

# Spesialiserte team for spiseforstyrrelser

Det er utfordrende å gi god helsehjelp til lavprevalente pasientgrupper. Helse Bergen har undersøkt hvordan de kan bedre tilbudet sitt til pasienter med spiseforstyrrelser.

## TEKST

**Liv Kleve**

**Stein Frostad**

**Karl Ove Hufthammer**

**Irene Elgen**

**PUBLISERT 6. april 2021**

---

Anorexia nervosa (AN) er fremdeles en av de vanskeligste psykiske lidelsene å behandle, med svake behandlingsresultater og høy dødsrate (Scarborough, 2018). De siste 20 årene er tilsynelatende lovende metoder blitt utviklet. Hvordan man skal implementere nye behandlingsmetoder, har fått økende oppmerksomhet (Scarborough, 2018).

Familiebasert terapi (FBT) har vist positive resultater for AN blant ungdom og anbefales i dag som førstevalg i poliklinisk behandling (Helsedirektoratet, 2017; National Guideline Alliance, 2017). Recovery rate varierer, med beste utfall på rundt 50–60 % ved seks- og tolv-måneders oppfølging (Lock et al., 2010; Murray et al., 2019). Ved intense foreldrekonflikter kan imidlertid FBT være kontraindisert. Kognitiv atferdsterapi for spiseforstyrrelser (KAT-S) kan være en alternativ behandling dersom pasienten kan nyttiggjøre seg individuell terapi (Dalle Grave et al., 2013; National Guideline Alliance, 2017). KAT-S viser også lovende resultater for bulimia nervosa (BN) (National Guideline Alliance, 2017).

Spiseforstyrrelser er imidlertid lavprevalente, med en prevalens på 0,5 % til 1 % (Smink et al., 2012; Le Grange et al., 2015). Organiseringen av tilbud til lavprevalente pasientgrupper utfordres av behov for mengdetrening for å vedlikeholde kompetansen (Ericsson, 2006; Baker et al., 2010). Etablering av separate avdelinger for spiseforstyrrelser kan være en måte å organisere tjenesten på (Fairburn et al., 2013; Frostad et al., 2018). En annen måte er det å opprette mindre spesialteam. Det er mulig at en slik løsning kan bidra til tidlig intervensjon og mer fleksible pasientforløp (Carter et al., 2012; Royal College of Psychiatrists, 2019; Scarborough, 2018). Enkelte studier rapporterer fordeler knyttet til spesialteam målt i pasientutfall, antall sykehusinnleggelses og turnover blant ansatte (Fenner & Kleve, 2014; Garety et al., 2006; Mickan, 2005).

Faglige retningslinjer er tydelige i sine anbefalinger om bruk av evidensbaserte metoder, EBM (Helsedirektoratet, 2017; National Guideline Alliance, 2017). Imidlertid mangler vi kunnskaper om hvordan en skal organisere tjenester for lavprevalente pasientgrupper på en mest mulig hensiktsmessig måte. Implementering av evidensbasert eller ny kunnskap på behandlingsstedene kan også være utfordrende (Scarborough, 2018).

## Bakgrunn

Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Helse Bergen (PBU HB) består av syv poliklinikker (BUP-er), en ambulant seksjon, en spesialpoliklinikk (autisme, nevro) og tre sykehusposter.

Klinikken mottar cirka 3000 nye henvisninger per år. I en evaluering av klinikken i 2012 kom det frem at det var behov for å bedre tilbudene til lavprevalente pasientgrupper (Holst et al., 2012).

En arbeidsgruppe ble nedsatt i 2013 og besto av ledere og behandlere der mandatet var å identifisere evidensbaserte tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Aktuelle evidensbaserte metoder, EBM, ble identifisert ved å gjennomgå oppsummert forskning samt relevante nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer (American Psychiatric Association, 2006; National Collaboration Centre for Mental Health, 2004; Statens helsetilsyn, 2000). Videre kom arbeidsgruppen med forslag til en kompetansehevingsplan for opplæring i FBT og KAT-S.

**«Familiebasert terapi har vist positive resultater for anorexia nervosa blant ungdom, men kan være kontraindisert ved intense foreldrekonflikter»**

Behandlere i spesialteamene ble invitert til kompetanseheving i både FBT og KAT-S. Videre ble behandlere fra sengeposter samt ledere invitert til å delta i den teoretiske delen av kompetansehevingen for å oppnå forståelse av metodene på tvers av klinikken. Tjuetre behandlere ble opplært i FBT og elleve i KAT-S. Kompetansehevingen ble organisert av den regionale avdelingen for spiseforstyrrelser i Helse Vest, med midler fra Helse Vest RHF.

