
Organisering og kompetansebehov - Spiseforstyrrelser KPH

Kristiansand 19.12.2022

Arbeidsgruppe

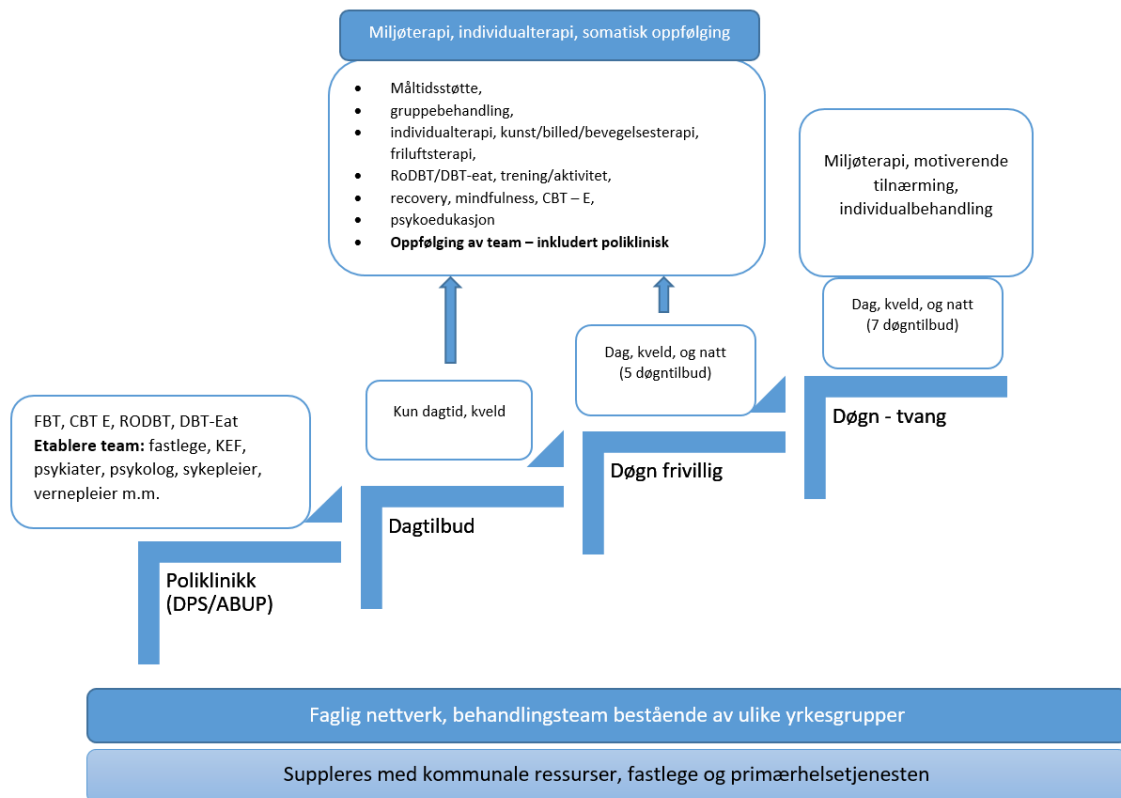
Navn

Sørlandet sykehus HF

Sammendrag

Det har i Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling vært gjennomført en funksjonstrening av fremtidig organisering og kompetansebehov innenfor tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.

Arbeidsgruppen anbefaler at tjenestetilbudet organiseres etter en «stepped-care-modell» med tverrgående faglig nettverk. Dette skal sikre kontinuitet i tjenestetilbudet samt 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). Ved ABUP skal den primære behandlingsmetode være Familiebasert terapi (FBT). Ved DPSene skal den primære behandling være kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelse (CBT-ED).

Neste trinn i tilbudet vil være dagbehandling blant annet med måltidsstøtte og gruppebehandling. Dagtilbudet vil være tilgjengelig på dagtid og kveld. Det vil også være aktuelt å tilby annen poliklinisk behandling i form av dialektisk atferdsterapi for spiseforstyrrelser (RO-DBT/DBT-eat) ved manglende effekt av CBT-ED.

Påfølgende trinn i tilbudet vil være døgntilrettelagt behandling. Der døgntilrettelagt behandling ikke krever tett måltidstøtte ev. primært har sin bakgrunn i komorbid tilstand, skal tilbudet gis ved lokalt DPS. Døgntilrettelagt behandling som følge av lav BMI og primær spiseforstyrrelse, får sitt tilbud ved den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder. Poliklinisk behandling skal være involvert også under perioder med døgntilrettelagt behandling for å sikre kontinuitet i behandlingen.

Arbeidsgruppen anbefaler at den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser flyttes organisatorisk fra Psykiatrisk sykehusavdeling i Arendal til DPS Østre Agder på Bjorbekk i Arendal.

Enheten skal ha agderdekkende ansvar og inneholde fire døgnplasser med femdøgnsstilbud og seks dagplasser. Driften av døgnplassene foreslås integrert i driften av døgnenheten ved DPS

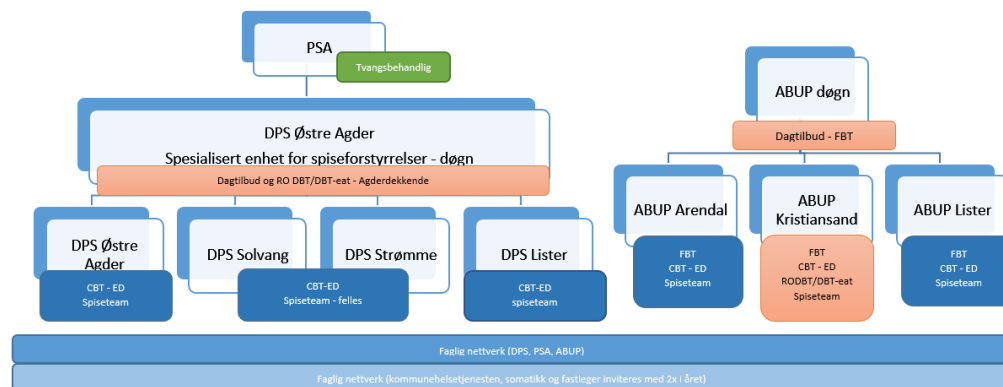
Østre Agder, mens driften av dagtilbudet integreres med det polikliniske tilbudet til spiseforstyrrelser. Samlet vil dette utgjøre et kompetansesenter i klinikken. Døgnplassene skal benyttes der hvor regulær døgnbehandling i DPS ikke fører frem. Disse døgnplassene anbefales også søkt godkjent for tvungent psykisk helsevern, men er ikke tenkt brukt der det er behov for tvangsernæring (§4-4) eller låste dører.

Senteret skal ha kompetanse innenfor CBT-ED og RO-DBT/DBT-eat. Senteret skal koordinere et nettverk for fagpersoner i klinikken med minimum to representanter fra hvert DPS, ABUP og PSA. Nettverket skal møtes minimum seks ganger pr år.

Ved behov for tvungent psykisk helsevern med låste dører, tvangsernæring eller der hvor den somatiske tilstanden krever umiddelbar nærhet til somatikk vil innleggelser skje ved Psykiatrisk sykehusavdeling.

Innenfor Avdeling for barn og unges psykiske helse vil tilbudet organiseres på tilnærmet samme måte med poliklinisk-, ambulant- og dagbehandling. Ved behov for innleggelser vil disse skje ved Ungdomsklinikken.

Organiseringen er illustrert i figuren under.



Arbeidsgruppen gir i rapporten anbefalinger om kompetanseheving i klinikken for å sikre en enhetlig kompetanseprofil og kunnskapsbasert metodikk i møte med pasientgruppen. På dette viset skal fragmenteringen av tjenestetilbudet reduseres.

De anbefaler at de fleste pasienter med spiseforstyrrelser skal ha et behandlersteam, med kontaktlege/kontaktpsycholog (koordinator). Der behandler ikke er lege, skal behandlersteam ved aktuell enhet/avdeling, sikre involvering av lege i teamet. Pasientens kontaktlege/kontaktpsycholog og/eller koordinator, vil også inngå i behandlersteam dersom pasienten mottar dagtilbud/døgnbehandling ved spesialisert enhet for spiseforstyrrelser.

Når det gjelder samhandling er det svært ulik grad av pasienttetthet i 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). Det anbefales at klinikken tar initiativ til å utvikle samhandlingsforløp for spiseforstyrrelser, jf. Helse Fonna modellen.

INNHold

1.	Prosessens navn	7
2.	Prosesseier	7
3.	Prosessperiode.....	7
4.	Innledning	7
5.	Bakgrunn og overordnede føringer	8
5.1	Nasjonal helse og sykehusplan	8
5.2	Regional utviklingsplan for HSØ 2035	9
5.3	Utviklingsplan 2035/2040 for SSHF	10
5.4	Strategiplan for Sørlandet sykehus HF 2021-2024.....	11
5.5	Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	12
5.6	Samhandlingsmeldingen på Agder.....	13
5.7	Kulturkartleggingen KPH.....	13
5.8	Nasjonal faglige retningslinje og pakkeforløp.....	14
5.8.1	Pasientforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år	15
5.8.2	Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser.....	17
5.9	Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske tjenester	18
5.10	Oppdrag og bestillingsdokument.....	19
5.11	Aktuelle lovverk og stortingsvedtak.....	20
5.12	Oppsummering	20
6.	Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling - organisering.....	21
7.	Funksjonsutredningens aktiviteter	21
7.1	Funksjonsutredning PSA – hvilke oppgaver og funksjoner skal inkluderes i nybygg psykisk helse.....	22
7.1.1	Anbefaling funksjonsutredning PSA – ang. spiseforstyrrelser.....	23
7.1.2	Anbefaling fra arbeidsgruppen – høring.....	24
7.1.3	Ledergruppens vurdering av arbeidsgruppens anbefaling.....	24
7.2	Utredning av organisering og kompetansebehov ved spiseforstyrrelser – Avledet prosess av funksjonsutredning «Nye» PSA	25
7.3	Framskrivning og driftsdata	26
7.3.1	Agders befolkning	26
7.3.2	Driftsdata	28
7.3.3	Demografisk oversikt over pasientgruppen med spiseforstyrrelse.....	32
7.3.4	Framskrivning.....	33
7.4	Organisering av behandlingstilbudet ved KPH	34
7.4.1	Behandlingstilbud ABUP for spiseforstyrrelser	34
7.4.2	Distrikts psykiatriske sentre (DPS)	34
7.4.3	Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA).....	36
7.5	Journalaudit	36
7.6	Workshop spiseforstyrrelse	39

7.7	GAP analyse	40
7.8	Pasientforløp	41
7.8.1	Utredning	41
7.8.2	Behandling	41
7.8.3	Frivillighet versus tvang	43
7.8.4	Severe and enduring Anorexia Nervosa	43
7.8.5	Samhandling	43
7.9	Organisering av tjenestetilbudet	44
7.9.1	0-alternativet	45
7.9.2	Alternativ A (tidligere D)	45
7.9.3	Alternativ B (tidligere H)	46
7.10	Vurderingskriterier og vurdering av alternativer	47
7.10.1	Måloppnåelse med hensyn til kapasitet	47
7.10.2	Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø	48
7.10.3	Tilbud som speiler Agders befolkningsbehov	49
7.10.4	Driftsøkonomi, investeringskostnader, og økonomisk bærekraft.....	50
7.10.5	Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken.....	51
7.10.6	Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner.....	52
8.	Konklusjon og anbefaling	53
8.1.1	Konklusjon	53
8.1.2	Vedrørende tvang versus frivillig.....	55
8.1.3	Pasientforløp	56
8.1.4	Kompetansehevingsplan	56
8.1.5	Ressursbehov	58
9.	Feilretting	60
10.	Vedlegg.....	60

1. Prosessens navn

Organisering og kompetansebehov - Spiseforstyrrelser KPH

2. Prosesseier

Klinikkdirektør Klinikk for psykisk helse – psykiatri og avhengighetsbehandling (KPH), Vegard Øksendal Haaland.

3. Prosessperiode

Mandat vedtatt 27.04.2022

Oppstart journalaudit – utforming av audit med RASP mars 29.04.22

Workshop – 24.08.22

Prosess avsluttet november 2022.

4. Innledning

Tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser har fått særlig oppmerksomhet i etterkant av covid-pandemien 2020-2021. Allerede i 2016 så man tendenser til økning i antall individer som søkte utredning og behandling for sin spiseforstyrrelse¹. Andelen barn og unge med denne tilstanden har imidlertid økt signifikant under pandemien og tjenesten rapporterer om svært syke pasienter som krever innleggelse². Økningen har primært funnet sted i aldersgruppen 13-16 år, hvor økningen i spesialisthelsetjenesten har vært på hele 96% sammenliknet med prepandemi. Årsakene til dette utfordringsbildet er mest sannsynlig sammensatt. En finner ikke tilsvarende økning i internasjonale studier og tendensen kan virke å flate noe ut i Norge p.t. En forklaring på økningen er at pasienter nå blir identifisert tidligere kombinert med bortfall av lavterskel, forebyggende tiltak, under pandemien. Det er imidlertid viktig å understreke at til tross for en kraftig økning, er andelen pasienter med spiseforstyrrelser samlet sett i befolkningen lav. Prevalensraten er på 0,5 for anorexia nervosa og 1-2% for bulimia nervosa³. Livstidsprevalensen for anorexia nervosa for kvinner er 4% og 0,3% for menn. For bulimia nervosa er livstidsprevalensen henholdsvis 3% og 1%.⁴

Til tross for lav prevalensrate er denne tilstanden en av de mest dødelige psykiske lidelsene med alvorlige somatiske komplikasjoner og høy selvmordsrate⁵. Ca 50% av dødsfallene i denne pasientgruppen skyldes somatiske komplikasjoner. 1/3 handler om selvmord. Samtidig som dette er en svært dødelig tilstand, er det også en tilstand som i stor grad påvirker omgivelsene, familielivet, sosial fungering og pårørende. Gitt tilstandens alvorlighetsgrad, er det viktig med tidlig intervensjon og forebygging.

Utredningen av tjenestetilbudet til denne pasientgruppen ble initiert i juni 2021, i forbindelse med funksjonsutredningen Nye Psykiatrisk Sykehusavdeling (PSA) – *Hvilke funksjoner og oppgaver som skal ivaretas i Nybygg psykisk helse*. Utredningen medførte en konklusjon med

¹ Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

² [Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic | Adolescent Medicine | JAMA Network Open | JAMA Network](#)

³ Nasjonal faglige retningslinjer for spiseforstyrrelser, Helsedirektoratet.

⁴ [Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa - PMC \(nih.gov\)](#)

⁵ [Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa - ClinicalKey](#)

dissens⁶. Ledergruppen i KPH valgte i etterkant å sette utredningen til side, og utstedte et nytt mandat. Dette med bakgrunn i at anbefalingen i utredningen, ikke sikret effektmålene i mandatet i tilstrekkelig grad. Daværende anbefaling fra arbeidsgruppen ville fortsatt medføre et fragmentert og sårbart tjenestetilbud. Føringerne for utredningen, fremkommer i mandat «*Utredning av organisering og kompetansebehov – spiseforstyrrelser*». Mandatet legger føringer på at tjenesten må utvikles i tråd med LEON⁷-prinsippet, hvor pasienten skal få sin utredning og behandling, på lavest effektive omsorgsnivå. Tjenestetilbudet skal i større grad fremstå som integrert mellom ulike tjeneste- og forvaltningsnivåer, med større grad av likeverdighet i behandlingstilbudet på Agder.

5. Bakgrunn og overordnede føringer

Funksjonsutredningen skal legge til grunn nasjonale, regionale og lokale føringer for tjenestetilbudet. I tillegg må en inkludere tidligere arbeid gjort i forbindelse med *Funksjonsutredningen PSA – Hvilke funksjoner og oppgaver skal ivaretas i nybygg psykisk helse*. Anbefalingen som gis av arbeidsgruppen forventes å være i tråd med de overordnede føringerne for spesialisthelsetjenesten.

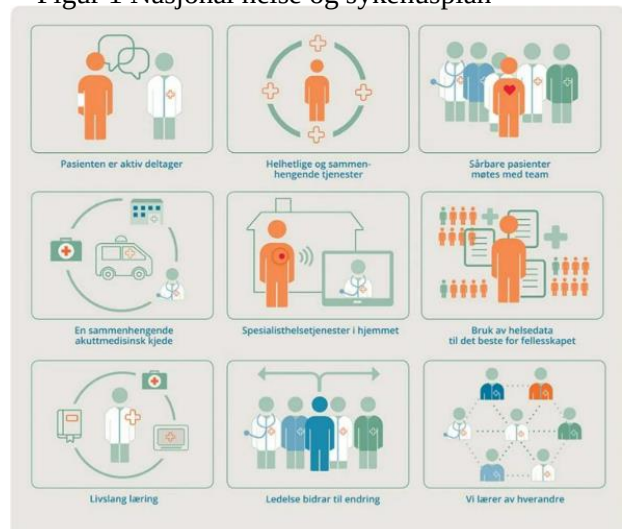
5.1 Nasjonal helse og sykehusplan

Regjeringens strategi for realisering av en mer bærekraftig helsetjeneste, fremkommer i Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023⁸. Planen viser hva regjeringen ønsker å oppnå, målsettingen med helsetjenestene og hvilke tiltak som må etableres for å oppnå målsettingen.

Regjeringen har følgende målsetting for helsetjenestene:

- Pasienten som en aktiv deltaker.
- Helhetlige sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.
- Sårbare pasienter opplever at tjenestene opptrer i team rundt dem, ambulerende.
- Tverrfaglige team som ivaretar de voksne med alvorlige og sammensatte behov.
- Pasienter møter i større grad spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv.
- 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.

Figur 1 Nasjonal helse og sykehusplan



For å oppnå målsettingen for helsetjenestene har regjeringen videre spesifisert 12 tiltak:

- Skape pasientens helsetjenestene
- Legge til rette for aktiv deltakelse
- Etablere 19 helsefellesskap
- Skape det utadvendte sykehus
- Bedre psykisk helsetjenester

⁶ Funksjonsutredning PSA – en utredning av oppgaver og funksjoner i «Nye» PSA.

⁷ Laveste effektive omsorgsnivå (LEON)

⁸ [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)

- Sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede
- Legge til rette for mer bruk av teknologi
- Sikre tilstrekkelig og riktig kompetanse
- Mål for digitalisering knyttes til mål for pasientbehandling
- Redusere uønsket variasjon
- Videreutvikle finansieringsordningene
- Vri ressursveksten mot teknologi og kompetanse

Nasjonal helse og sykehusplan fremhever fire prioriterte pasientgrupper; barn og unge, voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser. Et fellestrekk ved de prioriterte pasientgruppene – er sammensatte sykdomsbilder.

I forbindelse med aktuell funksjonsutredning, er tiltak knyttet til bedre psykisk helsetjenester, reduksjon av uønsket variasjon og vridning av ressursvekst mot teknologi og kompetanse, spesielt relevant. Regjeringen vil spesielt legge vekt på kvalitet og innhold i tjenestene, hvor det i større grad implementeres nye metoder og arbeidsformer raskere.

Klinikken har behov for å kartlegge dagens praksis, opp mot ønsket og anbefalt praksis, for slik å etablere en enhetlig, kunnskapsbasert tilnærming i møte med pasientgruppen. For å etablere bærekraftige helsetjenester er det videre behov for å utrede om det er mer kostnads- og ressurseffektive tilnærminger tilgjengelig for denne pasientgruppen. Slik kan helseforetaket yte helsehjelp til flere personer, og redusere uønsket variasjon.

5.2 Regional utviklingsplan for HSØ 2035

Regional utviklingsplan for HSØ⁹ har på bakgrunn av helseforetakenes utviklingsplaner, overordnede føringer og vurderinger i regional utviklingsplan, konkretisert fire mål:

- 1) Bedre helse i befolkningen, med sammenhengende innsats fra forebygging til spesialiserte helsetjenester
- 2) Kvalitet i pasientbehandlingen og gode brukererfaringer
- 3) Godt arbeidsmiljø for ansatte, utvikling av kompetanse og mer tid til pasientbehandling
- 4) Bærekraftige helsetjenester for samfunnet.

Det presiseres at det er behov for å arbeide annerledes, og ikke nødvendigvis løpe fortere. Dettess stiller krav til utvikling og omstilling i tjenesten, slik som det er per i dag, og et behov for å utvikle kompetanse i tråd med nye utfordringer.

Følgende satsningsområder er trukket ut:

- Nye arbeidsformer – bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
- Samarbeid om de som trenger det mest – integrerte helsetjenester
- Redusere uønsket variasjon
- Mer tid til pasientrettet arbeid
- Forskning og innovasjon for en bedre helsetjeneste

Helse-Sør-Øst, ønsker at sykehusene i større grad jobber sammen i nettverk, ved bruk av videokommunikasjon. Slik kan en sikre kompetanseoverføring, redusere reisetid og ta tiden tilbake som klinikere og ikke minst i større grad etablere mer integrerte helsetjenester mellom ulike enheter, avdelinger og lokasjoner. Regional utviklingsplan for HSØ 2035 erkjenner at det er stor variasjon i tjenestetilbudet som pasienter innen psykisk helsevern får, både regionalt og nasjonalt. Det understrekes viktigheten av å etablere tilgjengelig data som viser forskjeller i forbruksrate og kvalitet. Slik kan en redusere uønsket variasjon og legge til rette for en

⁹ [Regional utviklingsplan 2035 - Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)

systematisk utvikling av tjenestetilbudet. Det mangler imidlertid en enighet når det kommer til kvalitetsindikatorer, innen flere områder.

Med hensyn til spiseforstyrrelser er det etablert et kvalitetsregister, NorSpis¹⁰, som kan bidra til å følge opp kvaliteten på tjenestetilbudet. Dette fordrer en implementering. KPH intensiverer implementeringen i samarbeid med NorSpis i februar 2022.

5.3 Utviklingsplan 2035/2040 for SSHF

Utviklingsplanen konkretiserer hvordan helseforetaket ønsker å utvikle sine helsetjenester mot 2040¹¹, i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan og Regional utviklingsplan 2035. I vedtak gjort i styret i Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) fremkommer følgende: «*Det er behov for en kontinuerlig utvikling med tilpasning av virksomheten til befolkningens behov, den medisinske og teknologiske utviklingen og de rammene eierne definerer*». Hensikten med planen er å skape en bærekraftig utvikling, med god kvalitet og pasientsikkerhet, gjennom:

- digitalisering,
- optimal arbeidsdeling og
- samhandling med kommunene på Agder.

Utviklingsplanen peker på følgende utviklingstrekk som er relevant for funksjonsutredningen:

- Endringer i Agders befolkning med flere eldre og færre yrkesaktive.
- Levekårsutfordringer på Agder, med lav sysselsettingsgrad, lavere utdanningsnivå, lavere gjennomsnittsinntekt, høyere andel unge som mottar ytelser fra NAV enn landssnittet.
- Endring i pasientrollen. Det påpekes i utviklingsplanen et behov for «*å kalibrere forventningene i befolkningen. Innbyggerne vil forvente rask tilbakemelding, fleksible løsninger og ønske døgnkontinuerlig mulighet for kontakt med helsetjenestene gjennom digitale innbyggertjenester*».
- Økt sentralisering og nye veier – Ny motorvei mellom Kristiansand og Stavanger gir i 2040 en reisetid mellom Flekkefjord og Kristiansand på underkant av 1 time¹². Dette gir større grad av mulighet for samhandling mellom lokasjoner og mobilitet for pasientene.

Figur 2 Nye Veier – Kristiansand - Sandnes



- Ny teknologi og nye arbeidsformer – hvilket vil innebære at behandling kan flyttes ut av sykehusene.
- Helsepyramiden – hvor tjenester skal gis på lavest effektive omsorgsnivå (LEON¹³), noe som anses å bidra til både god kvalitet, kultur for helhet og økonomisk bærekraftige tjenester.

¹⁰ [Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser - NorSpis - Nordlandssykehuset](#)

¹¹ [Utviklingsplan sørlandet-sykehus 2040 enkle sider.pdf \(sshf.no\)](#)

¹² [Reisetidkalkulator | Nye Veier AS](#)

¹³ St.meld. nr 9. Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen

Følgende delområder trekkes frem:

- Kvalitet i pasientforløpet
- Ledelse, organisasjon og kultur
- Forskning, nyskaping og innovasjon
- Teknologi og bygg

Relevante trender og utvikling frem mot 2040:

- Digitalisering og mulighet for selvrappotering og avstandsmonitorering.
- Behov for å styrke tilbudet til de alvorligste syke, både døgn og poliklinisk.

Av særlig relevans for utredning av spiseforstyrrelser er kvalitet i pasientforløpet, med systematiske kvalitetsarbeid, helhetlige pasientforløp utarbeidet i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I tillegg fremkommer det et behov for tettere samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern ved SSHF. Det understrekes i utviklingsplanen, at barn og unge med behov for tjenester på både fra somatisk klinikk og KPH, opplever lite helhetlige tjenester. I tillegg er det behov for mer arenafleksible tilnærminger. Det siste vil innebære både fysisk og virtuell oppfølging av pasienter.

