

Barn og unge med spiseforstyrrelser

Fagråd for legesamarbeid

Katrine Waaler/Jannicke Westgaard

BUP Nidarø

Kort presentasjon + tid til drøfting

- Retningslinjer for henvisning til BUP i hht pakkeforløpet
- Retningslinjer og prinsipper for behandling i spesialisthelsetjenesten
- Punkt til refleksjon og drøfting

Pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år

- [Henvisning og start - Helsedirektoratet](#)

Mistanke om SF

- Bekymringsfull vektutvikling/KMI
- Endret spisemønster/atferd
- Vektreduserende atferd
- Mangelfull pubertetsutvikling
- Menstruasjonsforstyrrelser
- Svimmelhet/besvimelser
- Overdreven/tvangspreget fysisk aktivitet
- Sosial tilbaketrekking
- Overopptatthet av kropp og mat

Henvisning og start

- Ved begrunnet mistanke om SF bør barn og unge bli henvist til spesialisthelsetjenesten så raskt som mulig
- Kartlegging ved henvisende instans før henvisning sendes
- Henvisende instans må sørge for at pasient og foreldre er delaktige for å sikre god informasjonsutveksling og dialog
- Utredning i primærhelsetjenesten bør skje hos fastlegen

Henvisning

- Det skal gå tydelig frem i henvisningen hva som er begrunnelsen for den
- Funn fra gjennomførte undersøkelser skal legges ved, evt ettersendes
- Henviser må vurdere hvilke tiltak som er nødvendig å sette i gang i påvente av vurdering i spesialisthelsetjenesten
- Tiltak som bør vurderes er oppfølging av måltider, reduksjon av fysisk aktivitet, og snarlig oppfølgingstid hos fastlegen
- Vurdere om ø-hjelp, uansett samtidig henvisning til pakkeforløpet

Kartlegging

- Utredningen omfatter en generell somatisk undersøkelse, inklusive høyde og vekt og relevante blodprøver
- Vær obs på somatisk og psykiatrisk komorbiditet

Dette bør kartlegges

- Aktuelle problemstillinger, inkludert:
 - Kontaktårsak
 - Symptomutvikling og funksjonsnivå i hjemmet og skole
 - Spisevaner/endret spisemønster
 - Vektreduserende atferd
 - Overspisingsepisoder
 - Pubertetsutvikling, høydevekst
 - Fysisk aktivitet (lystbetont eller tvang)
 - Generell somatisk us, inkl høyde, vekt og lab prøver
 - Somatisk sykehistorie

Kartlegging, forts.

- Andre psykiske problemer eller lidelser
- Barnets og foreldres opplevelse av situasjonen og ønske om hjelp
- Sosiale forhold, inkl. Familieforhold/omsorgssituasjon, skole/arbeid, barn som pårørende/mindreårige søsken
- Tidligere psykiske problemer eller lidelser, inkl. Behandlingserfaring/-effekt og evt pågående tilbud

Kartlegging, forts.

- Rusmiddelbruk
- Legemiddelbruk
- Aktuell psykisk tilstand inkl. suicidkartlegging, belastende livshendelser og voldsproblematikk

Lab prøver

- Hb, EVF, LPK m/diff telling, s-glukose, s-natrium, s-kalium, s-klor, s-magnesium, s-ferritin, s-albumin, kreatinin m/GFR, TSH, FT4, vit D, folsyre, vit B12

Dialog med pasient og pårørende

- Barn og unge med SF trenger tydelig og klar kommunikasjon (ambivalens, alderstilpassing)
- Henvisende instans skal ved henvisning til pakkeforløp informere om og drøfte følgende med pasient og foreldre/pårørende:
 - Årsak til henvisning
 - Pas/foreldres bekymringer og ønsker om hjelp
 - Hva henvisningen innebærer, blant annet involvering av familien

Dialog, forts.

- Innhold i henvisning (pas har rett til kopi)
 - Hva som vil skje når henvisningen er mottatt
 - Tlf nr til henvisningssted
 - Info om brukerorganisasjoner
-
- Ofte skam tilknyttet SF, og vanskelig å snakke om. Henviser bør derfor stille mest mulig konkrete spørsmål og knytte spørsmålene til pasientens dagligliv – vær konkret

Pakkeforløp: spesialisthelsetjenesten (BUP)

- På bakgrunn av henvisning vurderes rett til helsehjelp (prioriteringsveilederen)
- Pakkeforløpet starter når det er vurdert at pas har rett til helsehjelp
- Evt flere behov må samordnes/koordineres/prioriteres
- Pas skal møte en spesialist i løpet av pakkeforløpet, bør skje tidlig i forløpet
- Forløpstider: første fremmøte 5 virkedager v/alv tilstand, 4 uker ved mindre alv tilstand (andre frister angis i faglige nasjonale retningslinjer (AN 8 uker, alvorlig forverring 4 uker, BN 12 uker)

FBT grunnprinsipper

- Familien er bærebjelken i ungdommens liv
- Tar utgangspunkt i en utviklingsforståelse
- Spiseforstyrrelsen stopper utviklingen
- For å komme «back on track» i forhold til utviklingsoppgaver, må spiseforstyrrelsens innflytelse reduseres/fjernes
- Løsning: foreldre må overta kontrollen. Denne er imidlertid heller ofte svekket grunnet bl.a.
 - Skyldfølelse hos foreldre
 - Skremmende symptomer som øker når foreldre prøver å grensesette
 - Redsel for å «gjøre vondt verre»
- Ved bedring vil kontroll gradvis tilbakeføres ungdommen

