

01.01.2024

Avsluttende arbeidsgrupperapport

Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år.



 SYKEHUSET I VESTFOLD

Innhold

- [Bakgrunn og forankring](#) s. 2
- [Arbeidsgruppens sammensetning og ledelse](#) s. 2
- [Første fase i arbeidet](#) s. 3
- [Hoveddel av arbeidsgruppeperioden](#) s. 3
- [Avgrensninger](#) s. 5
- [Resultater](#) s. 5
- [Videre oppfølging](#) s. 7
- [Utfordringer](#) s. 8
- [Feilkilder](#) s. 8
- [Vedlegg](#) s. 9

Bakgrunn og forankring

[«Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023»](#) definerer «barn og unge» og «personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer» som to prioriterte pasientgrupper i etablering av Helsefelleskapsmodellen for samhandling. I Vestfold ble helsefelleskapet etablert i 2021.

Arbeidet med Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge ble forankret i Helsefelleskapet i Vestfold, Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i 2021. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe for å utarbeide en tjenestemodell som skal sikre gode overganger og trygg utskriving for barn og unge med spiseforstyrrelser.

Arbeidsgruppen jobber med [Nasjonalt pasientforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år](#) med et hjem til hjem-perspektiv.

Siden høsten 2020 har klinikere i psykisk helsevern for barn og unge meldt om økt pågang av pasienter med spiseforstyrrelser. En studie fra [Folkehelseinstituttet](#) bekrefter at økningen har vært betydelig. Dette understreker viktigheten av dette arbeidet.

Arbeidsgruppen har bestått av fagfolk fra oppvekstsektoren og/eller helsesektoren i alle kommunene i Vestfold, ansatte ved Døgnseksjonen og Barne- og ungdomspsykiatrisk intensivseksjon i SiV, brukerrepresentant, samhandlingskoordinator for kommunene, avdelingsleder for samhandling ved SiV. Ressurspersoner har vært trukket inn i arbeidet ved behov.

Målet for arbeidsgruppen ble beskrevet i Handlingsplan for helsefelleskapet 2021-2022: «Målet er at det foreligger en tjenestemodell/tjenesteavtale i løpet av 2022 som sikrer gode overganger, trygg utskriving – og oppfølging av barn og ungdom med spiseforstyrrelse.»

Ulike årsaker førte til at arbeidet ikke ble avsluttet i 2022 men ble videreført i Handlingsplan for helsefelleskapet 2023:

«Forekomst at spiseforstyrrelser har vist en sterk økning over de senere årene. Det har vært nedsatt en arbeidsgruppe med deltakelse fra flere aktører som har gjennomgått utrednings- og oppfølgingstilbud i kommunene og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Målsetningen er å få etablert omforente anbefalinger og rutiner.»

Arbeidsgruppens sammensetning og ledelse

Kommunale deltagere i arbeidsgruppen ble i noen grad byttet ut i første del av arbeidsperioden da det ble tydelig at flere av de som burde involveres i arbeidet tilhørte oppvekstsektoren i kommunene.

Fra kommunal side har deltagerne i hoveddelen arbeidsgruppeperioden vært tilknyttet forebyggende helsetjenester, tjenestekontor og barnekoordinator-rollen.

Fra BUPA har ansatte fra poliklinisk nivå og intensive tjenester for spiseforstyrrelser, samt sengepost vært deltagende.

Arbeidsgruppen knyttet til seg en brukerrepresentant fra tidlig fase.

Arbeidsgruppen ble ledet av samhandlingsavdelingen ved SiV frem til juni 2022.

I siste del av arbeidsgruppeperioden har arbeidet blitt ledet av samhandlingskoordinator for kommunene. Se deltagerne i vedlegg 2.

Første fase i arbeidet

Oppstartsmøte 22.11.21.