5.4 Strategiplan for Sørlandet sykehus HF 2021-2024

SSHF's strategiplan¹⁴ er en videre operasjonalisering av utviklingsplanen. Denne omfatter følgende områder som sykehuset må lykkes med:

- Sammen med pasienten – for pasienten
- Kultur for helhet og samarbeid
- Et økonomisk bærekraftig sykehus

Strategiske målområder i 2021-2024 er som følger:

- Kvalitet i pasientbehandlingen
- Ledelse, organisering og kultur
- Forskning, nyskaping og innovasjon
- Teknologi og bygg.

I funksjonsutredningen er særlig innsatsområdene under kvalitet i pasientbehandling relevant, hvilket er:

Tabell 1 Delplan Kvalitet i pasientbehandlingen

Vi skal	For å nå det strategiske målet vil vi
1.1 Bidra til godt samspill og helsekompetanse hos pasienter og pårørende gjennom brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring og samvalg.	1.1.1 Videreutvikle informasjon og opplæring til pasienter og pårørende via digitale og ikke-digitale plattformer.
	1.1.2 Videreutvikle samvalg i alle enheter.
	1.1.3 Øke helsepersonells kompetanse i helsekommunikasjon, samtalemetodikk og pasient- og brukerrettigheter, for bedre pasientdialog og samarbeid mellom ansatte
	1.1.4 Styrke brukermedvirkning på alle nivåer i helsetjenesten.
1.2 Skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur.	1.2.1 Utvikle, og strukturert bruke, digitale verktøy for fortløpende høsting og analyse av kvalitet og pasientsikkerhets data og brukererfaringer.
	1.2.2 Lage en helhetlig struktur for opplæring og bruk av kontinuerlig forbedring for å videreutvikle og styrke helsetjenesten og redusere uønsket variasjon.
	1.2.3 Videreutvikle og styrke systemer for oppfølging og læring etter uønskede hendelser på tvers i foretaket.
	1.2.4 Kartlegge og videreutvikle pasientsikkerhetskulturen.
1.3 Videreutvikle et «Grensesprengende samarbeid» med kommunene og andre samarbeidspartnere slik at helsetjenester på Agder videreutvikles.	1.3.1 Etablere og videreutvikle pasientforløp av høy kvalitet som innbefatter alle nivåer i helsetjenesten.
	1.3.2 I nært samarbeid med kommunehelsetjenesten utvikle foretaket til et utadvendt sykehus.
	1.3.3 Videreutvikle og øke bruk av digital samhandling og avstandsoppfølging i pasientforløpene.
	1.3.4 Være aktiv bidragsyter i Helsefelleskapet til innovativ og felles tjenesteutvikling og kunnskapsdeling.

¹⁴ [Strategi 2021-2024 \(sshf.no\)](https://sshf.no/strategi-2021-2024)

5.5 Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Den regionale fagplanen for Helse Sør-Øst¹⁵, omhandler seks innsatsområder:

- Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
- Forebygging av selvmord
- Redusert og riktig bruk av tvang
- Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
- Alkohol og helse
- Oppfølging ved utviklingsforstyrrelse

Felles tiltak for alle innsatsområdene er følgende:

- Styrke brukermedvirkning i alle deler av behandlingsforløpet og som ivaretar pårørendeinvolvering
- Utvikle avtaler og samarbeidsforum gjennom helsefelleskapene som ivaretar samhandling og behov for løpende dialog mellom tjenestene
- Sørge for tilgjengelige tjenester 24/7 innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, som nødvendig akutttilbud og tilgang til kompetanse som andre tjenester kan konsultere ved behov
- Ha rutiner og planer som legger grunnlag for nødvendig kompetanseoverføring/-heving på tvers av tjenestene
- Utarbeide planer for å ivareta tilpassede tilbud til utsatte grupper
- Sørge for innføring av både nasjonale og regionale standarder og retningslinjer

Samtlige innsatsområder har spesifisert konkrete tiltak. Spiseforstyrrelser er ikke tematisert direkte i fagplanen. Behandling av psykiske lidelser hos barn og unge skal imidlertid prioriteres. Spiseforstyrrelser har økt spesielt i aldersgruppen 13-16 år¹⁶. Dette vil således falle innenfor dette innsatsområdet. Her nevnes blant annet konkrete tiltak som:

- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det foreligger en standard for bruk av ambulant virksomhet
- Helseforetakene/sykehusene skal tydeliggjøre og utvikle behandlingsforløp for barn og unge som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, gjennom helsefelleskapene.

Det er kjent at selvmordsrisikoen er forhøyet i denne pasientgruppe. Tiltak for å forebygge selvmord vil således også være aktuelle føringer for pasienter med spiseforstyrrelser. Blant tiltakene som kan være relevante innen dette innsatsområdet er følgende:

- Helse Sør-Øst RHF etablerer en arbeidsgruppe som skal vurdere tiltak for å sørge for tilstrekkelige tjenester 24/7 innen psykisk helsevern og TSB, inkludert konsultasjonstjeneste innad i spesialisthelsetjenesten og for kommunale aktører
- Helseforetakene/sykehusene skal ha skriftlige rutiner for kartlegging av selvskading og tiltak ved selvskading hos barn og unge
- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det eksisterer rutiner ved somatiske akuttinntak som sørger for god håndtering av pasienter ved selvskading eller selvmordsforsøk
- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det eksisterer rutiner for oppfølging etter utskrivelse, inkludert oppdatert kriseplan med tiltak og intervensjoner i kommunen

¹⁵ [Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(helse-sorost.no\)](https://helse-sorost.no)

¹⁶ [Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic | Adolescent Medicine | JAMA Network Open | JAMA Network](#)

- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det eksisterer rutiner for at epikrise sendes samtidig som utskrivelse etter selvmordsforsøk/selvskading
- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det eksisterer rutiner som fremmer involvering og samarbeid med pårørende til pasienter som har gjort selvmordsforsøk eller selvskading, inkludert involvering i utarbeidelse av kriseplan og ved risikovurderinger
- Helseforetakene/sykehusene sørger for at det eksisterer rutiner for hvordan etterlatte skal følges opp helhetlig med blant annet oppfølgingssamtale og med særlig fokus på barn/unge som etterlatte

Av andre innsatsområdene som også kan ha konkrete tiltak relevant for denne pasientgruppen er: *redusert og riktig bruk av tvang og oppfølging av utviklingsforstyrrelser*. Dette som følge av at pasienter med spiseforstyrrelser vil kunne ha behov for tvungen psykisk helsehjelp som følge tilstandens alvorlighetsgrad.

5.6 Samhandlingsmeldingen på Agder

Med bakgrunn i utfordringsbildet på Agder ble det utformet en samhandlingsmelding hvor kommunene på Agder og KPH sammen spesifiserte satsningsområder. Samhandlingsmeldingen ble vedtatt i Overordnet Strategisk Samarbeidsutvalg (OSS) i 2018. Målgruppene for samhandlingsmeldingen var:

- Barn og unge
 - barn og unge med psykiske plager
 - barn og unge som er pårørende (også søsken)
 - barn og unge med alvorlige og sammensatte problemer
- Personer med samtidige rus- og psykiske lidelser
- Eldre med sammensatte lidelser

Tjenestenes organisering og faglig tilnærming anbefales blant annet utviklet med komplementære tilbud, hvor fagutvikling mellom de to forvaltningsnivåene er koordinert. Den faglige profilen på Agder anbefales ha en særskilt vekt på utvikling av recoveryorienterte tjenester som er arenafleksible.

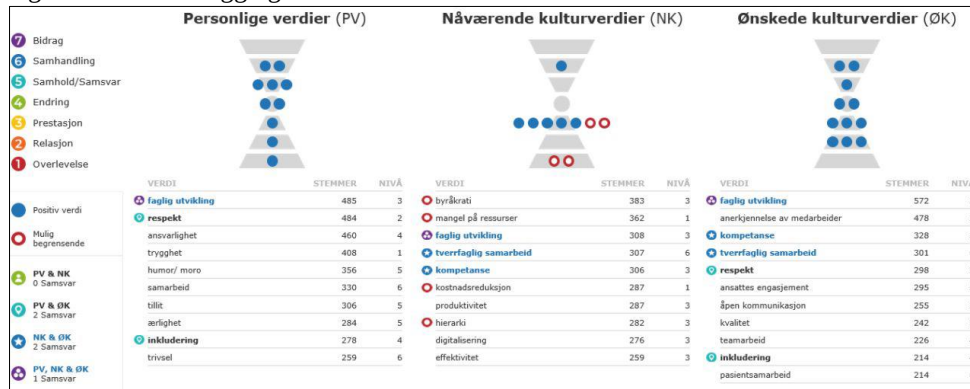
I Samhandlingsmeldingen understrekes viktigheten av å etablere likeverdige tjenester på Agder, uavhengig av bosted og nærhet til tjenester, samt større kompetansemiljø.

5.7 Kulturkartleggingen KPH

I august 2020 ble det gjennomført en kulturkartlegging i KPH med den hensikt å kartlegge status, for å forberede en ønsket videreutvikling av organisasjonen. Kulturkartleggingen ble gjennomført av PwC, ved hjelp av «Cultural Values Assessment¹⁷», fra Barret Value Centre, med enkelte lokale tilpasninger. Figuren under viser funn fra spørreundersøkelsen fra hele klinikken:

¹⁷ [Culture Assessment - Barrett Values Centre](#)

Figur 3 Kulturkartlegging KPH



For de ansatte er faglig utvikling, respekt, ansvarlighet og trygghet de aller viktigste verdiene. I dag rapporteres det om at kulturen i KPH preges av byråkrati, mangler på ressurser, faglig utvikling og tværfaglig samarbeid. Det de fleste ønsker seg er faglig utvikling, anerkjennelse, kompetanse og tværfaglig utvikling. Med bakgrunn i dette ble det gitt følgende hovedanbefalinger om å jobbe med organisasjonsutvikling i KPH:

- Lytte til organisasjonen og redusere avstanden mellom ledere og ansatte.
 - Fokus på anerkjennelse, skape arenaer for åpne og ærlige samtaler på tvers av nivåer, felles forståelse av nå-situasjonen.
- Involvering og eierskap
 - Involvere ansatte i utviklingsprosesser for å sikre engasjement og eierskap
- Skape felles identitet og «vi» følelse i hele klinikken
 - Løfte frem å kommunisere det som er felles for klinikken: samfunnsoppdraget og overordnede verdier og mål.
- Definere handlingsrommet
 - Tydeliggjøre hvilke rammebetingelser vi kan og ikke kan gjøre noe med, og hva som er ledernes handlingsrom og hva som er organisasjonens.
- Skape trygghet og se hverandre
 - Bygge teamfølelsen og redusere opplevelsen av å stå alene, en kultur preget av respekt, anerkjennelse og åpen kommunikasjon.

Kulturkartleggingen viser viktigheten for klinikken å jobbe systematisk med sine prosesser for å kunne sikre en kultur for involvering og eierskap og ikke minst faglig utvikling som kan bidra til at en i fellesskap både eier utfordringsbildet og ikke minst også eventuelle løsninger. Endringer i en organisasjons kultur og verdigrunnlag skjer gjennom gjentatte handlinger, hvor en gradvis viser en vilje til endring fra ledelse og byråkrati i organisasjonen. Prosessen med spiseforstyrrelser vil således utformes i tråd med ønsket om faglig utvikling, involvering, trygghet og eierskap.

5.8 Nasjonal faglige retningslinje og pakkeforløp¹⁸

Helsedirektoratet publiserer nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp, som er normerende produkter som har som hensikt å:

- Hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- Bidra til riktig prioriteringer i tjenesten
- Løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige pasientforløp¹⁹

De normerende produktene er veiledende, og deres råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende. De sier imidlertid noe om hva som er forventet i helsetjenesten, hva som er å anse som god

¹⁸ Pakkeforløp endres til pasientforløp fra 01.01.22. I denne utredningsrapporten vil pakkeforløp.

¹⁹ [Om Helsedirektoratets normerende produkter - Helsedirektoratet](#)

faglig praksis og gir bistand til fagpersoner når det kommer til hvordan en skal tolke regelverk eller prioritere.

Det foreligger en nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av pasienter med spiseforstyrrelser samt pakkeforløp for barn og unge med spiseforstyrrelser under 23 år.

- [Spiseforstyrrelser - Helsedirektoratet](#)
- [Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år - Helsedirektoratet](#)

Et pasientforløp i KPH for pasienter med spiseforstyrrelser må legge til grunn både pakkeforløp for barn og unge med spiseforstyrrelser under 23 år samt nasjonal faglige retningslinjer. Tjenestetilbudet må og skal være i tråd med helsedirektoratets normerende produkter for slik å redusere uønsket variasjon.

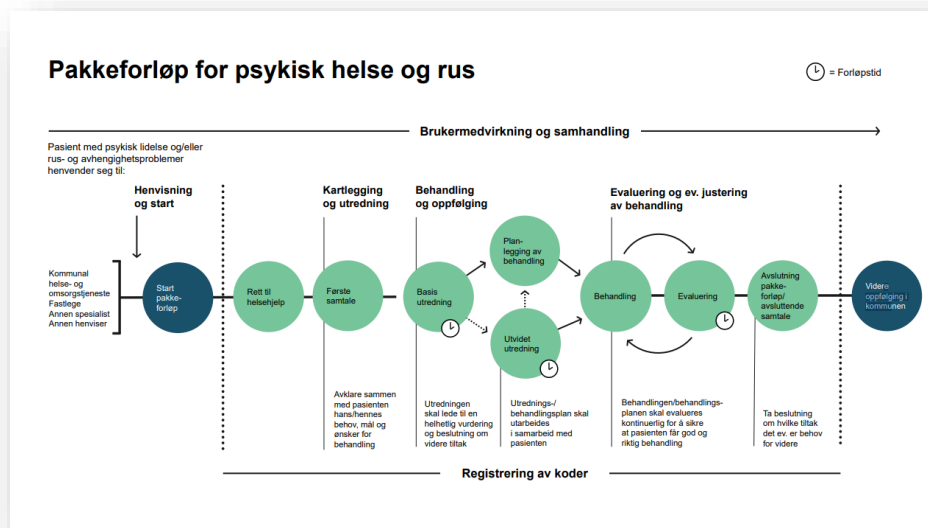
5.8.1 Pasientforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år

Pakkeforløp²⁰ (pasientforløp) har som hensikt å etablere en forutsigbarhet i utredning og behandling av barn, unge og voksne med psykiske lidelser. Gjennom pasientforløpene skal en oppnå følgende:

- Økt brukermedvirkning og brukertilfredshet
- Sammenhengende og koordinerte pasientforløp
- Unngå unødige ventetid for utredning, behandling og oppfølging
- Likeverdig tilbud til pasienter og pårørende uavhengig av hvor i landet de bor
- Bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner

Pakkeforløp har en forutsigbar struktur, med forløpstider som definerer hva som skal skje innen gitte tidsfrister. Det er en måte å redusere uønsket variasjon i pasientforløpene.

Figur 4 Pakkeforløp for psykisk helse og rus - flytskjema



I pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år, redegjøres det for følgende:

- Henvisning og start
 - Grunnlag for henvisningen, spesifisering av tegn som kan gi mistanke om spiseforstyrrelser.

²⁰ [Om forløpet - Helsedirektoratet](#)

- Veileder til kartlegging før henvisning – hva bør fremkomme i henvisningen av anamnestisk informasjon og symptomer. Særlig fokus på symptomutvikling og funksjonsnivå hjemme og på skolen som spisevaner/endret spisemønster, vektreduserende atferd, overspising, pubertetsutvikling, fysisk aktivitet
 - Somatisk status som; BT, puls, høyde, vekt, relevante laboratorieprøver, EKG ved lav eller uregelmessig puls. Tilleggsundersøkelser ved eventuelle funn.
 - Familie, sosialt, tidligere sykdommer, forventninger til utredning/behandling legemidler, kritisk informasjon
- Kartlegging og utredning
 - Første samtale – innkomst i henhold til god standard med pasientens og foreldrenes mål, gjennomgang av henvisning, psykiatrisk og somatisk status, samt risikovurderinger (selvmord, voldsrisiko, rus- og overdose) og behov for umiddelbare tiltak.
 - Utredning; i henhold til nasjonal faglige retningslinjer med allmennpsykiatrisk utredning
 - Differensialdiagnostisk vurdering – anbefaling om videre utredning/behandling.
- Behandling og oppfølging
 - Behandlingsplan utformes
 - Krise/mestringsplan ved behov
 - Familiebasert behandling spesifikk for spiseforstyrrelser (FBT) – første valg av behandling.
 - Psykoterapi ved spiseforstyrrelser hos unge voksne, jf. nasjonal faglige retningslinjer.
 - Somatisk oppfølging, bør være en integrert del av behandlingen, i samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.
 - Dersom lege ved institusjonen ikke har kompetanse på sykdomsområdet, vil legen ha et ansvar for å konferere med relevant spesialistkollega og eventuelt med pasientens fastlege.
 - Reernæringssyndrom, håndteres jf. nasjonal faglige retningslinjer
 - Reduksjon av undervekt – bør være mellom 0,5 til 1,5 kg/uke ved innleggelse og 0,5 til 1,0 kg/uke for polikliniske anoreksi pasienter. KMI settes 20-25 over 18 år, og mellom 25-75 persentilen for barn og unge.
 - Legemiddelbehandling – ingen anbefalte legemidler.
 - Behandlingen skal evalueres jevnlig.
 - Spesialistinvolvering både ved diagnostisering, behandlingsplan og evalueringspunkt i forløpet.
- Avslutning og videre oppfølging
 - Samhandling før utskrivelse og avsluttende samtale.
 - Etablere samarbeidsmøte og avklaring om ansvarsforhold med fastlege og/eller kommunehelsetjenesten.

Forløpstider spesifiserer hvor raskt spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre første fremmøte etter henvisningen er mottatt (inntil 28 dager). Fra første møte til utredning er gjennomført er det henholdsvis 2 uker i døgnet og 4 uker poliklinisk. Deretter skal pasientforløpet evalueres jevnlig (inntil 14 dager første gang i døgnet, og inntil 4 uker i poliklinikk deretter hver 6 uke i poliklinikk og hver 2 uke i døgnet).

5.8.2 Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av spiseforstyrrelser

Nasjonale faglige retningslinjer²¹ har som hensikt å redusere uønsket variasjon og etablere normert praksis. De nasjonal faglige retningslinjene redegjør både for definisjon og diagnostisk kriterier for spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser omfatter følgende diagnosegrupper:

- F50.0 Anorexia nervosa (anoreksi)
- F50.1 Atypisk anorexia nervosa (atypisk anoreksi) – brukes der ikke alle symptomene på anoreksi er tilstede.
- F50.2 Bulimia Nervosa (bulimi)
- F50.3 Atypisk bulimia nervosa (atypisk bulimi)
- F50.8 Andre spesifiserte spiseforstyrrelser (omfatter overspising)
- F50.9 Uspesifisert spiseforstyrrelse (omfatter pasienter som ikke oppfyller diagnosekriteriene til en av de nevnte diagnosene, men som har et betydelig symptomtrykk med behov for behandling).

Retningslinjen redegjør for hvilke behandling som kan være aktuell for pasientgruppe. Dette være seg:

- Poliklinisk behandling
- Dagbehandling
- Gruppebehandling
- Døgnbehandling

Døgnbehandling bør skje i en enhet som har et spesialisert tilbud til denne pasientgruppen. Det anbefales at miljøterapien bør være en kombinasjon av både gruppe- og individuelle tiltak.

De nasjonal faglige anbefalingene redegjør for utredning både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det anbefales samarbeid mellom forvaltningsnivåene, hvor fastlegen understrekes som en viktig ressurs og samarbeidspartner i utredningen og behandlingen. Fastlegen er i stor grad kontinuitetsbæreren i pasientforløpet for den enkelte. Gitt at samtykke foreligger der pasienter er over 16 år, anbefales det samarbeid med pårørende.

Hvilke utredninger som skal gjennomføres i primærhelsetjenesten er tydelig spesifisert, da også anbefalinger og praktiske råd knyttet til somatisk utredning som bør gjennomføres forut for henvisning. Ved utredning i spesialisthelsetjenesten foreligger følgende anbefalinger:

- Klinisk intervju
- Anamneseopptak
- Somatisk undersøkelse som inkluderer høyde, vekt og laboratorieprøver.

Grav av alvorlighet, vurderes med bakgrunn i KMI (Kroppsmasseindeks).

5.8.2.1 Utredning av spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten

Ved psykiatrisk utredning av voksenpasienter (fra 14 år) anbefales følgende:

- Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)
- Clinical Impairment Assessment (CIA)

For barn og unge anbefales:

- DAWBA (Development and Well-Being Assessment)
- Kiddie SADS (Schedule for affective disorders and schizophrenia)
- Ch-Ede basert på eating disorder examination, tilpasset barn (semistrukturert intervju).

²¹ [Pasienter med mistanke om spiseforstyrrelse bør utredes ved hjelp av klinisk intervju og anamneseopptak. I tillegg bør det gjennomføres en somatisk undersøkelse som inkluderer høyde og vekt, og laboratorieprøver etter indikasjon - Helsedirektoratet](#)

Differensialdiagnostiske vurderinger er viktige, da pasientgruppen ofte har samsykelighet og god behandling forutsetter målrettet terapi rettet inn mot både spiseforstyrrelsen og eventuelle andre tilstander.

5.8.2 Behandling av spiseforstyrrelse

Pasienter med stabil somatisk tilstand og mindre alvorlig undervekt (>15 KMI²²), bør behandles poliklinisk.

Anbefalinger for individuell psykoterapi ved spiseforstyrrelser hos unge voksne og voksne med spiseforstyrrelser omfatter følgende:

- Bulimia – kognitiv atferdsterapi
- Anoreksi – ingen spesifikk psykoterapi anbefales fremfor andre i norske retningslinjer. Nice Guidelines²³ anbefaler kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (CBT-ED), Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA), specialist supportive clinical management (SSCM).
- Overspising – ulike former for psykoterapi, både innsiktsorientert og manualbaserte.

For barn og unge er førstevalg i behandlingen Familiebasert terapi (FBT).

Indikasjon for døgnbehandling beskrives som følgende:

- Stort vekttap på kort tid, eller alvorlig undervekt (barn med vekt under 2,5 persentilen, voksne med <15 KMI).
- Over 30% vekttap over tre måneder (voksne)
- Sammenbrudd i omsorgssituasjonen (barn)
- Manglende effekt av poliklinisk behandling

Ved døgninnleggelse understrekes viktigheten av kompetanse og struktur i enheten som skal behandle pasientgruppen.

5.9 Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske tjenester

Riksrevisjonen har foretatt en undersøkelse av poliklinisk virksomhet i spesialisthelsetjenesten i perioden 2015-2020²⁴. Dette med bakgrunn i politiske føringer om at psykisk helse skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten og at veksten primært skal skje i Distrikts psykiatriske sentre (DPS) og psykisk helsevern for barn og unge.

Undersøkelsen avdekket følgende:

- Befolkningen får mer behandling for psykiske plager og lidelser i noen helseregioner enn i andre. Voksne og barn i Helse Sør Øst får mest behandling, nasjonalt.
- Tilgang til psykisk helsetjenester i kommunene er ulik. Det forekommer uønsket variasjon. 75% av kommunene har lavterskeltilbud for barn og unge med psykiske lidelser. Samtidig avdekkes det at 1 av 10 kommuner, ikke har et tilbud til barn og unge utover fastlege. Det understrekes i rapporten at kommunene fra 2017, har plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp for pasienter med psykiske lidelser og rus.
- Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det. Avvisningsraten er høy, og ventetid er høyere enn føringer gitt til helseforetakene fra Helse og omsorgsdepartementet.

²² KroppsmasseIndeks

²³ [Recommendations | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE](#)

²⁴ [Dokument 3:13 \(2020–2021\) \(riksrevisjonen.no\)](#)

- Ungdommer med samtidig psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god nok behandling. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) har både for lav utredningskompetanse og kompetanse på behandling.
- Den gylne regel som innebærer at psykisk helse og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester, er ikke innfridd.
- Arbeidet med å øke og ta i bruk kunnskap om behandling av psykiske plager og lidelser er ikke godt nok. Halvparten av lederne i BUP stiller ikke krav til kunnskapsbasert/manualbaserte programmer i poliklinikken. Mangelen på kunnskapsbasert praksis, støttes av Helsedirektoratet som understreker at implementeringen av metoder er utfordrende.
- Mange ledere sørger ikke for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring. Undersøkelsen viste at hele 20% av poliklinikkene for voksne og 40% av poliklinikkene for barn og unge, ikke gjennomgår analyser av uønskede hendelser i pasientsaker de siste 3 årene. Mens 80% av lederne savner kompetanse for å kunne gi bedre helsetjenester til barn og unge, mener 70% av klinikerne at de selv kan bestemme hvilke områder de skal utvikle seg. Ledere i helseforetakene rapporterer om manglende fokus på effekt av behandling i tjenesten.

