



Rapport  
Intensiv Fokusert Habilitering 2007 - 2008

Spiseutvikling hos barn med spisevegring

Trinn II



Helse Stavanger - Stavanger Universitetssjukehus  
Kvinne-Barneklinnk

**Barnehabilitering Østerlide**

Torunn Sundgot

Sissel Iversen

Prosjektgruppa retter en varm takk til barna, foreldrene deres og personale som har gitt av sin tid. De har delt av sine erfaringer, reflektert sammen med oss og har vært villige til å prøve ut nye tilnærminger. Vi takker også Helsedirektoratet som har gjort det mulig for oss å ta tid til fordypning for å utvikle en bedre praksis.

Stavanger 12.09.2008

Torunn Sundgot

Sissel Iversen

<b>71 Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>2 Innledning .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 Bakgrunn .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Målgruppe.....</b>	<b>6</b>
<b>2.3 Målsetting .....</b>	<b>6</b>
<b>2.4 Organisering og ressurser .....</b>	<b>6</b>
<b>2.5 Brukermedvirkning .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Prosjektgjennomføring.....</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Forberedelser og planlegging .....</b>	<b>7</b>
3.1.2 Kartlegging .....	8
<b>3.2 Intensiv fokusert veiledning .....</b>	<b>8</b>
<b>3.3 Rutiner for samarbeid .....</b>	<b>9</b>
3.3.1 Samarbeid rundt prosjektbarn.....	9
3.3.2 Samarbeid med kommunene på systemnivå .....	10
3.3.3 Samarbeid med Barneklubben på systemnivå .....	10
<b>3.4 Kompetanseoppbygging .....</b>	<b>11</b>
<b>4. Resultater .....</b>	<b>12</b>
<b>4.1 Resultater etter Intensiv fokusert Rehabilitering .....</b>	<b>12</b>
4.1.1 Barn 1 .....	12
4.1.2 Barn 2 .....	16
4.1.3 Barn 3 .....	18
4.1.4 Barn 4 .....	21
4.1.5 Barn 5 .....	23
<b>4.2 Resultater samarbeid .....</b>	<b>25</b>
4.2.1 Samarbeid med Barneklubben.....	25
4.2.2 Samarbeid med 1. linjetjenesten .....	25
<b>4.3 Resultater kompetanseoppbygging.....</b>	<b>26</b>
<b>5. Evaluering .....</b>	<b>28</b>
<b>5.1 Resultater fra evalueringsskjema for foreldre .....</b>	<b>28</b>
5.2 Resultater fra evalueringsskjema for barnehagepersonale.....	30
<b>6. Drøfting.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1 Videreutvikle en modell for Intensiv Fokusert Rehabilitering rettet mot spiseutvikling .....</b>	<b>32</b>
6.1.1 Rett hjelp til rett tid.....	32
6.1.2 Felles plattform.....	33
6.1.3 Videoveiledning som metode .....	34
6.1.4 Direkte arbeid med barn gjennom gruppe .....	35
<b>6.2 Utvikle rutiner for samarbeid med aktuelle instanser.....</b>	<b>36</b>
6.2.1 Etablering av felles forståelse .....	36
6.2.2 Samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer.....	37
6.2.3 Planarbeid.....	37
<b>6.3 Utvikle og prøve ut arbeidsformer som bidrar til kompetanseoppbygging i 1.linjetjenesten .....</b>	<b>38</b>
6.3.1 Kartlegge kompetansebehov i de ulike kommunene .....	38
6.3.2 Barnehabiliteringens bidrag til kompetanseoppbygging i 1.linjetjenesten .....	38
<b>7. Videreformidling av erfaringer og resultater .....</b>	<b>39</b>

<b>8. Forslag til modell for Intensiv Fokusert Rehabilitering rettet mot spisevansker: .....</b>	<b>40</b>
<b>9 Implementering og videre planer.....</b>	<b>41</b>

**Referanser**

**Vedlegg**

- 1 Kursprogram Hvordan arbeide med spisevansker hos barn?**
- 2 Invitasjon til samarbeidsmøte rundt barn med spisevansker**
- 3 Oppsummering etter samarbeidsmøte med om spisevansker hos barn tilhørende Barnehabiliteringens målgruppe**

## 1 Sammendrag

Prosjektet **Intensiv fokusert habilitering, Spiseutvikling hos barn med spisevegring** inngår i Barnehabiliteringens satsning på å utvikle intensive behandlingstilbud for barn med funksjonsvansker (Helsedepartementet, Strategiplan, 2004). Trinn I av prosjektet startet opp i 2006 og ble ferdigstilt i februar 2007. Prosjektet ble videreført i et Trinn II som startet opp tidlig høst 2007 og ble ferdigstilt i juli 2008. Prosjektet har vært støttet av midler fra Helsedirektoratet samt av egne driftsmidler.

I Trinn II har vi forsøkt å videreutvikle denne arbeidsformen på en slik måte at den kan implementeres i en driftsmodell. Vi har gitt tilbud om intensiv fokusert habilitering til 5 barn og deres nærpersioner. Parallelt med dette har vi hatt et sterkt fokus på å utvikle samarbeidsrutiner både innad i 2.linjetjenesten og utad mot 1.linjetjenesten.

Kompetanseoppbygging har stått sentralt i siste fase av Trinn II. Det har blitt avholdt et større landsdekkende kurs, foredrag og et drøftingsmøte med kommunene.

Prosjektet har gitt nyttig erfaring vedrørende hvilke forhold som må legges til rette og erfaring med ulike arbeidsformer som egner seg i poliklinisk drift. Prosjektet har også gitt bedre innsikt i hvordan vi kan utvikle et godt samarbeid med 1.linjetjenesten for å sikre god kontinuitet i tiltakene rundt barnet. Erfaringene munner ut i en modell som er beskrevet avslutningsvis.

Direkte arbeid med barn i grupper har vist seg å være en hensiktsmessig arbeidsform. Dette ble prøvd ut i begrenset omfang i Trinn I. Det er ønskelig å få videreutvikle et slikt gruppetilbud som en del av det totale tilbudet til disse barna. Det er søkt om prosjektmidler for å videreføre dette i et Trinn III.

## 2 Innledning

### 2.1 Bakgrunn

Prosjekt **Intensiv fokusert habilitering, Spiseutvikling hos barn med spisevegring Trinn II** er en videreføring av et prosjekt som startet opp tidlig vår 2006 og ble ferdigstilt februar 2007. Det vises til prosjektrapport for Trinn I ( T. Sundgot m.fl 2006).

Prosjektet kunne vise til gode resultater. Vi så behovet for å utvikle arbeidsformen videre med tanke på at Habiliteringstjenesten i sin ordinære drift skal kunne gi et slikt tilbud til de barna som har tilsvarende behov. Det var ønskelig å trekke ut de beste erfaringene og prøve disse ut i en modell så nær opp til ordinær drift som mulig. Vi så også behovet for å videreutvikle samarbeidet med andre instanser for å sikre god kontinuitet rundt barna. Kommunene har etterlyst kompetanseheving innen dette fagområdet. Vi hadde et ønske om å se nærmere på hvilket innhold og i hvilken form en slik kompetanseoppbygging skulle ha. Sosial - og helsedirektoratet innvilget prosjektmidler til videreføring av et Trinn II. I tillegg er det brukt av ressurser fra ordinær drift. Av personalmessige årsaker valgte vi å starte opp prosjektet tidlig høst 2007 og ferdigstille det vår 2008.

## 2.2. Målgruppe

Målgruppen for prosjektet, barn med sammensatte vansker som viser spisevegring er nærmere beskrevet i rapporten for Trinn I pkt 2.2. Vi ønsket å gi tilbudet til barnet så snart det var ferdig medisinsk utredet. Medisinsk behandling skulle være avklart før vi startet opp med veiledningen. Vi startet opp med 6 barn. Barna var i alderen 1 år 5 måneder – 3 år 1 måned ved prosjektets oppstart. Barna hadde ulike diagnoser som sin grunntilstand. To av barna hadde ingen avklart diagnose, men viste forsinket utvikling på flere områder. Alle hadde en spisevanske som var assosiert til medisinske forhold. I tillegg hadde flere av barna utviklet en sensorisk mat-aversjon (Chatoor 2001/2002). Alle barna viste motstand og avvisning av mat i måltidene. Fire av barna hadde fått anlagt Mic-Key<sup>1</sup> for å få dekket ernæringsbehovet sitt. Ett barn ble tatt ut av prosjektet da det i løpet av kartleggingsfasen viste stor fremgang og ikke lenger hadde behov for en slik tilnærming.

Vi har hatt foreldre og primærkontakter i barnehagene som målgruppe for veiledningen.

## 2.3 Målsetting

Trinn II har hatt følgende målsettinger:

- Videreutvikle en modell for Intensiv fokusert Habilitering rettet mot spiseutvikling.
- Utvikle rutiner for samarbeid med aktuelle instanser
- Utvikle og prøve ut arbeidsformer som bidrar til kompetanseoppbygging i 1.linjetjenesten

Vi ønsket å videreutvikle modellen ved å gi tilbud om intensiv oppfølging til en ny gruppe barn med tilsvarende vansker. Vi valgte å benytte de verktøyene for kartlegging og evaluering som vi vurderte som mest hensiktsmessige fra Trinn I.

Etter en intensiv behandlingsperiode vil det ofte være behov for en vedlikeholds- og stabiliseringsperiode. I Trinn II ville vi forsøke å organisere veiledning i slutfasen på en slik måte at foreldre, primærkontakter og veiledningspersonale i kommunene kunne få støtte i en overgangsfase uten at dette ville kreve mye ressurser.

Etter hvert som antall henvisninger av barn med spisevegring har økt, har vi fått mange tilbakemeldinger fra kommunene om at de opplever manglende kompetanse for å kunne gi god hjelp til disse barna. Prosjektet har hatt som mål å utvikle samarbeidsformer og bidra til kompetanseheving i kommunene.

## 2.4 Organisering og ressurser

Prosjektgruppa har som i Trinn I bestått av Barnehabiliteringens spiseteam med logoped og psykolog som de mest aktive i veiledningen rundt det enkelte barn. Lege og klinisk ernæringsfysiolog har gjort medisinske – og ernæringsmessige vurderinger i kartleggingsfasen og ved behov.

---

<sup>1</sup> Ved gastrostomi er det laget en åpning gjennom bukveggen inn til magesekken. Mic-Key er en type gastrostomiport som brukes etter at stomikanalen er etablert. Gjennom denne porten kan en tilføre kroppen nødvendig ernæring og væskemengde.

Prosjektet har fått tilført 1,5 fagstilling. 1 stilling har vært lønnet med prosjektmidler. 0,5 stilling har vært tatt av Barnehabiliteringens driftsmidler. Utover dette har lege og klinisk ernæringsfysiolog bidratt innenfor ordinære driftsmidler.

Ressursene har vært fordelt slik:

Prosjektleder/logoped Torunn Sundgot 60 % stilling

Psykologspesialist Sissel Iversen 50 % stilling

Logoped Kristin Ravndal 40 % stilling

Kristin Ravndal fikk permisjon fra stillingen sin fra februar 2007. Det lyktes ikke å skaffe kvalifisert vikar etter henne. Klinisk ernæringsfysiolog sluttet i sin stilling i oktober 2007 og denne stillingen har stått vakant siden. Ernæringsmessige spørsmål har blitt drøftet med lege. Fremdriften i prosjektet måtte justeres i forhold til de fagressursene vi hadde.

## **2.5 Brukermedvirkning**

Det har vært viktig å gi rom for stor grad av brukermedvirkning i prosjektet. Foreldre og barn har en spisehistorie sammen, og denne kunnskapen er viktig for å kunne gi det enkelte barn og familie god veiledning. Som i Trinn I har foreldre vært aktive i å formulere langsiktig målsetting for barna sine. Med utgangspunkt i den langsiktige målsettingen bidro prosjektmedarbeiderne med å formulere delmål som kunne la seg realisere i prosjektperioden. Alle delmål ble drøftet med foreldre med utgangspunkt i et veiledningsdokument for det enkelte barn. Ett av barna fikk påbegynt arbeid med IP og prosjektmedarbeider deltok i starten på denne prosessen.

Veiledningsmetodikken har vært basert på ideen om at både foreldre og primærkontakter skulle være aktivt med i å finne løsninger på utfordringene. I stabiliserings – og vedlikeholdsfasen etter endt intensiv veiledning ble foreldre og lokale fagpersoner oppfordret til selv å melde om de hadde behov for konsultasjon og melde hva de ønsket hjelp til.

## **3. Prosjektgjennomføring**

Prosjektet hadde fokus på to hovedområder parallelt:

- Intensiv fokusert Habilitering, individrettet
- Samarbeidsrutiner og kompetanseoppbygging

Arbeidet med intensiv fokusert habilitering rettet mot en gruppe barn var lagt hovedsakelig til første del av prosjektperioden og ble avsluttet i månedsskiftet januar/februar. Utvikling av samarbeidsrutiner var en del av arbeidet rundt barna, men også som en mer generell tilnærming overfor fagområdet. Samarbeid og kompetanseoppbygging på systemnivå ble lagt til vår 2008. Forarbeid og planlegging av denne fasen pågikk parallelt med den intensive veiledningen.

### **3.1. Forberedelser og planlegging**

Vi hadde et ønske om å kunne starte opp veiledning rundt det enkelte barn tidlig høst 2007. Arbeid med valg av barn startet derfor opp i mai/juni 2007. Flere av de aktuelle barna var fortsatt under medisinsk utredning, og det ble nødvendig å avvente til situasjonen var

nærmere avklart. De barna som var ferdig utredet fikk invitasjon tilsendt på forsommeren. De øvrige fikk sendt invitasjon i august 2007.

Som et ledd i egen kompetanseoppbygging i Trinn I hadde tre av prosjektmedarbeiderne deltatt på konferansen ” The Young Child with special needs, Pediatric feeding problems” i Chicago mars 2008. Reise og opphold ble støttet økonomisk av Stavanger Røde Kors. I forbindelse med denne reisen ble vi kjent med en metode for behandling av spisevegring hos barn ”The SOS Approach to feeding”. Vi vurderte det slik at fagpersoner både i 1. og 2.linjetjenesten ville ha utbytte av å sette seg inn i metoden.

Vi kontaktet den aktuelle foreleseren for å forhøre oss om mulighetene for å arrangere et kurs i metoden i Stavanger. Vi fikk positivt svar og påbegynte arbeidet med å planlegge et slikt kurs. Barneklubben SuS ble forespurt om å være medarrangør. Det ble holdt jevnlig planleggingsmøter med representanter fra Barneklubben og prosjektgruppen. Dette arbeidet startet opp mai og ble intensivert utover høsten og opp mot at kurset ble avholdt i februar.

### 3.1.2 Kartlegging

Før den intensive veiledningen ble satt i gang ble barna kartlagt på flere områder. Hvert barn ble tilbudt hjemmebesøk.

- **SOMA, Schema för oralmotorisk bedömning:** Hvert barn ble forsøkt utredet med SOMA. Utover dette ble det tatt videoopptak og observasjon av måltid i hjemmet/barnehagen. Alle videoopptak ble analysert i prosjektgruppen (Reilly m.fl 2006).
- **Ernæring:** Klinisk ernæringsfysiolog gjorde en vurdering av ernærings situasjonen og kom med forslag om justeringer der dette var nødvendig. Vekt- og lengdeutvikling ble registrert.
- **”Kartlegging av spise- og ernæringsvansker – foreldreskjema”** ble fylt ut i de tilfellene hvor dette ikke hadde blitt gjort tidligere. Dette skjemaet ble utviklet av prosjektgruppen i Trinn I.
- **Måltidsregistrering:** Samtlige barn gjennomførte en ukes registrering av matinntak og typisk atferd i måltidene. Registreringsskjemaene ble individuelt utformet med bakgrunn i analysen fra videoopptakene. Registreringen utgjorde baseline for den videre veiledningen og for evaluering ved prosjektslutt.