For å kunne definere problem og sette mål startet arbeidet med at deltagerne fra kommunene gjorde en kartlegging av hvilket tilbud de hadde for pasientgruppen barn og unge med fare for å utvikle eller med en etablert spiseforstyrrelse.

Deltagerne fra Sykehuset i Vestfold kartla og beskrev hva spesialisthelsetjenesten kan tilby pasientgruppen etter henvisning fra primærhelsetjenesten.

Arbeidsgruppen innhentet brukererfaring og pårørende erfaring gjennom deltagelse av en brukerrepresentant i arbeidsgruppen og erfaringer fra «Innsiktsrapport Spis, Sykehuset i Vestfold», mars 2022 (se vedlegg 1). Deres stemmer bidro til å identifisere forbedringspunkter.

I oppstartfasen ble andre helseforetak og spesielt [helse-fonna](#) sin synliggjøring av pasientforløpet brukt som inspirasjon.

På grunn av den pågående pandemien var det i første fase av arbeidsgruppeperioden utfordrende å arrangere felles samlinger. Det gikk i perioder lang tid mellom hvert arbeidsgruppemøte.

Arbeidsgruppen erfarte at kartleggingen som ble gjort i første del av perioden fort ble «utdatert» da tilbudene endret seg og flere kommuner omorganiserte sitt tilbud internt.

Hoveddel av arbeidsgruppeperioden

I november 2022 ble det forslått å utarbeide et flytskjema som illustrerer pasientforløpet der det kan linkes til aktuell informasjon i de ulike fasene i pasientforløpet.

Dette ble på flere måter et gjennombrudd i arbeidet. Det ble tydeligere for arbeidsgruppen hvor vi hadde de største forbedringspunktene i et godt helhetlig pasientforløp for barn og unge med spiseforstyrrelser.

Det var enighet i arbeidsgruppen om at arbeidet i fortsettelsen skulle sette søkelys på 3 forbedringspunkter:

1. Utarbeidelse av flytskjema som illustrerer pasientforløpet med lenker til aktuell informasjon.
2. Bedre utnyttelse av mulighetene i de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene (PLO-meldingsflyt).
3. Prosedyre for spesielt krevende pasientoverføringer fra SiV tilbake til kommunen: «Samarbeid mellom sykehus og kommune ved planlagt utskrivning av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse».

Enkelte deltagere i arbeidsgruppen jobbet i mindre arbeidsgrupper med hvert av disse forbedringspunktene. Hovedarbeidsgruppen ble brukt som referansegruppe for delarbeidene.

Underveis i arbeidet har også «Erfaringsnettverk sammen mot spiseforstyrrelsen» blitt brukt som referansegruppe og har gitt innspill til arbeid med de 3 forbedringsområdene.

Avsluttende møte 11.12.23.

Resultatmål

- Det foreligger en modell og et flytskjema for pasientforløpet som kommunene i Vestfold og SiV enes om, med fokus på samhandling.
- PLO-meldingssystemet benyttes til å utveksle nødvendig helseinformasjon om samhandlingspasienter.
- Det er utarbeidet rutine/prosedyre for samarbeid og samhandling i spesielt krevende pasientsituasjoner der ordinære samhandlingsrutiner ikke er tilstrekkelig.
- Ordinære rutiner for samhandling følges som utgangspunkt i samhandling mellom BUPA og kommunene for pasienter som legges inn i SiV.
- Kompetansebroen brukes som arena for å synliggjøre pasientforløp og aktuelle rutiner/prosedyrer.

Gevinster

Brukerrettede gevinster:

- Pasienter og pårørende blir møtt med en helhetlig og individuell tilpasset tilnærming fra alle aktører.
- Pasienter og pårørende opplever kontinuitet og forutsigbarhet i pasientforløpet.

- Pasienter og pårørende opplever tett samarbeid mellom tjenestene i kommunen og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. De opplever tjenestene som samordnet og preget av kontinuitet.
- Pasienter og pårørende opplever at de som skal samarbeide i pasientforløpet gjør det på en god måte og de opplever overgangene i forløpet som trygge.