Med bakgrunn i undersøkelsen, har Riksrevisjonen anbefalt at Helse- og omsorgsdepartementet må sikre følgende i oppfølgingen av helseforetakene:

- pasienter med behov for psykiske helsetjenester tilbys hjelp i tide
- det framskaffes økt kunnskap om virkningen av ulike behandlingsformer
- pasientenes og pårørendes erfaringer innhentes og brukes i forbedringsarbeidet av tjenestene
- tjenestene har tilstrekkelig kompetanse til å avdekke og behandle ungdom med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer
- den gylne regel etterleves og derigjennom oppfyller målet om at psykisk helsevern skal prioriteres

Det anbefales både utvikling og oppdatering av nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og kvalitetsindikatorer for å sikre kvaliteten i tjenestene og redusere uønsket variasjon. Innen fagområdet spiseforstyrrelser foreligger både nasjonale faglige retningslinjer og kvalitetsregister.

5.10 Oppdrag og bestillingsdokument

Oppdrag og bestillingsdokument (OBD) er Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) bestilling til de regionale helseforetakene (RHF). Dokumentet inneholder kravene HOD har til RHFene. Kravene har som formål å:

- Stille styrkingskrav til de regionale helseforetakene.
- Midlene vedtatt i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til disposisjon²⁵

I 2022 fikk helseforetakene, og Sørlandet sykehus et tilleggskrav i juni. Normalt sendes oppdragsdokumentene ut kun en gang i året. Tilleggskravet²⁶ kom som følge av Stortingets behandling av Prop 115 S (2021-2022). Tilleggskravet hadde følgende krav som er relevante for denne utredningen:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

²⁵ [Oppdragsdokument - regjeringen.no](https://regjeringen.no)

²⁶ [Oppdragsdokument 2021 - tilleggskrav etter Stortingets behandling av Prop. 195 S \(2020-2021\) \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no)

Konkrete oppgaver i 2022:

- «Det har vært en økning i henvisninger og antall i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene. De regionale helseforetakene skal prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. De regionale helseforetakene må selv vurdere hvilke tilbud og tiltak som må styrkes i sin region, for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle nivå... Det vises til at barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er to av de fire pasientgruppene som helseforetakene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til i samarbeid med kommunene i helsefelleskapene.»

5.11 Aktuelle lovverk og stortingsvedtak

Tjenesten skal utvikles i tråd med lovverk og organiseres i samsvar med god praksis. Blant lovverkene som må legges til grunn:

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61, og senere endringer
- Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63, og senere endringer
- Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64, og senere endringer
- Lov om psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 med forskrifter
- Prioriteringsforskriften

Listen er ikke uttømmende.

Stortingsvedtak relevant for utredningen er som følger:

- Vedtak 695 LS «Stortinget ber regjeringen umiddelbart stanse nedbygging av døgnplasser i psykisk helsevern»
- Vedtak 696 «Stortinget ber regjeringen gjennomgå tilgjengelig kapasitet og behov innen psykisk helsevern, med sikte på å øke døgnkapasiteten i tråd med behovet»

5.12 Oppsummering

Med bakgrunn i overordnede føringer har klinikken en forventning om at utredningen skal medvirke til følgende:

- uønsket variasjon skal reduseres
- det må etableres kunnskapsbasert praksis i samsvar med direktoratets normerende produkter.
- spiseforstyrrelser skal prioriteres
- det må utvikles helhetlige og sammenhengende tjenester, på tvers mellom kommunene og sykehus
- innovative og digitale løsninger må tas i bruk,
- pasienter skal følges av team

Ledelsen må utvikle tjenesten i møte med pasientgruppen, og tverrfaglig samarbeid må etableres både med fastlege, somatikk og pårørende for å sikre helhetlig og integrert helsehjelp for pasientgruppen. Spiseforstyrrelser rammer som oftest unge, noe som tilsier at dette er en pasientgruppe som må prioriteres og kvalitet i behandlingen må sikres, både gjennom utvikling av organisasjon, implementering av kunnskapsbasert praksis, utvikling av tjenestetilbudet og modernisering gjennom digitalisering.

Tilbudet til denne pasientgruppen er et satsningsområde, gitt styringskrav fra Stortinget og Helse- og omsorgsdepartementet.

6.Klinikk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling - organisering

KPH består av totalt 8 avdelinger;

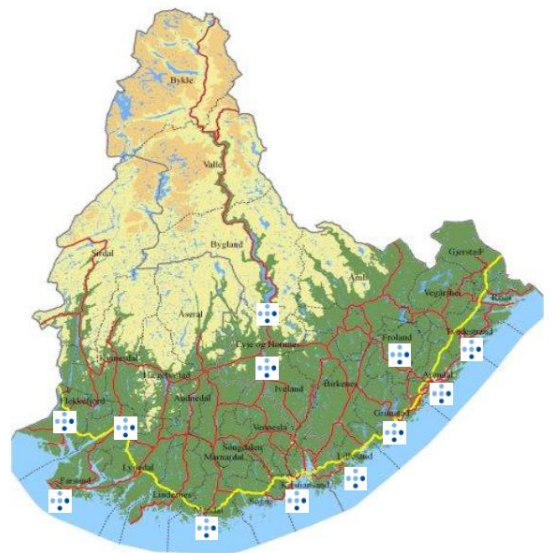
- Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)
- DPS Strømme
- DPS Solvang
- DPS Lister
- DPS Østre Agder
- Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPST)
- Psykiatrisk sykehusavdeling
- Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

Klinikken har lokasjoner fordelt på Agder, primært i de kystnære strøkene hvor befolkningen er tettest.

Klinikken har behandlingsenheter fordelt på følgende vis:

- DPS Lister har lokasjoner ved henholdsvis; Kvinesdal, Farsund og Flekkefjord. Døgnbehandling tilbys på Vollen i Kvinesdal.
- DPS Solvang i Kristiansand. De tilbyr både poliklinisk og døgnbehandling.
- DPS Strømme har behandlingstilbud i Mandal og Kristiansand. Døgnbehandling tilbys i Kristiansand.
- DPS Østre Agder har lokasjoner i Grimstad, Arendal og Tvedestrand. Døgnbehandling tilbys i Arendal på Bjorbekk.
- PSA tilbyr døgnbehandling i Kristiansand og Arendal.
- ABUP har behandlingsenheter i Farsund, Flekkefjord, Mandal, Kristiansand, Arendal og Bykle. I tillegg har de pr. nå døgnbehandling i Arendal.
- SPST er lokalisert i Kristiansand.
- ARA har sine behandlingstilbud i Kristiansand, Flekkefjord, Arendal og Byglandsfjord.

Figur 5 Behandlingslokasjoner på Agder



7.Funksjonsutredningens aktiviteter

Funksjonsutredningen har bestått av to faser:

- Funksjonsutredning PSA – hvilke oppgaver og funksjoner skal inkluderes i nybygg psykisk helse
- Utredning av organisering og kompetansebehov ved spiseforstyrrelser – Avledet prosess av funksjonsutredning «Nye» PSA

7.1 Funksjonsutredning PSA – hvilke oppgaver og funksjoner skal inkluderes i nybygg psykisk helse

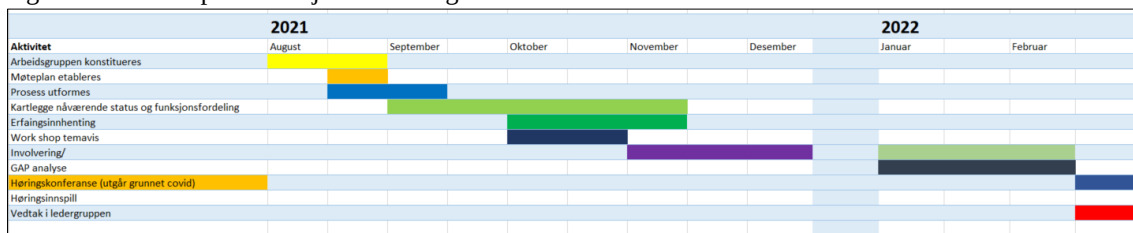
Mandatet for opprinnelig funksjonsutredning ble vedtatt i Klinikkmøtet 23.06.21.

Arbeidsgruppens deltakere ble rekruttert i august 2021, med oppstartsmøte 10. september 2021.

Opprinnelig arbeidsgruppe har bestått av følgende personer:

- Linda Esperaas, psykologspesialist, avdelingssjef PSA
- Rune Peersen, psykiatrisk sykepleier, enhetsleder 4.2, PSA Kristiansand
- Nina Bergersen, psykiater, enhet C, PSA Arendal
- Mariann Stadler, psykologspesialist, PSA Kristiansand
- Frode Nordhelle, enhetsleder, ARA
- Joyce Pigao, psykologspesialist, avdelingssjef DPS Østre Agder
- Oda W. Flaa, psykologspesialist, DPS Solvang
- Siv Sandnes, psykologspesialist, ABUP
- Borghild S. Mathisen, brukerrepresentant LPP
- Erlend Løwe, tillitsvalgt NSF
- Martin S. Kjelsaas, hovedverneombud
- Gro M. Eilertsen, psykologspesialist, rådgiver KPH stab – prosessleder.

Figur 6 Framdriftsplan funksjonsutredning PSA



I prosessen har følgende aktiviteter inngått:

- Spørreundersøkelse
- Personas og GAP analyse
- Workshops innen følgende temaområder; Alderspsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Spiseforstyrrelse, Akuttpsykiatri, Psykoselidelse
- Temabaserte arbeidsgrupper innen følgende områder; Alderspsykiatri, Sikkerhetspsykiatri, Spiseforstyrrelse, Akuttpsykiatri, Psykoselidelse, Førstegangssykose, ROP lidelser

Workshop for spiseforstyrrelse gjennomført 14. oktober 2021, omfattet 15 fagpersoner²⁷ fordelt på henholdsvis PSA Enhet C, DPS Strømme, DPS Lister, ABUP, ARA samt tillitsvalgt og verneombud.

Temabasert arbeidsgruppe gjennomført 3 møter. Gruppen bestod av følgende fagpersoner:

- Kirsti Tanke Vedal, enhetsleder enhet C PSA Arendal, psykiatrisk sykepleier
- Kristine Kristiansen, psykolog, enhet C, PSA Arendal,
- Siv Sandnes, psykologspesialist, ABUP
- Elin Solveig Elvemo, psykologspesialist DPS Østre Agder
- Kjersti L. Johnsen, psykologspesialist DPS Strømme,
- Marianne Omland, lege, DPS Lister
- Edgar Sundbø, psykiatrisk sykepleier, PSA Kristiansand, seksjonsleder
- Torunn R. Momrak, psykiatrisk sykepleier, PSA Arendal, seksjonsleder

²⁷ Se vedlagt referat

- Heide R. Jensen, overlege, SPST
- Gro M. Eilertsen, psykologspesialist, faglig rådgiver KPH.

I temabasert arbeidsgruppe ble det gjennomført ROS analyse av ulike funksjonsfordelingsmodeller, avledet av spørreundersøkelse og workshop.

7.1.1 Anbefaling funksjonsutredning PSA – ang. spiseforstyrrelser

«Funksjonsutredningen PSA – en utredning av hvilke funksjoner som skal ivaretas i PSA» utarbeidet av arbeidsgruppen med ansvar for funksjonsutredningen, konkluderte 18.02.22 med følgende anbefaling:

Arbeidsgruppen konkluderer etter en samlet vurdering av foreslåtte funksjonsfordelinger og drøfting om følgende:

- En døgnenhet for spiseforstyrrelser i PSA lokalisert ved PSA Arendal.
- Enheten skal kunne ivareta både pasienter som mottar behandling frivillig og på tvang. En del av døgnposten blir derav dedikert til å kunne håndtere tvangsbehandling.
- Det opprettes et eget veiledningsteam, fagteam, i fellesskap mellom DPS, PSA og ABUP. Innholdet til fagteamet, utvikles i fellesskap.
 - Organisatorisk plasseres ansvaret for veiledningsteam ved DPS, da som koordineringsansvar og for å sikre at nettverket etableres. Fagteamet fordele oppgaver internt.
 - Teamet skal jobbe aktivt, klinisk og bidra til å skape samhandling mellom enheter og avdelinger og sikre kompetanseoppbygging.
 - Det skal utarbeides egen struktur for samhandling, faglig kompetanseheving og ikke minst veiledningstilbud, med mulighet for samkonsultasjoner ved bruk av videokonsultasjoner.

Det må sikres at pasientgruppen mottar tilbud også ved DPS, døgnenhetene. En ber videre DPS'ene utrede mulighetene for å etablere dagtilbud som innebære måltidsstøtte for de pasientene hvor dette er aktuelt for å sikre en glidende tiltakskjede som igjen kan redusere belastningen på en spesialisert enhet for spiseforstyrrelser.

En tiltakskjede bestående av poliklinisk tilbud, dagtilbud kunnskapsbasert i tråd med Vestfold sitt behandlingstilbud i samdrift med DPS døgn, og en spesialisert enhet for behandling av spiseforstyrrelser ved PSA, vil bidra til å gi både kunnskapsbasert behandling, gi god pasientsikkerhet, bedre kapasitet og ikke minst likeverdige tjenester på Agder som gir mulighet både for kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene og god samhandling med kommunehelsetjenesten.

Anbefaling om tvangsbehandling integrert i enheten, baseres på å redusere presset på akutenhetene som i dag har denne arbeidsoppgaven, og sikre kompetent personell til å kunne utføre tvangsbehandlingen. Det erkjennes at dette vil kreve tilpasninger i enheten for å skille pasienter som mottar behandling frivillig og på tvang. En slik omlegging som her anbefales vil kreve et betydelig kompetanseløft i klinikken knyttet til spiseforstyrrelser og en prioritering av dette innsatsområdet.

Dissens – opprettholdelse av 0 alternativet

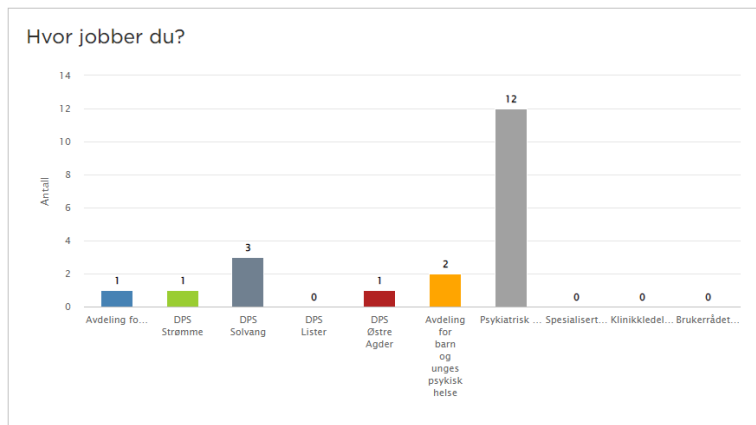
Det er dissens i arbeidsgruppen. Det er således ikke en enhetlig arbeidsgruppe som stiller seg bak foreslåtte funksjonsfordeling. Det anbefales å opprettholde 0 alternativet. Dette med bakgrunn i risiko for faglig kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø dersom en integrerer behandling som er frivillig med tvangsbehandling i en og samme døgnenhet. En slik omlegging medfører stor endring når det gjelder både personalgruppens kompetansekrav og bygningsmessige forhold. Videre er det bekymring knyttet til etablering av eget veiledningsteam,

da dette kan trekke ressurser ut av døgnenheten som allerede er etablert og opplever kapasitetsproblemer p.t. Det er stor bekymring for at dette vil medføre en stor belastning for fagpersonene og at en vil miste fagpersoner som er sentrale for tilbudet.

7.1.2 Anbefaling fra arbeidsgruppen – høring

Funksjonsutredningen som helhet, ble sendt på høring i klinikken via lederlinjen. Det kom samlet inn 22 høringssvar som fordelte seg på følgende avdelinger:

Figur 7 Høringssvar ved Funksjonsutredning PSA – en utredning av funksjoner som skal ivaretas i PSA



Av tilbakemeldingene var det 11 som ønsket å uttale seg om spiseforstyrrelser. Høringssvarene fordelte seg på henholdsvis

Blant de konkrete forslagene til forbedring var følgende:

- Spiseforstyrrelser skal ha sengeplass på DPS Bjorbekk.
- 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.
- 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 døgn.
- Godt utviklet Dagtilbud vil være nyttig for pasientgruppen og avlaste døgn og poliklinikk, både i PSA og Abup.

Se vedlegg 1 for oversikt over samlet høringssvar vedrørende spiseforstyrrelser.

7.1.3 Ledergruppens vurdering av arbeidsgruppens anbefaling

Ledergruppen i KPH gjennomførte 16. og 17. mars en ledersamling hvor en gjennomgikk arbeidsgruppens anbefaling samt høringsinnspill fra avdelinger, enheter, team og enkeltpersoner.

I den forbindelse konkluderte ledergruppen med følgende:

Spiseforstyrrelser

Klinikkdirektør orienterer om sak i media, vurderinger knyttet til håndtering og stiller spørsmål ved om spiseforstyrrelser bør håndteres uavhengig av funksjonsutredningen PSA, gitt siste tids utvikling, samt konklusjon som foreligger i funksjonsutredningen. Spiseforstyrrelser som tema, er et område som angår hele klinikken – og som bør sees på under et, og som ikke har samme behov, tidsmessig, til rask avklaring, som de resterende temaene som har vært drøftet på ledersamlingen.

Klinikkdirektør har besluttet en journalaudit på 25% av de pasientene som har fått F50 diagnose i KPH som har behandlingsforløp. I tillegg vil det forespørres om RASP vil bistå som eksterne konsulenter i forhold til dette arbeidet med journalauditen.

Det er i tillegg ønsket en work shop hvor RASP bidrar inn og også ev. andre fagmiljøer som f.eks. SiV m.m. for å si noe om hvordan de har organisert sitt tilbud og hva klinikken som helhet bør være opptatt av gitt denne pasientgruppen.

- Ledergruppen enes om å utsette dette arbeidet. Faglig rådgiver skriver ut saken til klinikkens ledergruppe, slik at de kan beslutte videre prosess på arbeidet. Klinikkdirektør ønsker dette gjennomført før sommeren, med avslutning mai/juni.

Med bakgrunn i konklusjonen ovenfor, ble det utformet et eget mandat og fremdriftsplan for utredning av spiseforstyrrelser.

7.2 Utredning av organisering og kompetansebehov ved spiseforstyrrelser – Avledet prosess av funksjonsutredning «Nye» PSA

Nytt mandat for utredning av spiseforstyrrelser i KPH ble vedtatt i klinikkens ledergruppe den 27.04.22. Mandatet hadde som hensikt å møte utfordringsbildet identifisert i foregående utredning.

Oversikt over prosess for funksjonsutredning av spiseforstyrrelser, vises i figur 8.

Figur 8 Prosess for funksjonsutredning spiseforstyrrelser

	april	mai	juni	juli	august	september	oktober	november
Funksjonsutredning PSA - mandat vedtatt								
Funksjonsutredning PSA								
Spiseforstyrrelser tatt ut								
Spiseforstyrrelser eget mandat								
Egen prosess - journalaudit								
Spiseforstyrrelser work shop								
Funksjonsutredning PSA - arbeidsgruppe/restarte								

Prosessten skulle opprinnelig vært ferdigstilt til sommeren 2022. Prosessten fikk et opphold i mai frem til midten av juni.

Arbeidsgruppen og styringsgruppen fra første utredning ble besluttet videreført. Enkelte endringer ble gjennomført som følge av endringer i ansettelsesforhold. Arbeidsgruppen hadde følgende sammensetning:

- Nina F. Johansen, psykiatrisk sykepleier, konstituert enhetsleder 4.2, PSA Kristiansand
- Nina Bergersen, psykiater, enhet C, PSA Arendal (til 10. oktober 2022)
- Terje Thesen, psykiater, DPS Solvang (fra oktober 2022 -)

- Mariann Stadler, psykologspesialist, PSA Kristiansand
- Frode Nordhelle, enhetsleder, ARA
- Joyce Pigao, psykologspesialist, avdelingssjef DPS Østre Agder
- Per Egeland, psykiatrisk sykepleier, avdelingssjef DPS Solvang
- Siv Sandnes, psykologspesialist, ABUP
- Linn Hill, psykiatrisk sykepleier, enhet C, PSA (fra oktober 2022 -)
- Borghild S. Mathisen, brukerrepresentant LPP
- Erlend Løwe, tillitsvalgt NSF
- Tor Erik Kalaas, hovedverneombud
- Gro M. Eilertsen, psykologspesialist, rådgiver KPH stab – prosessleder.

I april 2022 ble det etablert samarbeid med RASP²⁸. Det ble gjennomført to møter og rekruttert inn fire fagpersoner til å bistå med journalaudit. To overleger og to psykologspesialister med spisskompetanse på spiseforstyrrelser. En overlege og en psykologspesialist ble forhindret fra å delta i selve auditen. I tillegg ble det rekruttert inn følgende fagpersoner fra KPH til å bistå med journalaudit; psykologspesialist, vernepleier og overlege fra enhet for spiseforstyrrelser (enhet C). Journalauditen ble sendt på høring til alle involverte for innspill.

Følgende aktiviteter er gjennomgått i utredningen:

- Utforming av journalaudit
- Gjennomføring av journalaudit
- Work shop – spiseforstyrrelse
- GAP analyse
- Vurdering av ulike funksjonstildelinger og organiseringer

Arbeidsgruppen ble her supplert med spesialister med spisskompetanse på spiseforstyrrelser.

Dette har vært følgende fagpersoner:

- Klinisk ernæringsfysiolog ABUP, Eli Anne Myrvoll
- Vernepleier med spesialutdanning, ABUP, Bente Nateland
- Vernepleier, RO DBT/DBT-eat terapeut, DPS Østre Agder Liv Elin Jensen
- Psykologspesialist, DPS Østre Agder Elin Solveig Elvemo

Workshop gjennomført 24.august 2022, hadde totalt 42 deltakere. På agendaen var dialog med spesialister fra RASP og innlegg fra Sykehuset i Vestfold med presentasjon av deres behandlingstilbud både for barn og unge og voksne²⁹.

7.3 Framskrivning og driftsdata

Funksjonsutredningen skal bygge på Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, i henhold til 4.2 i mandatet. I tillegg skal utredningen innhente oppdaterte driftsdata for aktuell pasientgruppen. Utredningen har inkludert driftsdata fra Enhet for virksomhetsdata (EVD), SSHF og analyseavdelingen i HSØ.

7.3.1 Agders befolkning

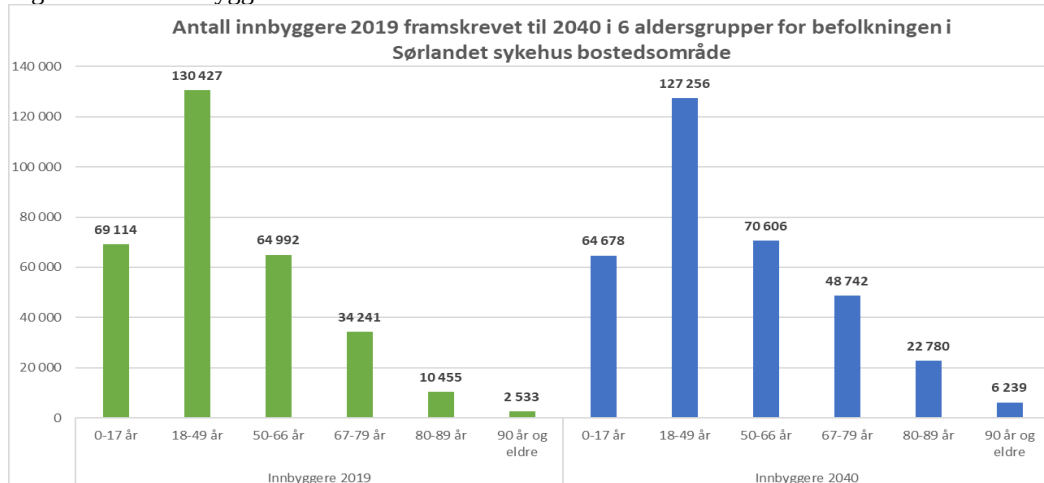
Den demografiske framskrivningen baserer seg på Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2020 med midlere verdier på de fire endringsdriverne i befolkningsframskrivningen (MMMM-versjonen)³⁰. Framskrivningen viser at andelen eldre i klinikkens opptaksområde, vil øke frem mot 2040. Sammenliknet med gjennomsnittet i HSØ og Norge generelt, får Sørlandet sykehus og KPH, en større andel eldre i tiden fremover.

