvilke pasienter lykkes de ikke med? De komplekse traumelidelsene. Pasienter med mer kronifisert og kompleks spiseforstyrrelse. De har gjennomført dybdeintervju av flere pasienter for å identifisere hva som fungerer og ikke fungerer i behandlingen. Enkelte pasienter har sammensatte symptombilder og har også et behov for somatisk oppfølging. Viktig at en ser alt under ett. Noen pasienter «glemmer» en å ta inn det somatiske perspektivet. To behandlingsforløp som går parallelt.

Ønske om å utvikle tilbudet videre. La Fe tilbudet i Valencia, hvor en da kan serve 170 pasienter, som er hjemme. Dette er noe en må se mer til. De ønsker seg et spesialisert døgntilbud, men også mer ambulant tilbud og fleksibilitet i møte med pasientene. Det er stor tro på alternative tilnærminger til terapi, være seg kunst og uttrykksterapi o.l.

Nøkkelfunn:

- Tvang er ikke løsningen – men kan bli en hvilkepute og også en trigger/belønning.
- Sosiale medier er med på å trigge tilstanden.
- Omsorg kan være et behov – men ikke det som skal gis i psykiatrien. Omsorgsbehovet støtter opp om spiseforstyrrelsen.

Liv Ristvedt – BUPA Vestfold

Stor økning i antall henvisninger under pandemien for barn og unge med spiseforstyrrelser. Et behov å se på et tilbud mellom poliklinikk og dogn. Stort press på spisepoliklinikken og på døgntilbudet. «Missing link». Flere ad hoc, improviserte pilotprosjekter med måltidsmestring gjennomført 2018-2020. Etablerte prosjekt fra problem til løsning, med forløpskoordinering og kompetanseløft.

Tilbud i dag:

- Familieopphold – intensivert familierapi (4 plasser)
- Strukturert poliklinisk dagtilbud (3 – 4 plasser)
- Flerfamilierapigrupper – FFT 6-8 fam – oppstart 2 gg pr år
- Radically Open Dialectical Behavior Therapy (RO DBT)
- Body Project – gruppe – oppstart januar 2022
- Samarbeid med kommuner om bo – og behandlingstilbud
- Spiseforum og erfaringsnettverk med kommunene

Hva er dagtilbudet:

- Ungdom og/eller familie/andre omsorgspersoner er tilstede ved en avdeling noen timer daglig og spiser ett eller flere måltider der.
- Familien kan bo i en egen leilighet og motta dagtilbud. Et dagtilbud kan være et familietilbud.

- Et strukturert dagtilbud kan representere et godt alternativ til innleggelse.

Innleggelse kun akutt, og da kun i kortere perioder, ved døgnenhet for barn/unge. Strukturert poliklinisk dagtilbud gis opp til 23 år og handler om å trene på å spise måltider/måltidsstøtte over 3 uker, 4 måltider pr. dag. Familien tar med egen mat, med unntak av middag. De har i dag 6 små familieleiligheter hvor de får tilbud om måltidsstøtte.

De jobber nå med SpiseMot (innovasjonsprosjekt hvor vi har vært en part).