Tjenesterettede gevinster:

- Aktørene i samhandling har oversikt over tjenestene til barn og unge med risiko for å utvikle spiseforstyrrelser og de ulike aktørene vet hvem som gjør hva for å sikre at barn, unge og familier som trenger hjelp fanges opp tidligst mulig og at det settes inn tiltak før de utvikler mer alvorlige vansker.
- De som jobber med barn og unge har en trygghet i jobben sin som sikrer som gir forutsigbarhet i pasientforløpet og gir brukerne reell informasjon tjenestetilbudet om hele pasientforløpet.
- De som skal samarbeide i tjenesten har støtte og forankring i samarbeidsavtalen som er inngått mellom kommunene og sykehuset i pasientforløpet og de opplever rutiner og beskrivelser som hensiktsmessig.
- De som jobber med barn og unge har kompetanse og rutiner som gjør at de setter tidlig i gang med tiltak på et lavest mulig nivå for å forebygge forverring og alvorlig forløp.

Samfunnsrettede gevinster:

- Befolkningen opplever tillitt til tjenesteapparatet og har tro på at aktørene kan tilby gode tjenester til og deres pårørende som strever med spiseforstyrrelse i Vestfold. De skal oppleve at de kan få den hjelpen de trenger når det er et behov.
- Tilbudet til barn og unge er mer samordnet og koordinert.
- Befolkningen opplever at tjenestene er mer sammenhengende og overgangene er tryggere for de som strever og deres pårørende.
- De som strever med spiseforstyrrelser og deres pårørende får tidlig hjelp og det kan settes inn tiltak på lavest mulig nivå tidligst mulig.
- Unge med spiseforstyrrelser får riktig hjelp til riktig tid.

Avgrensninger

Arbeidet har hatt til hensikt gjøre det enklere for helsepersonell både i kommunene og i SIV å få en oversikt over tjenestene til barn og unge med risiko for å utvikle spiseforstyrrelser. Det vil bidra til at de ulike aktørene i samhandlingen vet hvem som gjør hva og finner riktig informasjon om tilbud og kontakter i de ulike fasene i pasientforløpet.

På denne måten vil pasienter og pårørende blir møtt med en helhetlig og individuell tilpasset tilnærming fra alle aktører og opplever kontinuitet og forutsigbarhet i pasientforløpet.

Samhandling med barnevernet ble ikke inkludert i oppdraget og arbeidet, men ble underveis definert som et viktig område det må arbeides videre med for målgruppen pasienter med spiseforstyrrelser.

Det er definert som en egen satsning i Handlingsplan for helsefelleskapet 2024. Det er planlagt å starte en arbeidsgruppe som ser på innføring av - [nasjonale-forlop/barnevern](#), kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse, tannhelse og rus».

Resultater

1. Utarbeidelse av flytskjema «Nasjonalt pasientforløp spiseforstyrrelser barn og unge – samhandling i helsefelleskapet i Vestfold»

Flytskjema er utarbeidet. Skjemaet følger pasientforløpet fra henvisning til avslutning/videre oppfølging og er inndelt i hoved-fanene:

- Henvisning
- Utredning
- Behandling
- Overføring/avslutning av pasientforløpet

Under hver fane er det underpunkter med lenker til delene i pasientforløpet og til nødvendig informasjon og kontaktinformasjon både fra kommunene og BUPA knyttet til de ulike fasene. Flytskjemaet publiseres på [Kompetansebroen](#) .

2. Bedre utnyttelse av PLO-meldingsflyt og dialogmeldinger

Undervegs i arbeidet ble det klart at i samhandling rundt pasientgruppen barn og unge med spiseforstyrrelser er ikke alle mulighetene i bruk av elektroniske meldinger mellom samhandlingsaktørene godt nok kjent og tatt i bruk. Konsekvensen er at de som skal følge opp pasientene i kommunen ikke kjenner til utviklingen i behandlingsforløpet for sine pasienter.