²⁸ Regional seksjon spiseforstyrrelser (Oslo universitetssykehus – OUS)

²⁹ Vedlagt referat fra work shop spiseforstyrrelser 24.08.22

³⁰ De fire endringsdriverne er: Fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

Figur 9 Antall innbyggere 2019 framskrevet til 2040



I tillegg til en aldrende befolkning har Agder over lengre tid hatt levekårsutfordringer³¹, noe som vedvarer når en ser oversikten over antall husstander med definert lavinntekt etter OECD skala over fylker i Norge. Forprosjektrapport knyttet til Bedre levekår på Agder³² som er et av hovedsatsningsområdene i Regionplan Agder 2030, viser at Agder skårer lavt på flere levekårsindikatorer. Studier viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status, lav utdanning og forekomst av multimorbiditet, både når det kommer til fysisk og psykiske lidelser³³.

Under fremkommer en oversikt over Agders befolkning fordelt på opptaksområder i klinikken.

Tabell 2: Oversikt over opptaksområder med befolkningsgrunnlag

SSB: 07459 Alders- og kjønnsfordeling i kommuner, fylker og hele landets befolkning 1986 - 2022

Avdeling	Opptaksområde pr. 01.01.2020 etter kommunesammenslåing	Antall personer i opptak pr. 1.1.2022
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)	Hele befolkningen i Agder	311 134
Avdeling for barn og unges psykiske helse (BUP)	Alle barn under 18 år i Agder	66 785
DPS Østre Agder (DAA)	Alle voksne over 18 år i Østre-Agder kommunene (Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle)	94 636
DPS Lister (DLI)	Alle voksne over 18 år i Listerkommunene (Flekkefjord, Kvinesdal, Farsund, Lyngdal (inkl gamle Audnedal), Hægebostad og Sirdal)	29 976
DPS Solvang (DSO)	Alle voksne over 18 år vest i Kristiansand inkl. bydel Sogndalen	44 545
DPS Strømme (DST)	Alle voksne over 18 år i østre delen av Kristiansand og Lindesnesregionen (Kristiansand øst for Otra inkl. bydel Søgne, Vennesla, Lindesnes(Mandal, Marnardal) og Åseral, ekskl. Gamle Audnedal)	75 192
Psykiatrisk sykehusavdeling Kristiansand	Alle voksne over 18 år i Vestre-Agder kommunene (Kristiansand, Lindesnes, Farsund, Flekkefjord, Vennesla, Åseral, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal)	149 713
Psykiatrisk sykehusavdeling Arendal	Alle voksne over 18 år i Østre-Agder kommunene (Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle)	94 636
Spesialisert poliklinikk for psykosomatikk og traumer (SPT)	Alle voksne over 18 år i Agder	244 349
Agder	Under 18 år	66 785
	Over 18 år	244 349
	Sum	311 134

*ARA har hele Agder som opptaksområde, men kun de over 18 år (eller 16 år poliklinisk)

³¹ Det blide liv på Sørlandet

³² [Bedre levekår på Agder - Agder fylkeskommune \(agderfk.no\)](https://www.agderfylkeskommune.no/)

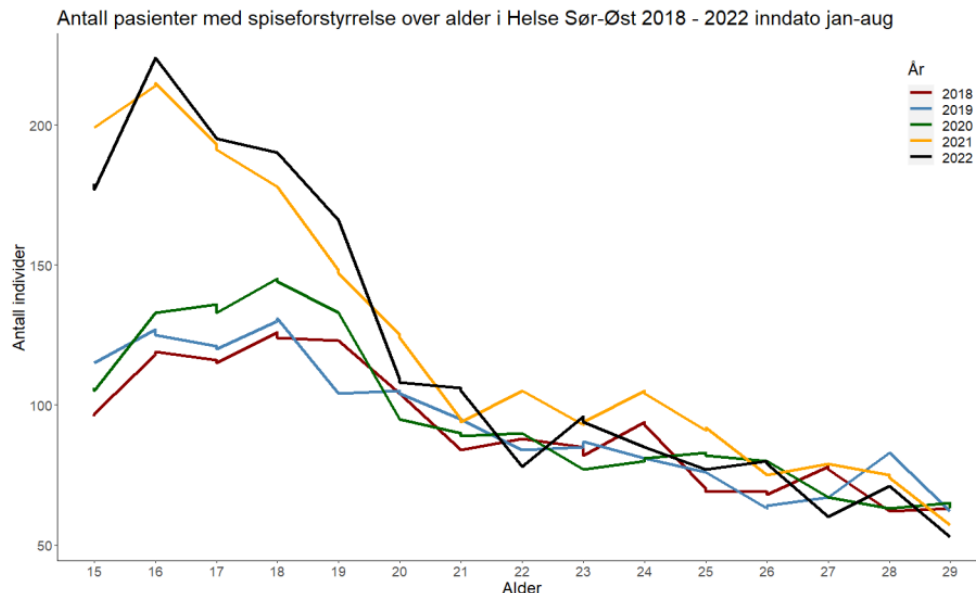
³³ <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01543-8>

7.3.2 Driftsdata

Forekomsten av spiseforstyrrelser er relativt lav. Estimert prevalens for anoreksi er 0,5%, bulimi 1-2% og overspising 2-3%. Tallene kan variere noe, avhengig av studier og avhengig av diagnosesystem som anvendes³⁴. Dette er således en liten pasientgruppe.

Hovedandelen av pasienter med spiseforstyrrelser er ungdom i alderen 15-25 år.

Figur 10: Antall pasienter med spiseforstyrrelser over alder – i HSØ 2018-2022



Tabell 3 viser en oversikt over antall pasienter i behandling i aldergruppen 12-25 år med spiseforstyrrelser i Helse Sør Øst i 2021. Denne viser at KPH, SSHF har et lavt antall individer i behandling, med færrest antall timer i dag/poliklinikk.

Tabell 3 Antall pasienter i aldersgruppen 12-25 år i behandling med spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst 2021³⁵.

Opptaksområde	Antall i behandling	Antall i behandling per 100 000	Andel i døgn-behandling	Liggetid per individ	Antall timer i dag/pol. per individ
Akershus universitetssykehus	358	364	16 %	62,8	25,5
Diakonhjemmet Sykehus	118	518	16 %	105,6	26,6
Lovisenberg Diakonale Sykehus	123	494	16 %	42,1	20,0
Oslo universitetssykehus	187	403	16 %	121,9	30,1
Sykehuset i Vestfold	268	662	12 %	79,8	39,4
Sykehuset Innlandet	211	379	19 %	63,8	23,5
Sykehuset Telemark	113	395	26 %	80,2	24,4
Sykehuset Østfold	209	398	27 %	85,1	19,8
Sørlandet Sykehus	185	330	16 %	89,4	16,1
Vestre Viken	393	486	17 %	77,8	23,2
Helse Sør-Øst	2110	416	18 %	79,9	26,0

³⁴ Forekomst - Helsedirektoratet

³⁵ Brukerveiledning – saksfremlegg til styret i Helse Sør RHF (helse-sorost.no)

Dersom aktivitetsdata legges til grunn fremkommer det et negativt avvik fra snittet (23%) når det gjelder polikliniske-/dagopphold etter diagnose per 100 innbyggere mellom 18-64 år. Ved døgnbehandling DPS i KPH har denne pasientgruppen et signifikant lavere forbruk enn en ser nasjonalt og i HSØ generelt.

Tabell 4. Døgnbehandling DPS 2019³⁶

	Antall liggedøgn pr 1000 innbygger 2019	Alvorlig psykisk lidelse		Belastning/traume		Angst		Depresjon		Personlighetsforstyrrelse		RUS		Spiseforstyrrelse		Annet	
		Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019	Andel av opphold 2019	Snitt opph.tid 2019
Akershus universitetssykehus HF	61,5	24%	19	2%	16	18%	16	17%	21	11%	15	3%	15	3%	15	3%	16
Follo	59,7	27%	26	0%	35	18%	20	18%	19	9%	22	3%	23	9%	7	35%	24
Gronuddalen DPS	53,9	23%	23	1%	15	15	14%	16	12%	29	2%	17	2%	17	27%	5	20%
Kongsvinger	138,1	23%	15	2%	16	28%	17	11%	18	10%	14	6%	10	5%	27	13%	17
Nedre Romerike DPS	41,3	23%	13	2%	18	20%	13	24%	16	13%	13	2%	26	4%	5	13%	15
Øvre Romerike DPS	75,7	26%	16	3%	12	10%	15	18%	26	20%	13	3%	9	5%	13	4%	15
OS	20,7	44%	20	1%	43	14%	9	19%	17	7%	12	9%	11	2%	25	4%	10
Vindern	20,7	44%	20	1%	43	14%	9	19%	17	7%	12	9%	11	2%	25	4%	10
LDS	41,0	19%	19	0%	31	18%	18	24%	16	14%	18	5%	11	4%	24	16%	14
Lovisenberg/Tøyen	41,0	19%	19	0%	31	18%	18	24%	16	14%	18	5%	11	4%	24	16%	14
Oslo universitetssykehus HF	83,1	41%	20	4%	12	15%	20	14%	23	10%	14	4%	17	3%	27	8%	22
Nydalen	83,1	38%	23	6%	8	13%	17	16%	29	13%	16	3%	9	2%	22	8%	19
Søndre Oslo	82,9	45%	17	2%	25	17%	23	12%	28	8%	12	5%	39	4%	29	8%	25
Sykehuset Telemark HF	122,2	36%	14	2%	17	16%	8	15%	15	11%	6	11%	8	1%	26	8%	13
DPS Nedre Telemark	111,1	35%	14	3%	17	15%	8	14%	15	13%	5	11%	8	1%	27	8%	14
DPS Øvre Telemark	135,5	38%	12	1%	17	18%	9	18%	15	5%	9	11%	8	1%	19	8%	9
Sykehuset i Vestfold HF	63,1	45%	17	2%	7	16%	11	17%	15	9%	11	9%	11	1%	15	5%	15
DPS Vestfold	63,1	45%	17	2%	7	16%	11	17%	15	9%	11	9%	11	1%	15	5%	15
Sykehuset i Østfold HF	94,6	19%	14	1%	16	21%	12	14%	14	11%	8	15%	7	3%	12	13%	6
Edvin Roud	66,9	16%	17	0%	24	28%	10	18%	16	10%	5	18%	5	2%	20	17%	7
Follo	86,1	17%	18	1%	12	20%	17	14%	24	1%	38	12%	13	3%	52	7%	11
Frederikstad	94,5	15%	15	1%	17	22%	17	12%	16	13%	5	15%	5	1%	9	15%	5
Halden Sarpsborg	120,0	21%	11	1%	18	23%	10	14%	11	11%	9	17%	8	2%	12	14%	6
Moss	94,7	23%	16	1%	14	19%	20	14%	16	13%	11	18%	5	8%	6	10%	8
Sykehuset Innlandet HF	96,3	27%	17	1%	47	23%	17	22%	21	8%	10	9%	14	4%	36	7%	19
DPS Elverum - Hamar	90,8	28%	18	1%	43	24%	16	18%	19	8%	10	12%	12	3%	52	7%	16
Gjøvik	107,0	21%	17	1%	82	25%	21	26%	26	6%	6	7%	15	4%	54	10%	18
Lillehammer	95,6	31%	18	2%	28	20%	12	21%	14	11%	10	6%	14	4%	17	3%	23
Tynset	75,1	33%	16	0%	0	23%	11	30%	28	8%	14	3%	23	2%	10	2%	40
Sørlandet sykehus HF	86,2	35%	12	1%	13	31%	11	15%	16	8%	7	7%	14	4%	10	10%	13
Aust-Agder	63,5	26%	14	1%	19	31%	10	9%	15	9%	7	6%	10	6%	10	6%	10
Kristiansand	111,8	41%	11	2%	10	19%	12	15%	14	8%	6	6%	1	1%	6	8%	12
Lister	100,7	33%	15	0%	0	21%	10	23%	17	5%	8	10%	8	0%	6	6%	14
Solvang	59,8	23%	13	0%	0	19%	9	29%	7	6%	14	4%	10	6%	10	6%	10
Stemmen	85,1	36%	8	1%	12	32%	14	17%	19	9%	11	9%	11	9%	11	7%	12
Vestre Viken HF	57,4	36%	13	1%	6	16%	11	20%	15	7%	10	8%	11	7%	10	8%	11
Asker DPS	66,0	32%	16	0%	1	16%	12	28%	14	8%	7	6%	17	2%	31	7%	21
Bærum DPS	53,2	27%	17	1%	8	15%	13	21%	22	9%	11	7%	14	5%	23	16%	15
Drummen DPS	54,4	46%	12	2%	4	15%	13	15%	15	4%	10	7%	14	4%	11	7%	25
Kongsberg	63,6	43%	13	2%	8	13%	7	19%	14	5%	15	8%	6	2%	23	9%	7
Ringerike	54,7	32%	8	0%	25	22%	8	17%	14	10%	9	10%	8	1%	7	7%	8
Totalsum	72,8	31%	15	2%	16	19%	13	17%	17	10%	10	8%	10	8%	10	8%	10

Derimot fremkommer det at andelen pasienter innlagt med spiseforstyrrelser innen Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA) utgjør en relativ høy andel av liggedøgnene sammenliknet med HSØ.

Tabell 5 Oversikt over andel liggedøgn sammenliknet med HSØ.

	Sørlandet - Arendal				Sørlandet - Kristiansand				Snitt øvrige helse sør-øst				Arendal avvik				Kristiansand avvik				
	Antall opphold	Andel av opphold	Liggetid	Andel av liggedøgn	Antall opphold	Andel av opphold	Liggetid	Andel av liggedøgn	Antall opphold	Liggetid	Andel av liggedøgn	Antall opphold	Liggetid	Andel av opphold	Andel av liggedøgn	Antall opphold	Liggetid	Andel av opphold	Andel av liggedøgn		
ADHD	48	3%	5,7	1%	17	1%	1,1	0%	1%	5,3	0%	344	7%	457	1%	79	75%	457	1%	79	75%
Alkoholrelaterte lidelser	89	6%	2,1	1%	113	5%	1,7	1%	4%	3,0	1%	52	-32%	53	24%	-45%	-15%	52	-32%	53	24%
Alvorlig depresjon	49	3%	9,1	3%	60	3%	34,6	6%	5%	24,5	7%	-24%	-63%	-56%	-40%	-41%	-10%	-24%	-63%	-56%	-40%
Andre diagnoser	16	1%	3,9	0%	34	2%	24,9	3%	2%	20,0	2%	-43%	-80%	-83%	-21%	25%	13%	-43%	-80%	-83%	-21%
Andre psykiske lidelser	32	2%	3,0	1%	29	1%	8,8	1%	1%	8,6	0%	239%	-66%	76%	98%	2%	173%	239%	-66%	76%	98%
Angst	25	2%	2,3	0%	47	2%	8,6	1%	2%	10,4	1%	-9%	-78%	-67%	11%	-17%	-5%	-9%	-78%	-67%	11%
Bipolar lidelse	114	8%	15,0	10%	163	7%	16,3	1%	3%	22,1	1%	33%	21%	38%	9%	21%	21%	33%	21%	38%	9%
Gjennomsnittlige utviklingsforstyrrelser	8	1%	1,0	0%	11	1%	36,8	1%	1%	15,3	1%	-56%	-93%	-94%	-61%	-140%	11%	-56%	-93%	-94%	-61%
LAR	18	1%	3,1	0%	13	1%	1,3	0%	1%	5,9	0%	91%	-47%	91%	-11%	78%	71%	91%	-11%	78%	71%
Mangler diagnose	46	3%	123,1	15%	111	5%	59,1	20%	7%	38,2	14%	-53%	223%	7%	-26%	55%	47%	-26%	55%	47%	26%
Mild/Moderat depresjon	53	4%	4,5	1%	98	4%	6,8	2%	5%	10,6	3%	-27%	-57%	-52%	-13%	-35%	-25%	-27%	-57%	-52%	-13%
Organiske lidelser	19	1%	18,1	3%	52	2%	18,4	3%	3%	20,1	2%	-31%	-55%	-10%	-21%	11%	-31%	-55%	-10%	-21%	11%
Personlighetsforstyrrelser	145	10%	4,7	4%	207	9%	6,9	5%	7%	6,7	3%	43%	-30%	55%	32%	3%	75%	43%	-30%	55%	32%
Psykisk utviklingshemming	16	1%	7,7	1%	20	1%	5,2	0%	1%	14,1	1%	-9%	-45%	0%	-26%	-63%	-68%	0%	-26%	-63%	-68%
Psykoze	130	22%	18,2	34%	577	26%	22,4	39%	28%	26,1	42%	-23%	-30%	-19%	-8%	-14%	-8%	-23%	-30%	-19%	-8%
Rusrelaterte lidelser	126	9%	4,1	3%	271	12%	5,2	4%	7%	5,1	2%	20%	-20%	47%	66%	2%	69%	20%	-20%	47%	66%
Rusrelaterte lidelser	13	1%	1,4	0%	49	2%	2,6	0%	1%	2,8	0%	63%	-24%	63%	-24%	63%	-24%	63%	-24%	63%	-24%
Sjeldneforstyrrelser	54	4%	42,8	13%	9	0%	13,2	1%	2%	27,8	3%	15%	74%	394	-73%	-52%	-81%	394	-73%	-52%	-81%
Symptomdiagnose	33	2%	1,3	0%	36	2%	2,8	0%	3%	5,8	1%	-25%	-78%	-59%	-47%	-52%	-51%	-25%	-78%	-59%	-47%
Tilpassningsforstyrrelse og andre nevrotiske lidelser	195	14%	5,4	7%	265	12%	4,7	3%	9%	5,9	3%	52%	-4%	129%	33%	20%	10%	10%	33%	20%	10%
Øvrig depresjon	6	0%	10,5	4%	1%	1%	5,1	1%	1%	1,1	0%	-57%	-51%	-12%	-4%	-36%	-14%	-57%	-51%	-12%	-4%
Totalt	1415	100%	16,4	100%	2193	100%	13,9	100%	100%	1410	100%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Tabell 6 Distinkte pasienter med spiseforstyrrelser som hoveddiagnose, 2021 t.o.m. september 2022

Avdeling	2021	2022
Psykiatrisk sykehusavdeling	29	18
Døgnopphold	18	11
Døgnopphold under 18 år	7	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	23	13
DPS Solvang	25	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	25	18
DPS Østre Agder	90	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	90	60
DPS Lister	14	14
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	14	14
DPS Strømme		36
Døgnopphold		6
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	32	30
Barn og unges psykiske helse	11	11
Poliklinisk konsultasjon/kontakt (over 18 år)	11	11
Under 18	108	99
Døgnopphold	14	10
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	106	96
Totalt antall distinkte pasienter	277	230

Det gjøres oppmerksom på at klinikken som hovedregel ikke oppgir tall som er ≥ 5 .

Tabell 7 Distinktive pasienter hvor spiseforstyrrelser er en av diagnosene, 2021- 2022 t.o.m. september.

Avdeling	2021	2022
Psykiatrisk sykehusavdeling	42	30
Døgnopphold	34	24
Døgnopphold under 18 år	8	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	24	14
DPS Solvang	48	37
Døgnopphold		6
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	48	36
DPS Østre Agder	133	95
Døgnopphold	7	10
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	129	88
DPS Lister	20	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	20	18
DPS Strømme	67	66
Døgnopphold	11	15
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	63	57
Psykosomatikk og traumer	8	6
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	8	6
Rus- og avhengighetsbehandling	13	11
Døgnopphold	7	
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	9	9
Barn og unges psykiske helse	15	13
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	15	13
Under 18	128	111
Døgnopphold	16	13
Poliklinisk konsultasjon/kontakt	127	109
Totalt antall distinkte pasienter	414	343

Ved tilsvarende analyse av pasienter med spiseforstyrrelse som sin hoveddiagnose, fremkommer det at det i 2022 var innlagt 11 pasienter i PSA døgnenhet for utredning/behandling, mens det på DPS nivå var samlet innlagt 13 pasienter med tilsvarende symptombylde. Dersom en inkluderer også 2021, er tallene på unike pasienter henholdsvis 26 i

PSA og 20 i DPS døgnenheter. I døgnenhet PSA, Enhet spesialisert for behandling av spiseforstyrrelser (enhet C) har belegget i 2022, vært 3,9 døgnplasser i snitt. Vedrørende tvang versus frivillighet fremkommer det et relativt lavt antall pasienter som mottar helsehjelp med bakgrunn i vedtak etter lov om psykisk helsevern.

Tabell 8 Antall pasienter med spiseforstyrrelser som en av diagnosene, mottar helsehjelp med bakgrunn i tvangsvedtak. Tabellen omfatter pasienter over 16 år. Tallene gjelder til og med oktober 2022.

Paragraf	2019	2020	2021	2022
§3-2 Tv. obs. m/ døgn	9	8		7
§3-3 Tv. psyk helsevern m/døgn		8	12	6
§3-3 Tv. psyk helsevern u/døgn		6		
Frivillig	56	54	71	65

Det gjøres oppmerksom på at klinikken som hovedregel ikke oppgir tall som er ≥ 5 .³⁷

Analyser er gjennomført av antall pasienter som genererer vedtak i henhold til:

- § 4-3 Skjerming
- § 4-4 Ernæring uten eget samtykke
- §4-5 Innskrenkninger i forbindelsene med omverdenen
- §4-6 Undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvisitasjon
- §4-7 Beslag
- §4-8d Kortvarig fastholding

Tabell 9 Vedtak fordelt på antall pasienter (tall = eller <5 oppgis ikke).

År og vedtak	Antall pasienter	Antall vedtak
2020	15	217
§4-10 (PH) Overføring mellom tvangsformer		
§4-10 (PH) Overføring til annen institusjon		
§4-3 (PH) Skjerming med vedtak		
§4-4 (PH) Ernæring uten eget samtykke		10
§4-4 (PH) Tvangsbehandling med legemidler		
§4-6 (PH) Undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvisitasjon		
§4-8a Vedtak om bruk av mek. tvang		
§4-8c Vedtak om bruk av korttidsvirkende legemiddel.		10
§4-8d Kortvarig fastholding		178
2021	16	1011
§4-10 (PH) Overføring mellom tvangsformer		7
§4-10 (PH) Overføring til annen institusjon		
§4-3 (PH) Skjerming med vedtak		7
§4-4 (PH) Ernæring uten eget samtykke		20
§4-5 (PH) Innskrenkninger i forbindelsene med omverdenen		
§4-6 (PH) Undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvisitasjon		26
§4-7 (PH) Beslag		8
§4-8d Kortvarig fastholding		933
§4a-4-2 (PH) Undersøkelse av pasientens person, rom og eiendeler		
Totalsum	25	1228

Analyser viser at det er få pasienter dette gjelder både i ABUP (>16 år) og PSA.

I perioden 2019 til 2021, viste Helse Sør-Øst en økning i antall barn og unge med spiseforstyrrelser på 67%. ABUP har rapportert om tilsvarende økning. Det er merket en nedgang i behov for innleggelse ved ABUP Ungdomsklinikken etter at avdelingen initierte «spiseteam» og dagtilbud for barne- og ungdomspopulasjonen.

³⁷ [Taushetsplikt og opplysningsrett - Helsedirektoratet](#)

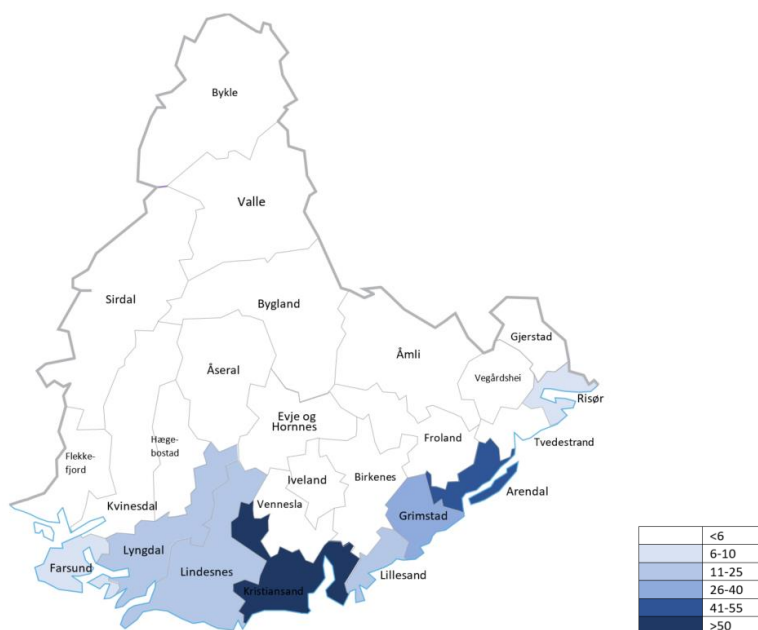
Oppsummert:

- Agder har en økning i antall pasienter som henvist i aldergruppen 0-17 år når det gjelder spiseforstyrrelser.
- Det gis lite poliklinisk oppfølging for denne pasientgruppen i DPS.
- Det er få pasienter som får et døgntilbud i DPS.
- Tjenestetilbudet gis primært ved PSA i form av døgntilbud
- DPS Østre Agder gir hovedandelen av poliklinisk behandling for pasientgruppen.
- Det er en mindre andel av pasientgruppen med spiseforstyrrelser som er under oppfølging i KPH enn i HSØ.
- Andelen pasienter med spiseforstyrrelser hvor det foreligger grunnlag for etablering av tvungent psykisk helsevern er lavt.
- Få pasienter generer et stort antall med vedtak.
- Primært legges pasienter inn i PSA fra vestre del av Agder³⁸.