### 3.2 Intensiv fokusert veiledning

Intensiv fokusert veiledning ble gjennomført i forhold til 5 barn og bestod av følgende:

**Felles kursdag:** Før oppstart av veiledning ble det invitert til en kursdag for foreldre og en kursdag for fagpersoner rundt barnet. Helsestasjon og PPT fikk også invitasjon til å delta på kursdagen for personale.

Kurssamlingen skulle legge et grunnlag for videre samarbeid, både med tanke på å opparbeide trygghet og å få en forståelse av hvordan spisevegring utvikles, samt hvilke områder det var viktig å arbeide videre med.

**Målvalgsamtale:** Før veiledningen startet opp hadde vi en målvalgsamtale med foreldrene. De ble bedt om å forsøke å sette opp et overordnet mål for barnets spiseutvikling med



bakgrunn i hvordan de kjente barnet og dets forutsetninger. Prosjektmedarbeiderne bidro med refleksjoner om hva som kunne være realistisk å oppnå.

**Videoveiledning:** Det ble tatt videoopptak av måltider i hjemmet og i barnehagen. Opptakene ble sendt Barnehabiliteringen som oftest i forkant av veiledningssamtalen. Veiledningen ble gitt uten barna til stede. Videoopptakene ble gjennomgått sammen med foreldrene og aktuelt personale i barnehagen. Hos ett av barna valgte vi å skille veiledningen til foreldre og barnehagepersonale. Det var som hovedregel to prosjektmedarbeidere til stede på alle veiledningene.

Hovedprinsippene for veiledningen var<sup>2</sup>:

- Foreldre og barnehagepersonale skulle i størst mulig grad være aktive i å finne løsninger og se muligheter hos barnet.
- Fokuset ble hovedsakelig rettet mot sekvenser som fungerte bra: hvordan øke forekomsten av slike gode sekvenser og hvordan videreutvikle slike sekvenser.
- Foreldre og barnehagepersonale ble invitert til å reflektere over det de så på videoen, noe det er langt vanskeligere å gjøre som direkte deltakende i måltidet.

Både i forhold til foreldre og personale ble videoveiledning benyttet på en systematisk måte. Det ble til sammen avholdt 44 veiledningssamtaler med video, varierende fra 7 til 14 på det enkelte barn. Med unntak av et lengre opphold rundt jul/nyttår, ble veiledningen gitt ukentlig i den intensive perioden.

**Evalueringsperiode:** Det ble gjort en måltidregistrering rundt juletid og en etter at veiledningsperioden var over. Veiledningsperioden ble avsluttet med en lengre evalueringssamtale omkring hvert barn.

**Videre oppfølging:** Etter at den intensive veiledningen ble avsluttet fikk alle tilbud om å benytte seg av tre fast oppsatte konsultasjonsdager i løpet av våren. Foreldre eller lokale fagpersoner ble bedt om å melde fra om de hadde behov og å skissere aktuell problemstilling som de ønsket å drøfte.

### 3.3 Rutiner for samarbeid

#### 3.3.1 Samarbeid rundt prosjektbarn

Samtlige barnehager fikk skriftlig informasjon med tilbud om å delta i prosjektet. Som i Trinn I ble det utformet en kontrakt hvor barnehagen ved styrer og primærkontrakt skrev under på en avtale om at de ville legge til rette for deltagelse i prosjektet.

---

<sup>2</sup> Familieterapeut Reidun Hafstad ble engasjert i 2007 for å gi oss veiledning i hvordan bruke video som verktøy i arbeidet med spisevansker. Veiledningen ble i hovedsak gitt med utgangspunkt i videoopptak av barna i prosjektets fase Trinn I. Prosjektmedarbeiderne hadde også satt seg inn i teorien i boka "Foreldrefokusert arbeid blant barn" (Hafstad/Øvreeide 2004).

Samtlige involverte helsestasjoner, PPT og Barneklinnk SuS fikk skriftlig informasjon om prosjektet og om at foreldre til det aktuelle barnet hadde tatt imot tilbud om å delta i prosjektet.

I forberedelsen av prosjektet ble noen av barna drøftet medisinsk i samarbeidsmøte med Barneklinnken. Dette var aktuelt ettersom disse fortsatt var under utredning ved Barneklinnken.

Primærkontakter i form av assistenter, støttepedagog og/eller spesialpedagog ble invitert til å delta i veiledningen. De var aktive i drøftingen av hvordan legge til rette for gode rammer for barnet og hvilke aktiviteter de så som mulige for å stimulere til spiseutvikling.

Helsestasjonen har bidratt med veiling og måling av de barna som hadde hyppig behov for dette.

Ved oppsummerende samtale i slutten av veiledningsperioden ble saksbehandler ved PPT og Helsestasjonen invitert. I denne samtalen ble det drøftet hvordan disse etatene kunne bistå foreldre og barnehagen med videre veiledning.

### **3.3.2 Samarbeid med kommunene på systemnivå**

Vi har sett det som viktig at vi har en god dialog med våre samarbeidspartnere i kommunen. Habilitering som en planlagt, tidsavgrenset prosess skal foregå på lavest mulig nivå og tjenestene ytes nærmest mulig der personen lever sitt liv (St.prp nr 1, 2007 – 2008, pkt 9.4). Det er vesentlig å finne ut hvilke barn og på hvilket tidspunkt barna best kan hjelpes i sitt hjemmemiljø og hva kommunene trenger av bistand fra spesialisthelsetjenesten for å kunne gjøre dette.

Samtlige Helsestasjoner og PPT i Sør- Rogaland ble invitert til å delta på et drøftingsmøte i Barnehabiliteringens lokaler 29.mai. Invitasjonen ble også sendt Direktør for oppvekst og levekår i hver kommune med henstilling om å sende representanter fra disse to etatene.

Fokus i møtet var samarbeid rundt barn med spisevansker tilhørende Barnehabiliteringens målgruppe. Følgende spørsmål ble drøftet:

- Hvordan forebygge og gi god tidlig hjelp til barn som er i risiko for å utvikle spisevansker?
- Hvordan kan 1. og 2. linjetjenesten samarbeide rundt barn med spisevansker?
- Hva slags kompetanse behøves for å gi god veiledning til foreldre og ansatte i barnehage og skole?
- Hvordan kan 2. linjetjenesten bistå kommunene i videre kompetanseoppbygging?

### **3.3.3 Samarbeid med Barneklinnken på systemnivå**

Barneklinnken og Barnehabiliteringen har over lengre tid etter initiativ fra fagpersoner hatt ulike former for samarbeidsmøter omkring barn med spisevansker. Høsten 2006 ble det fra ledelsen v/klinikkdirektør uttalt at det var ønskelig å utvide dette samarbeidet og få det inn i fastere former. I desember 2006 ble det utarbeidet et mandat for dette samarbeidsforumet. Mål for arbeidet var:

Sikre at Kvinne-Barneklinnken har et godt og sammenhengende utrednings- og behandlingstilbud for barn med spise- og ernæringsvansker, hvor fokus er på tverrfaglighet, samarbeid og god ressursutnyttelse.

Prosjektgruppen så det som viktig å videreføre disse møtene og våren 2007 ble det lagt en plan for månedlige møter for høst 2007. Samarbeidsgruppen hadde faste deltakere fra Barneklubben og prosjektgruppen. Aktuelt pleiepersonell fra Barneklubben har blitt invitert inn når pasienter skulle drøftes.

### 3.4 Kompetanseoppbygging

Det ble avholdt et større kurs og et lengre foredrag i løpet av prosjektperioden. I tillegg var det et kompetanseoppbyggingsaspekt i samarbeidsmøtet med 1.linjetjenesten.

#### **Kurs :Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? – en tverrfaglig tilnærming**

Kurs Stavanger Universitetssjukehus 6.-8.februar 2008. Se vedlegg 1 Kursprogram

Forelesere:

Dr. Kay Toomey, Pediatric Psychologist og Dr. Eirin Ross, Speech and language pathologist /Doctor of Philosophy

Kort om foreleserne:

**Dr. Kay Toomey, Pediatric Psychologist** har lang erfaring i behandling av barn med spisevansker. Hun har blant annet vært med på å bygge opp The Denver Children`s Hospital Feeding Clinic og Rose Medical`s Pediatric Feeding Center. Hun har utviklet SOS-Approach to Feeding, en metode for å kartlegge og behandle barn med spisevansker. Hun er mye brukt som foreleser i USA.

**Dr. Eirin Ross, Speech and language pathologist /Doctor of Philosophy.** Hun er ansatt ved Department of Pediatrics, The University of Colorado, Section of Nutrition. Dr. Ross har lang klinisk erfaring fra arbeid med spisevansker i tilknytning til nyfødtafdelinger i Denver. Hun har også arbeidet i spiseklinikker med å utrede og behandle spisevansker hos spedbarn og småbarn. Hun er mye brukt som foreleser i USA.

Kurset ble arrangert i samarbeid med Barneklubben SuS.

Samtlige Helsestasjoner og PPT-kontor i Rogaland fikk invitasjon om å delta. I tillegg ble det sendt invitasjon til faggrupper som ikke er lagt inn under disse etatene. Det ble lagt ned et stort arbeid for å gjøre kurset kjent innen alle fagmiljøer i fylket. I tillegg ble det sendt ut invitasjon til alle barnehabiliteringstjenester, barneavdelinger og fagpersoner tilknyttet spiseteam i hele landet. Kurset ble også gjort kjent i fagtidsskrifter, i tidsskriftene til aktuelle brukerorganisasjoner, på Landskonferansen for Habilitering og Rehabilitering i Stavanger september 2007 og på Dysfagikurs på Sunnås november 2007.

Målgruppe for kurset var fagpersoner som arbeider nært barna eller som står i veiledningsposisjon i forhold til barn med spisevansker. Det ble gitt tilbud til en mindre gruppe foreldre til barn med spisevansker som allerede var i et behandlingsforløp lokalt. I samråd med foreleserne var dette foreldre som kunne bli ivaretatt i etterkant av kurset med videre veiledning fra enten Barneklubben eller Barnehabiliteringen. Utover deltagelse i kurset ble foreldrene invitert til å spise lunsjen sin sammen med foreleserne. De fikk anledning til å stille spørsmål angående egne erfaringer knyttet til sitt barn.

Foreleserne tilbrakte en uke i Stavanger. Prosjektgruppen hadde i løpet av denne uken flere uformelle drøftinger med foreleserne vedrørende faglige spørsmål og drøfting av hvordan organisere behandlingstilbud til barn med spisevansker.

### **Foredrag: Spisevansker hos barn med Down syndrom? – hvordan legge til rette for en positiv spiseutvikling**

Parallellsesjon ved Landskonferansen for Down syndrom, Clarion Hotell Stavanger 29. februar 2008. Forelesere psykologspesialist Sissel Iversen og logoped Torunn Sundgot

Landskonferansen for Down syndrom som ble avholdt i Stavanger var et samarbeid mellom Ups & Downs i Rogaland og Barnehabiliteringstjenesten Østerlide. Spiseteamet ble forespurt om å bidra med foredrag om spisevansker hos barn med Down syndrom. Med erfaring fra spisevansker hos barn med Down syndrom i prosjektet og i ordinær drift fant vi det hensiktsmessig å legge et slikt kurs inn som en del av prosjektarbeidet. Målgruppen var foreldre og fagpersoner.

### **Samarbeidsmøte med 1.linjetjenesten**

Møtet var todelt med en informasjonsdel og en dialogdel. Som innledning til drøftingen ble det informert om prosjektet og forelest om klassifisering av type spisevansker. De fikk en også en presentasjon av hvordan vi har arbeidet med ett av prosjektbarna.

Under dialogdelen ble deltakerne plassert i grupper. Gruppene var sammensatt av representanter fra de to tjenesteområdene og satt sammen av kommuner med tilnærmet likt befolkningsgrunnlag. I invitasjonen hadde vi beskrevet de temaene som vi ønsket å ta opp i drøftingen (se vedlegg 2).

## **4. Resultater**

### **4.1 Resultater etter Intensiv fokusert Habilitering**

#### **4.1.1 Barn 1**

##### **Diagnoser ICD10:**

Q900 Down syndrom

F98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen

##### **Spisesituasjon ved oppstart:**

Fullernært via sonde. Hun har Peg<sup>3</sup>. Barnet hadde begynt å putte noe mat i munnen. Hun svelget mat svært sjeldent, og da bare sausekonsistens.

---

<sup>3</sup> Gastostomi er en kanal fra magesekken til hudens overflate, der det er ført en sonde gjennom kanalen. Ofte gjøres inngrepet ved hjelp av et gastroskop, og denne metoden kalles Perkutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG)

### Tidlig spiseutvikling:

Barnet begynte å spise grøt til vanlig alder, litt grøt i tre måltider per dag. Så ble hun syk med lungebetennelse. Etter dette kom aldri spisingen i gang igjen. Hun gikk med nesesonde i et halvt år. Hun kastet mye opp. Til slutt fikk hun anlagt gastrostomi. Hun har hatt perioder med vekselvis hard og løs avføring. Hun ble satt på det aminosyrebaserte ernæringsproduktet Neocate for å se om det ville påvirke mage-tarm funksjonen positivt. Det har hatt god effekt.

### Målvalg:

Langsiktig mål: ¼ av matinntaket gjennom munnen innen skolestart, slik at hun skal kunne innta skolemat via munnen.

### Delmål:

Øke frekvensen av å putte mat i munnen.

Øke frekvensen av å svelge mat med "sausekonsistens".

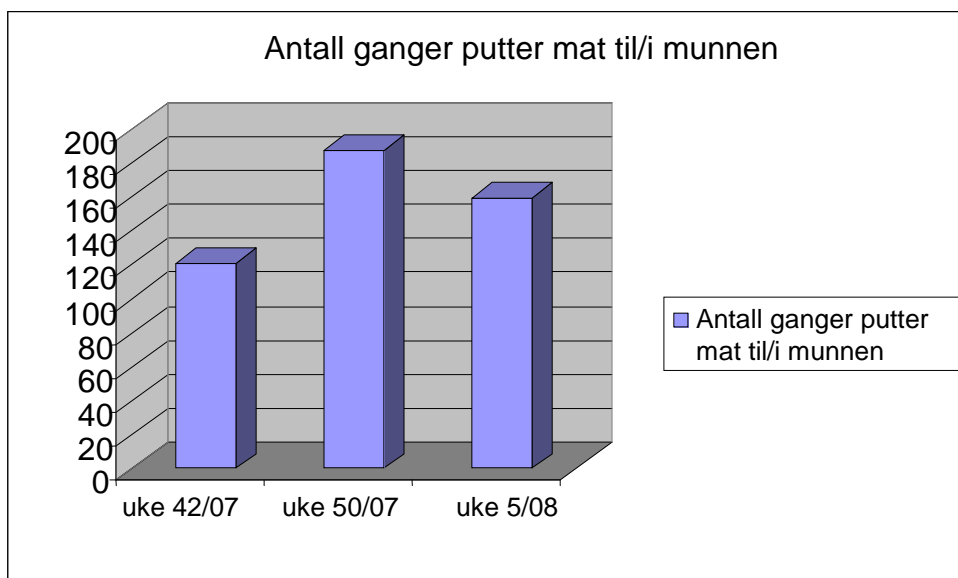
Kasting av mat og spiseredskap viste seg også å være et problem som det også ble jobbet med.

### Intensiv veiledning:

Veiledning blir gitt med bakgrunn i videoopptak fra måltider/lekestimulering i hjemmet eller i barnehagen. Foreldre/Barnehagepersonale møtte til 8 videoveiledninger. I tillegg har spesialpedagog/primærkontakt fått informasjon om hvordan lekesituasjoner kan brukes til desensitivisering i forhold til matvarer eller som en introduksjon for nye matvarer.