I neste trinn i kvalitetsforbedringsarbeidet ble arbeidsgruppen utfordret til å utvikle en plan for *organisering* av tilbudet samt *implementering* av evidensbaserte metoder for spiseforstyrrelser. Arbeidet startet opp i 2014.

For å evaluere implementeringen av de innførte metodene ble følgende kartlagt i løpet av perioden 2014 til 2017:

1. Antall behandlere som gjennomførte kompetanseheving i EBM.
2. Det årlige antall pasienter som ble tilbudt EBM.
3. Effekt av tilbudt behandling for AN. Pasientdata inklusiv høyde og vekt før og etter behandling, komorbide tilstander, frafallsrate og behandlingstidslengde.

I forbindelse med at en utarbeidet en anbefaling for hvordan en skal organisere behandlingstilbud for denne pasientpopulasjonen, undersøkte arbeidsgruppen det årlige antallet pasienter i klinikken diagnostisert med spiseforstyrrelser, samt muligheten for å utvikle nødvendig klinisk ekspertise opp mot geografisk spredningen av pasienter.

### **Statistisk analyse**

Antall behandlere som deltok i opplæring, ble formidlet av det aktuelle opplæringscenter. Årlig antall pasienter som ble tilbudt behandling med EBM, ble identifisert gjennom internrevisjon i journalsystem.

Vedrørende effekt av FBT er deskriptive resultater presentert som frekvens-/krysstabeller, med standardavvik som mål på variasjon. Det var noe (ikke-monotont) frafall i studien, som kan føre til skjeve estimat av gjennomsnittlig kroppsvekt. For å redusere denne skjevheten har vi estimert gjennomsnittlig vekt ved hvert tidspunkt med en longitudinell regresjonsmodell. Tid er brukt som kategorisk forklaringsvariabel, og residualene er modellert med en ustrukturert kovariansmatrise. Dette bruker korrelasjonen mellom kroppsvekt på ulike tidspunkt for å gi mer forventningsrette og presise estimat av den gjennomsnittlige kroppsvekten. Vi angir også faktisk antall observasjoner vi

har for hvert tidspunkt. Programvarepakken SPSS versjon 24.0 og R versjon 3.6.0 (R Core Team, 2019) ble brukt til de statistiske analysene.

## **Etisk godkjenning og samtykke**

Prosjektet er en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt ved Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen og ble godkjent av personvernombudet ved sjukehuset (no. 2018/9726). Prosjektprotokollen ble lagt frem for REK og unntatt fra gjennomgang, da prosjektet ble klassifisert som et kvalitetsforbedringsprosjekt (REK Helse Vest A 2019/ 28936).

## **Resultat**

### **Organisering av tilbud**

For hver av de syv BUP-ene ble det identifisert færre enn fem pasienter med spiseforstyrrelser per år. Dette begrenset behandlernes muligheter til å opparbeide tilstrekkelig mengdetrening og med det ekspertise. Arbeidsgruppen foreslo å organisere tilbudet for spiseforstyrrelse i tre spesialteam med tilbud om FBT og KAT-S på tvers av alle syv BUP-ene. Hvert spesialteam skulle plasseres i en BUP for å legge til rette for fleksibilitet og kommunikasjon mellom tjenestenivåer. For å sikre vedlikehold av kompetansen ble det anbefalt at hvert team ikke skulle bestå av færre enn tre behandlere.

### **«Organiseringen av tilbud til lavprevalente pasientgrupper utfordres av behov for mengdetrening»**

For å opprettholde lik praksis i de tre spesialteamene ble det utviklet en «faglig standard» basert på anbefalinger i internasjonale og norske faglige retningslinjer. Denne beskriver blant annet anbefalt utredning, diagnostikk og behandlingsmetoder. FBT ble identifisert som første metodevalg for AN. Det ble foreslått å ha tilgang til en sekundær metode med KAT-S for AN for pasienter som av ulike grunner ikke kunne nyttiggjøre seg FBT.

På bakgrunn av disse anbefalingene fra arbeidsgruppen ble det utviklet et pasientforløp med fordeling av oppgaver og ansvar mellom poliklinikk, spesialteam og sykehusposter. Regelmessige nettverkssamlinger med tanke på å sikre kollegaveiledning og dialog på tvers av teamene ble også etablert.