7.3.3 Demografisk oversikt over pasientgruppen med spiseforstyrrelse

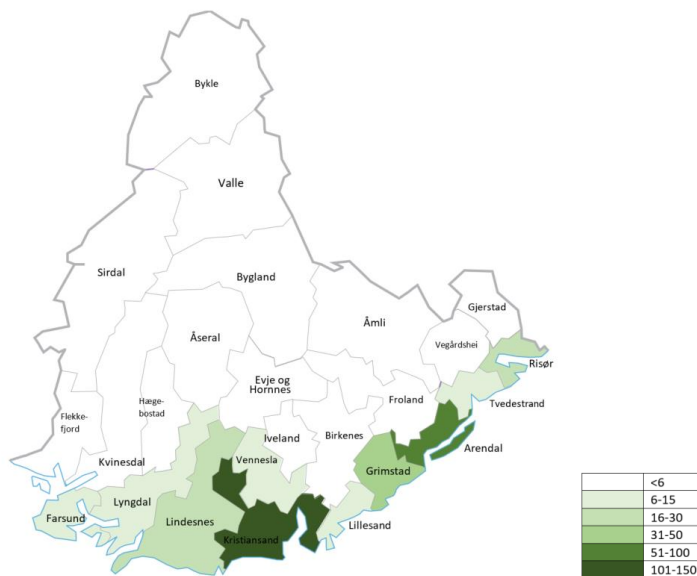
En analyse av fordelingen av pasientgruppen på Agder viser at pasientene primært tilhører de mer tettbebygde, kystnære, områdene. Dette gjelder både der F50.* utgjør hoveddiagnosen og der diagnosen er en del av symptombildet til pasienten.

Figur 11 Oversikt over pasienter med hoveddiagnose F50.* fordelt på kommune 2021-2022 pr. september.



³⁸ Funksjonsutredning Nye Psykiatrisk Sykehusavdeling (PSA) – Hvilke funksjoner og oppgaver som skal ivaretas i Nybygg psykisk helse

Figur 12 Pasienter med en komorbid F50.* fordeler seg på tilsvarende vis på Agder 2021-2022 pr. september



7.3.4 Framskrivning

En framskrivning er en prognose som sier noe om antatt behov i fremtiden, og hvilke *drivere* som antas å ville påvirke tjenesten. Hvordan dette faktisk blir, vil avhenge av flere faktorer, også faktorer utenfor klinikken, som kommunal samhandling og tjenesteutvikling. Det er en felles avhengighet av flere faktorer og forhold når det kommer til kapasitet og tjenestebehov.

7.3.4.1 Ny modell for framskrivning

Ny modell for framskrivning har som hensikt å fange opp endringer i befolkningens fremtidige behov for helsetjenester. Modellen tar utgangspunkt i beregninger av estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge generelt, GBD (*Global Burden of Disease ved Institute for Health Metrics and Evaluation*). Antatt prevalens anses som å være relativt stabil over tid. Denne blir videre vurdert opp mot aktivitetsdata (NPR) for å indikere om enkelte gruppe per i dag, har udekket behov, det vil si behandlingsgapet er større enn ønsket. Det er viktig å notere seg at ny modell for framskrivning, er ny, og at det er enkelte usikkerhetsmomenter knyttet til denne.

Modellen tilsier et stabilt behov for antall liggedøgn i Psykisk helsevern for voksne (PHV-V) Endring frem til 2040, samlet sett, er 2% økning på landsbasis, standardisert rate pr. 100.000 innbyggere. Ved Sørlandet sykehus er det estimert med et uendret nivå på liggedøgn innen PHV-V og Psykisk helsevern for barn og unge (PHV-BU). Det fremkommer en klar økning av poliklinisk aktivitet innen begge fagområder. Dekningsgraden for aktuell pasientgruppe er forventet å øke fra 21% til 25%. For å kunne dekke pasientgruppens behov må det skje en faglig utvikling, deriblant:

- Forsterket oppsøkende poliklinisk behandling
- Digital oppfølging
- Brukerstyrt poliklinikk
- Tidsintensive behandlingstilbud

Godt utviklet dag og poliklinisk tilbud er en forutsetning for å sikre døgnkapasitet til de pasientene som har behov for dette – uavhengig av diagnose.

Med bakgrunn i framskrivningen forventes behovet for dag og poliklinisk tilbud å øke med inntil 37% for denne pasientgruppen (standardisert rate pr. 100.000). For pasientgruppen med spiseforstyrrelser, er det forventet en økning i liggedøgn på 12% frem mot 2040, primært for aldersgruppen 15-40 år³⁹.

Det er imidlertid stor variasjon i bruk av liggedøgn for aktuell pasientgruppe, og lokale analyser viser at klinikken ligger høyt sammenliknet med resten av HSØ når det kommer til liggedøgnforbruk. Samlet sett forventes det en reduksjon på gruppenivå på inntil 2% for spiseforstyrrelser, med bakgrunn i en vekst i antall eldre. Endringen i polikliniske tjenester er i stor grad en effekt av en ønsket omlegging av tilbudet fra døgn til poliklinisk omsorgsnivå. Dette stiller imidlertid igjen krav til faglig utvikling, som nevnt ovenfor. Dersom ikke en omlegging av tjenesten finner sted, vil kapasiteten bli utfordret og tjenestene vil antas å ikke være bærekraftige.

Skal kapasiteten være tilstrekkelig i årene fremover, må klinikken ta innover seg et behov for å etablere tjenesten med funksjonsfordeling i samsvar med føringer som foreligger og ønsket utvikling. Dette for å sikre at de tiltakene som klinikken nå eventuelt gjør, har ønsket effekt og at tjenestene utvikles i samsvar med behov og nasjonale, regionale og lokale føringer.

7.4 Organisering av behandlingstilbudet ved KPH

Under fremkommer en redegjørelse for hvordan tjenestetilbudet er organisert ved KPH ved både poliklinisk og døgntilbud innen psykisk helsevern. Følgende avdelinger har et tilbud til denne pasientgruppen:

- Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP)
- DPS Lister
- DPS Solvang
- DPS Strømme
- DPS Østre Agder
- Psykiatrisk sykehusavdeling

7.4.1 Behandlingstilbud ABUP for spiseforstyrrelser

Som følge av pakkeforløp for spiseforstyrrelser for barn og unge under 23 år⁴⁰, har ABUP implementert FBT som førstevalg for behandling av spiseforstyrrelser ved sine polikliniske enheter ved henholdsvis: Flekkefjord, Kristiansand og Arendal. Det tilbys i tillegg dagtilbud basert på FBT i Arendal. De har kapasitet til fortrinnsvis 1 familie, men kan ta inntil 2 familier dersom det er hastesak og manglende kapasitet i poliklinikken.

Pasienter som oppfyller kriteriene til døgnbehandling, behandles ved Ungdomsklinikken i Arendal. Høsten 2021 økte enheten antallet døgnplasser. Den har nå 9 plasser.

All behandling av spiseforstyrrelser er organisert i spiseteam. Det vil si at det er behandlerteam ved ABUP som følger pasienten, sammen med fastlege. Spiseteam er etablert i Arendal (6 behandlere) og i Kristiansand (9 behandlere).

7.4.2 Distrikts psykiatriske sentre (DPS)

Gjennomgang av organisering av tilbudet ved klinikken viser variasjon i tjenestetilbudet ved de ulike DPS-ene.

³⁹ Ny modell for framskrivning for psykiske lidelser og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

⁴⁰ [Spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år - Helsedirektoratet](#)

7.4.2.1 DPS Østre Agder

Ledelsen ved poliklinikken ved DPS Østre Agder har vært særlig oppmerksom på utvikling av behandlingstilbudet til denne pasientgruppen.

Poliklinikken har i tillegg satset på kompetanseheving og sertifisert behandlere i:

- Kognitiv terapi – ed (CBT-ED) for spiseforstyrrelser
- RO DBT/DBT-eat^{41,42} behandling for bulimi, anoreksi, overspisingslidelse (transdiagnostisk behandlingstilnærming)

Figur 13 Oversikt over behandlingstilbud DPS Østre Agder



Avdelingen har etablert tilbudet i team. Teamet består av fire erfarne behandlere. 4 er sertifiserte DBT terapeuter, mnes tre av de er sertifisert i Ro DBT/DBT-eat. Teamet tilbyr månedlig veiledningstilbud for andre behandlere i poliklinikken.

Behandlingstilbudet nevnt ovenfor, gis til pasienter ved poliklinikken i Arendal og poliklinikk øst. Pasientene ved poliklinikken i Grimstad mottar individuell psykoterapeutisk behandling avhengig av terapeutens skolering. Poliklinikken understreker et ønske om å samlokalisere det polikliniske tilbudet ved DPSet for slik å sikre likeverdig tilbud for de dårligste pasientene. Det er stor grad av samsykelighet i denne pasientgruppen og det er behov for bredde både i utredning- og behandlingstilnærminger.

Pasienter med behov for innleggelse får dette ved DPS Døgnerhet på Bjorbekk.

7.4.2.2 DPS Strømme

Kartlegging av tilbudet ved avdelingen viser at det er få behandlere ved DPS Strømme som jobber dedikerte med denne problemstillingen. Det er i dag 2-3 polikliniske behandlere som jobber med spiseforstyrrelser. Det er ingen spesifikk terapeutisk retning valgt som behandlingsmetodikk.

⁴¹ Radically Open Dialectical Behavior Therapy – en transdiagnostisk behandlingsmodell.

⁴² [Adapting dialectical behavior therapy for outpatient adult anorexia nervosa—A pilot study - Chen - 2015 - International Journal of Eating Disorders - Wiley Online Library](#)

7.4.2.3 DPS Solvang

Avdelingen rapporterer om enkelte dedikerte behandlere som jobber med spiseforstyrrelser. Det er ikke formalisert behandlingstilnærming for tilstanden, men flere behandlere er spesialiserte som kognitiv atferdsterapeuter.

I tillegg etablerer avdelingen veiledning i regi av RASP der det er behov for spisskompetanse i utredning og behandling av spiseforstyrrelser.

7.4.2.4 DPS Lister

Avdelingen har ikke utarbeidet et fast behandlingstilbud til denne pasientgruppen. En av lokasjonene, Farsund, har hovedsakelig håndtert denne pasientgruppen med 2-3 behandlere som har tilegnet seg erfaring med problematikken. De har ikke særskilt kompetanse på spiseforstyrrelser, men baserer seg på enkelt kurs fra Villa Sult, samt behandlingstilnærminger som mentaliseringsbasert terapi (MBT), affektbevissthetsterapi, generalistmodellen (Gundersson).

De opplever selv de har lite kompetanse, men har nyttig dialog og samarbeid med RASP og PSA KPH ved behov.

7.4.3 Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA)

PSA gir i dag et spesialisert sykehustilbud innen psykisk helsevern til voksne på Agder. Dette omfatter følgende:

- *Motta pasienter til spesialisert døgnbehandling og omfatte behandlingstilbud innen områdene førstegangspyskoser, psykoser/rus (dobbeltdiagnoser), sikkerhetspsykiatri/rehabilitering, spesialisert akuttpsykiatri og spesialisert alderspsykiatri.*
- *Samarbeide med og bistå DPS, øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten.*
- *Legge til rette for integrerte behandlingstilbud.*
- *Legge til rette for aktiv behandling (fysisk, sosialt og trivselsmessig).⁴³*

Avdelingen består av to seksjoner innen psykisk helsevern; PSA Arendal og PSA Kristiansand. I tillegg en seksjon i somatikk, Habiliteringstjenesten for voksne.

Psykiatrisk sykehusavdeling har en egen enhet, Enhet spesialisert for behandling av spiseforstyrrelse (enhet C), opprettet i 2008, bestående av 8 døgnplasser som er agderdekkende. Enheten gir døgnbehandling, men har også enkelte polikliniske oppfølginger. Pasientgruppen innlagt er pasienter med kjent spiseforstyrrelse, motivert for endring og som ønsker behandling.

Enheten er godkjent for tvang etter psykisk helsevernloven. De er tverrfaglig organisert med sykepleier, ergoterapeut, vernepleier og fysioterapeut, psykolog og lege. Tilbudet omfatter gruppebehandling og individualterapi, i kombinasjon med miljøterapi. De baserer seg på mentaliseringsbasert miljøterapi, og skreddersøm opp mot pasientens behov. De tilbyr i tillegg pårørendesamtaler og psykoedukative grupper. Behandling med tvang, da sondeernæring o.l., foregår ved akutenheter i PSA.

7.5 Journalaudit

Journalaudit ble gjennomført i løpet av sommer/høst 2022. Det ble gjennomført uttrekk av 25% av pasientgruppen med hoveddiagnose spiseforstyrrelser, pr. mars 2022. Det ble samlet gjennomgått 28 journaler. Av disse ble 10 gjennomgått av to fagpersoner for å kvalitetssikre vurderingene – og sikre samstemthet.

Majoriteten av de som ble gjennomgått var kvinner i alderen 15-26 år. Journalene fordelte seg med ca 50% barne- og ungdomspsykiatri og resten fordelt på DPS Solvang, Østre Agder og Strømme, samt SPST.

⁴³ Mandat funksjonsutredning «Nye PSA» som del av OU-prosess

Av de 28 pasientene fremkom følgende:

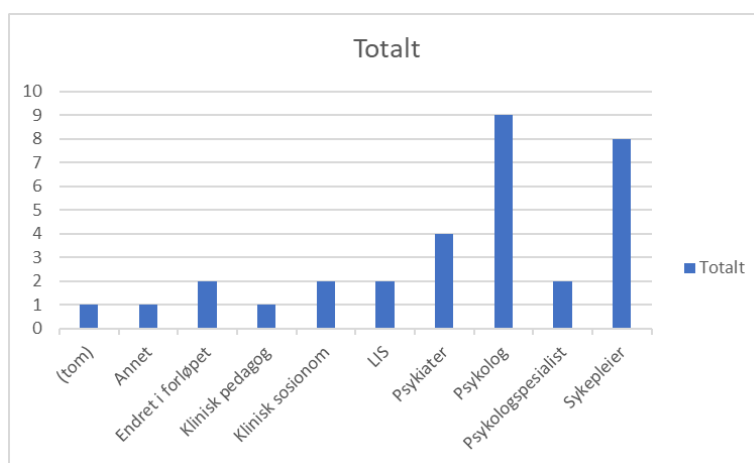
- 22 var henvist med mistanke om spiseforstyrrelse
- 23 av pasientene hadde legeundersøkelse før oppstart.
- 19 av pasientene hadde samsykelighet (personlighetsforstyrrelser, traumelidelser, angstlidelser og depresjon).

Kompleks PTSD⁴⁴ og personlighetsforstyrrelser nevnes som særlig utfordrende komorbiditet. Flere med PTSD og/eller personlighetsforstyrrelser kan også ha normal vekt, og derfor får de ikke diagnosen spiseforstyrrelse og ei heller behandlingen de har behov for.

Det er stor variasjon i ventetid før oppstart. Relativt kort ventetid i PHV-BU. Enkelte avdelinger har utfordringer med fristbrudd og ventetider, noe som også fremkommer i journalauditen. Med unntak av to pasientforløp, har alle en oppstart og forløp uten ugrunnet opphold.

Saksansvarlig var fordelt på følgende profesjoner:

Figur 14 Saksansvarlig ved spiseforstyrrelser



I flere av forløpene er flere ulike profesjoner involvert.

Der det er kompliserte forløp, med komorbiditet, har det vært flere bytte av avdelinger. Dette gjelder fra ABUP til DPS, samt mellom PSA og DPS. Det gjelder et fåtall av pasientene som ble gjennomgått (>5).

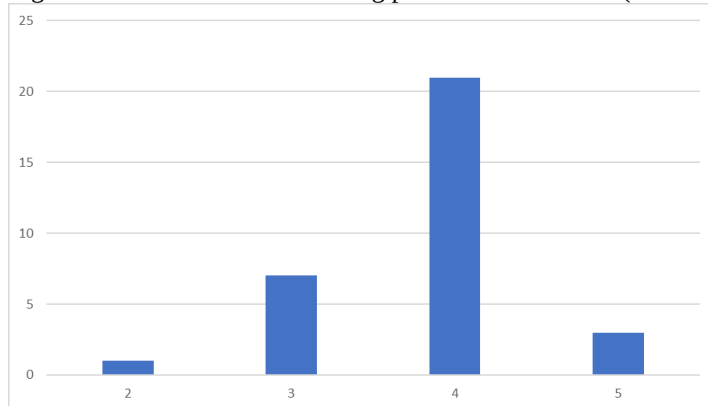
Innkost er gjennomført i samtlige av pasientforløpene. Vurderinger forekommer i de fleste forløpene når det kommer til selvmordsrisiko, voldsrisko, rus og somatisk helse. Det er imidlertid varierende i hvilke grad vekt er dokumentert og tatt. Dette fremkommer kun ved 59% av forløpene. Det kommenteres at vekt enten blir oppgitt muntlig, eller baserer seg på hva som fremkommer i henvisningen. Anamnese forekommer i de fleste forløpene (74,3%), men det er primært generell anamnese og flere mangler en mer spesifikk anamnese knyttet til mat og måltidsituasjon. Majoriteten av pasientene har en basis utredning. Det forekommer enkelte mangler i bruk av strukturerte/semistrukturerte verktøy jf. nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Tilnærmet halvparten av forløpene sies å være i tråd med de nasjonal faglige retningslinjene, mens det er vanskelig å vurdere i flere.

Spesialist er involvert i de fleste forløpene. Det er imidlertid variasjon når det gjelder grader av involvering og kvaliteten på denne. Noe av dette kan også skyldes at det er vanskelig å vurdere, gitt at det ikke fremkommer godt nok i dokumentasjonen. Pasientene drøftes i tverrfaglig team og diagnostisk vurdering foreligger i de fleste forløpene (83%).

⁴⁴ Post traumatisk stresslidelse

Det foreligger en behandlingsplan i de fleste av forløpene. Det kommenteres imidlertid at det er mangler når det gjelder dokumentasjon av vekt i forløpet (kun halvparten av sakene har dette dokumentert). Det er imidlertid god dokumentasjon i vekturve ved ABUP. De fleste pasientforløpene mangler en krise og mestringsplan. Til tross for enkelte mangler vurderes kvaliteten på utredningen til å være gjennomgående god.

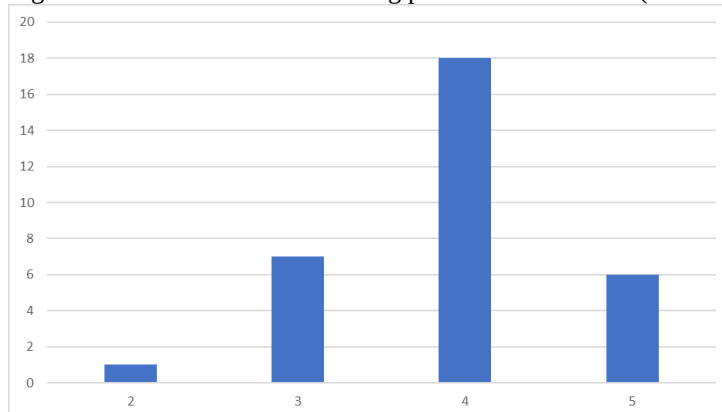
Figur 15 Tilfredshet med utredning på en skala fra 1 til 5 (en er lite og 5 er veldig fornøyd)



Svært få pasienter er orientert om ulike behandlingsformer. Dette kan virke å være relatert til at det ikke er noe klar behandlingsprofil ved flere av tilbudene som gis. Der pasienten får FBT i ABUP er det tydelig hva som er behandlingstilnærmingen. Ved flere av de andre tilbudene som gis er det vanskelig å sortere i hvilke type kunnskapsbasert behandling som tilbys denne pasientgruppen. Dette kan også ha sammenheng med komorbide tilstander. Ofte får pasienten primær oppfølging for denne tilstanden. Dette kan være hensiktsmessig. Det skal ikke utelukkes. I 67% av forløpene vurderes å ha kunnskapsbasert behandling, gitt gjennomgangen av journalene. 55% av alle sakene mottar FBT, i tråd med de nasjonalfaglige retningslinjene.

De resterende er det vanskelig å si hvilke type behandling som gis. Det er vanskelig å konkludere om behandlingen som tilbys for spiseforstyrrelser er god nok, da flere pasienter har komorbide tilstander som gjør det utfordrende å avklare om tilbudet er tilstrekkelig.

Figur 16 Tilfredshet med behandling på en skala fra 1 til 5 (en er lite og 5 er veldig fornøyd)



Oppsummert fra auditen:

- Antall overganger øker med kompleksitet og komorbiditet.
- Kompliserte pasientforløp er de med komorbid traumelidelser og/eller personlighetsforstyrrelse
- Det er vanskelig å avklare kriterier for hvor pasienten får sitt tilbud.
- Mangelfull dokumentasjon av vekt og vektkontroll.
- ABUP har god oversikt og dokumentasjon av vekt (vekttabeller og kurver).

- Flertallet mangler krise- og mestringsplan.
- Vanskelig å identifisere kunnskapsbasert behandlingstilnærming der det ikke gis FBT ved ABUP og i PHV-V.
- Mangelfull involvering av lege i KPH.
- Behov for involvering av pårørende og familie i større grad i PHV-V.

7.6 Workshop spiseforstyrrelse

Denne ble gjennomført med 42 deltakere tilstede, med eksterne deltakere fra RASP og Sykehuset i Vestfold⁴⁵.

Klinikere i work shopen melder tilbake om mangelfulle rammer i klinikken, som gjør det vanskelig å rekruttere ansatte til å ville jobbe med denne problemstillingen. De opplever lite fokus på fagutvikling og kompetanseløft innen dette området. Unntaket er ABUP, hvor en ser at det har vært en utvikling.

Klinikere ønsker seg:

- Kollegaveiledning – nettverk som en er en del av
- Fagteam som jobber med samme problematikk.

Klinikken mangler følgende:

- Gruppetilbud
- Samkjørte tjenester
- Fleksibilitet
- Spesialisert poliklinikk
- Dagtilbud
- Kompetanse

Det er et behov for mer kompetanseheving og en spesialisert poliklinikk hvor en har et større faglig nettverk til å jobbe med denne pasientgruppen. En anbefaling er at det bør etableres en grad av grunnkompetanse i klinikken, som flere deler.

Ved å jobbe med tidlig intervensjon, vil en kunne redusere behovet for døgntilbud. God samhandling mellom tjenestenivåene er viktig. Det mangler i dag.

Hovedkonklusjon er behov for kompetanseheving og endring i tjenestens struktur og organisering. Det ønskes at ledelsen velger å satse på og prioritere kompetanseheving innen dette området, med felles plattform og kompetanseheving i klinikken, hvor en også sikrer en transdiagnostisk tilnærming som er bærekraftig. Samhandling på tvers av enheter, avdelinger og ikke minst mellom PHV-BU og PHV-V ble ansett som viktig.

Fremtidens helsetjeneste for aktuell pasientgruppe er kunnskapsbasert tilnærming, i team, hvor pasienter kan eskaleres og deeskaleres avhengig av pasientens symptomtrykk og hvor en har valgt å sate på kompetanseheving og teamarbeid. Slik får en et robust fagmiljø.

⁴⁵ Vedlegg 2 – referat work shop 24.08.22.

Ikke etablert en tjenestekjede med mulighet for eskalering/deeskalisering avhengig av pasientens somatiske og psykisk status. Unntak ABUP, hvor poliklinikk og dag er etablert. Uklart ang. behandlingstilbud ved døgn, da det primært er snakk om akuttbehandling.	Tiltakskjede etablert med DPS både som inngang- og utgang av behandlingsskjeden. Etablere dagtilbud som p.t. mangler. Poliklinikk, dag og døgn – formalisert i voksen.
Ikke etablert samhandling mellom PHV-BU og PHV-V	Etablert samhandling når det kommer til ungdom, 16-20 år.
Uklart innhold i behandling ved døgn.	God struktur for behandling, som fyller tiden som innlagt. Tydelig miljøterapeutisk tilbud.
Ad hoc pårørendeopplæring i PHV-V, systematisert i PHV-BU.	Systematisert psykoedukasjon for pårørende
Ikke veiledende retningslinjer og klare forventninger til omfang (oppmøtefrekvens) og varighet	Etablert tydelige forventninger om varighet og hyppighet i oppfølging av pasientene.
Overganger og behandlerbytte i pasientforløpene som medfører reduksjon i pasientsikkerhet og faglighet	Redusere antall overganger og terapeutbytter.
Ikke avklart pasientforløp for pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, over tid – behandlingsutfordringer knyttet til tvang/frivillig og somatiske forhold («severe and enduring» spiseforstyrrelser).	Avklart pasientforløp for samtlige pasienter, også de alvorlig psykisk syke med somatiske tilstander som utfordrer behandlingssystemet p.t.