### Oppsummering av spiseutvikling i prosjektperioden:

#### Putte mat til/i munnen:



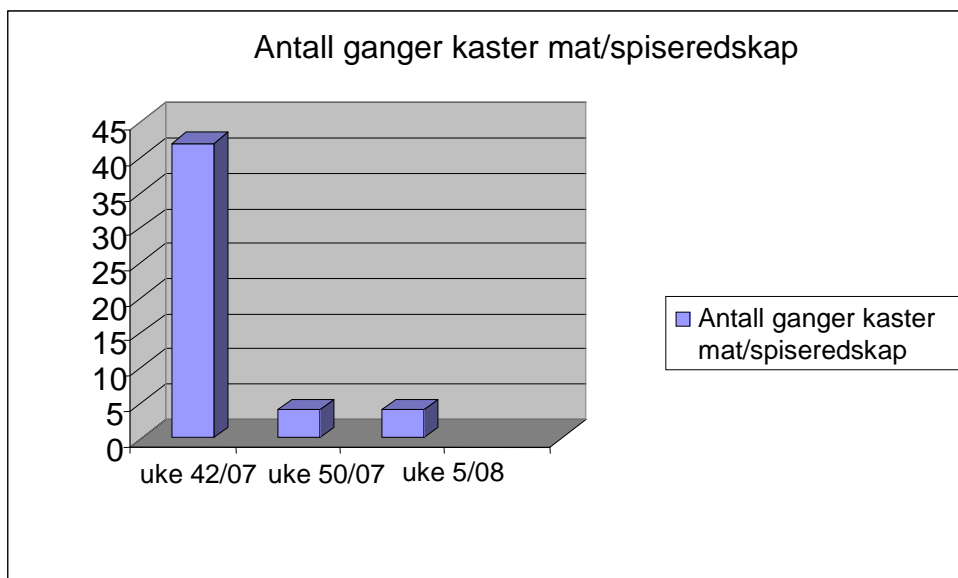
Det har vært en fin utvikling i perioden med hensyn til å øke frekvensen av å putte mat i munnen. Vi så også på videoopptakene og på måltidsregistreringene at variasjonen i typer mat barnet puttet i munnen økte. Hun kunne også klare å holde mat i munnen noe lenger før den

kom ut igjen. Den siste perioden kunne hun også bite av en bit av for eksempel Pommies Frites og holde den litt i munnen før hun dyttet den ut igjen med tunga.

Utviklingen i perioden kan ha vært bedre enn det registreringen viser da barnet ved prosjektets oppstart som regel var mest aktiv med maten i begynnelsen av måltidet, mens hun seinere ble mest aktiv et stykke ut i måltidet. Registreringene ble gjort bare de første 10 minuttene av hvert måltid i alle tre registreringsukene. I den siste registreringsuka kan det hende at den beste delen av måltidene ikke ble fanget skikkelig opp i registreringen.

### Kasting ved bordet:

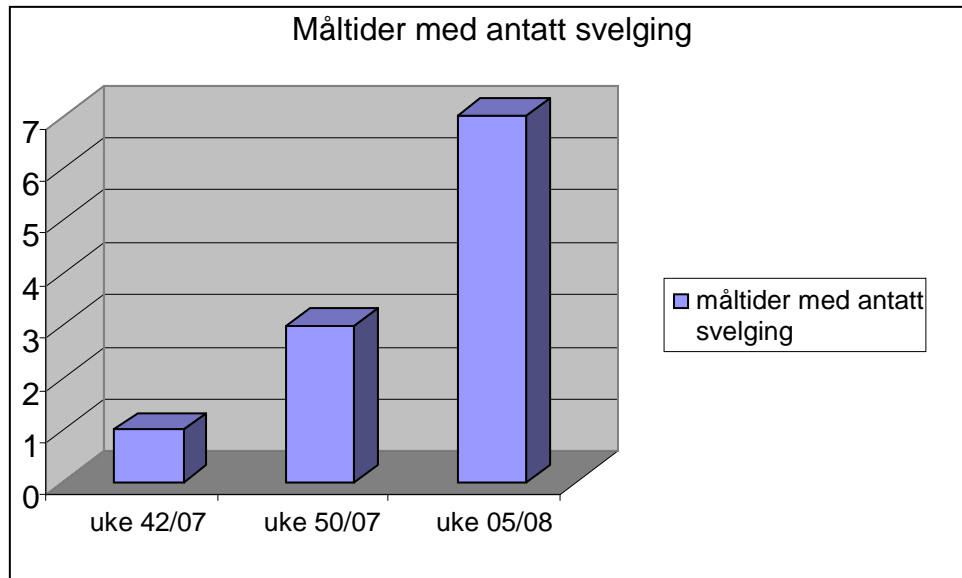
Foreldrene ønsket tidlig veiledning på hvordan de skulle forholde seg til kasting som forekom ofte ved oppstart av prosjektperioden.



Allerede ved andre registrering var dette problemet betydelig redusert.

### Svelging av mat:

Det er usikkerhet knyttet til om barnet har økt frekvensen av svelging av mat med sausekonsistens i løpet av den intensive veiledningsperioden. Det er vanskelig for de voksne i måltidet å vurdere om jenta faktisk svelger noe mat eller ikke, særlig når hun sitter med mat i munnen en stund og gjør suge/tyggebevegelser og hvor det til slutt kommer noe mat ut igjen. Dette gjør registreringene usikre. Det er uansett snakk om svært små mengder mat hun svelger. Det vi kan si ut fra registreringene er at barnet svelget noe saus i 1 måltid i registreringsuken før veiledningsperioden. Registreringsuken i etterkant av veiledningsperioden viste 7 måltider hvor det ble antatt at hun svelget noe saus, smør, ketchup og rødbetkraft.



Alle måltider hvor det så ut til at noe ble svelget forekom hjemme. Barnet så ut til i større grad å tørre å holde maten i munnen og bearbeide den noe lenger i måltidene hjemme enn i barnehagen. I veiledningstimene ble det drøftet hvordan det kunne legges til rette for den samme atferd og samhandling med den voksne i barnehagen.

#### Reduksjon av sondemat:

Den 08.01.08 vurderte overlege Inger Hellerdal Rasmussen at sondematen kunne reduseres med 25%. Hun var på dette tidspunktet 13 kilo, noe som var 2 kilo mer enn hun trengte. Barnet kunne godt holde denne vekten i ett år fremover, uten at det skulle være grunn til bekymring. Rundt påske fikk vi beskjed fra mor om at de hadde gått opp 10% på sondematen, da barnet var gått ned til 12 kg.

#### **Vurdering av spiseutviklingen:**

Barnet har hatt en fin spiseutvikling i perioden, særlig når en vurderer de måltider som foregår i hjemmet. Foreldrene har også fått veiledning i forhold til spising før prosjektet startet og hadde allerede innledningsvis en god forståelse av hvordan de selv kan støtte barnet i hennes tilnærming til mat. Forholdene lå dermed godt til rette for at de raskt kunne nyttiggjøre seg veiledningen.

I barnehagen har det vært mye fokus på å få en felles forståelse av rammene: hvem skal sitte med barnet når hun spiser, hvilke regler gjelder for henne og de andre barna ved bordet, hvordan kan den voksne støtte barnet til å mer utforskning av mat? Dette var spørsmål som det var viktig å få avklart for å kunne gi barnet måltidssituasjoner i barnehagen som var noenlunde lik fra gang til gang. Det var en kompliserende faktor i første halvdel av veiledningsperioden at ulike personer kom til veiledning fra barnehagen, uten at de var tilstrekkelig samsnasket på forhånd. Det at en representant fra spesialpedagogisk team kunne delta på alle veiledningene sikret likevel en kontinuitet i arbeidet.

Barnet hadde flere sykdomsperioder i prosjektperioden med stagnasjon og tilbakegang med hensyn til spising. Barnet kom seg imidlertid fint etter sykdomsperiodene. Slike perioder må det forventes også i fremtiden.

Barnet tør nå i større grad utforske mat med hender og munn. Hun viser bedre trivsel i måltidene. Hvis barnet fortsatt får god tilrettelegging i måltidene vurderes hun til å kunne nå det langsiktige målet om å spise sin skolemat gjennom munnen.

## 4.1.2 Barn 2

### Diagnose:

Q909 Uspesifisert Down syndrom

F 98.2 Spiseforstyrrelse i barndommen

Barnet har medfødt øsofagusatresi<sup>4</sup> av typen long gap<sup>5</sup>, er operert for gastroøsofageal refluks<sup>6</sup> med Nissenplastikk<sup>7</sup> og har hatt innlagt Mic Key. Barnet har hatt residiverende luftveisinfeksjoner i form av pneumonier.

Barnets øsofagusatresi har skapt betydelige problemer i forhold til hennes spiseutvikling. Hun har over en lengre periode vært til ukentlig/annenhver uke med blokkering<sup>8</sup> av spiserør. Hun har i tillegg hatt betydelige vansker i forhold til respirasjon og lekkasje rundt gastrostomiåpningen.

**Spisesituasjon ved oppstart:** Barnet er i en stabil periode helsemessig. Spiserøret holder seg åpent med noe bedre åpning enn ved kontroll for 3 mnd siden. Det har dannet seg en liten kant i øverste del av skjøten. Behandlende lege anbefaler derfor at barnet drikker flytende og spiser mat med tynn purékonsistens. Hun er frarådet å spise mat med fastere konsistens.

Hun er imidlertid mye plaget med lekkasje fra gastrostomi, og det er ønskelig at hun kan ernæres via munnen. Hun drikker Fortini barnesondenæring via munnen nok til at dette dekker ernæringsbehovet. I tillegg spiser hun en del vaniljesaus, vaniljeis og drikker eplejuice av flaske og glass. Hun kan ellers smake på ketchup, syltetøy og tomatsuppe. Medisiner blir gitt via Mic-key.

Dersom barnet kan ernæres via munnen er det planer om å fjerne gastrostomien.

Barnet har ikke barnehageplass pga infeksjonsfare. Spesialpedagog og fysioterapeut kommer hjem to ganger i uken.

### Målvalg:

Langsiktig mål: Være fullernært gjennom munnen. Kunne spise finmoset mat som erstatning for sondeernæring.

---

<sup>4</sup> Øsofagusatresi er en medfødt misdannelse der det ikke er forbindelse mellom øvre og nedre del av spiserøret.

<sup>5</sup> Long gap øsofagusatresi – spiserørsendene kan ikke føres sammen rett etter fødsel, fordi avstanden mellom øvre og nedre del av spiserøret er for stor. Man må vente på at endene skal vokse mot hverandre før de kan skjøtes. (Kilde: Øsofagustresi, Veileder, Rikshospitalet, Senter for sjeldne diagnoser)

<sup>6</sup> Tilbakesiving av mageinnhold gjennom magemunnen opp i nederste delen av spiserøret

<sup>7</sup> Operativt inngrep som brukes for å lage en kunstig lukkemuskel mellom spiserør og magesekk. Dette hindrer at mageinnholdet kommer opp i spiserøret.

<sup>8</sup> Innsnevring av skjøten i spiserøret forekommer ofte etter operasjonen og det kan bli vanskelig for maten å passere. Blokkering gjøres ved at en tynn plastslange blir ført ned i spiserøret til det trange partiet. Denne har en ballong som blir blåst opp. Målet er gradvis å utvide innsnevringen.



### Delmål:

**1a.** Svelge medisiner via munnen

**1b.** Kunne spise ca 50ml middagsmat og 75 ml annen purèmat i 2 måltider daglig

**1c.** Bli kjent med og utforske nye matvarer gjennom lekpreget aktivitet utenom måltidene.

### **Oppsummering av spiseutvikling i prosjektperioden:**

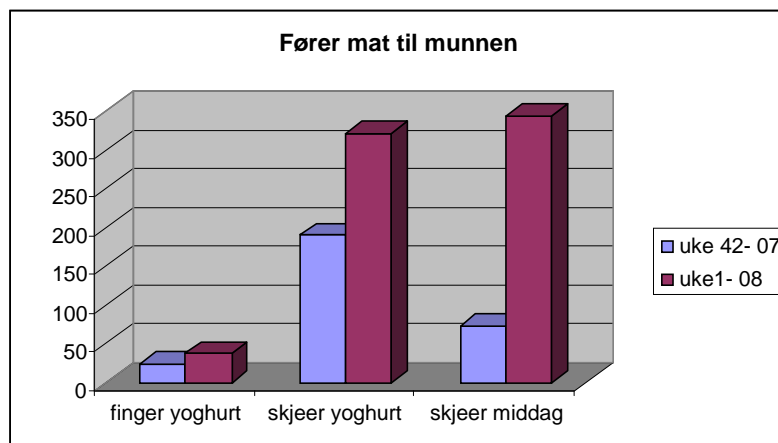
Svelge medisiner via munnen: Foreldre startet opp på egen hånd med å tilføre medisiner i ernæringsdrikken hennes. Dette har gått fint i hele perioden.

### Kunne spise ca 50 ml middagsmat og 75 ml annen purèmat i 2 måltider daglig:

Barnet viste ved oppstart preferanse for noen smaker. Samtidig virket hun opptatt av at måltidene skulle foregå på måter som hun var vant med, og hun hadde stort behov for forutsigbarhet og trygghet. Vi valgte å ta utgangspunkt i to kjente og aksepterte smaker; vanilje (vaniljesaus, vaniljeis) og ketchup. Vanilje ble introdusert som vaniljeyoghurt og ketchup ble brukt som basissmak for introduksjon av middagsmat. Hensikten var å tone ned disse smakene ved svært gradvis å tilføre annen matvare. Vaniljeyoghurt har en fyldigere konsistens enn vaniljesaus og renner ikke så lett av skjea. Inntaket per skje ble dermed større. Barnet aksepterte svært bra ketchup iblandet middagsmat. Siste registreringsuke spiste barnet middagsmat med forholdet ketchup : middag, 10 % : 90%. Hun aksepterte også flere typer middagsglass. Hun var imidlertid opptatt av at middagen skulle serveres fra ketchupflasken og at maten skulle være kald.

Inntaket med mat er vesentlig høyere enn det som kommer fram ved siste registrering, ettersom barnet tar mer på skjea enn ved oppstart. Samtidig har hun etablert en bedre teknikk for å føre skje til munn.

I forhold til måloppnåelse har barnet vist størst utvikling ift middagsmat. Det ble mest hensiktsmessig å måle inntak i skjeer ettersom utgangspunktet var svært lavt og lite målbart i ml.



Barnets inntak av mat har variert også underveis i prosjektperioden. Interesse for mat er vesentlig redusert i perioder med luftveisinfeksjoner. Barnet fikk fjernet gastrostomien sin 21. januar. Etter operasjonen var hun plaget med kvalme og infeksjon i operasjonssåret. Det har vært vanskelig å få henne interessert i skje-mat igjen etter dette. Hun tar likevel all ernæring og medisiner gjennom munnen i form av drikke.

Underveis i perioden ble barnet plaget med løs mage/diarè. Med bakgrunn i råd fra klinisk ernæringsfysiolog valgte foreldrene å erstatte noe av Fortini med Minimax sondeernæring. Dette har bedret situasjonen.

### Bli kjent med og utforske nye matvarer gjennom lekpreget aktivitet utenom måltidene:

Både foreldre og spesialpedagog har gitt mulighet for utforsking av både ny og kjent mat gjennom lek. Barnet viser trivsel og tar nye utfordringer gjennom leken. Hun har akseptert ny smak raskt ved å leke med maten i forkant. Hun har god nytte av modelløring og tar etter lillesøster eller den voksne i leken.

**Vurdering:** Barnet har vist en positiv utvikling i løpet av prosjektperioden. Hun har etablert nye ferdigheter og har tålt godt introduksjon av nye smaker når de først blir presentert gjennom lek. Hun har fått mye erfaring med å føre skje til munnen, har fått bedre kontroll over skjeen og får dermed med seg mer mat per skje. Hun er imidlertid svært var på endringer. Hun aksepterer ennå bare kald mat og har klare forventninger om at den skal serveres på samme måte i de enkelte måltidene. Det er viktig å arbeide videre med gradvis å utvide hennes toleranse for at måltidene kan foregå på ulike måter. Fjerning av gastrostomien med påfølgende kvalme første uka har satt henne noe tilbake i sluttfasen av prosjektperioden. Det er imidlertid grunn til å anta at hun etter hvert vil komme tilbake til det nivået hun var på før operasjonen.