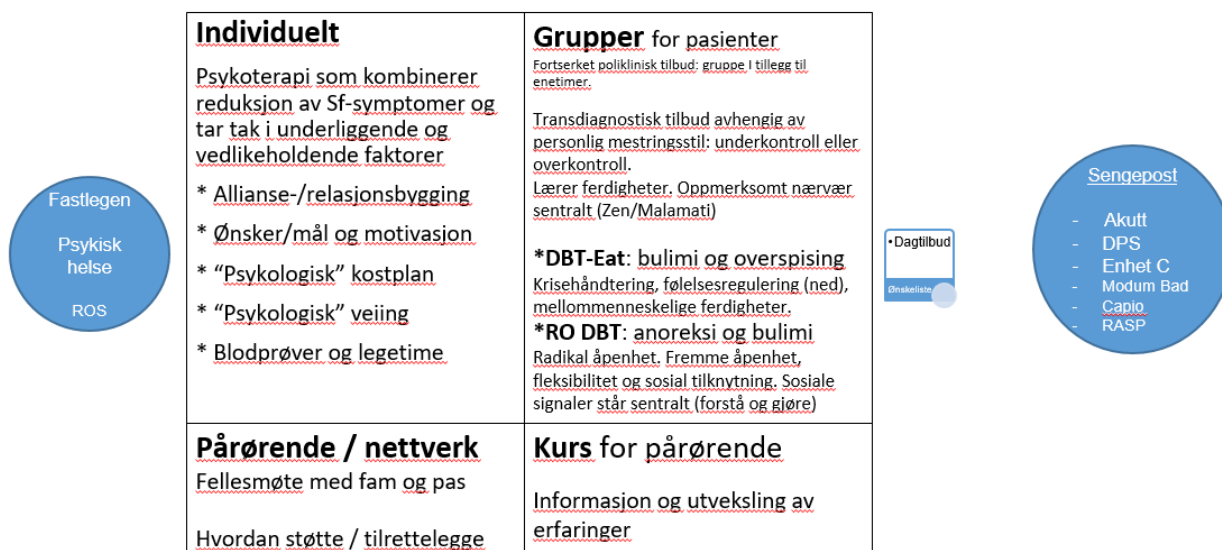
Utfordringer: overgang mellom BUPA og VOP.

Det er ønskelig å se på DBT RO – og hvordan en kan utvikle dette tjenestetilbudet til barn og unge.

DPS Østre Agder

DBT RO etablert som et eget behandlingstilbud til denne pasientgruppen. To terapeuter er nylig sertifisert. De ser at dette er en god tilnærming i måten å møte disse pasientene. Det avhenger av pasienten og symptomet mtp hvorvidt en bør tenke CBT E eller DBT RO. Klinikken bør kunne tilby begge tilnærmingene. Dette vil igjen redusere trykket på døgn slik en ser dette fra DBT RO perspektivet.

Behandlingstilbud DPS Østre Agder



Work shop – hva nå KPH?

Tilbudet i KPH:

Opplevs som fragmentert. Det tilbys i dag i ABUP FBT. Dette har de fått opplæring i og har etablert eget spiseteam, samt dagtilbud med ernæringsfysiolog.

Det er ulik kompetanse i klinikken, og en mangler en klar profil med tanke på hvordan en ønsker tjenestetilbudet. Det beskrives en manglende planmessighet i etableringen av tilbudet og at mange klinikere opplever at de blir stående alene med en krevende pasientgruppe. Dette gir en del usikkerhet som igjen bidrar til at en vegrer seg mot å ta denne pasientgruppen.

ABUP Lister:

- Utredning og diagnostisering, i henhold til pakkeforløp. De har FBT terapeuter med utdanning. De ønsker å jobbe i team.
- Ernæringsfysiolog/KEF i Kr.sand.
- Samarbeider med fastlege når det kommer til somatikk/vekt, samt samarbeid med lege i ABUP.
- Mulighet for behandling ved dagtilbud i Kr.sand.

Utfordringsbilde: få henvisninger, og vanskelig å få mengdetrening på denne pasientgruppen. Samt lite fleksibilitet og ikke minst et sårbart tilbud.

ABUP Kr.sand/Arendal

Spiseteam med 10 ansatte i ulike stillinger fra 20-100%. Ukentlige møter, hver mandag kl 13-14. KEF tilknyttet og fastlege benyttes til somatisk status. Dagtilbud etablert fra 22 (januar). Overnatting ved behov i bygget. Dagtilbud gis til familier i oppstart av behandlingen. I ukes varighet mandag- fredag. Skreddersyr tilbudet til familiene. Bruker FBT eller deler av FBT/DBT og CBT. Innleggelse i post, kun når det er akutt.

- Pakkeforløp gir i stor grad oppfølgingen av pasienter med spiseforstyrrelse.

Utfordring: manglende fleksibilitet, voksne/barn – overgangen. Dårlig samhandling med ulike behandlingsformer. Lite legeressurser i enheten. Opplevs som lite fokus på spiseforstyrrelse fra ledelsen. Blir dessverre parallelle løp.

Hva trenger en for å lykkes:

- Tid, kontinuitet og dagbehandling m/mat.