### **Implementering og effekt av EBM**

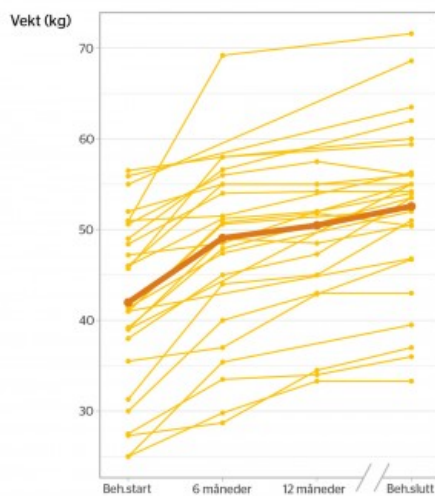
I løpet av fireårsperioden ble alle som startet helsehjelp for spiseforstyrrelser (119 barn og unge med anoreksi (AN), bulimi (BN) og annen spiseforstyrrelse), inkludert i evalueringen. Her blir kun funnene fra pasientene med AN (n = 84/119, 71 %) presentert.

Kvinner utgjorde den største andelen, n = 106 (89 %). Gjennomsnittsalder ved start av behandling var 15.0 år (SD: 1.6). Trettitre (39 %) hadde tilleggsdiagnoser. BMI ved start var 16.1 (SD: 2.0). Behandlingsvarighet var gjennomsnittlig 1.3 år (SD: 0.8 år).

Måloppnåelse med implementering av familiebasert behandling (FBT) og kognitiv atferdsterapi (KAT-S) for anorexia nervosa over en fireårs periode ble kartlagt, det vil si i hvilken grad barn og unge ble tilbudt behandling med EBM. For de 84 pasientene med AN ble 75 (89 %) vurdert for EBM, herav fikk 69 (82 %) tilbud om enten FBT eller KAT-S. Blant de 50 (60 %) som fikk tilbudt FBT, av slo

10 (12 %), og 28/40 (70 %) fullførte. For KAT-S av slo ingen, og 13/19 (68 %) fullførte. Seks pasienter hadde komorbide tilstander som måtte håndteres før oppstart av EBM.

Sytti prosent av pasientene som startet FBT, fullførte programmet. Endring i vekt for de 28 AN-pasientene som gjennomførte FBT, er vist i figur 1. Grunnet mangelfull registrering av høyde ved ulike behandlingstidspunkt ble det bestemt å kun rapportere vektresultater.



FIGUR 1 Kroppsvekt før, under og etter familiebasert behandling, FBT (n = 28). Veiing ble utført av alle 28 ved oppstart FBT, ved 6, 12 og 15 måneder, samt ved behandlingsslutt. Den tykke linjen viser estimat av gjennomsnittsvekt for hvert måletidspunkt.

## Diskusjon

Dette kvalitetsforbedrende prosjektet beskriver utvikling av et evidensbasert tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser i en stor klinikk. Med utgangspunkt i manglende evidensbaserte tilbud for pasienter med spiseforstyrrelser ble det utarbeidet en klinisk standard, et opplæringsprogram og tre spesialteam. Tydelig oppgavefordeling tilrettela for fleksibilitet i pasientforløpet. Med unntak av opplæringsprogrammet ble all utvikling utført innen eksisterende budsjetttramme.

Begrunnelsen for antall behandlere i hvert spesialteam var behovet for et bærekraftig tilbud samt kollegastøtte i utfordrende saker. Organisering av spesialteam i tre av syv poliklinikker hadde imidlertid potensial for å generere ulik praksis på tvers av klinikken. Resultatene viser imidlertid at de fleste pasientene ble vurdert for EBM, noe som tyder på at løsningen med spesialteam fungerer.

Ved gjennomgang av pasientsakene fant vi kun ni pasienter (11 %) som kunne vært aktuelle for EBM, men som likevel ikke ble tilbudt dette. Således oppfatter vi at implementering av EBM for denne lavprevalente gruppen synes å være vellykket. Behandlingstid og vektøkning er også i tråd med resultater fra andre studier (Fenner & Kleve, 2014; Lock & Le Grange, 2019). At behandlere ikke alltid registrerte høyde i løpet av behandlingstiden, viser at det er behov for å fokusere mer på kvalitetssikring. Nettverksmøter for spesialteamene ser ut til å ha en viktig rolle for vedlikehold av kompetansen.

Dette prosjektet ble gjennomført med lave kostnader, enkel kvalitetsforbedringsmetodikk og i vanlig klinisk praksis. Resultatene vedrørende behandlingseffekt er basert på vektutvikling, som er ansett som det viktigste målet på behandlingseffekt. Fremover er det imidlertid behov for flere

data, for eksempel å inkludere pasientenes høyde (cm). Dette vil sikre mer reliable data på effekt av behandling og vil gi større mulighet til å sammenlikne effekten av FBT og KAT-S. Systematisk kartlegging av pasientperspektiv og informasjon om brukertilfredshet, inklusiv pasient-, familie- og ansattperspektiv, vil også styrke evalueringen og vil kunne bidra til videre utvikling av tilbudet.