## 4.1.3 Barn 3

### **Diagnoser:**

F982 Spiseforstyrrelse i barndommen

F82 Spesifikk utviklingsforstyrrelse av motoriske ferdigheter

### **Spisesituasjon ved oppstart**

Barnet var svært hypoton ved fødsel. Hun har hatt suge- og ernæringsvansker og vært delvis avhengig av sondeernæring siden nyfødt-perioden. Hun har vært mye plaget med brekninger, gulping og oppkast. Hun har fått påvist gastroøsofageal reflux og vært medisinerert med Losec. I september 2006 fikk hun anlagt PEG, og har siden den tid hatt tilfredsstillende vekt og lengdevekst. Videofluoroskopi-undersøkelse fra Sunnaas viser ukoordinert oralfase, men ingen tegn til aspirasjon<sup>9</sup>.

Ved oppstart av prosjektet var barnet fullernært via sondemat men smakte og svelget mat med forskjellig smak og konsistens. Hun fikk 800 ml sondemat pr. dag, mengde matinntak via munnen varierte. Barnet var plaget av brekninger og oppkast, og i perioder avviste hun all mat.

Utredning har vist at barnet har gode munnmotoriske forutsetninger for bearbeiding av mat.

Foreldrene ga barnet god anledning til å bli kjent med/utforske maten med hendene allerede ved oppstart av prosjektet. Hun viste lite sensorisk aversjon. Barnet var selvstendig, bestemt og viste tydelig at hun ville spise selv.

Barnet hadde god vekt og et godt utgangspunkt for å redusere ernæring via sonde med tanke på å stimulere til økt matinntak via munnen.

---

<sup>9</sup> Fremmedlegeme ( her:mat eller drikke) i luftveier og lunger.

**Målvalg:**

Langsiktig mål: Redusere mengden sondemat. Øke matinntaket via munnen tilsvarende reduksjonen i sondemat.

**Delmål:**

- 1a. Halvere mengden sondemat fra 800 ml til 400 ml og kunne spise tilsvarende via munnen.
- 1b. Jevnere matinntak, spise litt til hvert måltid. Beholde tilfredsstillende vekt.

**Intensiv veiledning:**

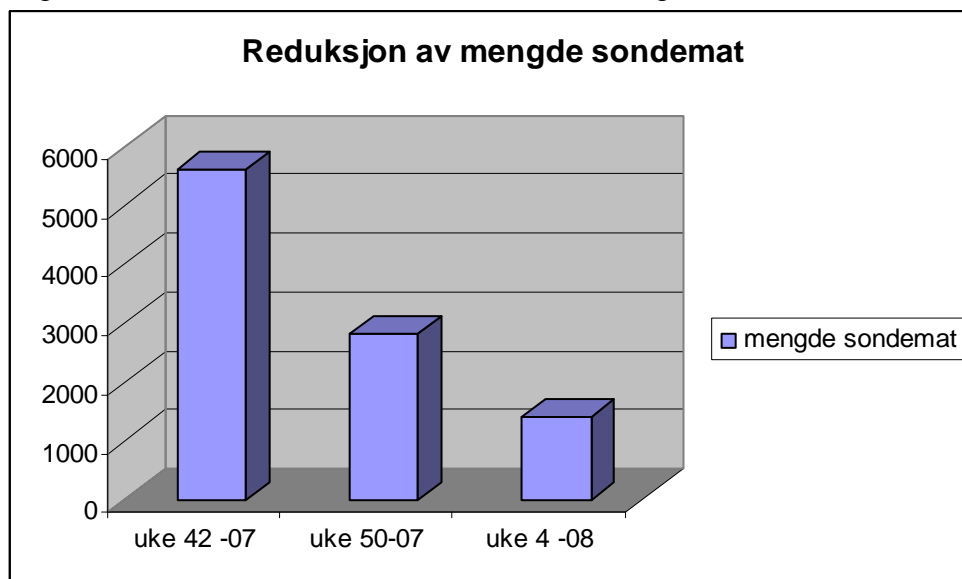
Veiledning blir gitt med bakgrunn i videoopptak fra måltider/lekestimulering i hjemmet eller i barnehagen. Foreldre/Barnehagepersonale møtte til 8 videoveiledninger.

I veiledningsperioden har følgende vært vektlagt: samspillet i måltidssituasjonen, variasjon i matprodukter, reduksjon av sondemat og stimulering til økt matinntak via munnen.

Barnehage og hjem har i hovedsak arbeidet med sensorikk via måltidssituasjonen. Barnet har utforsket mat med hendene og fått utfordringer i forhold til sensorikk gjennom å praktisere grunnleggende ferdigheter som det å håndtere spiseredskap, smøre, legge pålegg på skive osv.

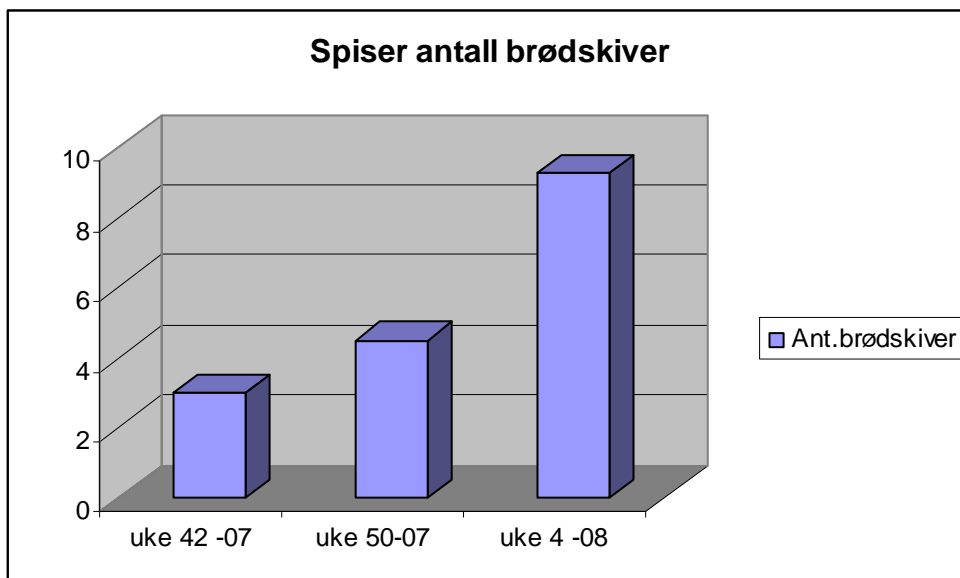
**Oppsummering av spiseutvikling i prosjektperioden:**

Barnet har vist fin spiseutvikling i prosjektperioden. Sondematen har blitt redusert med 100 ml pr. dag hver fjortende dag, fra 800 ml til 100 ml pr dag ved prosjekt slutt. Foreldrene valgte selv hvilket måltid de ønsket å redusere mengden sondematen.

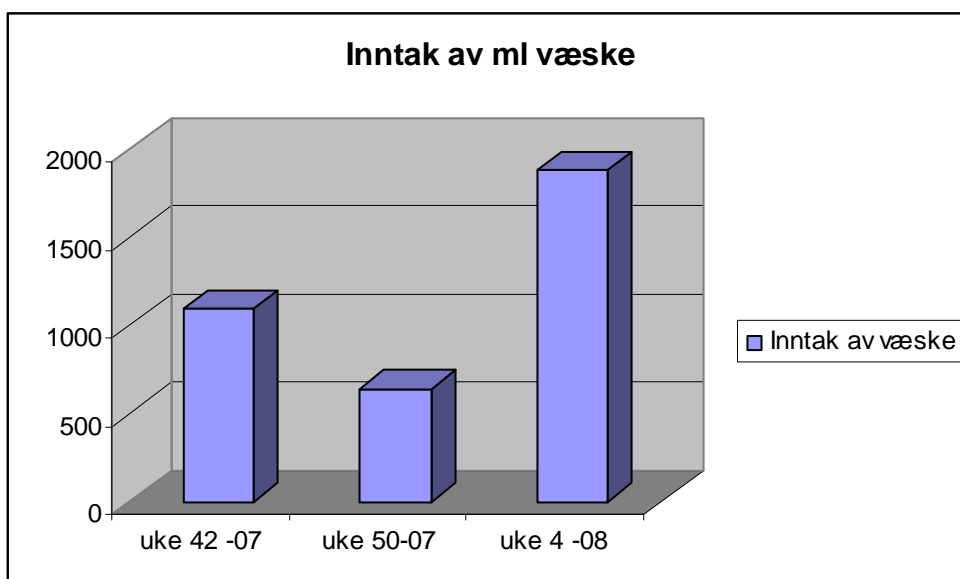


Matinntaket ble registrert over 3 perioder og hun ble kontinuerlig veid for å se at hun beholdt en tilfredsstillende vekt.

Barnet økte gradvis matinntaket via munnen. Mengden mat ved de ulike måltidene varierte. Hjemme spiste hun i perioder mye yoghurt, mens hun i barnehagen hadde et mer varierende og stabilt inntak av brødsiver og frukt. Etter hvert spiste hun brødskive med pålegg også hjemme.



Hun smakte og svelget ulike typer middag, men var i perioder noe selektiv. Etter hvert har hun smakt og spist flere forskjellige sorter middagsmat. Væskeinntaket via munnen har vært ustabil og varierte gjennom prosjektperioden. Ved prosjektslutt hadde hun etablert et væskeinntak som var stabilt.



Barnet sluttet tidlig i prosjektperioden å kaste opp, mens det tok noe lengre tid før brekningene avtok.

Barnet viser stadig bedre trivsel i måltidssituasjonen. Hun setter tydelig pris på det sosiale samværet og trives med å utføre ulike måltidsaktiviteter. Hun synes også å være glad i mat, og viser gjentatte ganger at hun er interessert i å smake på mat som har ny smak og konsistens.

**Vurdering:**

I forhold til måloppnåelse har barnet vist langt bedre utvikling enn forventet. Hun er ved prosjektslutt tilnærmet fullernært via munnen, og det er grunn til å anta at hun om kort tid ikke lenger har behov for å ernæres gjennom Mic-Key.

**4.1.4 Barn 4****Diagnose:**

G809 Uspesifisert infantil cerebral parese.

R 638 Andre spesielle symptom med tilknytning til mat og væskeinntak

Barnet har siden fødselen hatt spise- og ernæringsproblemer. I tidlig spedbarnsalder viste hun redusert sugesevne. Måltidene var lange, og hun viste delvis lite interesse for mat. I en periode spiste hun små mengder grøt og middag. Hun viste dårlig vektøkning, fikk innlagt neseseonde i mai 06 og anlagt Peg i august 06.

Hun har vært plaget av økende mengde oppkast, og det har vært stilt spørsmål om refluks. Hun ble behandlet med Losec uten at dette fjernet alle plagene. Hun ble henvist Haukeland for Nissen-plastikk, men denne ble avlyst da plagene avtok i løpet av våren 2007.

**Spisesituasjon ved oppstart:**

Barnet er fullernært gjennom Mic Key. Hun drikker vann og te gjennom munnen. Hun spiser og svelger små mengder mat med purèkonsistens. Hun smaker på forskjellig mat, bl.a middag delt i biter, men svelger lite. Hun viser stor variasjon i forhold til om hun vil smake på noe og varierer i grad av avvisning. Hun er svært var for krav og forventninger i spisesituasjonen.

Barnet mangler ferdigheter og erfaring med bearbeiding av mat. Hun har munnmotoriske vansker. Hun strever med å holde fokus/ vedvarende oppmerksomhet i situasjoner hvor det foregår mye rundt henne.

**Målvalg:**

Langsiktig mål: Spise halve skolematen via munnen.

**Delmål:**

1a Spise og svelge 5 ts mat m/ pùre konsistens i to måltider til dagen.

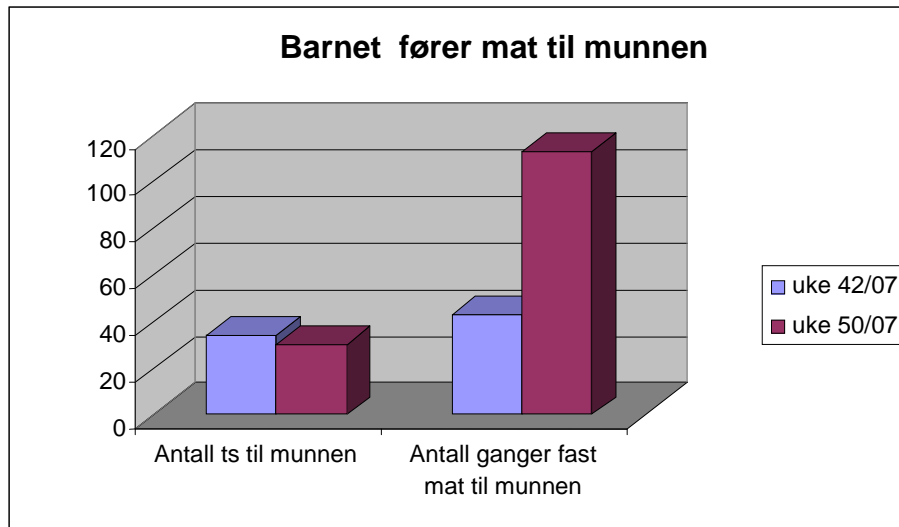
1b. Smake på middag

**Oppsummering av spiseutvikling i prosjektperioden:**

I starten av prosjektperioden vegret barnet seg ved berøring av mat. Hun brukte helst spiseredskaper og holdt ytterst på skjea. Hun deltok lite i aktiviteter knyttet til måltid. Barnets inntak og interesse for mat har variert fra måltid til måltid i hele prosjektperioden. Ved noen måltider viser hun stor interesse for å smake og ta mat til munnen, mens hun i andre måltid viser tilnærmet ingen interesse og sterk avvisning. Hun har hatt flere sykdomsperioder i løpet av prosjektperioden.

Barnets spiseatferd ble registrert i uke 42 og uke 50. Barnet var syk i registreringsperioden i uke 4 og vi har funnet det lite hensiktsmessig å ta denne registreringen med.

Fra første til andre registreringsperiode viste hun betydelig økning i antall ganger hun førte mat med fast konsistens til munnen. Hun tar maten inn i munnen, elter litt med tunga og deretter spytter/tar ut. Hun hadde noe nedgang i antall ganger hun førte mat med purèkonsistens til munnen og viste klart minst interesse i måltider hvor hun fikk tilbud om denne konsistensen. Rundt juletid var barnet en del syk, og interessen for å ta mat til munnen avtok betydelig. Barnet hadde inntil da blitt sondet parallelt med at hun fikk tilbud om mat i munnen. Det ble anbefalt å utsette sondingen til ca 10 minutter etter at hun hadde fått tilbud om mat i munnen. Dette så ut til å virke positivt.



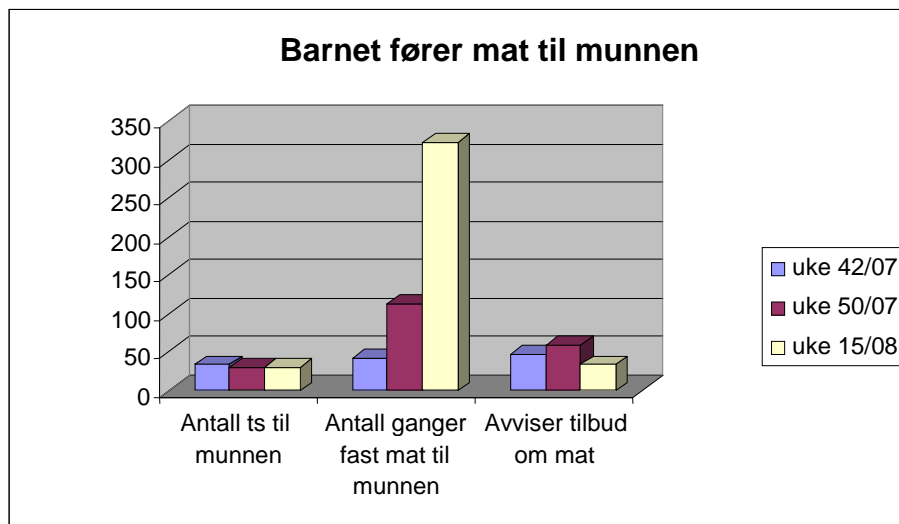
### Vurdering:

Med unntak av sykdom i uke 4 viser barnet i slutten av prosjektperioden glede, interesse og økte ferdigheter knyttet til måltid. Hun liker å forsyne seg selv, smøre på skive, sende mat og setter stor pris på det sosiale samværet som er i et måltid. I forhold til mat viser hun størst interesse for middagsmat og mat med fast konsistens. Det meste av denne maten tar hun inn i munnen, oppbevarer den en kort periode og tar /spytter deretter ut. Hun har blitt gradvis mer fortrolig med mat på hendene.