ABUP døgner

Tilbyr døgninnleggelse, miljøterapi, ernæringsfysiolog, samtaler med psykolog, FBT som tilbud. Somatisk undersøkelse ved blodprøver ellers lege i avdelingen.

Ernæringsfysiolog kommer en gang i uken. Jobber med kostlister, som blir gjennomført i avdelingen. Hensikt: normalisere forhold til mat, men pasientene får servert alle måltider. De er ikke med i matlagingen.

Veiledning fra Villa Sult.

PSA

- Enhet C, PSA Arendal, en døgnenhet, spesialisert tilbud for voksne.
- Gruppebasert tilnærming ved måltider og andre grupper.
- Tverrfaglig organisering med sykepleier, ergoterapeut, vernepleier, fysioterapeut, psykolog og lege.
- Gruppebehandling
- Planlagte innleggelser, med forvern.
- Samarbeider med poliklinisk behandler.
- Pårørendesamtaler
- Psykoedukative grupper
- Mentaliseringsbasert miljøterapi.
- 6-9 døgnplasser.
- Individualterapi og skreddersøm til pasienten.
- Behandlere må tette gapet over mot poliklinikken.

Svakheter:

Døgntilbud som er ressurskrevende med behandlermangel. Døgnbehandling har sine «bivirkninger» mindre ansvar, funksjon og sosial kontakt, langt fra hjemmet.

Fordeler:

Frivillig, samarbeid med pasient og pårørende, fagmiljø, engasjement og god metode. En styrke at tilbudet er omfattende, støtte til endring ved døgninnleggelse, god somatisk oppfølging og tverrfaglig tilbud.

DPS Strømme

Samtaletilbud, utfordringer med å rekruttere behandlere til å jobbe med denne pasientgruppen. Ernæringsfysiolog kan inviteres inn i samtaler, poliklinisk. 2-3 polikliniske behandlere med en viss interesse for spiseforstyrrelser. Pr i dag ingen spesifikk terapi utdanning i arbeid med spiseforstyrrelser. Veiledningsgruppe sammen med DPS Solvang. DPS Solang var ikke tilstede på workshopen. Etablert kontaktleger for pasienter med spiseforstyrrelse.

- God veiledning i 1.linjen.
- Rask poliklinisk innsats (intensiv)
- Vær obs på differensialdiagnostikken, hva som driver spiseforstyrrelsen (motoren).
- Poliklinikk – dagtilbud – ambulant team – deretter døgn – en behandlingskjede.
- Forankring i ledelsen om hva som skal brukes av tid og ressurser.
- Rekruttere, videreutdanne og beholde ansatte over tid.
- Klare føringer fra ledelsen om hva som skal prioriteres av oppgaver – alle kan ikke gjøre alt – noen må ha spesialkompetanse på dette området.
- Spesialiserte team med større stillinger, både for barn og voksne.
- Ikke legge alt ansvar på enkeltpersoner.
- Sikre tilleggskompetanse innen PF og traumebehandling i klinikken.
- Etablere en felles forståelse på Sørlandet sykehus om hva som er kunnskapsgrunnlaget en jobber med spiseforstyrrelser ut fra. Etablere en felles plattform/kunnskapsbasert sådan.
- Dagbehandling, kontinuitet og tid.
- Videreutvikle mer spesialiserte team hvor en satser på økt kompetanse.
- Kan en jobbe mer sammen, alderesn 18-23/16-23 år.
- Psykoedukativ oppfølging.
- Felles plattform og kompetaneheving i klinikken. Dette gjelder særlig også personlighetsforstyrrelser opp mot spiseforstyrrelser og traumelidelser. Her er det komorobiditet. Felles grunnlag til forståelse og kunnskap.
- 3 tiltak: ledelsesforankring, tid og ressurser.
- Etablere spesialisteam,
- Kompetanseheving, komorobiditet med PF, traume
- Tettere behandlingslinjer, som er mer glidende fra poliklinikk til døgn, med ambulant og dagtilbud inkludert.
- Større grad av samhandling på tvers av enhetene. Glidende overganger mellom poliklinikk og døgn.
- Spesialisert poliklinikk for pasienter med spiseforstyrrelse 16-26 år?
- Felles fagteam – samlet ressurser for barn – voksne, ikke abup – dps.
- Manlger kunst-uttrykksterapi.
- Egen spiseenhet – differensiert tilbud, kompetanse, utredning og behandlingsformer. Stor forskjell mellom tilbudene.
- FBT/DBT som tilbud.