Familiebasert terapi (FBT) for spiseforstyrrelser

Fase 1: Reernære ungdommen

Mål: Hjelp foreldrene til å ta ansvar for ungdommens spising (intensiv fase)

Varighet: 2-3 måneder (ukentlige møter)

Første møte:

- Forstå problemet, fokus på SF-symptomene
- Legeundersøkelse
- Foreldresamtale
- Samtale med ungdommen
- Felles samtale m/ behandlingsplan

Videre behandling i fase 1:

- Spiseforstyrrelsen, familiemåltid, skape god allianse med foreldrene
- Vektkontroll (reduksjon av undervekt) og familiesamtaler
- Evaluering senest uke 6
- Vurdere overgang til fase 2 når 90 % av ideell kroppsvekt er oppnådd
- Foreldrene bestemmer når overgangen til fase 2 skal starte



Fase 2: Hjelp ungdommen til å spise på egenhånd

Mål: Hjelp foreldrene til å ta ansvar for ungdommens spising (terapeutisk fase). Hovedtema er å bidra til god helse, samtidig som man jobber med relasjonelle vansker.

Varighet: 2-3 måneder (ukentlige møter)

Fokus: Vektkontroll og familiesamtaler

Videre behandling i fase 2:

- Evaluering hver 6. uke
- Foreldrene bestemmer når overgang til fase 3 skal skje



Fase 3: Etablering av sunn uavhengighet

Støtt overgangen til frisk, normal ungdomsutvikling etter en periode med stor avhengighet og ofte sosial isolasjon. Fasen starter ved stabil vekt og når sulting har avtatt (avslutnings- og fremtidsfase)

Mål: Tilbake til en vanlig ungdomsutvikling, økt selvstendighet. Reorganisering av normalt liv.

Varighet: 2-6 måneder (møter hver 2. til 4. uke)

Fokus: Familiesamtaler

Ved avslutning: Vurder behov for annen utredning/videre oppfølging, eventuelt avslutning.

Hovedprinsippene for FBT: - redusere skyldfølelse og anklager, - fokus på SF symptomer, hindre atferd som opprettholder SF, - bedre samarbeid, trygghet og selvstendighet hos foreldre, - gjenopprette foreldreautoritet, - skille mellom den syke og sykdommen, - redusere kritikk i/fra familien, - alliere seg med den friske delen av ungdommen, - respektere ungdommen uten å diskutere med SF.

Hvorfor familierterapi og ikke individuell terapi for barn og unge?



Kontraindikasjoner?

- Et høyt konfliktnivå i familien vil som regel bedre seg når SF bedres, og er i seg selv ikke kontraindikasjon for FBT
- Ved begrunnet mistanke om uønskede hendelser eller grov omsorgssvikt som pårørende har vært ansvarlig for, bør ikke ansvarlig pårørende samarbeide om behandlingen
- Foreldre som nekter å ta imot FBT på tross av god informasjon?
- Unge >16 år som ikke vil ha FBT?

Kan som regel overbevises av foreldre og helsepersonell om at de trenger hjelp av foreldrene

Samarbeid BUP – fastleger/henviser

- Pakkeforløp og nasjonale retningslinjer vektlegger viktigheten av samarbeid
- [Behandling og oppfølging – Helsedirektoratet](#)
(pakkeforløp, «Behandling og oppfølging)
- [Samarbeid mellom tjenester og henvisning til spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#) (nasjonale retningslinjer)

Samarbeid BUP – fastleger/henviser

- Stort mangfold både mellom BUP enheter og blant henviserne (geografi, kompetanse, tilgjengelige ressurser ++)
- Kan være flere involverte parter, for eksempel BFT, PPT, barnevern, psykologer som jobber privat, skole
- Alvorlig tilstand som medfører høyt trykk både i familien og i hjelpeapparatet rundt - kan utfordre samarbeidet mellom ulike parter

Samarbeid BUP – fastleger/henviser

- På vei inn i BUP
 - Kommunikasjon ved behov for utdypende opplysninger, oppstartstidspunkt mm
 - Evt avklaring av arbeidsoppgaver (jmf geografi, større utfordringer rundt motivasjon av pasient/familie)
- Underveis i behandlingsforløpet
 - Gjensidig kommunikasjon/oppdatering
 - Foreldrenes rolle i dette?
 - Behov for raske avklaringer

Samarbeid BUP – fastleger/henviser

- Ved avslutning av behandlingsforløpet
 - Når er pasienten «frisk nok»?
 - Behov for oppfølging mtp å avdekke evt tilbakefall
 - Behov for råd/drøfting rundt dette etter avsluttet sak i BUP
- Ved evt overføring til VOP
 - Innebærer ofte stor endring i behandlingstilnærming
 - «Mind the gap»
 - Informasjonsflyt og samarbeid
 - Fastlege vil ofte være kontinuitetsbærer

Samarbeid BUP – fastleger/henviser

- Hva er gjennomførbart? Hva bør prioriteres? Hva er til pasientens beste?
- Viktig ledd i kvalitetssikring
- Generell utfordring: sikre stabil, god og rask nok dialog mellom aktørene i travel hverdag