I forhold til målsetting for perioden har barnet vist minst interesse for mat med purèkonsistens. På dette området er ikke målene nådd. Denne konsistensen ble valgt med begrunnelse i hennes munnmotoriske vansker, og at hun så langt har hatt dårligere forutsetninger for å kunne bearbeide mat med fast konsistens. Hun har imidlertid i løpet av prosjektperioden vist langt større interesse for middagsmat med fast eller halvfast konsistens. Hun har tatt mer i munnen av dette enn forventet ved tidspunkt for valg av målsetting. Det er usikkert hva som ligger til grunn, men en hypotese kan være at hun har færre negative erfaringer knyttet til middagsmat og at hun dermed har et bedre utgangspunkt for å utforske slike matvarer med munnen. Mat med fast konsistens vil i tillegg gi klarere sensorisk tilbakemelding til sanseapparatet og kan bli fortrukket av den grunn.

Barnet har i løpet av prosjektperioden utviklet bedre munnmotorikk. Dette viser seg ved mer aktivitet og større variasjon i bevegelser av lepper og tunga. I tillegg viser hun utvikling av mer aktiv mimikk. Hun har også utviklet flere ferdigheter i håndtering av spiseredskap.

Foreldre tok initiativ til å drøfte barnet med Kay Toomey og Erin Ross i forbindelse med deres forelesninger på kurset "Spisevansker hos barn" i februar. Foreldre fikk råd om å få utredet henne videre med tanke på matvareintoleranse. Etter prosjektslutt har foreldre redusert inntak av melkeprodukter via sonden. Da dette ble gjort, har barnet vist fin interesse for å smake på mat og hun har hatt en positiv utvikling. Da foreldre på nytt tilførte melkeprodukter i sondematen, reagerte hun med oppkast og avvising av mat. Foreldre vil selv ta initiativ til å få henvist barnet til videre utredning med tanke på matvareintoleranse.



Registreringen viser en markert økning i antall ganger hun fører fast mat til munnen for uke 15 hvor melkeprodukter er fjernet fra sondematen hennes.

#### 4.1.5 Barn 5

##### Diagnose:

R620: Forsinket utvikling

K90.0 Cøliaki (under utredning)<sup>10</sup>

##### Spisesituasjon ved oppstart:

Barnet var fullernært via munnen, men hadde et meget variabelt matinntak. Han samarbeidet lite i måltidene og var som regel avvissende til mat. Det var lettest å få i han mat når han ble avledet av leke eller TV. Når han blir syk kaster han opp og blir dehydrert. Han var/er ofte syk. Han var plaget av løs mage og luft smerter. Han var under utredning for Cøliaki og immunologiske tilstander.

##### Målvalg:

Langsiktig mål: Stabil og tilfredsstillende vekt i forhold til høyde.

##### Delmål:

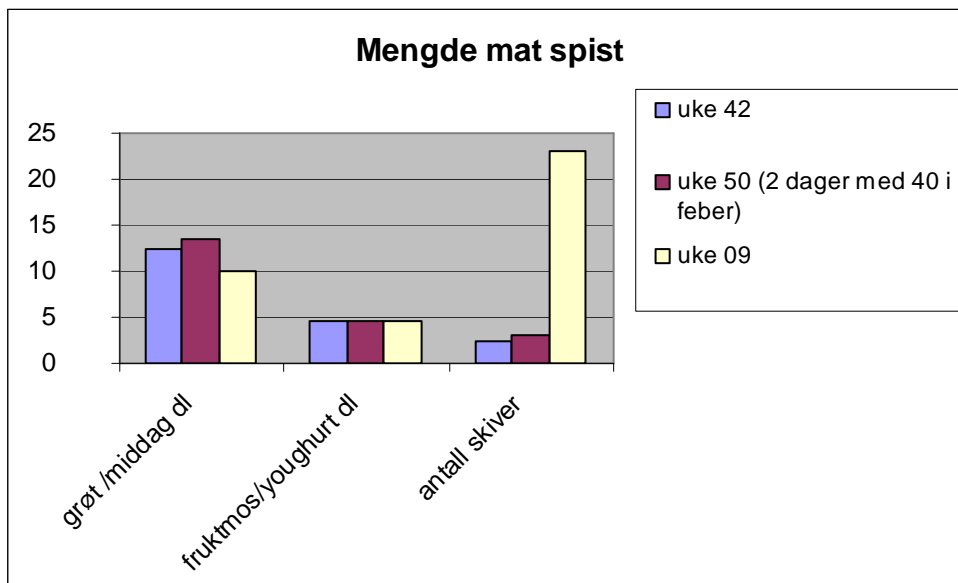
- 1) Opp i mengde mat: mer stabilt matinntak

<sup>10</sup> Tynntarmsykdom som oftest skyldes overømfintlighet mot gluten.

- 2) Mer oppmerksomhet mot maten som tilbys: felles fokus med den voksne. Kanalisere guttens egenaktivitet vekk fra leke/TV til mer aldersadekvat spiseatferd.

**Intensiv veiledning:** Veiledning blir gitt med bakgrunn i videoopptak fra måltider/lekestimulering i hjemmet eller i barnehagen. Foreldre/Barnehagepersonale møtte til i alt 13 videoveiledninger. 10 av disse var med foreldrene, mens 3 var med barnehagepersonalet.

### Oppsummering av spiseutvikling i prosjektperioden:



I uke 50, som er markert med røde (mørkest) stolper i figuren over, var barnet syk i mange dager. To av dagene hadde han 40 i feber om kvelden. Denne uken er således ikke representativ for hans spising som frisk på dette tidspunktet.

Utover i prosjektperioden ble det lagt stadig bedre til rette for at barnet skulle spise selv og han begynte etter hvert å ta skjeen mer til munnen på eget initiativ. Også brødbitene puslet han med på egen hånd. Den voksne parallellmatet ved å tilby grøt/brødbit innimellom det han selv puttete inn. Det var ikke lenger nødvendig med avledninger for å få i han mat. Trivselen i måltidet økte helt tydelig. Han virket mer blid og fornøyd med fokus på maten. Han fremstod etter hvert som et barn som var glad i mat. Enkelte måltider hadde han et veldig fint egendriv. Han likte å småprate med foreldrene mens han spiste.

Etttersom barnet hadde vedvarende og uttalt løs avføring og var under utredning for Cøliaki prøvde foreldrene etter hvert å gå over til glutenfrie brødprodukter.

Etter planen skulle den siste måltidsregistreringen skjedd noe tidligere, men barnet ble igjen syk over en litt lengre periode. I den siste registreringsperioden var det en stor økning i antall skiver han spiste. Det er grunn til å tro at brødskiver har erstattet noe av den grøten som han tidligere spiste til frokost og kvelds, og dermed forklarer noe av den nedgangen i uke 9 på grøt/middag. Det er en mulighet for at nedgangen i grøt i uke 9 kamuflerer en økning i middagsmat.



## 4.2 Resultater samarbeid

### 4.2.1 Samarbeid med Barneklubben

I perioden 19.04.07 – 29.05.08 har det blitt avholdt 8 samarbeidsmøter. Ett møte har blitt avlyst pga uforutsette sammenfallende avtaler. Møtene ble holdt i Barneklubbens lokaler. Fra prosjektgruppen møtte overlege, psykolog og logoped. Barneklubben har vært representert ved Kvalitetskoordinator, overlege, spesialpedagoger og sykepleiere.

Samarbeidsmøtene har hatt følgende temaer:

- Drøfting av pasienter/barn, utredning og behandling
- Drøfting av hensiktsmessige pasientforløp med avklaring av rolle/ansvar i forhold til felles pasienter
- Drøfting av viderehenvisning til 3.linjetjenesten, Barnenevrologisk seksjon, Rikshospitalet
- Skaffe oversikt over antall barn og klassifisering av spisevansker
- Informasjon om fremdrift i prosjektet og om kurssamarbeidet "Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? – en tverrfaglig tilnærming.
- Hvordan sikre best mulig samarbeid med ulike samarbeidspartnere på 1. og 2.linjenivå
- Kompetanseoppbygging på 1. og 2.linjenivå

Samarbeidsmøtene ble evaluert i møte 29.05. Det var enighet om at møtene har vært nyttige med tanke på drøfting av pasienter, og at det har vært en god utnyttelse av hverandres kompetanse. Møtefrekvensen ble vurdert som litt for hyppig i en travel klinisk hverdag. Det ble bestemt at samarbeidsmøtene fortsetter med møter hver 6. uke (mot hver 4. uke) . Det er satt av tid til nye møter høsten 2008. Sentrale drøftinger for høsten er å utarbeide konkrete planer for videre kompetanseoppbygging og samarbeid med kommunene.

### 4.2.2 Samarbeid med 1. linjetjenesten

Intensiv fokusert veiledning: Det har blitt gitt veiledning til primærkontakter, støttepedagoger eller spesialpedagoger til hvert barn. Fra barnehagene har det blitt lagt til rette for at aktuell fagperson har kunnet møte til veiledning. Alle barna var representert med fagperson på kursdagen. Ingen ansatte fra PPT eller helsestasjon møtte til kursdag.

I avslutningsfasen ble helsesøster og saksbehandler ved PPT invitert til en overføringsamtale. 4 av barna hadde helsesøster til stede, 1 barn hadde også PPT til stede. PPT hadde meldt avbud i to av sakene.

Samarbeidsmøte med kommunene: Møtet ble avholdt 29.mai i Barnehabiliterings lokaler. 26 deltakere møtte, og de fleste kommunene var representert. Av de fremmøtte var det 13 helsesøstre, 1 helsestasjonslege, 1 fra Helsesøsterutdanningen, 9 ansatte fra PPT og 2 fagpersoner fra Styrket barnehage. Deltakerne var aktive i drøftingen, og vi fikk mange konstruktive innspill på hvordan vi kan utvikle et bedre samarbeid med kommunene omkring spisevansker hos barn tilhørende Barnehabiliterings målgruppe. Se vedlegg 3

## 4.3 Resultater kompetanseoppbygging

**Intensiv fokusert veiledning:** Det vises til del 5. **Evaluering** hvor både foreldre og barnehage gjennom evalueringsskjema tilbakemelder i hvilken grad de har opplevd deltakelse i prosjektet som nyttig.

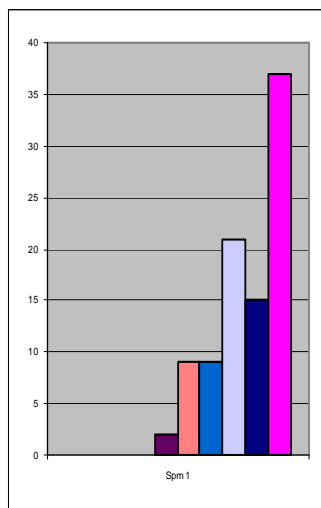
### Kurs: Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? – en tverrfaglig tilnærming

Kurset gikk over 3 dager og var hovedsatsningen innenfor kompetanseoppbygging. Kurset hadde 140 deltakere; 123 fagpersoner og 17 foreldre. Fagpersonene representerte følgende yrkesgrupper: sykepleiere, hjelpepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped/spesialpedagoger/pedagoger, assistenter, vernepleiere, klinisk ernæringsfysiologer.

Av fagpersonene var 75 av deltakerne fra Rogaland; noenlunde likt fordelt mellom 1. og 2.linjetjenesten. De øvrige deltakerne kom fra resten av landet, hovedsakelig fra spise-og ernæringssteam knyttet til Habiliteringstjenester, Barneavdelinger eller Kompetansesentra. En deltaker kom fra Sverige.

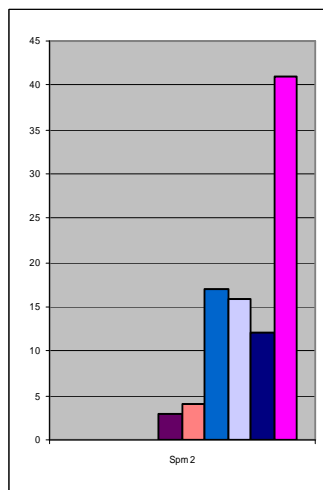
Det ble mottatt 93 evalueringsskjema. Skjemaet inneholdt 4 spørsmål med en skala fra 1 Lite nyttig/Dårlig til 10 Svært nyttig/Svært bra. Resultatene er fremstilt i tabellene nedenfor.

#### **Egen nytteverdi**



1: Evalueringsskala fra 1 til 10

#### **Faglig nivå ift kunnskaper**

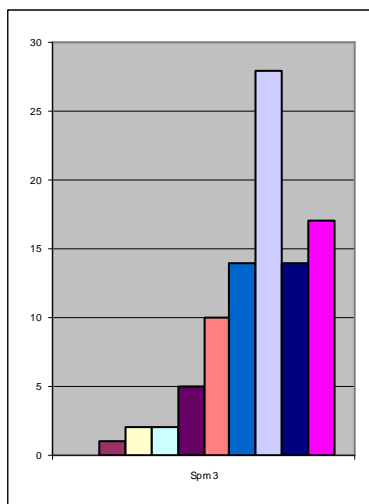


2: Evalueringsskala fra 1 til 10

Hvis en slår sammen de tre øverste intervallene på en skala fra 1 til 10 på spørsmålene får en følgende resultat:

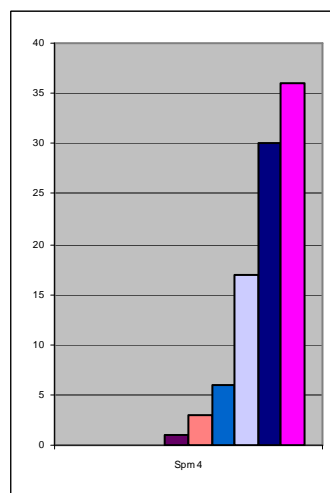
- 78,5 % syntes at kurset hadde god/meget god nytteverdi.
- 74 % syntes kurset hadde høyt/meget høyt faglig nivå i forhold til kunnskap.

### Praktiske rammer



3: Evalueringsskala fra 1 til 10

### Kurset i sin helhet



4: Evalueringsskala fra 1 til 10

Hvis en slår sammen de tre øverste intervallene på en skala fra 1 til 10 på spørsmålene får en følgende resultat:

- 63 % syntes det var gode/meget gode praktiske rammer rundt kurset
- 89 % syntes kurset i sin helhet var godt/meget godt.

For å holde kostnadene nede valgte vi å holde kurset i sykehuset sine lokaler. Selve aulaen hvor foredragene foregikk er stort og moderne, men det er trange ganger og rom å oppholde seg i når det er pauser. Lunsjen ble avholdt i sykehusets kantine som heller ikke er tilrettelagt for store grupper som skal spise samtidig. Disse forholdene ble det kommentert på i evalueringene. Kurset i sin helhet får allikevel en meget god evaluering på hele 89 % som var godt/meget godt fornøyd.

### **Foredrag: Spisevansker hos barn med Down Syndrom- Hvordan legge til rette for en god spiseutvikling?**

Landskonferansen var et samarbeid mellom Barnehabiliteringen og Ups & Downs i Rogaland / norsk nettverk for Down syndrom. Vårt foredrag var en av flere parallelesesjoner. Foredraget var på 4 timer og hadde både foreldre og fagpersoner som målgruppe. Ca 40 deltakere var til stede.