Som eksempel kan nevnes at når helsesykepleier henviser pasient til BUPA får ikke forebyggende helsetjenester melding om videre behandling, innleggelse eller utskrivning fra SiV.

Meldingsansvarlig ved SiV deltok på flere arbeidsgruppemøter for å avklare mulighetene.

Elektronisk dokumentutveksling går via Norsk Helsenett primært til fastlegene. Det kan være epikriser og journaldokumenter. *Forebyggende helsetjenester/helsestasjon, skolehelsetjeneste og tjenestekontor kan motta meldingene og kan svare/stille spørsmål med dialogmelding.*

Dialogmeldinger kan benyttes for polikliniske pasienter (forespørsel og svar på forespørsel). Dialogmeldinger kan utveksles fra pasienten er henvist og i 12 mnd. etter henvisning. Siv må være oppmerksom på å sette riktig adressat/flere adressater.

For pasienter som legges inn i SiV skal rutiner for PLO-meldingsflyt følges på samme måte som for somatiske pasienter som legges inn i sykehus. *Forebyggende helsetjenester/helsestasjon, skolehelsetjeneste og tjenestekontor kan motta meldingene og kan svare.*

- Hver kommune oppfordres til å sjekke egne rutiner og gjøre de kjent for aktuelle aktører.
- Rutiner/prosedyrer må gjøres kjent og tas i bruk av ansatte i BUP.

3. Prosedyre for spesielt krevende pasientoverføringer fra SiV tilbake til kommunen.

Prosedyren «Samarbeid mellom sykehus og kommune ved planlagt utskrivning av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse» er utarbeidet og vil publiseres slik at den er tilgjengelig både på [Kompetansebroen](#) og i sykehusets elektroniske kvalitetshåndbok (EK).

Ordinære rutiner for samhandling følges som utgangspunkt i samhandling mellom BUPA og kommunene for pasienter som legges inn i SiV og som antas å ha behov for kommunale tjenester.

Prosedyren som er utarbeidet kommer til anvendelse i de situasjonene der helsepersonell vurderer at det er nødvendig med ekstra samhandling og kompetanseoverføring rundt enkeltpasienter med særlig omfattende problemstillinger som planlegges utskrevet fra døgnopphold i SiV HF til hjemkommunen.

[Kompetansebroen](#) brukes som arena for å synliggjøre pasientforløpet og tilhørende rutiner/prosedyrer. Utarbeidet flytskjema og utarbeidet prosedyre publiseres på Kompetansebroen, som er tilgjengelig for alle kommunene og SiV.

Videre oppfølging

1. Flytskjema «Nasjonalt pasientforløp spiseforstyrrelser barn og unge – samhandling i helsefellesskapet i Vestfold»

Flytskjemaet publiseres på Kompetansebroen fulgt av en innledende og forklarende tekst. Det sikres at alle lenker fungerer før publisering.

2. Utnyttelse av PLO-meldingsflyt

Kommunene har prosedyrer for elektronisk meldingsutveksling i sine ulike kvalitetssystem. Hver kommune må sikre at rutinene gjøres kjent for alle aktuelle aktører, også i forebyggende tjenester.

Det må arbeides internt i SiV med å gjøre rutinene kjent for aktuelle aktører i BUPA.

3. Prosedyre for spesielt krevende pasientoverføringer fra SiV tilbake til kommunen

Det avklares i SiV hvor i kvalitetssystemet prosedyren skal ligge. Det skal settes inn lenke til rutiner for PLO meldinger og lenke til gjeldende samhandlingsavtale før publisering. Prosedyren gjøres tilgjengelig fra Kompetansebroen.

4. Spredning

Arbeidet må gjøres kjent på alle nivåer i aktuelle tjenester både i kommunene og i SiV.