7.8 Pasientforløp

Pasientforløp er allerede utarbeidet for KPH og foreligger i elektronisk kvalitetshåndbok (EK) pr. november 2022. Med bakgrunn i journalaudit og gjennomgang av pakkeforløp samt nasjonalfaglige retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser, er pasientforløpet revidert og lagt ved funksjonsutredningen (vedlegg 3). Under er hovedtrekkene i pasientforløpet presentert.

Arbeidsgruppen anbefaler følgende:

7.8.1 Utredning

Utredning skal gjøres i samsvar med nasjonal faglig anbefaling:

- Innkomst
- Klinisk intervju
- Anamnese
- Somatisk status (inkluderer vekt, høyde, blodtrykk, puls og blodprøver)
- Strukturert/semistrukturert spørreskjema (CH-EDE for barn og unge, EDEQ og CIA fra 14 år og opp).

Alle pasienter skal følges av tverrfaglig team, hvor somatisk kompetanse skal være ivaretatt. Dette enten gjennom psykiater/LiS i enheten, fastlege eller somatisk avdeling. Hver pasient følges av minst to behandlere. For denne pasientgruppen skal det som hovedregel etableres:

- Koordinator jf. §2-5b Rett til koordinator (pasient og brukerrettighetsloven⁴⁶) der det er behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.
- Kontaktlege/kontaktpsykolog jf § 2-5c spesialisthelsetjenesteloven⁴⁷.

Kontaktlege/kontaktpsykolog skal ivareta pasientens behov som medisinsk faglig kontakt og bidra til kontinuitet i pasientforløpet.

7.8.2 Behandling

Klinikken skal tilby kunnskapsbasert behandling for pasientgruppen med spiseforstyrrelser, hvilket er som følgende:

- Familiebasert behandling (førstevalg for barn og unge)
- Kognitiv atferdsterapi (CBT ED)
- RO DBT/DBT-eat

⁴⁶ [Lov om pasient- og brukerrettigheter \(pasient- og brukerrettighetsloven\) - Lovdata](#)

⁴⁷ [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)

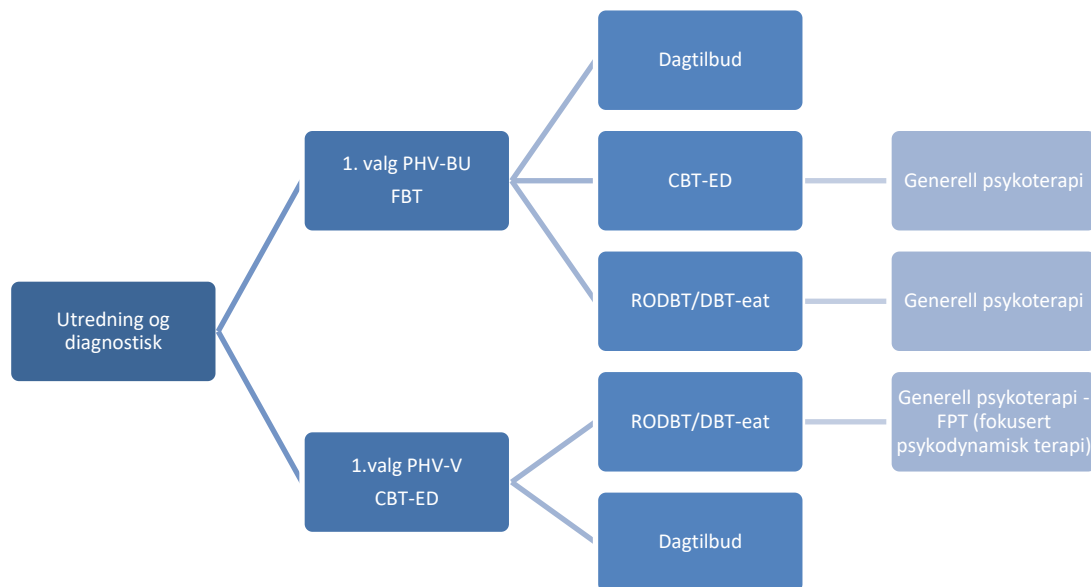
- Dagtilbud/døgntilbud med miljøterapi og måltidsstøtte samt recoveryorientert tilnærming

I nasjonal faglige retningslinjer omtales individuell psykoterapi rettet mot spiseforstyrrelser. Ved anoreksi anbefales ingen spesifikke psykoterapier fremfor andre. I internasjonale retningslinjer som Nice Guidelines, fremkommer det derimot anbefalinger om spesifikke terapeutiske tilnærminger som CBT-ED⁴⁸. Arbeidsgruppen anbefaler spesifikk kunnskapsbasert tilnærming og etablering av tilnærminger som er transdiagnostiske. Med transdiagnostisk behandling, vil det si at de terapeutiske teknikkene og metodene kan anvendes ved flere tilstander. Dette vurderes både som kostnadseffektivt og ikke minst sikrer ferdighets- og mengdetrening i de terapeutiske tilnærmingene hos terapeuten.

Enighet om terapeutisk tilnærming vil også bidra til at pasienter i større grad får en enhetlig og helhetlig tilnærming i sin behandling, noe som reduserer opplevelsen av fragmentert behandlingstilbud og kan bidra til mer effektive og nyttige pasientforløp.

Veiledende antall timer for vurdering av effekt ved CBT-ED er 40 timer, over 40 uker, med to timer pr uke de første 2-3 ukene.

Figur 18 Behandlingstilnærming i klinikken for spiseforstyrrelser



Der pasienten har samsykelighet må behandlingen tilpasses slik at pasienten mottar behandling for sin til enhver tid hovedtilstand og eventuelle komorbide tilstander. Det kan således være aktuelt å inkludere andre tilnærminger i behandlingen (være seg traumebehandling o.l.).

Døgntilbud anbefales gitt der det er klar indikasjon for dette. Være seg:

- alvorlighetsgraden i symptombildet, ustabile somatiske parametere og/eller
- sammenbrudd i omsorgssituasjonen for barn og unge.

Inklusjonskriterier for innleggelse skal være i henhold til nasjonal faglige retningslinjer. Det bør settes et maksimalt antall uker for innleggelse (eksempelvis 12 uker⁴⁹).

⁴⁸ [Recommendations | Eating disorders: recognition and treatment | Guidance | NICE](#)

⁴⁹ DPS Follo, spesialisert enhet for spiseforstyrrelser har maksimalt antall uker for innleggelse, 12 uker. Vurdert med god effekt på behandling.

Innhold i døgntilbudet og det strukturerte dagtilbudet må avklares nærmere avhengig av profilen enheten velger. Profilen til enheten som skal tilby døgn- og dagtilbud må utarbeides i avdelingen og enheten(e) hvor tilbudet skal etableres med involverte fagpersoner og ledere. Det bør imidlertid samsvare med behandlingsmodellene som er kunnskapsbasert. Klinikken bør kunne tilby kunnskapsbasert behandling på lavest mulig nivå, for å reduseres sannsynlighet for behov for døgninnleggelse. Der pasienter har symptomer på alvorlige spiseforstyrrelser og poliklinisk behandling ikke er effektiv, bør en vurdere en intensivering i form av gruppebehandling og også dagtilbud. Klinikken pasientforløp må tydeliggjøre at pasienter kan eskalere og deeskalere behandlingstilbudet avhengig av forløpet til tilstanden.

7.8.3 Frivillighet versus tvang

Innleggelse til behandling bør være basert på motivasjon om endring og hovedsakelig frivillighet. Hovedregel skal være at helsehjelp for spiseforstyrrelser gis frivillig⁵⁰. Et antall pasienter vil ikke samtykke til nødvendig helsehjelp. Det må da vurderes med bakgrunn i psykisk helsevernloven om det er grunnlag for å etablere tvungent psykisk helsevern.

Ved spiseforstyrrelser kan både hovedvilkåret om alvorlig sinnslidelse (jf. [HR-2015-01752-A](#)), være tilstede, samt manglende samtykkekompetanse og tilleggsvilkåret være oppfylt. Manglende samtykkekompetanse ved spiseforstyrrelser, fremkommer i lovens forarbeid ([Prop. 147 L \(2015-16\) \(regjeringen.no\)](#)). Det må alltid fremkomme av en samlet vurdering om tvang er beste tilnærming.

7.8.4 Severe and enduring Anorexia Nervosa

Ca 20% av pasientpopulasjonen med anoreksi vil ikke ha effekt av behandling og klassifiseres som «severe and enduring»⁵¹. «Severe and enduring» anoreksi, vil si en tilstand som har vedvart utover 8-12 år (sett opp mot pasientens alder), til tross for behandlingsforsøk. Der dette er tilfelle bør pasientens behandling primært være rettet inn mot stabilisering.

Det anbefales følgende tilnærming ved denne pasientgruppen:

- Etablere behandlingsteam
- Søke om bistand fra RASP responsteam, drøft frivillighet versus tvang knyttet til pasienten.
 - Spørsmål om pasienten har vært tilstrekkelig underlagt tvang.
- Vurder behandlingen som er gitt over tid, sammen med pasient og pårørende.
- Utforme behandlingsplan i samarbeid med pasient med sikte på stabilisering og ivaretagelse av somatisk og psykisk helse – hovedfokus er habilitering.
- Behandlingsplan og samlet vurdering legges frem for Klinisk etisk komite for drøfting og veiledning der dette vurderes som ønskelig etisk sett grunnet usikkerhet i vurderingsgrunnlaget.
- Etablere monitorering av vekt og somatiske parametere med innleggelse for stabilisering og vektoppgang når samlet vurdering tilsier dette og/eller funksjonsfall.
- Sikre en kommunal samhandling

7.8.5 Samhandling

Det bør etableres samarbeidsnettverk internt i klinikken, på tvers mellom enheter og avdelinger.

Det oppfordres til et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten og somatikken for aktuell pasientgruppe. Det er nødvendig å utrede og avklare et fast kontaktpunkt i somatikken ved medisinsk avdeling og barneposten for veiledning og konsultasjon, der det er somatiske forhold som tilsier dette, samt forhold som tilsier at begge klinikker er involvert i pasientforløpet.

⁵⁰ [Samtykke - Helsedirektoratet](#)

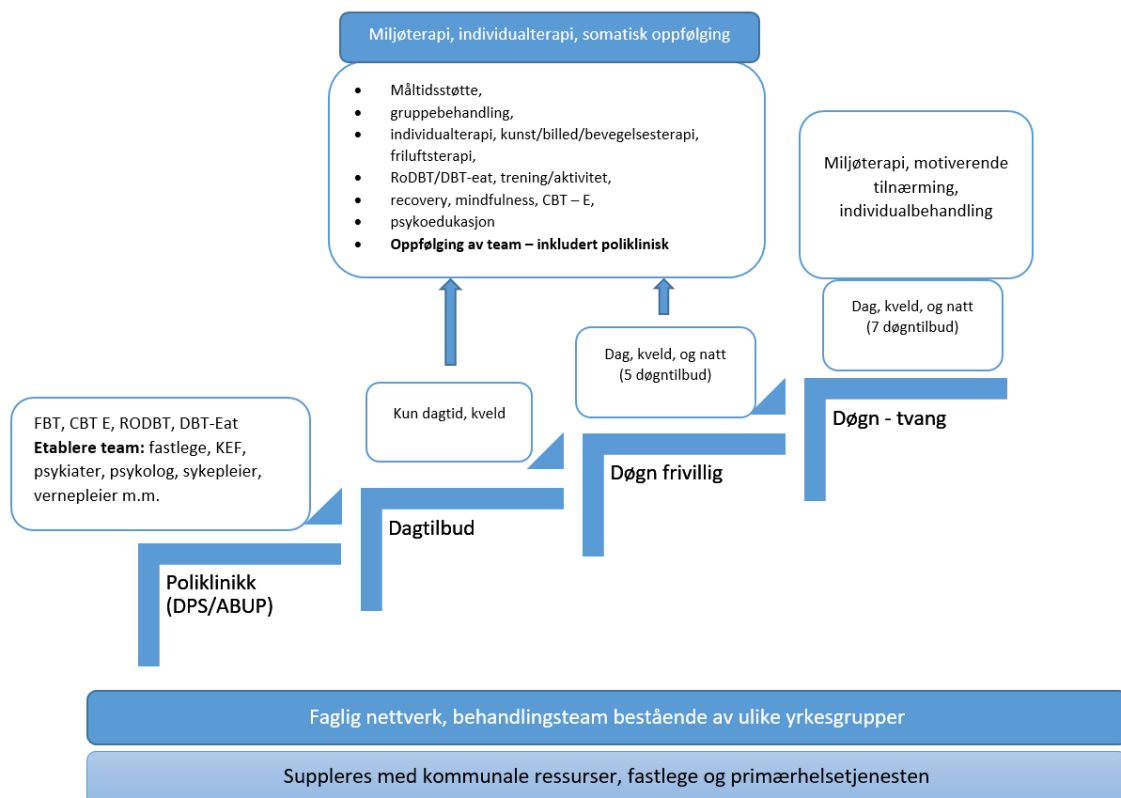
⁵¹ [Managing Patients With Severe and Enduring Anorexia Nervosa: When Is Enough, Enough? - PubMed \(nih.gov\)](#)

- Innhold og omfang av samhandling må avklares med de somatiske klinikkene.

Et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten kan bidra til forebygging og tidlig intervensjon for pasientgruppen. Klinikken ønsker å invitere kommunehelsetjenesten til samhandling og nettverk for oppfølging av denne pasientgruppen.

- Innhold og omfang av samhandling med kommunehelsetjenesten i faglig nettverk må avklares med kommunehelsetjenesten (SPR), knyttet til samhandlingsforløp.
- Arbeidsgruppen anbefaler å etablere samhandling gjennom Samhandlingsrådet for psykisk helse og rus.

Figur 20 Organisering av tjenestetilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser ved KPH



Det anbefales en mer strukturert tilnærming til pasientgruppen hvor det etableres kunnskapsbasert behandlingstilbud i poliklinikk med mulighet for å intensivere med gruppebehandling, dagtilbud og også døgnbehandling – dersom tilstanden tilsier dette.

7.9 Organisering av tjenestetilbudet

Arbeidsgruppen er omforent når det gjelder innhold i tjenestetilbudet og behov for kompetanseløft i klinikken. For å utarbeide videre forslag til organiseringsmodeller har arbeidsgruppen gjennomgått Funksjonsutredning PSA og organiserings- og funksjonsfordelingsmodeller som allerede foreligger. I tillegg har en lagt til grunn følgende:

- Pasientgruppen består av et relativt lavt antall individer, gitt prevalenstillene.
- Terapeuter har behov for mengde- og ferdighetstrening for å være spesialisert
- Reduksjon i antall sårbare overganger i pasientforløpet

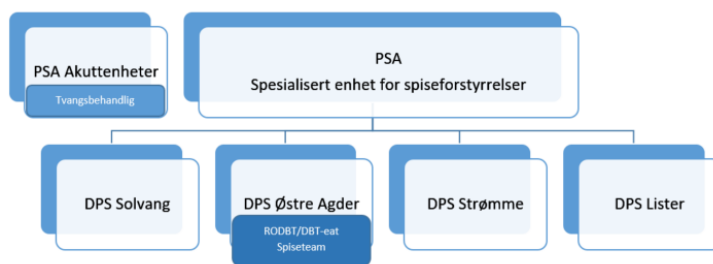
- Pasientgruppens behov for et helhetlig pasientforløp som inkluderer både frivillighet og behandling basert på tvangsvedtak.

Med bakgrunn i dette har gruppen videreutviklet to av alternativene fra funksjonsutredning, henholdsvis alternativ D og alternativ H⁵², samt inkludert ABUP i de ulike organisasjonsmodellene. Valg av alternativ utover 0 alternativet, baserer seg på vurderingene gjort i Funksjonsutredning PSA. Dette gir følgende alternative organiseringer:

7.9.1 0-alternativet

- Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser forblir ved enhet C i PSA, Arendal.
- Antall døgnplasser forblir uendret (9). Døgnbehandling omfatter 7 døgn tilbud, primært til komplekse tilstander.
- Enheten forvalter primært ikke tvang, som beltelegging og sondeernæring. Omfatter tilbud til pasienter over 18 år.
- Ingen endringer for øvrig i organisering og tilbud.

Figur 21 Organisering og oppgavefordeling 0 alternativet

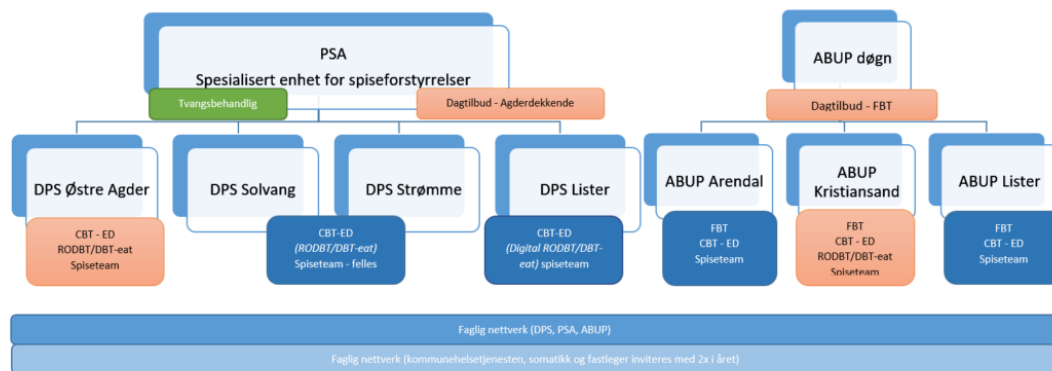


7.9.2 Alternativ A (tidligere D)

- Døgnbehandling tilbys ved Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser, PSA – Arendal. Enheten håndterer både frivillig og behandling i henhold til vedtak etter psykisk helsevernloven. Antall døgnplasser justeres etter behov. Døgn omfatter både 5 døgn og 7 døgn.
- Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser, PSA Arendal, tilbyr også dagtilbud.
- Veiledningstilbud og ambulant oppfølging til DPS døgn og DPS poliklinikk, ved behov.
- Utredning og behandling av spiseforstyrrelser tilbys poliklinisk ved DPS-ene.
 - Det etableres spisetem ved henholdsvis DPS Østre Agder, DPS Lister og et felles team ved DPS Solvang/DPS Strømme. Alle DPS skal kunne tilby CBT-ED. RO DBT/DBT-eat tilbys primært ved DPS Østre Agder. På sikt etableres det ved DPS Solvang/DPS Strømme som felles team. Tilbys digitalt til DPS Lister.
- ABUP opprettholder sin organisering, men i tillegg til FBT, skal alle polikliniske enheter tilby CBT-ED for pasienter som ikke profiterer på FBT. ABUP Kristiansand får i oppgave å etablere RO DBT/DBT-eat, Agderdekkende.
- Det etableres faglig nettverk i klinikken med faste møtepunkter. Nettverket omfatter både PHV-BU og PHV-V.
- Det etableres et formalisert samarbeid med somatikken rundt den aktuelle pasientgruppen.
- Kommunehelsetjenesten, fastleger og somatikken inviteres inn i fagnettverket – minimum 2 ganger pr. år.

⁵² Funksjonsutredning PSA (vedlagt oversikt over funksjonsfordelingsmodeller for spiseforstyrrelser PSA).

Figur 22 Organisering og oppgavefordeling A alternativet



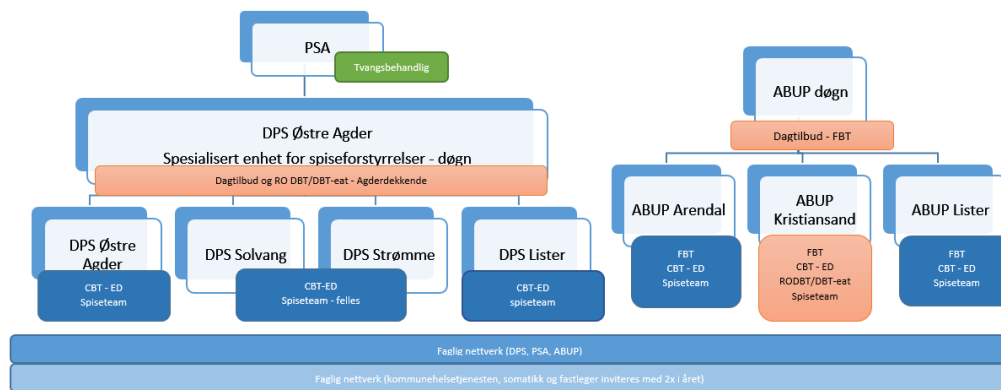
7.9.3 Alternativ B (tidligere H)

- Behandling av spiseforstyrrelser etter vedtak i lov om psykisk helsevern gjennomføres ved akutenheter ved PSA.
- Det opprettes en spesialisert enhet for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder.
 - Enheten tilbyr døgner, dag og poliklinisk behandling.
 - Enheten vil ha hovedansvar for RO DBT/DBT-eat for voksenpopulasjon.
 - Veiledningstilbud og ambulant oppfølging til DPS døgner og DPS poliklinikk, ved behov.
 - Mulighet for sykehushotell i forbindelse med døgnenhet utredes av enheten selv.
 - Døgner omfatter primært 4 døgnplasser, 5 døgnstue (unntaksvis 7 døgn).
- Utredning og behandling av spiseforstyrrelser tilbys poliklinisk ved DPS-ene.
 - Det etableres spiseteam ved samtlige DPS bestående av minst to fagperson. Somatisk kompetanse må inngå i teamet, enten ved fastleges deltakelse eller psykiater/Lis. DPS Strømme og Solvang samarbeider om etablering.
 - Alle DPS skal kunne tilby CBT-ED. RO DBT/DBT-eat tilbys primært ved DPS Østre Agder. På sikt etableres det ved DPS Solvang/DPS Strømme som felles team. Tilbys digitalt til DPS Lister.
- ABUP opprettholder sin organisering, men i tillegg til FBT, skal alle polikliniske enheter tilby CBT-ED for pasienter som ikke profiterer på FBT. ABUP Kristiansand får i oppgave å etablere RO DBT/DBT-eat, Agderdekkende.

Faglig nettverk og samhandling driftet av den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser:

- Det etableres faglig nettverk i klinikken med faste møtepunkter. Nettverket omfatter både PHV-BU og PHV-V.
- Det etableres et formalisert samarbeid med somatikken rundt den aktuelle pasientgruppen.
- Kommunehelsetjenesten, fastleger og somatikken inviteres inn i fagnettverket – minimum 2 ganger pr. år.

Figur 23 Organisering og oppgavefordeling A alternativet



7.10 Vurderingskriterier og vurdering av alternativer

For å kunne velge mellom de ulike alternativene utarbeidet i funksjonsutredningen, er det i mandatet stilt krav til følgende; *det skal utarbeides en modell og vurderingskriterier for valg av løsning blant de alternativene som utredes.*

Følgende seks kriterier er benyttet for å vurdere de ulike funksjonsfordelingsmodellene:

- Måloppnåelse med hensyn til kapasitet.
- Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø.
- Tilbud som speiler Agder befolknings behov.
- Driftsøkonomi, investeringskostnader, økonomisk bærekraft.
- Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken.
- Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Fremgangsmåte for konkretisering og vurdering av de ulike alternativene bygger på Konseptfaserapportens fremgangsmetode for valg av alternativer. Kunnskapsgrunnlaget for de vurderingene som foreligger er hentet fra følgende:

- spørreundersøkelsen «Kartlegginger av funksjoner PSA»,
- analyser gjennomført i temaspesifikke arbeider
- aktuelle planverk og føringer som er lagt til grunn for arbeidet
- framskrivning gjennomført i forbindelse UP 2030 og UP 2040
- Ny modell for framskrivning i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Journalaudit av pasienter med diagnostisert spiseforstyrrelser, KPH.
- Work shop gjennomført i klinikken

I likhet med utviklingsplanen og konseptfaserapporten Nybygg psykisk helse v3.1, benyttes det her en poengskala (fra 1 til 5 poeng) for vurderinger, uten at hvert kriterium er vektet kvalitativt. Arbeidsgruppen gir på bakgrunn av dette sitt råd til styringsgruppen vedrørende organisering og funksjonsfordeling for oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelser i klinikken som helhet.

Under fremkommer arbeidsgruppens operasjonalisering av de ulike vurderingskriteriene og vurdering.

7.10.1 Måloppnåelse med hensyn til kapasitet

Beregninger av fremtidig *kapasitetsbehov* er basert på Statistisk sentralbyrås prognose (SSB) for befolkningsutvikling, egne vurdering av sykdoms- og faglig utvikling, samt intern omstilling og samhandling med andre deler av helsetjenesten.