Deltakerne var aktive med spørsmål og kommentarer. Som forelesere vurderte vi det slik at dette var en aktuell problemstilling, og at mange foreldre hadde sterkt ønske om mer kunnskap og veiledning på området. Inntrykket samsvarer med forskning på dette området i forhold til gruppen barn med Down syndrom.

## 5. Evaluering

### 5.1 Resultater fra evalueringsskjema for foreldre

Samtlige foreldre som har deltatt i prosjektet ble bedt om å fylle ut et evalueringsskjema etter at veiledningen var avsluttet. Deltakerne ble bedt om å besvare spørsmålene i en gradert skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad). Vi mottok 6 besvarte skjemaer.

Resultater fra evalueringsskjema for foreldre, gradering 1-6		
1	<b>Informasjon:</b> Fikk dere tilstrekkelig informasjon i forkant av prosjektet?	5
2a	<b>Kurs:</b> Hadde dere faglig utbytte av å delta på kursdagen? (5 besvarelser)	4,2
2b	Hadde dere utbytte av å møte andre foreldre til barn med spisevansker? (5 besvarelser)	4,2
3a	<b>Målvalg:</b> I hvilken grad har dere fått anledning til å være med å utforme målsetting for barnet?	5,5
3b	Samsvarte delmålene med det overordnede målet for barnets spiseutvikling?	5,5
3c	I hvilken grad har det vært nyttig å ha klart definerte delmål?	4,8
4a	<b>Veiledning:</b> Har intensiteten i veiledningen vært tilpasset deres behov?	5,3
4b	Har dere fått tilstrekkelig støtte til å gjennomføre anbefalte endringer?	5,5
4c	I hvilken grad synes dere videoveiledning av måltidene har vært nyttig?	6
4d	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å forstå hva barnet trenger å lære seg?	5,6
4e	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å se fremskritt hos barnet?	5,5
4f	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å forstå hvordan dere kan støtte barnet i måltidene?	5,5
5a	<b>Måltidsregistreringer:</b> I hvilken grad har dere opplevd måltidsregistreringene som nyttige for å se barnets utvikling?	5
6a	<b>Barnets utvikling og trivsel:</b> Har barnets trivsel i måltidene økt i løpet av prosjektperioden?	4,5
6b	Har barnet hatt de fremskritt dere forventet da vi bestemte delmål/ begynte veiledningen?	4,3
6c	I hvilken grad forventer dere nå videre utvikling i forhold til overordnet mål for barnet?	4,3
7a	<b>Nytteverdi:</b> I hvilken grad mener dere at barnet deres har hatt nytte av å delta i prosjektet?	5,3
7b	I hvor stor grad har deltagelse i prosjektet gitt dere foreldre erfaringer og kunnskap som dere vurderer som nyttige for å hjelpe barnet videre i spiseutviklingen?	5
7c	Har utbyttet av å delta i prosjektet stått i forhold til merbelastningen dere har hatt?	5,2

Spørsmål 4c og 4d kommer best ut på evalueringen. Alle 6 som evaluerte opplevde stor grad av nytte av videoveiledningen. De hadde gjennom videoveiledningen forstått hva barnet trengte å lære for å komme videre i sin spiseutvikling.

Kursdagen før oppstart av den intensive veiledningen får dårligst evaluering, men allikevel over middels i forhold til utbytte. Her har vi et forbedringspotensiale.

**Hadde dere ønsket flere slike kurssamlinger?      Ja 5      Nei 1**

Temaer som ønskes belyst:

Samspill/Tilrettelegging	3
Hvordan sette grenser for barnet i måltider?	4
Hva er rimelige krav i et måltid?	4
Hvordan stimulere/trene munnmotorikk	3
Hvordan stimulere til å tørre/tåle mer i tilknytning til mat	3
Ernæring og vekst/vektutvikling	3
Medisinske årsaker til spisevansker	4
Foreldres opplevelse av å ha e barn med spisevansker	2

### **Kommentarer:**

#### Kursdag:

- Vi vet godt hva som er rimelige krav i et måltid. Men med spisevansker blir mye annerledes. Kursdagen hadde for mye fokus på normal spiseutvikling.
- Faglig informasjon hjelper oss å forstå og takle utfordringer ift spisingen

#### Målvalg:

- Delmål gjør det oppnåelig

#### Veiledning:

- Oppmuntring, men og at jeg har blitt hørt. Så endringene ikke har skjedd for fort, men når både barn og mor/far var klar.
- Video må brukes!

#### Måltidsregistrering:

- Barnet var sykt under ene måltidsregistreringen, fikk derfor ikke vist reelle resultater.

#### Trivsel og utvikling:

- Nå er alt opp til oss og hva vi makter i hverdagen. Trenger ”oppbacking”. Kanskje fellessamlinger med fokus på mat (type, oppskrifter, triks. Veiledning/oppmuntring per e-post?)

#### Ønsker/Tanker og ideer om forbedringer/videreutvikling:

- Når vi skal prøve ut nye situasjoner kunne jeg tenke meg å ha litt bedre tid. En uke er noe kort spesielt når det er tid for han å venne seg til nye situasjoner.
- Vil også takke dere for kjempefin veiledning og godt samarbeid. Veldig betryggende å ha dere i ryggen når vi føler oss litt hjelpeløse i situasjonen. Tusen takk.
- Har ikke nødvendigvis fått ny kunnskap. Men den støtten/oppmuntringen/ny giv veiledningene har gitt meg har vært av uvurderlig hjelp! Da har jeg fått ny tro og krefter til å gjennomføre måltidene til glede for barnet. Og når sondingen ble redusert i ” min takt” opplevde jeg lite stress/bekymring.
- Uten spiseteamet hadde vi nok fremdeles sondet 80 – 100% av næringsbehovet. Nå sonder vi 0.

## 5.2 Resultater fra evalueringsskjema for barnehagepersonale

Samtlige personale i fra barnehagene som har deltatt i prosjektet ble bedt om å fylle ut et evalueringsskjema etter at veiledningen var avsluttet. Deltakerne ble bedt om å besvare spørsmålene i en gradert skala fra 1 (liten grad) til 6 (stor grad). Vi mottok 5 besvarte skjemaer.

Resultater fra evalueringsskjema for barnehagepersonale, gradering 1-6		
1	<b>Informasjon:</b> Fikk dere tilstrekkelig informasjon i forkant av prosjektet?	4,4
2a	<b>Kurs:</b> Hadde dere faglig utbytte av å delta på kursdagen?	<b>5,8</b>
2b	Hadde dere utbytte av å møte andre barnehageansatte som arbeider med spisevansker?	2
3a	<b>Målvalg:</b> I hvilken grad har deltakelse i prosjektet gitt dere kunnskap om hvordan vi setter mål i arbeid med barn med spisevansker?	5,4
3b	I hvilken grad har det vært nyttig å ha klart definerte delmål?	5,4
4a	<b>Veiledning:</b> Har intensiteten i veiledningen vært tilpasset deres behov?	4,4
4b	Har dere fått tilstrekkelig støtte til å gjennomføre anbefalte endringer?	4,6
4c	I hvilken grad synes dere videoveiledning av måltidene har vært nyttig?	<b>6</b>
4d	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å vite hva barnet trenger å lære seg?	5
4e	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å se fremskritt hos barnet?	5,2
4f	I hvilken grad har veiledningen hjulpet dere til å forstå hvordan dere kan støtte barnet i måltidene?	<b>5,8</b>
5a	<b>Måltidsregistreringer:</b> I hvilken grad har dere opplevd måltidsregistreringene som nyttige for å se barnets utvikling?	4,8
6a	<b>Barnets utvikling og trivsel:</b> Har barnets trivsel i måltidene økt i løpet av prosjektperioden?	4,8
6b	Har barnet hatt de fremskritt dere forventet da vi begynte veiledningen?	4
6c	I hvilken grad forventer dere nå videre utvikling i forhold til overordnet mål for barnet?	4,4
7a	<b>Nytteverdi:</b> I hvilken grad mener dere at barnet deres har hatt nytte av å delta i prosjektet?	5,4
7b	I hvor stor grad har deltagelse i prosjektet gitt dere som fagpersoner erfaringer og kunnskap som dere vurderer som nyttige for å hjelpe barnet videre i spiseutviklingen?	5,4

Barnehagepersonalet har evaluert videoveiledningen som meget nyttig med full skåre. Veiledningen har særlig hjulpet dem til å forstå hvordan de kan støtte barnet i måltidet. De hadde også meget stort utbytte av kursdagen.

Barnehagepersonalet har evaluert at de opplevde lite utbytte av å møte andre som arbeider med spisevansker hos barn.

**Hadde dere ønsket flere slike kurssamlinger?      Ja 2      Nei 3**

Temaer som ønskes belyst:

Samspill/Tilrettelegging	1
Hvordan sette grenser for barnet i måltider?	1
Hva er rimelige krav i et måltid?	
Hvordan stimulere/trene munnmotorikk	

Hvordan stimulere til å tørre/tåle mer i tilknytning til mat	1
Ernæring og vekst/vektutvikling	
Medisinske årsaker til spisevansker	1
Foreldres opplevelse av å ha etbarn med spisevansker	2

### Kommentarer:

#### Informasjon:

- Viste vel ikke helt hva jeg fikk være en del av. Var åpen og gledet meg over nye erfaringer.
- Fikk ikke noe informasjon før NN kom i barnehagen for å filme barnet..

#### Kursdag:

- Turte ikke snakke med de andre ansatte pga taushetsplikt
- Ang flere kurssamlinger: Store individuelle forskjeller....Spiser for mye tid fra barna.

#### Målvalg:

- Lettere å se endringer hos barnet
- Motiverende for den som jobber med barnet å ha ansvar for mindre deler om gangen - siden problemet i sin helhet er så stort
- Alltid godt med klare mål enten en når de eller ikke... Kanskje delmålene også burde vært enda klarere?

#### Veiledning:

- Godt at det var på slutten av dagen, skulle gjerne hatt kortere vei.

#### Måltidsregistreringer:

- Barnet var mye sykt i disse periodene
- Det har gått litt opp og ned – gode og dårlige perioder, og det kan føles som det kanskje ikke har gått så bra innimellom. Med konkrete målinger og tall blir det tydelig hva som har foregått, og de små, små stegene fremover blir tydelige. Veldig bra!
- Registreringen har jo variert hele tiden, føler ikke det har fått frem de gode periodene helt.

#### Barnets trivsel og utvikling:

- Tar tiden til hjelp, har lært å tilby og å gi positiv tilbakemelding på spising
- Forventningene på forhånd var ikke så store - vanskelig å kunne tro at det virkelig skulle bli bedre for barnet. (Veldig godt å se framgang). Liten kunnskap om prosjektet gjorde det også vanskelig å forvente seg noe konkret.
- Videre utvikling vil være avhengig av hvordan vi uten veiledning utenfra kan finne fram til hva vi skal gjøre med det vi erfarer med barnet – og hvordan vi kan motivere hverandre og om noen tar ansvar for å følge opp – PPT, Helsestasjon. Barnet har tydeligvis muligheter med den rette støtten.

#### Ønsker/Tanker og ideer om forbedring/videreutvikling:

- Bruke de lokale helsestasjonene som veiledningsarena
- En tid før prosjektet starter:
  - o Samle til ansvarsgruppemøte

- Gi informasjon om hva som skal skje – tempoplan
  - Gi informasjon om hvilke forventninger som ligger til den enkelte om oppfølging når prosjektet avsluttes (ansvar)
- Mot slutten av prosjektet:
    - Gi en slags skisse på hva som kan ligge i videre oppfølging etter prosjektslutt

## 6. Drøfting

### 6.1 Videreutvikle en modell for Intensiv Fokusert Habilitering rettet mot spiseutvikling

#### 6.1.1 Rett hjelp til rett tid

For å sikre maksimal effekt av tiltak er det viktig at de settes inn til rett tid.

Medisinsk utredning: I Trinn I og i Trinn II har vi jobbet ut ifra en hypotese om at det å komme inn tidlig med intensiv veiledning vil føre til en raskere positiv spiseutvikling og forhindre fastlåsing av vansker. Den store utfordringen har vært å få disse barna ferdig medisinsk utredet før oppstart med tiltaksperioden. I Trinn II har vi sett at for noen av barna har den medisinske situasjonen ikke vært tilstrekkelig avklart før oppstart. Medisinske forhold førte til nedsatt allmenntilstand og påfølgende stagnasjon/tilbakegang i spiseutvikling i deler av prosjektperioden for noen av de. Prosjektgruppen har underveis rapportert mistanke om uavklarte medisinske problemstillinger til lege som har sørget for viderehenvisninger. To av barna er per i dag til nye medisinske utredninger. Foreldre har likevel gjennom prosjektet kunnet få støtte til fortsatt å tilrettelegge for en best mulig spiseutvikling i en periode med mange uavklarte problemstillinger. Deltagelse i prosjektet kan muligens ha bidratt til å komme nærmere en avklaring av medisinske forhold. Sykdomsbildet hos barna som har deltatt i prosjektet viser også hvor komplisert det kan være å få avklart tilstrekkelig de medisinske forholdene som bidrar til spisevanskene.

Barns allmenntilstand i tidlig småbarnsalder: Barn i denne aldersgruppen får som kjent en rekke infeksjoner. De fleste prosjektbarna hadde gjentatte sykdomsperioder med nedsatt allmenntilstand i løpet av prosjektet. Erfaringsmessig trenger disse barna lenger tid enn funksjonsfriske barn før interesse og lyst på mat tar seg opp igjen etter en sykdomsperiode. For barn med så ustabile spiseferdigheter førte dette til en periode med stagnasjon og tilbakegang i spising for noen av de. Dette påvirket nok i hvor stor grad de lyktes med å nå oppsatte mål for perioden.

Før oppstart av Trinn II hadde vi et ønske om å sette i gang Intensiv Fokusert veiledning tidlig på høsten for å få god kontinuitet. Dette ville gitt en mer stabil periode med hensyn til sykdommer, og barna kunne ha fått bedre etablert nye spiseferdigheter før de kom til vintermånedene med erfaringsmessig mye sykdom. Oppstart ble imidlertid utsatt til oktober/november ettersom flere av barna ikke var ferdig medisinsk utredet.

To prosjektbarn var relativt friske under prosjektperioden. Disse hadde en raskere positiv spiseutvikling enn forventet. Ett av barna var fullernært via gastrostomi ved oppstart. Dette barnet ble fullernært via munnen i løpet av prosjektperioden. Barnet hadde også en god



generell utvikling i løpet av denne perioden. På tross av sykdom og uavklarte medisinske forhold for de tre andre barna viste også disse positiv utvikling på flere områder. Blant annet så vi økt trivsel i måltidene, tilbakegang av uønsket atferd, større grad av utforsking av mat med hender og munn og bedre kontroll over spiseredskaper. Ett av barna med ustabil tilstand tok seg fint opp etter en lenger sykdomsperiode og spiste tilnærmet aldersadekvat mengde brødmat med god egendriv.

Barnets mentale utviklingsnivå: I begge trinnene har vi hatt barn i tilnærmet lik alder, fra 1;5 – 3;2 år. I trinn II har vi hatt med flere barn og disse har vist en større spredning i mentalt utviklingsnivå enn barna i Trinn I. Veiledningen fikk dermed et noe annet innhold og fokuset denne gangen har vært mindre på grenseutprøving og utvikling av selvstendighet/egenvilje som var svært sentralt for barna i Trinn I. Etter at veiledningsperioden var avsluttet fikk vi imidlertid rapportert at noen av barna var på vei inn i dette utviklingsnivået og at foreldre opplevde nye utfordringer i måltidene. Erfaringsmessig ser vi at denne perioden byr på ekstra store utfordringer i forhold til foreldrerollen hos barn som viser vegring. Det er sannsynlig at veiledningsbehovet er større nettopp i denne utviklingsperioden. Vi vurderer det slik at det er en fordel å ha fått etablert flest mulig spiseferdigheter før barnet kommer inn i denne utviklingsfasen.