Resultatet av arbeidet må innlemmes i det daglige arbeidet, både for medarbeidere og ledere.

Det vil bli publisering på Kompetansebroen når de siste avklaringene er gjort.

BUPA ønsker å besøke hver kommune våren 2024 for å legge fram resultatene av arbeidet.

Resultatet vil legges frem i SSU 29. februar 2024.

5. Modell for synliggjøring av et pasientforløp

Denne måten å synliggjøre et samhandlingsforløp på kan muligens være en modell til bedre samhandling om andre pasientforløp, som for eksempel [nasjonale-forlop/barnevern](#).

Utfordringer

Pandemien vanskeliggjorde fysiske møter og prioritering av oppgavene i lange perioder og forsinket arbeidet.

Arbeidsgruppen har sitt oppdrag fra Helsefelleskapet. Helsefelleskapet er en organisering av samhandling mellom Helse i hver kommune og sykehuset.

I den første arbeidsgruppeperioden var det ikke god nok kommunal forankring på tvers mellom helsesektoren og oppvekstsektoren.

Arbeidsgruppen byttet ledelse midtveis i prosessen da de som hadde lederansvar innledningsvis gikk ut av sine stillinger. Dette forsinket og redefinerte arbeidet i en viss grad.

Feilkilder

Arbeidsgruppen har hatt en brukerrepresentant som deltok i første del av arbeidet.

Brukerrepresentanten var ikke aktivt deltagende i hele prosessen.

Flere brukere og pårørende stemmer kunne blitt hørt dersom ikke pandemien hadde vanskeliggjort intervjuer, samlinger etc. Flere innspill kunne kommet dersom arbeidsgruppen hadde arbeidet mer aktivt med brukerinvolvering.

Fastlege er en viktig aktør i pasientforløpet. PKO var invitert inn i arbeidsgruppen, men har ikke hatt mulighet til å være deltagende. Arbeidsgruppen kunne arbeidet mer for å få en aktiv fastlegedeltagelse inn i arbeidsgruppen.

Vedlegg

1. Innsiktsarbeid utført av Sykehuset i Vestfold, SPIS

Det er gjennomført et innsiktsarbeid lokalt i Vestfold ved SPIS. Det er gjennomført 10 individuelle intervjuer med pasienter, 3 individuelle intervjuer med pårørende og 1 gruppeintervju med pårørende. Formålet med innsikten var å gi grunnlag for arbeidet med å forbedre behandlingen til pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse i Vestfold.

Sammendrag fra innsiktsarbeidet viser at så godt som alle de spurte pasientene forteller at behandlingen er rettet for ensidig mot vekt, og at det er tatt for lite tak i bakenforliggende årsaker. De spurte ønsket mer fokus på årsak enn symptomer og de opplevde liten grad av involvering, samt at de synes de hadde for mange behandlere/ansatte å forholde seg til. Pasienter og pårørende har måttet fortelle «alt» om igjen og om igjen, og det er liten sammenheng og kontinuitet mellom steder. Flere pasienter forteller at sykdommen deres har eskalert under den første innleggelsen, der de lærte masse av erfarne pasienter og det utviklet seg til en konkurranse om å bli tynnere og sykest. De fleste som har vært gjennom behandling ved BUPA forteller om veldig familiefokusert behandling. Flere av pasientene forteller at de følte at behandlingen ikke gjaldt dem, men foreldrene, og at den ofte kunne føre til mer konflikt enn støtte. Som pårørende til pasienter mellom 16 og 18 år er det vanskelig å være en involvert forelder. De har fortsatt et ansvar, men alt pasienten forteller er taushetsbelagt, og foreldres involvering i behandling er i stor grad avhengig av pasientens samtykke. Behov som ble identifisert er:

- At man ser hele pasienten, ikke bare spiseforstyrrelsen.
- Samtidig behandling av årsak og symptomer.
- Unngå innleggelser hvis mulig.
- Bedre samarbeid på tvers av aldersavdelinger og klinikker (somatikk).
- Unngå sammenblanding av «ferske» og «erfarne» pasienter.
- At det etableres, og kommuniseres, et tverrfaglig team rundt pasienten der både pasient og pårørende er med og involvert i planer og oppfølging.