En forutsetning for kapasitetsvurderingene som foreligger i konseptfaserapporten for PSA Nybygg psykisk helse er at døgnbehandling av moderate tilstander fortsatt tilbys ved DPS døgnpost. Det ble i forbindelse med konseptfaserapporten besluttet at 10 døgnplasser opprettholdes i DPS for å optimalisere PSA sin drift i nybygget. Psykiatrisk sykehusavdeling skal primært gi et behandlingstilbud til pasientgruppen med behov for omsorgsnivå tilsvarende deres rammer og mulighet for å utøve tvang i henhold til lov om psykisk helsevern. Måloppnåelse med hensyn til kapasitet forutsetter faglig utvikling i samsvar med ny modell for framskrivning:

- Forsterket poliklinisk innsats
- Digitalisering
- Økning i dag- og poliklinisk tilbud.

Primært er det forventet en økning i denne pasientgruppen, når det kommer til aldersgruppen 15-40 år⁵³.

Tabell 12 Vurdering måloppnåelse med hensyn til kapasitet

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	2	Dagens organisering har ikke tilstrekkelig kapasitet. Utfordringer knyttet til å dekke behovet for pasienter som har behov for noe mer intensivt behandlingstilbud enn poliklinisk. Ingen kapasitet på dagtilbud. Lav kapasitet i PHV-V når det gjelder kunnskapsbasert behandling poliklinisk. Klarer ikke p.t. å dekke behovet for pasientgruppen. Benytter ikke døgnplasser beholdt for moderate tilstander i DPS. Utfordrende, men bedre kapasitet i PHV-BU. Ikke tilstrekkelig spesialiserte behandlere, mangler somatisk kompetanse (LiS, psykiater).
Alternativ A	3	Bedre måloppnåelse. Inkluderer et dagtilbud og forsterket poliklinisk innsats. Spørsmål om tvang/frivillig på samme enhet vil påvirke kapasitet. En enhetlig tilnærming som kan gi bedre kapasitet. Utnytter ikke kapasitet i DPS og legger døgnplasser som kan håndteres med lavere omsorgsnivå på øverste, spesialisert, nivå.
Alternativ B	4	Kapasitet anses som bedre ved tilbudet da en tar i bruk også døgnplasser i DPS og styrker tilbudet på et lavere nivå. Dette er forventet å redusere behovet for PSA og redusere behovet for tvang. Det inkluderer både digitalisering, forsterket poliklinisk innsats og gir bedre utnyttelse av samlet ressurs i klinikken. En større bekymring om at pasienter med behov for tvangsbehandling grunnet spiseforstyrrelser kan oppta plasser i akutenheter over lengre tid og slik redusere

7.10.2 Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø

Pasientsikkerhet viser i denne sammenhengen til tilstedeværelse av forebyggende faktorer med hensyn til uønskede hendelser. Vurdering av pasientsikkerhet skal gjøres med bakgrunn i om organiseringen bidrar til følgende:

- Redusere sannsynligheten til uønskede hendelser, være seg avvik knyttet til manglende somatisk oppfølging (vekt/blodprøver), innsyking, suicid.
- Forebygge innleggelser i henhold til tvang, jf. psykisk helsevernloven.
- Sikre kunnskapsbasert tilnærming i utredning og behandling.
- Redusere uønsket variasjon i pasientforløpene og antall overganger i pasientforløpet
- Bidra til integrert behandling mellom ulike omsorgsnivåer og tjenestenivåer og redusere fragmentering av ansvar.
- Redusere antall reinnleggelser og bidra til større mestring utenfor institusjonen.
- Sikre integrert oppfølging mellom psykisk helsevern, somatisk oppfølging og kommunalt tilbud.

Faglig kvalitet er kriteriet som tilsier best kvalitet i behandlingen av personen med spiseforstyrrelse og om den foreslåtte funksjonsfordelingsmodellen er i samsvar med de tiltak som foreligger i Ny modell for framskrivning med tanke på fremtidens helsetjenester⁵⁴. Dette være seg:

- dagtilbud,
- økt bruk av forsterket poliklinisk tilbud,
- digitalisering, og

⁵³ Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

⁵⁴ Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- gruppebehandling.

Faglig kvalitet vurderes også opp mot de faglige føringene som foreligger på det aktuelle fagfeltet. Følgende er sentralt ved funksjonsutredning for spiseforstyrrelser:

- Nasjonal faglige retningslinjer for utredning og behandling av spiseforstyrrelser
- Pakkeforløp/pasientforløp for pasienter med spiseforstyrrelser

Kriteriet *arbeidsmiljø* defineres i denne sammenheng i kontekst av pasientsikkerhet og kvalitet. Organiseringen og funksjonsfordelingen må bidra til:

- kompetanseoverføring og stimulering til faglig utvikling
- robuste faglige miljøer
- etablering av faglig nettverk/team, hvor funksjonsutredningen sikrer at flere fagpersoner og ulike faggrupper er involvert i arbeidet med den alvorlig psykisk syke pasienter
- bidrar til å etablere utvidet team, som igjen inkludere kommune/andre faginstanser/fastlege.
- Bidra til tilgang til kvalifisert bemanning og personell med bemanningsfaktor i tråd med kompetanse.

Tabell 13 Vurdering pasientsikkerhet, faglig kvalitet og arbeidsmiljø

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	2	Enheten blir isolert, faglig sett. Det vil ikke redusere antall overganger, noe som øker pasientrisikoen. Forebygger ikke innleggelser, eller sikrer kunnskapsbasert tilnærming i utredning og behandling. Reduserer ikke uønsket variasjon i pasientforløpene. Fragmenterte og oppdelte forløp, med stor risiko for reinnleggelser pga mangel på dagtilbud og forsterket tilbud i PHV-V. PHV-BU har noe bedre skår. Faglig sett er det uønsket variasjon knyttet til faglig tilbud. Ikke spesialisert i DPS, og stor grad av reinnleggelser også i PSA. Sårbart med tanke på kompetansepersoner og manglende fagteam i PHV-V. Fragmentert faglig. Bedre i PHV-BU. Mer enhetlig grunnet pasientforløp. Arbeidsmiljøet er godt ved de ulike lokasjonene, men det oppleves høyt arbeidspress der en ikke har spisetam og opplever at en står alene med utfordringene. Noe bedre forhold i PHV-BU. Mangler ressurser, faglig sett, i dag. Sikrer ikke samhandling mellom PHV-V og PHV-BU.
Alternativ A	3	Høyere pasientsikkerhet når tvang blir håndtert internt i en spesialisert enhet i PSA. Pasientrisikoen noe redusert som følge av antall overganger mellom enheter og omsorgsnivåer. Flere pasienter som vil ha overgang mellom DPS og PSA. Bedre faglighet da spesialisert personell håndterer også tvangsbehandling, ikke akutenhetene. Skjerner pasientene fra støyende avdelinger. Færre overganger enn 0 alternativet. Bekymring for mindre integrert tilbud, da poliklinisk – DPS, skilles fra dagtilbud og døgn i PSA. Både A og B har mindre fragmentert og mindre sårbart tilbud enn 0 alternativet. Spørsmål om somatisk oppfølging vil være enklere når PSA har samlet tilbud til denne pasientgruppen. Selv om det er en samlokalisering, tvang/frivillig, ikke sikkert at dette er det arbeidsmiljøet ønsker seg. Bemanning er et kjernepunkt, for samtlige alternativer. Det er ikke flere ressurser enn en har i dag. Mulig noe pluss når det gjelder redusere press/stress inn mot akutenhetene. Et tryggere pasientforløp når en behandlingsskjede er etablert med nettverk. Kunnskapsbasert tilnærming til utredning og behandling. Gjelder spesielt PHV-V. Bedre samhandling mellom PHV-V og PHV-BU. Sikrer bedre samhandling med kommune, somatikk og fastlege. Bedre faglig oppfølging og alternativer når det kommer til kunnskapsbasert behandling PHV-BU. Rett kompetanse vil ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet.
Alternativ B	4	Det foreligger ikke erfaring med dette tilbudet. Det er forventet å redusere antall overganger for det største antallet (N) med spiseforstyrrelser. Det er få pasienter som vil ha behov for tvangsbehandling i PSA. Dette er antatt å være >5 pr. år. Den største andelen pasienter har og får sitt tilbud poliklinisk. Det er få reinnleggelser når en tar i bruk RO DBT/DBT-eat, basert på DPS Østre Agder sine erfaringer og tall. En vil således anta at denne organisering vil redusere antall overganger og sikre mer integrert oppfølging av de fleste pasientene. Det vil gi dagtilbud og forsterket tilbud til de pasientene som har behov for dette. En jobber mer intensivt, på lavere nivå og vil sann sett kunne redusere innsyking. Negativt at en kan belaste sårbare ressurser i akutenheten og også negativt med tanke på akutenhetenes arbeidsmiljø. Positivt med tanke på arbeidsmiljø ved en spesialisert enhet som p.t. har rapportert at en ikke ønsker tvangsbehandling (tvangsmiddelbruk) kombinert med frivillig behandling. Tvangsbruk skal reduseres, slik vil en også arbeide i tråd med føringer i OBD. Et tryggere pasientforløp når en behandlingsskjede er etablert med nettverk. Har mulighet for å legge pasienter på TUD inn frivillig ved enheten. Det vil bli et større fagmiljø med døgn, dag og poliklinikk – noe som igjen vil kunne bidra til bedre rekruttering. Kunnskapsbasert tilnærming til utredning og behandling. Gjelder spesielt PHV-V. Bedre samhandling mellom PHV-V og PHV-BU. Sikrer bedre samhandling med kommune, somatikk og fastlege. Bedre faglig oppfølging og alternativer når det kommer til kunnskapsbasert behandling PHV-BU. Rett kompetanse vil ha en positiv effekt på arbeidsmiljøet.

7.10.3 Tilbud som speiler Agders befolkningsbehov

Agders befolkning behov er definert her med bakgrunn i Samhandlingsmeldingen på Agder samt demografisk utvikling og levekårsutfordringer på Agder. Analyser av pasientgruppen med spiseforstyrrelse viser primært et behandlingsbehov i de kystnære kommunene, med størst andel

pasienter i behandling i henholdsvis Arendal og Kristiansand. SSB viser tendenser mot en økning av eldre i distriktene, spesielt vest i fylket, med færre yngre.

Kommunehelsetjenesten rapporterer om økt press knyttet til aktuell pasientgruppe i ungdomsalder. Dette gjelder spesielt i storbyene. Videre fremkommer det i folkehelseundersøkelsen på Agder et barn og unge, med særlig vekt på unge jenter, dropper i større grad måltider. Det er under pandemien rapportert om større utfordringer knyttet til spiseforstyrrelser.

Tabell 14 Vurdering Tilbud som speiler Agders befolkning

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	2	Tilbudet som gis på Agder har stor del av variasjon, spesielt innen PHV-V. Det er også mangler i likeverdig tilbud i PHV-BU i distriktene. Desentralisert tilbud, gir utfordringer når det gjelder kompetanse. Får ikke gitt et godt nok behandlingstilbud på hele Agder. Det er ingen utvikling i dette tilbudet slik det er p.t. og mangler sånn sett evidensbasert tilbud utover FBT i PHV-BU.
Alternativ A	4	Sentralisering av tilbudet nødvendig, faglig sett – men utfordrende når det kommer til å dekke tilbudet også i distriktene. Gitt befolkningsutviklingen, kan dette være nødvendig, å sentralisere dagtilbud. Ressursmessig er det ikke mulig å etablere flere dagtilbud. Det er få unge i distriktene noe som igjen gjenspeiles i tilbudet og behovene. Gitt nye veier, vil det bli økt mobilitet i pasientgruppen. Tilbudet øker evidensbasert praksis i gruppen for ungdommer og sikrer et tilbud til unge voksne i ABUP med behov for alternativt behandlingstilbud utover FBT. Digitalisering til distriktene, ambulant aktivitet, nettverk og veiledning – vil bidra til at Agders befolkning får sitt behov dekket. Ingen forskjell med neste alternativ.
Alternativ B	4	Sentralisering av tilbudet nødvendig, faglig sett – men utfordrende når det kommer til å dekke tilbudet også i distriktene. Gitt befolkningsutviklingen, kan dette være nødvendig, å sentralisere dagtilbud. Ressursmessig er det ikke mulig å etablere flere dagtilbud. Det er få unge i distriktene noe som igjen gjenspeiles i tilbudet og behovene. Gitt nye veier, vil det bli økt mobilitet i pasientgruppen. Tilbudet øker evidensbasert praksis i gruppen for ungdommer og sikrer et tilbud til unge voksne i ABUP med behov for alternativt behandlingstilbud utover FBT. Digitalisering til distriktene, ambulant aktivitet, nettverk og veiledning – vil bidra til at Agders befolkning får sitt behov dekket. Dersom en får til dagtilbud med sykehushotell vil en kunne få til større grad av tilbud også til distriktene. Ved godt tilbud kan pasienter akseptere reisevei.

7.10.4 Driftsøkonomi, investeringskostnader, og økonomisk bærekraft

Driftsøkonomi viser her til eventuelt økte utgifter knyttet til drift, være seg økt bemanning, eller omorganiseringer som vil medvirke til antatte økte kostnader. Driftsøkonomi handler om driftseffektivitet i pasientbehandlingen. Følgende skal inngå i vurderingen av de ulike organiseringene:

- Kostander til kompetanseheving,
- Omlegging av tjenestetilbudet opp mot inntekter i aktivitet.
- Sannsynlig reduksjon i innkjøp av private tjenester og andre økte driftsutgifter.

Kriteriet *økonomisk bærekraft* uttrykker i hvilken grad klinikken kan håndtere sine økonomiske forpliktelser gitt funksjonsfordelingen som anbefales. Prosjektets "*økonomiske bærekraft*" hjelper oss til å evaluere hvordan identifiserte driftsøkonomiske besparelse sammen med forventet årlig resultat bidrag til å dekke den finansieringskostnad. Vil f.eks. foreslått organisering omfatte:

- Økte kostnader til personell
- Økt behov for tillegg – vakt/turnus
- Økt behov for bemanning
- Kurs/kompetanseheving.

Vurderingen skal baseres på om organiseringen som foreslås, bidra til at ressursene til klinikken benyttes på en bedre måte, yter helsehjelp til flere pasienter, uten at en har behov for økning i personell.

Tabell 15 Vurdering av driftsøkonomi, investeringskostnader og bærekraft

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	2	Driftes med personell også i helger, til tross for stor andel av pasienter som er på permisjon. Lav beleggsprosent opp mot bemanning. Innleievikarer pga rekrutteringsutfordringer. Dersom en skal opprettholde drift i henhold til 0 alternativet, vil det ikke ha store endringer for avdelingens driftsøkonomi, men det vurderes ikke som bærekraftig da en ikke klarer å rekruttere og eventuelt vil være avhengig av innleie og økte kostnader til personell. 0 alternativet vil driftes med samme bemanningsfaktor. Dette har vært 1-1. Behov for å returnere til Dydens vei, ev. behov knyttet til lokaler og organisering.
Alternativ A	4	Vil kreve omlegging av tjenestetilbudet noe som vil omfatte kostnader til kompetanseheving. Ved å etablere en egen spesialisert enhet, vil en kunne ha bredere sammensatt faggruppe og slik også ha bedre rekrutteringsmuligheter. Dagtilbud vil innebære en omstilling av enkelte ressurser fra døgnetil dag. Samtidig vil samdrift sikre en bedre inn/utslusing fra døgnopphold, noe som kan redusere antall reinnleggelser og slik være mer bærekraftig på sikt. En transdiagnostisk behandlingstilnærming anses som mer bærekraftig enn 0 alternativet. Bemanningsfaktoren med bakgrunn i andre HF viser at det ikke nødvendigvis vil kreve mer kostnader til personell. Spørsmålet ang. tvang/ikke tvang. Det vil være kostnadsdrivende. Kunne kreve mer bemanning. Spørsmål om dagens lokaler. Dette vil være utfordrende der en er lokalisert i dag, ved Bjorbekk. Kompetanseheving vil bidra til mer bærekraftige tjenester. Det vil bli økte kostnader til kurs og opplæring, samt veiledning. Dette er imidlertid som forventet, innenfor en kunnskapsbedrift og nødvendig for å opprettholde spesialistkompetanse.
Alternativ B	3	Vil kreve omlegging. Dette vil også innebære kostnader til kompetanseheving. En spesialisert enhet vil anta å bedre rekrutteringen, noe som igjen vil medvirke til redusert innleieutgifter. En transdiagnostisk behandlingstilnærming anses som mer bærekraftig enn 0 alternativet. Dagtilbud vil innebære en omstilling av enkelte ressurser fra døgnetil dag. Samtidig vil samdrift sikre en bedre inn/utslusing fra døgnopphold, noe som kan redusere antall reinnleggelser og slik være mer bærekraftig på sikt. Spørsmål om det er behov for investering knyttet til lokaler og organisering. Bemanningsfaktoren med bakgrunn i andre HF viser at det ikke nødvendigvis vil kreve mer kostnader til personell. Kompetanseheving vil bidra til mer bærekraftige tjenester. Det vil bli økte kostnader til kurs og opplæring, samt veiledning. Dette er imidlertid som forventet, innenfor en kunnskapsbedrift og nødvendig for å opprettholde spesialistkompetanse. Ved å skille ut tvangsbehandling, følges dette ved annen enhet. Dette vil imidlertid legge beslag på ressurser andre steder. Kostnadsdrivende dersom pasienter blir liggende innlagt over lang tid. Det antas å være større behov for investeringskostnader ved dette alternativet enn det ovenfor. Dette med bakgrunn i at pasienter kan bli liggende ved akutenheten over lengre perioder. Den spesialiserte enheten vil kunne veilede og bistå ved enkelttilfeller. Dette vil imidlertid også redusere deres mulighet for å jobbe aktivt i dagtilbud i enheten.

7.10.5 Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Helhetsgrep defineres her som muligheten til å unne sikre helhetlige pasientforløp og større grad av integrert tjenestetilbud samt utnyttelse av kapasitet til klinikken på en best mulig måte. Det vurderes ut ifra om funksjonsfordelingen sikrer enn trinnvis tilnærming til tjenestetilbudet med DPS som veien inn og ut av psykiatrisk sykehusavdeling. Samt en trinnvis tilnærming også i psykisk helsevern for barn og unge. De fleste pasienter som kommer til døgnbehandling har kontakt med flere tjenester, deriblant DPS, kommunehelsetjenesten, barneverntjenesten, somatisk spesialisthelsetjenesten og eventuelt private tjenesteleverandører. Det er viktig å sikre en integrasjon av pasientens helsetjenester- og hjelp. Tjenestetilbudet skal være i henhold til:

- Barnekonvensjonen
- LEON prinsippet⁵⁵
- Likeverdighet på Agder.

Vurderingen skal omfatte om tjenesten med en slik organisering bidrar til likeverdige tjenester, uavhengig av hvor pasienten har bosted, og muligheten til at pasientens tjenestebehov kan eskaleres i omsorgsnivå og deeskaleres, avhengig av kliniske vurderinger. Som det fremkommer i Konseptfaserapporten, *om et pasientforløp oppfattes som helhetlig avhenger av:*

- *Organisering og samarbeid mellom de ulike tjenestene*
- *Organisering av tilbudene pasientene mottar innenfor SSHF*

Målsettingen for pasientgruppen med spiseforstyrrelser er færrest mulig brudd i behandlingstilbudet og oppfølgingen av pasientene. Det tilstrebes å redusere antall overflyttinger mellom ulike enheter i KPH.

⁵⁵ Laveste effektive omsorgsnivå

Med potensiale for *langsiktig utvikling* defineres dette som:

- omstillingsevne,
- fleksibilitet og
- samhandling og kompetanseoverføring internt i klinikken,
- utvikle tilbudet integrert og samlende, mellom enheter og avdelinger.
- Tilbudet skal være både standardisert og fleksibelt.

Tabell 16 Vurdering av helhetstiltak og langsiktig utvikling av klinikken

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	0	Unntak for vurderingen her er ABUP som har vist evne og mulighet til omstilling. ABUP har vist at en kan etablere og utvikle tilbudet, og slik forebygge og redusere antall innleggelser. Det er lite fleksibilitet ved dagens organisering, lav omstillingsevne, samtidig som det fremkommer utfordringer med samhandling og kompetanseoverføring internt i klinikken. Det er ikke etablert og utviklet et integrert og samlet tjenestetilbud for denne pasientgruppen. Det er ikke standardisert.
Alternativ A	4	Større grad av fleksibilitet og mulighet for å eskalere/deeskalere behandlingsintensitet. Transdiagnostisk behandlingsmodell – samme, på tvers mellom enheter og avdelinger gir bedre samhandling og kompetanseoverføring i klinikken. Dette sikres også gjennom fagnettverk og samhandling med kommune/førstelinen. En har et tilbud som er helhetlig og samlet. En får tilbudet på lavest mulig nivå, avhengig av symptom bildet til den enkelte pasient. Dette er i tråd med barnekonvensjonen og LEON prinsippet. Sikrer også enhetlig tilnærming og større grad av likhet mellom PHV-BU og PHV-V. Organisering med fagnettverk gir bedre organisering og samarbeid mellom ulike tjenester og også innenfor SSHF. Ønsker i større grad involvering og samarbeid med somatisk klinikk. Fordel og mulighet med samdrift mellom dag og døgn. Mulighet for fleksibilitet i dagtilbudet.
Alternativ B	4	Større grad av fleksibilitet og mulighet for å eskalere/deeskalere behandlingsintensitet. Transdiagnostisk behandlingsmodell – samme, på tvers mellom enheter og avdelinger gir bedre samhandling og kompetanseoverføring i klinikken. Dette sikres også gjennom fagnettverk og samhandling med kommune/førstelinen. En har et tilbud som er helhetlig og samlet. En får tilbudet på lavest mulig nivå, avhengig av symptom bildet til den enkelte pasient. Dette er i tråd med barnekonvensjonen og LEON prinsippet. Sikrer også enhetlig tilnærming og større grad av likhet mellom PHV-BU og PHV-V. Organisering med fagnettverk gir bedre organisering og samarbeid mellom ulike tjenester og også innenfor SSHF. Ønsker i større grad involvering og samarbeid med somatisk klinikk. Fordel og mulighet med samdrift mellom dag og døgn. Samarbeid med døgn DPS og involvering i et større fagmiljø med større fokus på forebygging. Mulighet for fleksibilitet i dagtilbudet.

De to alternativene, A og B fremstår som svært like og det er lite som vil være forskjellig mellom de når det kommer til dette.

7.10.6 Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Kriteriet *egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner* vurderes her som en funksjonsfordeling som sikrer kontinuitet med kommunehelsetjenesten, med en tydelig samarbeidspartner hvor kriteriene for inntak og «porten inn» til tjenestene er tydelige, samt oppgavefordeling.

Med *utdanningsinstitusjoner* vises det her både til universitetsutdannelser innen sykepleie, lege og psykolog, samt spesialiseringsforløp. Det må vurderes om tjenesten er organisert slik at en sikrer mulighet for praksis og spesialiseringsforløp for aktuelle yrkesgrupper.

Tabell 17 Vurdering av egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	Det er sikret videreutdanning, spesialiseringsforløp ved dagens organisering. En ser imidlertid at det ikke nødvendigvis sikrer samhandling med kommunehelsetjenesten slik en skulle ønske. Ei heller opp mot somatikken. Når det gjelder utdanningsinstitusjoner sikrer en praksiskravet til både lege, psykolog og sykepleier slik det er i dag. Spørsmål om det er riktig at enheten er godkjent for tvang, og tilbyr dette som del av praksis for psykologer – gitt at det fattes få tvangsvedtak ved enheten slik det er i dag.
Alternativ A	3,5	Ved å etablere en enhet som har samlet ansvar både for tvang og frivillig i PSA vil en kunne «fjerne» tilbudet i større grad fra lavterskeltilbudet i kommunehelsetjenesten og fra et tilbud i DPSene. Det kan virke som en lengre vei fra kommunehelsetjenesten og frem til tilbudet i PSA når det gjelder oppgavedeling og samhandling. Det kan imidlertid på den annen side være tydeligere med tanke på hvor ansvaret ligger. Det er spesialisert tilbud. Det kan virke noe fragmentert når det blir spredd på alle DPSene å håndtere samarbeidet med kommunene. Samtidig er DPSene nærmere kommunene og kjenner de bedre og sann sett vil kunne ha en bedre plassering med tanke på «veien inn» i tjenesten.
Alternativ B	4,5	Mye er likt når det kommer til alternativet ovenfor. Imidlertid ser en at en har tvang og frivillig hver for seg. Dette vil kunne bidra til å redusere mulighet for spesialistpraksis for psykologer i spesialisering. Ved å etablere veiledningsnettverk på DPS nivå, vil en ha et nivå nærmere kommunene og deres struktur med tanke på kommunikasjon og veiledning. Det kan imidlertid være uklart for kommunene hvor de skal henvende seg, når det kommer til spesialisert enhet for spiseforstyrrelser. Det krever en tydelig kommunikasjon med tanke på «porten inn». Samhandling og oppgavefordeling med kommunene, må avklares i fagnettverk. Det samme gjelder involvering i faglig nettverk. Dette er et klart «pluss» for både alternativ A og B.