Med bakgrunn i de forholdene vi har nevnt ovenfor ser vi det som svært viktig at det gjøres grundige vurderinger av hvilket tidspunkt Intensiv Fokusert Veiledning settes inn for det enkelte barn. Med tanke på god ressursutnyttelse er det av stor betydning at de organiske forholdene er ferdig utredet før oppstart. Dette krever godt samarbeid og god koordinering mellom Barnehabiliteringen og Barneklubben.

Veiledningsperiodene bør legges til de periodene av året hvor de fleste barn erfaringsmessig er minst påvirket av sykdom. Noen barn vil ha behov for flere perioder med Intensiv fokusert Habilitering. Det er sannsynlig at mange foreldre vil ha behov for ekstra støtte når barnet er på et utviklingstrinn hvor det er naturlig å utforske grenser og er i en løsrivelsesprosess fra sine foreldre. Denne perioden oppleves ekstra belastende dersom barnet ikke tidligere har fått utviklet tilstrekkelig spiseferdigheter til at ernærings situasjonen er stabil og god.

## 6.1.2 Felles plattform

### Informasjon om Intensiv Fokusert Habilitering og avklaring av forventninger

Ut fra resultatet fra evalueringskjemaet var foreldrene godt fornøyd med informasjonen de fikk i forkant av prosjektet. (skåre 5 på en skala fra 1-6). De barnehageansatte var rimelig fornøyd med informasjonen i forkant (skåre 4,4). Noen ga uttrykk for at de kunne ønsket mer informasjon før oppstart. I enkelte tilfelle ble informasjonen som ble sendt ut ikke formidlet videre til alle aktuelle aktører, og må ses på som en slags systemsvikt.

Foreldre har ernæring og omsorg som sine hovedoppgaver i barnas første leveår. De har over lenger tid erfart at måltidene er vanskelige og er motivert for å få hjelp. Barnehagen har imidlertid flere områder av utviklingen som sine hovedoppgaver og hvor spiseutvikling inngår som ett av mange områder de skal ha fokus på. De har også en kortere spisehistorie sammen med barnet. De "eier" ikke problemet i samme grad som foreldre. Barnehagen er likevel en viktig arena hvor det er nødvendig med et samarbeid for å sikre best mulig spiseutvikling. Barna i vår målgruppe har ofte behov for stimulering på flere områder. Vi ser at det vil være hensiktsmessig å bruke mer tid på drøfting med 1.linjetjenesten av når og hvordan det kan og bør satses på spiseutvikling. Uten en slik drøfting kan barnehagepersonale oppleve det konfliktfullt at det blir et så sterkt fokus på spiseutvikling på bekostning av andre områder hvor barnet har behov for stimulering. Fra en av deltakerne ble det foreslått at intensiv

fokusert habilitering rettet mot spiseutvikling bør tas opp i ansvarsgruppen før oppstart av et slikt tilbud. Dette ble også nevnt i det store drøftingsmøtet med kommunene, se for øvrig pkt 3.2.2. Representanter fra kommunene nevnte også økt fokus på å drøfte hvilke behov barnet har, hvordan Barnehabilitering og kommunen kan følge opp og avklare roller og forventninger. I vår egen evaluering av prosjektet har vi sett dette som sentralt for at deltakere i kommunen skal få et sterkere "eierforhold" overfor de tiltakene som settes i gang.

### Kursdager

I Trinn I hadde vi felles kursdag med foreldre og fagpersoner samlet. Med bakgrunn i erfaringene vi gjorde, valgte vi å tilby en kursdag for foreldre og en for fagpersoner. Foreldrene fikk en større vektlegging av foreldrerollen og ernærings situasjonen til barnet. Kurset for fagpersoner hadde et sterkere fokus på stimulering/tilrettelegging innenfor barnehagens rammer og metodikk. Utover dette var informasjon om spisevansker, normal spiseutvikling, hva er rimelige krav i måltid og hvordan velge mål for spiseutvikling sentrale temaer begge dagene.

Fra Trinn I erfarte vi at noen felles problemstillinger vedrørende rammebetingelser i måltidene fikk mye fokus i starten av den individuelle veiledningen. Denne gangen vektla vi dette spesielt på kursdagen som en felles plattform for å kunne gå raskere inn i spesifikk problemstilling til hvert enkelt barn.

Fagpersonene vurderte kursdagen som svært nyttig (skåre 5.8 på en skala fra 1 - 6). Foreldre vurderte kursdagen som nyttig (skåre 4.2) og 5 av 6 ønsket flere slike kursdager. En forelder kommenterte i evalueringen at de opplevde at vi hadde for sterkt fokus på normalutvikling. Denne kommentaren samsvarer med inntrykk fra Trinn I hvor foreldres erfaringer synes preget av en opplevelse av sitt barn som svært vanskelig og annerledes. Problemene overskygget de sider ved barnet som fulgte normalutviklingen og de strevde med å se hvordan normalutvikling gir retningen for hvilke trinn barnet skal nå for å komme videre i sin utvikling. Det er en utfordring å formidle dette stoffet på en slik måte at foreldre kan se nytten og samtidig oppleve at de blir møtt på sin opplevelse av situasjonen.

I evalueringsskjemaet hadde vi et spørsmål om de hadde utbytte av å møte andre foreldre/fagpersoner på kursdagen. Foreldre så ut til å ha hatt rimelig godt utbytte (skåre 4.2) av å treffe andre foreldre uten annen tilrettelegging enn pauser og felles lunsj. Spørsmålet skåret lavt (skåre 2) hos fagpersonene. En har kommentert at de opplevde det konfliktfylt pga taushetsplikt, og at de ikke visste hva de hadde lov å si om barnet. Dersom erfaringsutveksling skulle vært en bevisst målsetting fra vår side burde vi lagt opp til en annen arbeidsform enn foredrag. Dette vil være en aktuell målsetting i for eksempel nettverkssamlinger rundt barn med spisevansker.

## **6.1.3 Videoveiledning som metode**

Veiledning i Barnehabiliteringens lokaler: Etter kartleggingsfasen har all veiledning foregått som videoveiledning i Barnehabiliteringens lokaler. I Trinn I ble det foretatt observasjoner, direkte deltagelse i måltider og videoveiledning hjemme og i barnehagen. Dette er en svært ressurskrevende arbeidsform. For å kunne utvide tilbudet til å gjelde flere barn, så vi oss nødt til å avgrense besøk hjemme og i barnehagen til kartleggingsfasen. Dette var klart ressursøkonomisk. Det tekniske utstyret var alltid på plass, og vi hadde mulighet for raskt å kunne konsultere andre faggrupper når dette var nødvendig. Alle deltakerne i prosjektet hadde maks 30 minutter reisetid. Vi fikk ingen kommentarer fra foreldre om at de opplevde reisingen som belastende. Noen barnehageansatte kommenterte at de hadde ønsket veiledningen nærmere barnehagen på grunn av tidsbruk.

Hvis barnet hadde vært i en mer grenseutprøvende utviklingsfase, kunne det vært aktuelt å prøve ut tilnæringsmåter direkte i barnets hjem/barnehage. Dette var ikke tilfelle for barna i Trinn II.

Kontaktetablering: Alle familiene hadde hatt kontakt med Barnehabiliteringen i forkant, slik at partene hadde noe gjensidig kjennskap til hverandre. Kursdagen bidro også til en videre kontaktetablering. Vi opplevde at foreldrene kom raskt i gang med å delta i aktiv refleksjon rundt sitt barn og å finne løsninger på utfordringer i måltidene.

#### Videoveiledningen:

Når både barnehage og foreldre er til stede samtidig er det mange faktorer å ivareta. Vi var alltid to terapeuter til stede. Vi ser dette som en forutsetning for å opprettholde god kvalitet på veiledningen. Når terapeutene i tillegg hadde ulik fagbakgrunn, økte også tilfanget av ideer og det flerfaglige perspektivet ble ivaretatt.

Som veiledere opplevde vi gode faglige drøftinger når videoene ble levert i forkant. Enkelte ganger fikk vi videoen direkte i møtet og vi rakk dermed ikke å forberede oss. Dette var krevende, men med to terapeuter til stede opplevde vi at vi klarte å ivareta den faglige kvaliteten.

Både foreldre og barnehagepersonale har vurdert videoveiledningen som svært nyttig ( skåre 6 på en skala fra 1 - 6). En forelder skriver det slik: "Video må brukes!" Vi opplevde flere ganger at foreldre og barnehagepersonale kommenterte spontant at de la merke til hendelser de ikke hadde registrert mens de selv var aktive i måltidet.

Vi savnet imidlertid tid til refleksjoner omkring metode og vår egen rolle som veiledere. Etter vår vurdering bør kompetanse på videoveiledning finnes i spiseteamet. Det er ønskelig at en eller flere i fagteamet har opplæring i bruk av video som metode eller eventuelt får veiledning over tid av annen person med denne kompetansen.

Vedrørende veiledningshyppighet ser vi at for noen kan det bli for tett med veiledning hver uke. Med en del sykdom hos barna ble det også mindre god utnyttelse av veiledningstiden. Foreldre kommenterte også at de ofte ikke rakk å prøve ut nye tiltak tilstrekkelig før ny veiledningstime. Det kan se ut til at veiledning annen hver uke ville vært tilstrekkelig for noen. Vi ville også kunne fulgt utviklingen over en lengre periode. For de som hadde behov for kontakt hver uke kunne dette muligens blitt gjort per telefon.

### **6.1.4 Direkte arbeid med barn gjennom gruppe**

Sensorisk oversensitivitet er hyppig forekommende hos barn med komplekse spisevansker. Det at barna tørr å utforske mat/utfordre egne grenser er en grunnleggende forutsetning for videre positiv spiseutvikling. Vi har en hypotese om at det å jobbe med sensorikk parallelt med intensiv veiledning av sentrale voksne gir en positiv vekselvirkning og bedre effekt av begge typer tiltak.

I trinn I av prosjektet organiserte vi noen gruppesamlinger for barna. Der fikk de under ledelse av prosjektmedarbeiderne arbeidet med desensitivisering i lekpreget form uavhengig av måltid ( T. Sundgot m.fl 2006, pkt 3.3.1 og pkt 6.1) I Trinn II har vi forsøkt å løse dette gjennom å veilede foreldre og barnehage til å gjennomføre en slik tilnærming i nærmiljøet. Vi ser imidlertid at dette ikke er tilstrekkelig.

I forhold til stimulering av sensorikk og munnmotorikk savnet noen av faggruppene nærkontakten med barna. I direkte kontakt med barnet har vi anledning til å prøve ut tilnærminger og får på denne måten bedre kjennskap til hva barna mestrer og tåler av

utfordringer. For barnehagepersonalet og foreldre ville det også vært nyttig å se hvordan vi arbeider med barnet og nyttig i drøftingene av hva barnet er villig til å prøve ut. Vi mener også at det kan være tillitvekkende at vi går inn i direkte samspill med barnet i situasjoner som oppleves både krevende og belastende. I tillegg er det ofte slik at barna tør å ta nye utfordringer på en ny arena og når rammebetingelsene endres. Dette vil gi barna mulighet til å oppleve ny mestring og foreldre økt optimisme om mulighet for endring.

Vår kontakt med Ph.D. Pediatric Psychologist Kay A Toomey og Ph. D. CCC- Speech and Language Therapist Erin Sundset Ross styrket vår egen oppfatning av at systematisk desensitivisering må inngå som en viktig del av tilbudet til disse barna. Organisert som gruppetilbud for barna ville dette vært ressursøkonomisk og samtidig gitt mulighet for en strukturert opplæring av foreldre/fagpersoner. Ved å ha gjort oss kjent med metoden gjennom kurset har vi tanker om hvordan dette kan tilrettelegges og gjennomføres for norske forhold. Vi har tilbud om å kontakte foreleserne for videre veiledning i metoden. Vi har søkt Helsedirektoratet om midler til å videreføre prosjektet i et Trinn III med tanke på å utvikle et slikt gruppetilbud. Dette vil gi et helhetlig behandlingstilbud for denne målgruppen.

## 6.2 Utvikle rutiner for samarbeid med aktuelle instanser

### 6.2.1 Etablering av felles forståelse

Under pkt 3 har vi beskrevet hvordan vi har forsøkt å legge til rette for samarbeid på individnivå med 1.linjetjenesten. Vi ser fagpersoner fra Helsestasjon og PPT som sentrale aktører i veiledningsarbeidet lokalt. Vi har derfor sendt informasjon og invitert til deltagelse på kursdagen. I slutfasen inviterte vi til oppsummerende samtale rundt det enkelte barn med oppfordring til å ivareta veiledningen videre lokalt. Ingen fagpersoner fra disse etatene tok imot tilbudet om å delta på kurs for fagpersoner ved oppstart. Det har også vært vanskelig å engasjere enkelte av disse i videre veiledning/støtte til foreldre og primærkontakter. Det at vi ikke klarte å skape høyere engasjement kan skyldes flere forhold; manglende forståelse overfor egen profesjons rolle/betydning; stor generell arbeidsbelastning, manglende kompetanse eller mangelfull informasjon/dialog fra Barnehabiliteringen. Det kan også være at foreldre og fagpersoner har mottatt så mye veiledning at de ikke har hatt behov for veiledning i denne fasen. Vi ser også en fare i at vi som Spesialisthelsetjeneste fremstår som ”ekspertene” og at det er vanskelig for 1.linjetjenesten å oppnå tillit/komme i posisjon hos foreldre. Vi ser dette som et område vi må vektlegge ytterligere og arbeide for bedre samhandling i vårt videre arbeid. Som spesialisthelsetjeneste er vi avhengig av et nært samarbeid for å ivareta barnas behov. Helsedepartementets strategiplan (2004) sier det slik:

*” Intensive trenings-og aktivitetstilbud innefor Barnehabiliteringstjenesten forutsettes gitt i tidsavgrensede perioder. Treningsperiodene vil danne grunnlag for tilrettelegging av det videre trenings- eller aktivitetstilbud i barnets hverdag, f.eks barnehagen. ”*

Vår målgruppe har sammensatte vansker og behov for kompetanse på ulike nivåer. Spisevansker blir ofte oppfattet som et helsespørsmål og at det er helsetjenesten som har kompetanse på dette området. I vårt arbeid med barn som viser spisevegring har vi sett at disse barna trenger kompetanse fra flere fagmiljøer. Det som særlig har blitt tydelig er at spiseutvikling også må sees i et læringsperspektiv. Medisinske/Organiske forhold sammen

med læring, temperament, aktivering og utøvelse av foreldre/voksenrolle har betydning for barnets spiseutvikling. Field m. fl (2002) har funnet at av 349 henviste barn har 340 en blandet årsaksforklaring til vanskene sine; både atferd og organiske forhold ligger til grunn. Det har vært viktig i alle samarbeidsfora å påpeke sammenhengen mellom disse forholdene, og at det er behov for tverrfaglig kompetanse både innen 1. og 2.linjetjeneste. I vår kontakt med samarbeidspartnere har vi arbeidet aktivt for å formidle et slikt syn på behandling av spisevegring hos barn i vår målgruppe.

Ved oppstart hadde prosjektgruppen en del tanker og ideer om mulige samarbeidsformer med 1.linjetjenesten. Etter å ha gjennomført to trinn i prosjektet har vi sett at det er svært viktig å etablere god kontakt med 1.linjetjenesten med tanke på å skape felles forståelse, få god utnyttelse av hverandres kompetanse, sikre kompetanseoverføring og god kontinuitet i tiltakene rundt barnet. Vi valgte derfor å invitere til et drøftingsmøte hvor dialogen var sentral ( se pkt 3.2.2). Det var viktig for oss å innhente informasjon om hvordan kommunene ser på sitt ansvar og å ta imot ideer til samarbeidsformer uti fra hvordan de kjenner behovene. Vi opplevde deltakerne som svært positive og engasjerte i forhold til videre samarbeid. Vi fikk også mange konstruktive innspill som vi tar med oss i drøftingen av et fremtidig tilbud til denne målgruppen.