- Tvang og frivillig bør holdes fra hverandre i døgn.
- Ledelsen bør prioritere hvilke pasientgruppe en bør satse på de neste 3 årene for faglig utvikling. Kan vi differensiere pasientgruppene ut fra hva de har behov for, ev. søke midler.
- Større samhandling mellom enheter ved bruk av digitale samhandlingsflater, med ansvarsgrupper rundt pasienten. Felles inntak. I stedet for lokasjon, snakke om organisatorisk plassering – ABUP – fagteam, VOP fagteam.
- Etablere veiledningsgrupper med helsesykepleiere i kommunene, psykoedukasjon. Bygge opp 1. linje tilbudet.
- Etablere nestor tilbud/en ekspert.
- Egne koordineringsmøter i klinikken for pasienter med spiseforstyrrelser hvor en i større grad sikrer riktig tilbud til pasientene, uavhengig av geografisk bosted. Etablere en samlet struktur for behandlingstilbudet i KPH – hvor en har avklart hvem som gjør hva og samkjører behandlingsmetoder mellom ABUP og VOP, for å redusere sjokket i overgangene.

Kan klinikken i større grad samordne sin kompetanseheving, rekruttere og sikre større grad av bemanning gjennom nettverk. Jobbe i større grad sammen. DBT – ferdighetstrening for pasienter med spiseforstyrrelse.

Kan klinikken ha behov for et team som jobber på tvers i fasen 18-23 år?

Samlet drøfting:

Det bør etableres et tidlig intervensjonsteam, hvor en når pasientene så tidlig som mulig. Gjerne etablere et tettere samarbeid med skole og kommunehelsetjenesten (felles dagtilbud?). Aldersgruppen kan strekkes 16-26 år, hvor en får økt samhandling.

Høy faglighet, med felles kunnskapsbase og etablert kunnskapsbasert tilnærming i klinikken anbefales. Det savnes i dag. Ambulant tilbud gir fleksibilitet og medvirker til redusert innleggelse.

Klinikken bør holde tvang og frivillig fra hverandre. I Vestfold brukes alternative terapiretninger inn i oppfølgingen. Hva med dyr- friluftsterapi i møte med disse pasientene? Spiseteam fungerer i dag bra, men det er behov for fast personell, som jobber med dette som sin hovedoppgave. Det bør i større grad satses på spesialistkompetanse, både blant miljøterapeuter, overleger og psykologer.

Oppfølging bør gjøres i team – det reduserer sårbarhet, gir stabilitet og reduserer slitasje. Et team, fagteam, eller nettverk, vil bidra til at en orker større grad av utfordringer.

Klinikken mangler en spesialisert poliklinikk for voksne. Et dagtilbud. En bør etablere dette, med utgangspunkt i et fagteam for spiseforstyrrelser i PHV. Dele kunnskap er et pluss.

F.eks. bør RO- DBT etableres i større grad i klinikken. Det er ønskelig å samkjøre behandlingstilbudet i større grad. Dette vil omfatte FBT, RO-DBT, CBT-E og mentaliseringsbaserte grupper. I Vestfold er det tydelig avklart hvem som gjør hva, og en har oppgaveavklaring opp mot kommunehelsetjenesten. Det avholdes pårørende grupper og psykoedukasjon. Gjennom et felles team i PHV mellom ABUP og VOP, vil en kunne nyttiggjøre seg av ressursene i større grad og jobbe med nødvendig kompetanseheving.

Strukturert poliklinisk dagtilbud som tilbys i Vestfold, for utredning og behandling, kan være et godt utgangspunkt for klinikkens videreutvikling av tjenestetilbudet.

Kan det etableres felles fagdag? Hospitering og felles fagteam. Samt en felles forståelse av hvilke kunnskapsbasert behandling bør tilbys i klinikken.