8. Konklusjon og anbefaling

Funksjonsutredningen skal gi en anbefaling når det kommer til funksjonsfordeling og organisering. I tillegg skal den si noe om følgende:

- kunnskapsbasert pasientforløp
- kompetansehevingsplan dersom behov
- ressursbehov

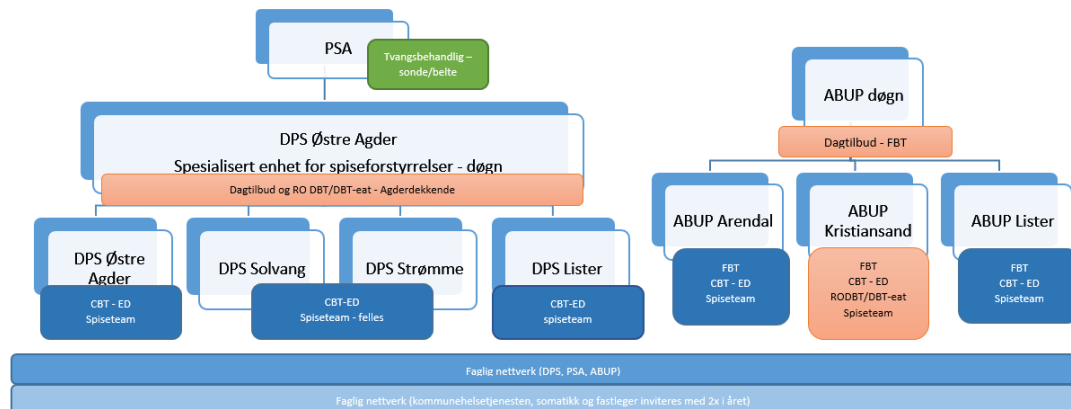
Effekten av anbefalingen skal være:

- Større grad av integrert tilbud, hvor pasienter mottar samtidig tjenestetilbud på tvers av forvaltningsnivåer
- Økt brukermedvirkning og tilfredshet
- Redusert antall reinnleggelser
- Sømløse tjenester, uten ugrunnet opphold
- Likeverdige helsetjenester på Agder.

8.1.1 Konklusjon

En omforent arbeidsgruppe anbefaler at tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser bør organiseres ved en spesialisert enhet med hovedansvar for å sikre tjenestetilbudet til denne pasientgruppen på hele Agder. Anbefalingen er alternativ B:

Figur 24 Organisering av behandlingstilbud ved spiseforstyrrelser KPH



Tilbudet bør omfatte:

- Gruppebehandling
- Dagtilbud
- Døgntilbud
- Faglig nettverk internt og eksternt, mellom KPH, somatiske klinikker og kommunehelsetjenesten.

Anbefalingen baseres på en samlet gjennomgang av samtlige vurderingskriterier, driftsdata og nasjonal faglige retningslinjer for utredning og behandling, samt internasjonal litteratur og Nice Guidelines.

Ved å etablere et spesialisert senter og sentralisere behandlingen, kan en sikre mengdetrening og spesialisert behandling for en pasientgruppe som i utgangspunktet har et lavt antall pasienter. En spesialisert enhet vil være første trinn på behandlingsstigen, og benyttes der lokale tiltak ikke har ført frem. Med lokale tiltak menes kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser.

Ved ABUP sentraliseres funksjonen ved en poliklinisk enhet når det kommer til veiledningsansvar, RO DBT/DBT-eat og dagtilbud. ABUP må med bakgrunn i sin samlede populasjon vurdere hvorvidt CBT-ED bør være et tilbud ved flere lokasjoner, eller bygges opp ved et eller to behandlingssteder. ABUP døgn vil ivareta behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser.

Når funksjonen sentraliseres etableres det en mulighet for å bygge opp et større fagmiljø, med redusert sårbarhet, hvor en har varierte arbeidsoppgaver og tverrfaglig tilnærming. Et større fagmiljø forventes å virke rekrutterende. Det vil også da kunne håndtere pasienter med noe større sykdomsbelastning enn lokalt DPS eller poliklinisk enhet i ABUP. Ved økt sykdomstrykk suppleres behandling med mer intensiv oppfølging, ved dag- og gruppebehandling, ved en spesialisert enhet. Slik vil behandlingstilbudet kunne eskalere og de-eskaleres ved behov, og slik redusere sannsynlighet både for døgninnleggelser og reinnleggelser av pasientgruppen. Dagtilbudet vil gi mulighet for fleksibilitet og styrking av polikliniske tjenester. Dette vil gi pasientene større grad ta kontroll over eget behandlingstilbud.

Erfarings fra andre helseforetak og ABUP, viser at økt innsats poliklinisk, vil redusere behovet for døgninnleggelser. Dette vil i større grad bidra til bærekraftige tjenester og er i tråd med det pasientgruppen også ønsker. En fleksibel tilnærming som gjør de i stand til å kunne håndtere livet utenfor psykisk helsevern.

Det bør tilrettelegges for økt samhandling mellom PHV-V og PHV-BU. Det vil si, at der ungdom over tid har forsøkt FBT uten effekt, bør pasienten kunne få tilbud om dagtilbud ved PHV-V, forutsatt at pasienten er over 16 år.

Med hensyn til likeverdighet på Agder er det en utfordring at en ikke har grunnlag til å kunne opprette et dagtilbud også vest i fylket. Dette handler både om opptaksområdet og ikke minst rekrutteringsutfordringer. For å bidra til likeverdighet i tjenestetilbudet bør det legges opp til digital oppfølging i distriktene, f.eks. digital RO DBT/DBT-eat og digital veiledning/fagnettverk. Det legges til grunn i Ny modell for framskriving at 20% av dagens polikliniske konsultasjoner kan gjennomføres digitalt⁵⁶.

Vedrørende dagtilbudet må en påregne reisetid. Tiden vil reduseres når ny Europavei er bygd. Pr. nå er ikke reisetiden, gitt pasientpopulasjonens størrelse, av et slikt omfang at en kan etablere flere tilbud, mer sentralt i Agder. Dette er en klar føring fra styringsgruppen KPH, om kun et dagtilbud p.t. Dette er også mest forenelig gitt pasientgruppens omfang. Arbeidsgruppen anbefaler imidlertid at det utredes mulighet for «sykehushotell» for de pasientene som kommer lengst vest fra i fylket, ved dagtilbudet. På sikt må en også utrede mulighetene for et dagtilbud vestover i fylket. Gitt at dette viser seg å være en bærekraftig og kostnadseffektiv tilnærming, som bidrar til bedre helsetjenester og økt tilfredshet hos pasientene

Anbefalt organisering skal sikre befolkningen i opptaksområdet tilstrekkelig og god tilgang til trygge, likeverdige og faglig forsvarlig helsehjelp. Dette vurderes å være håndtert gjennom;

- faglig nettverk,
- veiledning digitalt/ambulant
- RO DBT/DBT-eat digitalt
- dagtilbud
- kompetansehevingsplan som fremkommer under punkt 8.1.4,

Tidsintensiv oppfølging ved dagtilbud er i tråd med forslag til tiltak i ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det samme gjelder økt bruk av digital oppfølging og større grad av brukerstyrt poliklinikk. Et godt utviklet dag og poliklinisk tilbud, er slik en leser framskrivningen, en forutsetning for å sikre

⁵⁶ ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf
(regjeringen.no)

tilstrekkelig døgnkapasitet. Etablering av digital monitorering av symptombildet kombinert med poliklinisk oppfølging vil kunne effektivisere forløpene.

Etablering av et faglig nettverk, vil bidra til at klinikken utvikler seg enhetlig når det gjelder behandlingstilbudet til pasientgruppen. Det vil bidra til etablering av et faglig nettverk hvor en lettere vil kunne bidra inn i kompetanseheving og veiledning. Det faglige nettverket bør møtes jevnlig (f.eks. hver 6 uke) digitalt, og 2 ganger pr. år med fysisk oppmøte. Dette vil således bidra til å redusere uønsket variasjon, noe som er i tråd med overordnede føringer og sikre kunnskapsbasert praksis. Det vil i tillegg anbefales at en ved den spesialiserte enheten setter opp faste veiledningstidspunkt for andre enheter.

Døgntilbudet bør være forbeholdt den delen av pasientpopulasjonen som ikke profiterer på poliklinisk behandling og dagtilbud, jf. pasientforløp. Primært skal døgntilbudet tilbys av hensyn til behov for beskyttelse knyttet til alvorligheten av symptombildet, psykisk og somatisk. Enheten anbefales primært å ha 5 døgnstilbud, hvor det understrekes viktigheten av å stabilisere funksjoner og returnere til dag/poliklinisk tilbud. Maks innleggelseslengde bør være 12 uker. Det bør tilrettelegges for fleksibilitet og mulighet for kortere innleggelser, der dette vurderes som hensiktsmessig og ønsket av pasient og/eller behandler. Innleggelse skal fortrinnsvis være frivillig. Dette er også forenlig med tidligere funksjonsutredning.

Organiseringen av den spesialiserte enheten bør lokaliseres ved DPS Østre Agder, hvor en allerede har et godt utviklet fagmiljø for poliklinisk behandling av denne pasientgruppen. Dette kombinert med tilstedeværelse av personell knyttet til Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser (enhet C) PSA Arendal. Dette vil være et godt utgangspunkt slik arbeidsgruppen vurderer det for å sikre et sterkt og godt fagmiljø med mulighet for rekruttering. Det vurderes som lite hensiktsmessig og ønskelig å bryte ned eller fragmentere fagtilbudet som allerede er etablert.

8.1.2Vedrørende tvang versus frivillig

Pasienter under behandling for spiseforstyrrelser kan motsette seg behandling. Som det fremkommer i det rettslige grunnlaget for behandling av spiseforstyrrelser kan det være grunnlag til å fatte vedtak om tvang. Dette kan også være som følge av alvorlige somatiske komplikasjoner ved spiseforstyrrelser. Dette er imidlertid unntaksvis.

En risiko ved å organisatorisk plassering i DPS, er at enheten ikke er godkjent for tvang. Dette vil sette enkelte begrensninger. Gjennomgang av driftsdata viser at det er en forholdsvis liten gruppe pasienter som utfordrer behandlingsapparatet når det kommer til spiseforstyrrelser og etablering av tvungen psykisk helsevern. Nettopp at antallet pasienter er så få, medvirker til redusert mengdetrening og usikkerhet når problemstillingen oppstår.

Ved forrige funksjonsutredning ble det presisert ved SWOT at det var utfordring knyttet til å blande pasienter med tvungent psykisk helsehjelp, og frivillige i en og samme enhet. Overgang mellom tvang til frivillighet og skjult tvang, ble tematisert. Det kan utfordre at en engasjerer seg i forpliktende behandling. Tidligere anbefalinger har vært å differensiere tvang versus frivillig behandling.

En spesialisert enhet for spiseforstyrrelser i DPS må imidlertid kunne håndtere noe mer tvang enn DPS tradisjonelt har gjort og bør således kunne ha pasienter på tvunget vern (med/uten) døgn og kunne forvalte noen grad av tvang. Enheten forventes å kunne åpne dører, selv om den er godkjent for tvang.

Med noe grad av tvang vises det til følgende:

- Pasienter underlagt vedtak om § 3-3/§ 3-2

Dette vil omfatte følgende:

- Vektkontroll
- Tilbakeholdelse/kortvarig fastholdelse (§ 4-8)

- Kontroll av rom (§ 4-6)

Det vil ikke søkes om godkjenning av følgende for enheten:

- Beltelegging
- Tvangsmedisinering (§ 4-4)

Vedtak om tvangsernæring med sonde gjennomføres fortrinnsvis i samarbeid med somatisk klinikk (4A vedtak), eller ved akutenhet i PSA (§4-4).

Der tvangsmiddelbruk benyttes ved akutenhet skal det gjennomføres tiltak for raskt overføre pasienten fra akutenhet til Spesialisert enhet for spiseforstyrrelser. Dette av hensyn til pasientenes ønske, og behov for å frigjøre kapasitet ved akutenhetene. Dersom det er behov for veiledning, kan personalet fra spesialisert enhet for spiseforstyrrelser ved DPS bistå akutenhetene med dette.

Det bør tilstrebes å overføre pasientene snarlig til DPS fra akutenheten.

8.1.3 Pasientforløp

Arbeidsgruppen er omforent om viktigheten av å etablere et enhetlig pasientforløp med felles kunnskapsbasert tilnærming til utredning og behandling av pasientene, hvor det tilrettelegges for en transdiagnostisk behandlingsmetode og vil være behandlingsmetode både ved bulimi og anoreksi. Tilnærmingen erkjenner det faktum at symptombildet til spiseforstyrrelser vil kunne endre seg over tid og migrere fra anoreksi til bulimi til ikke-spesifiserte og atypiske spiseforstyrrelser.

- Utredning og behandling skal følge de nasjonal faglige retningslinjene for utredning og behandling av spiseforstyrrelser samt pakkeforløp for pasienter med spiseforstyrrelser under 23 år.

De utvalgte terapeutiske tilnærmingene baserer seg på;

- nasjonale føringer,
- kunnskapsbasert praksis,
- samt en transdiagnostisk tilnærming tilpasset komorbiditeten i pasientgruppen.

Pasientforløpet vedlagt (vedlegg 3) er utarbeidet for å sikre en enhetlig faglig tilnærming til pasientgruppen. Pasientgruppen skal møtes av en enhetlig faglig profil gjennom hele pasientforløpet, være seg i individualterapi, gruppebehandling, dagtilbud og døgntilbud. Miljøterapien skal utvikles som enhetlig, med en felles behandlingsfilosofi i tråd med RASP sine føringer og veiledning. Slik sikres kontinuitet i tjenestetilbudet. Dette vil også bidra til å redusere sannsynligheten for fragmenterte forløp og sikrer at pasienter blir møtt med en enhetlig behandlingstilnærming.

CBT-ED kan gis både som individualbehandling, poliklinisk, og som gruppebehandling eller mer tidsintensiv terapi ved et dagtilbud eller et døgntilbud.

Behandlingstilnærmingene som er valgt bygger på kompetansebase som allerede er etablert i klinikken. Klinikken har et velutviklet fagmiljø knyttet til kognitiv atferdsterapi. I tillegg er det etablert dialektisk atferdsterapi (DBT) for spiseforstyrrelser ved DPS Østre Agder, samtidig som det allerede foreligger DBT team for barn og unge i Kristiansand. Behandlingstilnærmingene er kunnskapsbaserte for behandling av depresjon, angstlidelser og også personlighetsforstyrrelser. Dette utgjør de mest vanlige komorbide tilstandene ved spiseforstyrrelser.

8.1.4 Kompetansehevingsplan

Det bør initieres en kompetansehevingsplan i klinikken (både for PHV-V og PHV-BU) som sikrer følgende:

- Familiebasert terapi – ABUP.
- Kognitiv atferdsterapi (CBT-ED) for spiseforstyrrelser
- RO DBT/DBT-eat

I tillegg bør det utarbeides kompetansekrav og plan for LiS og psykiater som skal jobbe med denne pasientgruppen. Det samme gjelder for de rettslige forholdene for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser.

- Somatisk undersøkelse og status ved spiseforstyrrelser
- Rettslig grunnlag for behandling av pasienter med spiseforstyrrelse

Kompetansekrav skal gjelde alle som jobber med denne pasientgruppen, og sikre at de får tilstrekkelig kompetanse til å kunne håndtere pasienten.

Vår 2023:

Utarbeide kompetansekrav for leger som skal jobbe med pasienter med spiseforstyrrelse.

- Utarbeide kompetansekrav i samarbeid med medisinsk personell ved somatisk klinikk og fra BUA⁵⁷.
- Utarbeide kompetansekrav i samarbeid med jurist ved SSHF for rettslig grunnlag for behandling.

KPH initierer kurs i CBT-ED.

- Det vil undersøkes om RASP kan bidra med opplæring/kurs eller annen aktør⁵⁸
 - Minimum 16 behandler fra KPH, fordelt på ulike avdelinger, PHV-V og PHV-BU. Minst 2 behandlere pr. enhet som vil tilby CBT-ED.
 - Etterutdanningen vil gå intensivt over ca. 1/2 år (1 semester).
 - Tilbudet vil bestå av en kombinasjon av veiledning og forelesninger, og vil i tilnærmingen være praksisnært. Deltagere må forplikte seg til å ha pasienter med spiseforstyrrelser og ta opp terapitimer på video til framvisning i veiledningsgruppe.
 - Samlet sett 4 dager med undervisning
 - Samlet sett 4 dager med veiledning.

Utarbeide egen kompetanseplan for miljøpersonalet.

Gjennomføre kompetanseprogram for spiseforstyrrelser gjennom RASP for miljøpersonalet.

- Kropp og selvfølelse

Høst 2023

- Opplæring i RO DBT⁵⁹ (oppstart)
- Opplæring går over 3 moduler (2 digitalt), en «in person» i USA.
 - Estimert tid for gjennomføring 9-12 mnd.

I tillegg er det ønskelig å initiere faste hospiteringer ved andre institusjoner 1 til 2 ganger i året for miljøpersonalet ved den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser. Det bør tilrettelegges for faglige impulser og tilegnelse av metoder knyttet til recoveryorientert miljøterapi.

⁵⁷ I tråd med UP2040, tettere samarbeid mellom somatikk og psykisk helsevern

⁵⁸ [Regional kompetansetjeneste for spiseforstyrrelser - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.oslo-universitetssykehus.no/regionale-kompetansetjenester-for-spiseforstyrrelser)

⁵⁹ [RO DBT Therapist Training | Radically Open](https://www.rodbt.no/)

Generelt er det ønskelig å tilrettelegge for hospitering. Dette for å sikre kompetanseoverføring mellom enheter og avdelinger, og mellom SSHF og andre helseforetak, ev. også kommunehelsetjenesten.

8.1.5 Ressursbehov

Ressursbehov avhenger av samlet kapasitet ved en spesialisert enhet for spiseforstyrrelser og størrelse på opptaksområde. Driftsdata viser store variasjoner når det gjelder antall pasienter på TPH i KPH. Klinikken har et opptaksområde på samlet 311 134 innbyggere. Til sammenlikning har DPS Follo et opptaksområde på 590.000 innbyggere, 4 døgnplasser og 5 dagplasser. Gitt opptaksområdet, framskrivning og beleggsprosent både i PSA, ved akutenheter og ved spesialisert enhet for spiseforstyrrelser anbefales følgende:

- 4 døgnplasser med bemanning 1-1 (som utgangspunkt)
- 6 dagplasser med bemanningsfaktor lavere bemanningsfaktor (0,6).

Miljøpersonalet bør ha delt turnus, både ved døgn- og dagtilbudet. Det må vurderes om det er riktig, faglig sett, å tilrettelegge for 1-1 ved døgntilbudet. Poliklinisk- og gruppebehandling bør tilbys integrert. Døgntilbudet bør primært være 5 døgnplasser.

Ved behov kan det utvides til 7 døgnplasser, dersom det er aktuelt med tilbakeholdelse, jf. tvungent psykisk helsevern.

Vedrørende behandlere og ressursbehov, er dette veiledende. Gitt organisatoriske muligheter ved DPS kan det være mulighet for effektivisering i bruk av ressursene. Krav om LIS til døgnenheten hvor døgnplassene plasseres (ivareta 4 plasser).

Antall behandlere:

- 1 psykiater
- 1 lis må sikres i tilbudet
- 1 psykolog
- 1 psykologspesialist
- Et DBT team bestående av 4 behandlere (psykolog, sykepleier, sosionom, vernepleier o.l.).

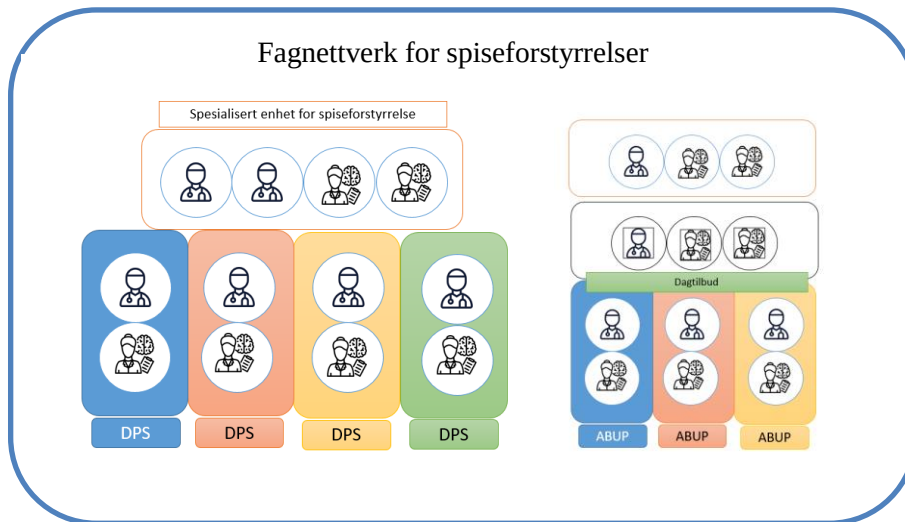
Det vil være behov for en merkantil ressurs knyttet til registrering, koding og andre pasient administrative oppgaver. Lege og psykologer (spesialistressurser) knyttet til tilbudet, kan også være involvert ved andre behandlingstilbud. Klinisk ernæringsfysiolog må også vurderes som del av tilbudet. Der spesialisert enhet blir etablert, må lederansvarlige ha fleksibilitet til å utforme tilbudet i sin helhet, innenfor rammene opprettet her. Dette for å sikre best mulig kapasitet og bruk av ressursene som enheten og avdelingen har tilgjengelig.

Organiseringen av tjenesten tar sikte på å redusere sårbarheten knyttet til legeressurs. Det vil og skal bygges opp kompetanse i hele klinikken, blant legene, gjennom kompetansekrav og opplæring, samt involvering som kontaktlege/koordinator. Spesialistressursen vil følge tilbudet behandlingstilbudet i dag/døgn, noe som medvirker til flere spesialister involvert pr. pasient og reduserer sårbarheten.

Ved å jobbe i faglig nettverk vil spesialist ved enheten ikke være eneste spesialist med kompetanse på spiseforstyrrelser. Målsettingen vil være å bygge opp kompetanse både hos psykologer, leger og annet helsepersonell ved de enkelte polikliniske enhetene, for å sikre bredden i spesialisthelsetjenesten. Det vil legges opp til samhandling i større grad mellom enheter og også intern i en slik enhet mellom poliklinikk, dag – og døgn, og også med andre døgnenheter. Det vil således være et tett samarbeid mellom flere psykiatere, derom denne organiseringsmodellen blir vedtatt.

Dette gir følgende organiseringsmodell:

Figur 25 Organiseringsmodell for fagnettverk for spiseforstyrrelser



Modellen viser minst antall fagpersoner, involvert, pr. avdeling (PHV-V) og enheter i ABUP (PHV-BU). Det anbefales en legeressurs koblet på, pr avdeling/enhet som inngår i behandlingsteam rundt pasienten og samhandler med spesialistteam ved den spesialiserte enheten for spiseforstyrrelser. Behandlere som har hovedansvar for spiseforstyrrelser, vil også jobbe med andre pasientgrupper. Dette med bakgrunn i lavt N, og da flere pasienter med spiseforstyrrelser også har stor grad av komorbiditet.

Vedrørende ressursbehov i ABUP, ser en at avdelingen har håndtert sitt utfordringsbildet og sikret kompetanse når det kommer til FBT og etablert et dagtilbud. Det pågår en evaluering av dagtilbudet hvor en samlet må foreta en vurdering av avdelingens ressursbehov og hvor tilbudet skal styrkes eventuelt reduseres. Konklusjonen fra evalueringen må innarbeides i denne utredningen.

9. Feilretting

Fra høringsutkastet ble sendt ut er følgende feilretting gjennomført.

- Sammendrag satt inn
- Side 26, endret siste kulepunkt under utredningens aktiviteter.
- Side 26, endret og presisert deltakelse fra RASP i journalaudit.
- Side 26, endret setning med feil ordlyd, nest siste avsnitt.
- Side 30, oppdatert henholdsvis tabell 6 og tabell 7.
- Side 31, endret font tabell 8 overskrift.
- Side 42, første avsnitt, satt inn «og» som manglet.
- Side 42, rettet skrivefeil FBT til FPT i modell
- Kap. 7 – oppdatert samtlige overskrifter til riktig overskriftformat.

10.Vedlegg

Høringssvar fra delprosess 1

Referat fra work shop 24.08.2022

Utkast til pasientforløp – for pasienter med spiseforstyrrelser i KPH.