## Konklusjon og veien videre

Beskrivelse av systematisk implementering av EBM og utvikling av spesialteam er av interesse i en tid der kravet om EBM er tydelig, men kunnskap om implementering fremdeles er mangelfull.

Videre er det viktig å sikre at organiseringen av tilbudet gir gode behandlingsresultater.

Innføring av spesialteam i generell poliklinikk fremstår så langt lovende i å sikre tidlig og evidensbasert oppfølging samt fleksible pasientforløp for barn og ungdom med spiseforstyrrelser.

For å videreutvikle tilbudet er neste steg å samle inn mer omfattende og reliabel informasjon om pasientutfall, inklusiv pre-, post- og oppfølgingsdata samt bruker- og medarbeiderrapporter. I tillegg er det behov for å se nærmere på gruppen pasienter som ikke responderer på nåværende tilbud. I skrivende stund legges det grunnlag for en større datainnsamling på tvers av hele Helse Vest.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 4, 2021, side*

### TEKST

**Liv Kleve**, Klinikkdirektør, Psykologspesialist, Ph.D.

**Stein Frostad**, Forskningsavdelingen, Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus

**Karl Ove Hufthammer**, Kompetansesenter for klinisk forskning, Haukeland universitetssjukehus

**Irene Elgen**, Spesialpoliklinikken, Klinikk psykisk helsevern for barn og unge, Haukeland universitetssjukehus

### + Vis referanser

American Psychiatric Association. (2006). Treatment of patients with eating disorders, third edition. (7 Suppl), 4-54.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925191> <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.138660>

Baker, R., Camosso-Stefinovic, J., Gillies, C., Shaw, E. J., Cheater, F., Flottorp, S. & Robertson, N. (2010). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. (3), CD005470.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005470.pub2>

Carter, O., Pannekoek, L., Fursland, A., Allen, K. L., Lampard, A. M. & Byrne, S. M. (2012). Increased wait-list time predicts dropout from outpatient enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for eating disorders. (7-8), 487-492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.03.003>

Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A. & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? (1), R9-R12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.008>

Ericsson, K. (2006). The Influence of Experience and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. I K. Anders Ericsson, N. Charness, R. Hoffman & P. Feltovic (red.), (s. 685-707). <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816796.038>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L. & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. (1), R2-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>

Fenner, M. & Kleve, L. (2014). Innovations in Practice: An evaluation of a CAMHS outpatient service for adolescent eating disorders. (1), 64-68. <https://doi.org/10.1111/camh.12014>

Frostad, S., Danielsen, Y. S., Rekkedal, G. Å., Jevne, C., Dalle Grave, R., Rø, Ø. & Kessler, U. (2018). Implementation of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) for adults with anorexia nervosa in an

- outpatient eating-disorder unit at a public hospital. (1).  
<https://doi.org/10.1186/s40337-018-0198-y>
- Garety, P. A., Craig, T. K., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., Read, J. & Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. , 37--45. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.104.007286>
- Helsedirektoratet. (2017). . <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Holst, G., Sætre, L., & Sunde, I. (2012). Evaluering av PBUs organisasjonsmodell.
- Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized Clinical Trial of Family-Based Treatment and Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa. (11), 886-894 e882. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.08.008>
- Lock, J., & Le Grange, D. (2019). Family-based treatment: Where are we and where should we be going to improve recovery in child and adolescent eating disorders. (4), 481-487. <https://doi.org/10.1002/eat.22980>
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moyer, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. (10), 1025-1032. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.128>
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. (2), 211-217. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865572> <https://doi.org/10.1071/AH050211>
- Murray, S. B., Quintana, D. S., Loeb, K. L., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2019). Treatment outcomes for anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. (4), 535-544. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002088>
- National Collaboration Centre for Mental Health. (2004).
- National Guideline Alliance. (2017). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>
- R Core Team. (2019). . R Foundation for Statistical Computing. <http://www.R-project.org>
- Royal College of Psychiatrists. (2019). [https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps03\\_19.pdf?sfvrsn=b1283556\\_2](https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/position-statements/ps03_19.pdf?sfvrsn=b1283556_2)
- Scarborough, J. (2018). Family-Based Therapy for Pediatric Anorexia Nervosa. (1), 90-98. <https://doi.org/10.1177/1066480717754280>
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. (4), 406-414. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Statens helsetilsyn. (2000).  
 Statens helsetilsyn.