De spurte i undersøkelsen etterspurte mer forutsigbarhet i behandlingen og en mer tilpasset behandling. Flere pasienter forteller også at de har erfart å få for lite tid på seg til å etablere tillitt og tilpasse seg behandlingen, før det er gjort endringer i behandling. Erfaringskonsulenter- feks pasienter som har blitt frisk bør anvendes som ressurser til å bli motivert i målarbeidet til den enkelte. Det er viktig at de ser at det nytter å jobbe med målsetningene sine og målene er individuelt tilpasset. De fleste av pasientene beskriver den delen av behandlingen i form av vektoppgang, både på spis og akutt døgn, som veldig svart/-hvitt. De har liten påvirkningsmulighet. Flere pasienter som har hatt med seg foreldre i behandling, forteller hvor viktig det har vært for dem. Alle pasientene mener at de bør få bestemme i hvor stor grad foreldrene skal involveres. Pårørende sier at pasientene generelt er for dårlig forberedt på å leve hjemme.

2. Deltagere i arbeidsgruppen (siste arbeidsgruppe-periode)

- Anne-Marte Østbye, barnekoordinator, Færder kommune
- Turid Stavnar, leder tjenestekontoret, Færder kommune
- Grethe Arnegård Cederkvist, leder forebyggende helsetjenester, Færder kommune
- Hege Kålås, helsesykepleier, Larvik kommune
- Anne Mari Næss Øyen, barnekoordinator, Larvik kommune
- Helene Samnøy, enhetsleder helsetjenesten for barn og unge, Horten kommune
- Thomas Gangsø Bolstad, enhetsleder forebyggende enhet, Horten.kommune
- Lisbeth Nesvoll-Jenssen, familieterapeut forebyggende enhet, Horten kommune
- Inger Kathrine Leikaas Bringaker, teamleder Barne- og familiesenteret, barne- og ungdomsteam, Holmestrand kommune
- Heidi Fuglset, Sandefjord kommune
- Monica Førum Lundh, tildeling og koordinering barn og unge, Tønsberg kommune
- Liv Ristvedt, seksjonsleder BUPA, SiV
- Sindre Vevle, sykepleier ved sengepost BUPA, SiV
- Monica Sæterdalen, forløpskoordinator ved poliklinikken BUPA, SiV
- Sofie Bergan, brukerrepresentat
- Runar Danielsen, avdelingsleder samhandling, SiV
- Rannveig Velken, samhandlingskoordinator for kommunene

Ressurspersoner i siste del av arbeidet:

- Amund Ose-Johansen, meldingsansvarlig PLO-meldingsflyt, SiV
- Trine Søndergaard Skov, redaktør Kompetansebroen
- Tanja Maria Gammelsæther, merkantil BUPA, SiV

3. Flytsskjema pasientforløp SPIS

(link til kompetansebroen)

4. Prosedyre, «Samarbeid mellom sykehus og kommune ved planlagt utskrivning av pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse»

(link til kompetansebroen)

5. Rutiner for PLO-meldingsflyt

(Link til kompetansebroen)

6. Kompetansebroen som informasjonsdelingsplattform for arbeidet

<https://www.kompetansebroen.no/article/nasjonalt-pasientforlop-spiseforstyrelser-for-barn-og-unge-under-23-ar?o=vestfold>

7. Delavtale c) mellom kommune og Sykehuset om Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

<https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2023/12/delavtale-c-om-retningslinjer-for-utskrivning-fra-sykehus.pdf?o=vestfold>

Delavtalen er under revisjon, men gjelder inntil videre.