Av de innspill vi har fått ser vi at ansvarsgruppen er det samarbeidsfora som kan utnyttes bedre for å etablere en felles plattform, ta prioriteringsdiskusjoner, avklare forventninger/ roller og evaluere igangsatte tiltak. En bedre utnyttelse av ansvarsgruppen kan gi bedre kvalitet på arbeidet uten at dette krever tilførsel av nye ressurser.

## 6.2.2 Samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer

Barna i vår målgruppe har behov for tjenester fra ulike kompetansemiljøer. Ansvaret kan sjelden legges til ett fagmiljø. Både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten er det behov for god samhandling for å kunne gi disse barna god hjelp. Innad i spesialisthelsetjenesten er det behov for å videreutvikle og samordne tjenestene slik at brukerne opplever gode behandlingsforløp. Vi har påbegynt videre drøfting av bedre samarbeidsrutiner i samarbeidsmøtene mellom Barneklubben og Barnehabiliteringen. Dette har blitt særlig tydelig i Trinn II hvor vi ser at noen av barna fortsatt har uavklarte medisinske problemstillinger.

I prosjektet har vi erfart at enkelte PP-tjenester har uttalt at de ser på dette fagområdet som marginalt i forhold til deres hovedoppgaver. Vi ser det som viktig at vi fortsetter å informere om det viktige læringsaspektet i spiseutvikling.

## 6.2.3 Planarbeid

Ettersom vi ønsker å sette inn tiltak så tidlig som mulig etter at spisevansken har oppstått vil målgruppen være små barn. En del foreldre har på dette tidspunktet ikke ønske om å få utarbeidet Individuell Plan for sitt barn ettersom de vet lite om prognose og hvilke behov barnet vil ha fremover. Behandling av spisevegring kan i en del tilfeller være langvarig, og det er viktig at Habiliteringstjenesten med sin kompetanse på området er pådriver for at det blir opprettet ansvarsgrupper og at disse barna på sikt får en IP. Individuell Plan er nedfelt i pasientrettighetsloven.

*”Planen griper over alle tjenestenivåer og forvaltningsnivå, og bør omfatte alle tjenester og ytelser en person med langvarige og sammensatte behov trenger for å leve et aktivt og selvstendig liv” ( Kortutgave av veileder for individuell plan 2001).*

Vi vurderer det slik at det burde være en bedre samordning i de styringsdokumenter som regulerer helsetjenester og opplæring. Dette er en forutsetning for god samhandling, ivareta helheten og å få til smidige ordninger for de barna som har behov for sammensatte tjenester både innenfor helse og opplæring.

Læringsperspektivet i spiseutviklingen er sentral for å bryte uheldige mønstre og for at barnet kan ta i bruk sine ressurser i en form som er naturlig for et hvert barns utvikling. Barnehabiliteringen bør i sine rapporter legge større vekt på å få frem dette perspektivet. Dette gir PPT et bedre grunnlag for å lage en sakkyndig vurdering i forhold til barnets spisevanske. Den sakkyndige vurderingen skal ligge til grunn for å utarbeide en Individuell opplæringsplan som er det viktigste arbeidsdokumentet for de som har daglig ansvar for stimulering av barnet. I prosjektet har vi utviklet et veiledningsdokument i forhold til de målene som er satt for perioden. Dette dokumentet kan videreutvikles og være til nytte i arbeidet med barnets totale IOP. For enkelte av prosjektbarna har dette dokumentet blitt brukt på en slik måte.

## **6.3 Utvikle og prøve ut arbeidsformer som bidrar til kompetanseoppbygging i 1.linjetjenesten**

### **6.3.1 Kartlegge kompetansebehov i de ulike kommunene**

Vi ser det ville vært nyttig å få kartlagt kompetanse og behov i den enkelte kommune. Dette arbeidet har ikke blitt prioritert i løpet av prosjektperioden, men kan bli aktuelt å gjøre for å kunne planlegge hvordan vi best mulig kan bidra til å bygge opp videre kompetanse i kommunene.

### **6.3.2 Barnehabiliteringens bidrag til kompetanseoppbygging i 1.linjetjenesten**

Samarbeid og kompetanseoppbygging går ofte hånd i hånd. Mye kompetanse har blitt formidlet gjennom de barna som mottok intensiv fokusert habilitering og i ulike samarbeidsfora.

Da vi begynte planleggingen av kurset ”Hvordan arbeide med spisevansker hos barn?” ved Toomey/Ross, hadde vi fagpersoner i 1. og 2.linjetjenesten tilhørende Helse Stavanger sitt nedslagsområde som vår målgruppe. Det var i starten få påmeldte fra vårt distrikt, og vi så at vi måtte ta direkte kontakt med flest mulig for å gjøre kurset kjent og motivere til deltagelse. Vi ga også redusert pris til fagpersoner som representerte Helsestasjon og PPT i vår region. For fagpersoner som ikke var engasjert i direkte veiledning rundt aktuelle barn kunne det synes mye å bruke 3 arbeidsdager på et kurs innenfor et område som så langt har blitt opplevd som et marginalt område. For personale som står i direkte arbeid med barna kan det være en utfordring å få vikar eller være fraværende disse dagene. Enkelte har også bemerket at engelsk som forelesningsspråk gjorde at de vegret seg for å delta. Av 140 deltakere var ca halvparten fra vårt distrikt.

Vår begrunnelse for å arrangere et så pass omfattende kurs var at det ville gi et svært godt grunnlag for å vurdere spisevansker og igangsette tiltak rundt en rekke barn. Foreleserne hadde også en klinisk kompetanse på målgruppen som ikke finnes i norske miljøer.

Vi har i ettertid fått mange tilbakemeldinger fra vårt eget distrikt på at de opplevde kurset som svært meningsfullt, og at de fikk en bedre forståelse for hvordan deres egen fagprofesjon kan bidra i arbeid med barn med spisevansker. I noen kommuner er det nå en gruppe av fagpersoner som sitter med denne kompetansen og vil være viktige nøkkelpersoner i videre samarbeid.

Vi ser for oss ulike måter å arbeide videre med kompetanseformidling på. I samarbeidsmøtet med kommunene fikk vi innspill til flere måter å bidra med kompetanseoppbygging. Mye av dette samsvarte med tanker vi har hatt underveis i prosjektet. Nedenfor nevner vi noen arbeidsformer som kan være aktuelle å videreutvikle som en del av Barnehabiliteringens tilbud.

- **Nettverksarbeid:** For noen vil det være aktuelt å hente inn fagkunnskap og erfaring fra spiseteamet gjennom foredrag/drøftinger i egne fagnettverk innad i kommunene. Barnehabiliteringen kan også ta initiativ til å organisere og bidra inn i nettverk på tvers av kommuner.
- **Lavterskeltilbud:** Gi tilbud om telefontid, bruk av e-post
- **Konsultasjonstid:** Lokale fagpersoner ber om drøfting av aktuell problemstilling enten anonymisert eller i forhold til kjent bruker
- **Elektronisk møteplass/diskusjonsforum via Internett**
- **Barnehabiliteringens hjemmeside:** Utvikle en fagside med artikler, nyttige linker, informasjon om kontaktpersoner og aktuelle adresser

## 7. Videreformidling av erfaringer og resultater

Prosjektet har blitt presentert i ulike fora og i ulike former.

### Poster:

Våren 2007 ble det laget en Poster med bakgrunn i erfaringene fra Trinn I. Den omtalte også videre planer for Trinn II.

Posteren har blitt presentert på

- Landskonferansen for Habilitering og Rehabilitering, Stavanger september 2007
- Konferanse om intensiv habilitering 29.11.07, Sosial - og helsedirektoratet
- På kurset Hvordan arbeide med spisevansker? – en tverrfaglig tilnærming, Stavanger 4-6 februar 2008

Prosjektet er videre presentert:

- Prosjektet er omtalt i en publikasjon som blir sendt til alle husstander som hører inn under Helse Stavanger, samt i publikasjonen På pulsen som distribueres til alle ansatte i Helse Stavanger
- Erfaringer fra prosjektet Trinn I med planer om videreføring i Trinn II ble presentert på Workshop/fagdager innen Spise - og ernæringsvansker på Rikshospitalet, Barnenevrologisk seksjon i juni 2007
- Prosjektet ble presentert overfor Regionalt kompetansesenter, Helse Vest i et møte på Østerlide 23.11.2007

### Fagtidsskrifter/ Organ for foreldreforeninger:

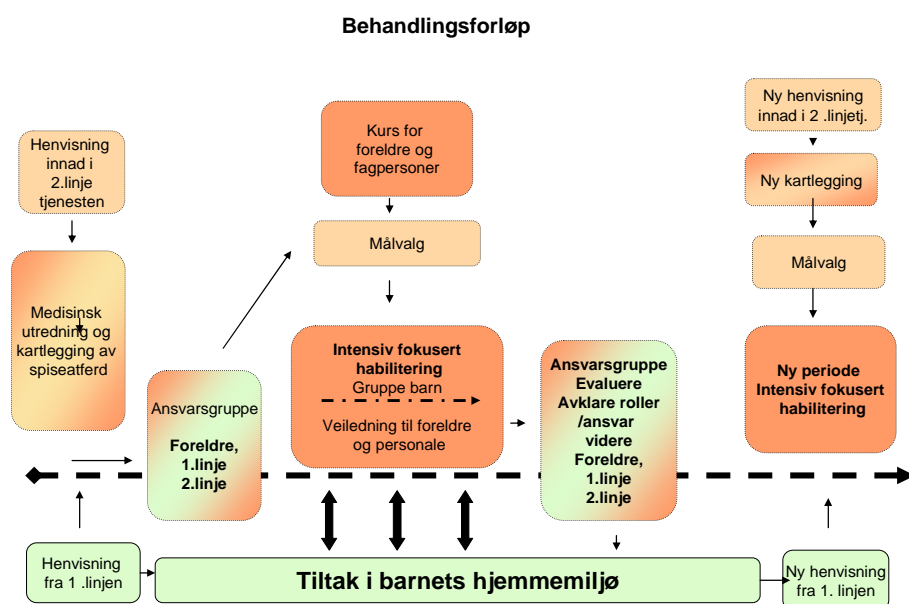
- Prosjektet m/poster er beskrevet i Organ for Handikappede Barns foreldreforening, Flere glade barn! med tittelen ”Smakebiter fra prosjektet; Spiseutvikling hos barn med spisevegring”

- Vi har blitt forespurt om å skrive en fagartikkel i tilknytning til prosjektet til Fysioterapeutenes fagtidsskrift "Barnestafetten."
- Vi har videre blitt forespurt om å lage en fagartikkel i medlemsbladet "Mariehøna", bladet om Downs syndrom. Denne fagartikkelen er primært en skriftlig presentasjon av foredraget som ble holdt på Landskonferansen for Down syndrom 2008.

På grunn av nedsatt bemanning i siste del av prosjektperioden har vi vært nødt til å utsette de to sistnevnte artiklene til høsten 2008.

**Avisomtale:** Det tverrfaglige kurset i februar fikk omtale i regionale aviser.

## 8. Forslag til modell for Intensiv Fokusert Habilitering rettet mot spisevansker:



Modellen er utarbeidet med tanke på barn hvor spisevegring inngår som en del av spisevansken. For de barna hvor det hovedsakelig foreligger munnmotoriske vansker, vil modellen se noe annerledes ut.

I modellen over er aktiviteten på 1. linjenivå plassert under den svarte tidsaksen. Aktivitet på 2. linje nivå er plassert over tidsaksen. Henvisninger til spisetimet i Barnehabiliteringen Østerlunde kommer både fra 1. linjetjenesten og 2. linjetjenesten, som markert helt til venstre i modellen. Det videre behandlingsforløpet er skissert langs tidsaksen mot høyre.

Erfaringene fra to prosjektperioder er forsøkt inkorporert i modellen.

I forhold til komplekse spisevansker hos barn med neurologiske funksjonsvansker/sykdom synes effekten av tiltak igangsatt i Barnehabiliteringen størst når innsatsen intensiveres



innenfor en avtalt tidsperiode (Jmf. Rapport Trinn I ). For noen barn vil det være aktuelt med flere slike intensive perioder.

Det er også kommet fram et behov for enda bedre samordning av tiltak mellom 1.- og 2. linje tjenesten. I tillegg til et tett samarbeid i perioder med intensive fokusert habilitering er det ønskelig med drøftingsmøter i forkant og etterkant av slike perioder, da gjerne i en ansvarsgruppe.

For best mulig ressursutnyttelse er det ønskelig med utredning og avklaring av medisinske/somatiske forhold som kan bidra til vanskene før perioder med intensiv fokusert habilitering. Når det likevel foreligger uavklarte medisinske forhold når intensive tiltak igangsettes, bør det tilstrebes å utarbeide en konkret tidsplan for den videre utredningen. Et tett samarbeid mellom Barneavdelingen og Barnehabiliteringen er nødvendig i tiden før intensiv fokusert habilitering.

## **9 Implementering og videre planer**

Vi har søkt Helsedirektoratet om midler til å videreføre prosjektet med vekt på et gruppetilbud for barn og et opplæringsprogram for foreldre/andre nærpersoner. Vi har fått innvilget midler til dette og vil påbegynne planlegging høsten 2008. Den direkte tilnærmingen til barna, foreldrene og andre nærpersoner er tenkt gjennomført våren 2009.

### **Vi har følgende målsetting:**

- Utvikle et gruppetilbud etter modell fra ”SOS approach to feeding” tilrettelagt for norske forhold med hensikt å arbeide med systematisk desensitivering, engstelse og ubehag som barna forbinder med mat. Desensitivering er en forutsetning for at de skal komme videre i sin spiseutvikling.
- Parallelt med gruppetilbudet til barna vil vi gi foreldre/andre nærpersoner et opplæringsprogram med sikte på å gi forståelse for hva barna trenger for å komme videre i sin spiseutvikling og hvordan de kan støtte barnet. Tilbudet vil bli gitt i tråd med en psykoedukativ modell.
- Tilbudet tar også sikte på at foreldre skal treffe hverandre, utveksle erfaringer og være til gjensidig støtte – likemannsarbeid.

## Referanser

Chatoor I, (2002) Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment, *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am II*

Chatoor I m. fl. ( 2001) Observation of Feeding in the Diagnosis of Posttraumatic Feeding Disorder in Infancy, *J.Am Acad Child adolesc. Psychiatry*

Field, D., Garland, M., Williams, K. (2003) Correlates of specific childhood feeding problems. *J. Paediatr. Child Health, 39*, 299 – 304.

FOR 2001-06-28 nr. 765: Forskrift om habilitering og rehabilitering. Helse- og omsorgsdepartementet.

Hafstad R, Øvreide H (2004), Foreldrefokusert arbeid blant barn, Høyskoleforlaget

Helsedepartementets Strategiplan (2004). Habilitering av barn; Helsetjenestetilbud til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, deres foreldre – organisering og utvikling.

Individuell Plan 2005 – Veileder til forskrift om individuell plan. Sosial- og helsedirektoratet.

Reilly,S., Skuse, D., Wolke, D. (2007). SOMA: Schema for oralmotorisk bedømmning. Manual for administrering. Svensk utgave. Mun-H-Center forlag.

Sundgot, T., Iversen, S., Ravndal, K. (2006) Rapport intensiv fokusert habilitering: Spiseutvikling hos barn med spisevegring. Stavanger Universitetssjukehus, Kvinne-Barneklirikken, Barnehabiliteringen Østerlide.

Særtrykk av St. prp. Nr. 1 (2007-2008) kapittel 9. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2009. Helse- og omsorgsdepartementet.

## **Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? - en tverrfaglig tilnærming**

Dr. Kay Toomey, Pediatric Psychologist og Dr. Erin Sunset Ross, Speech and language Pathologist presenterer sin metode for behandling av spisevansker hos barn. Tilnærmingen egner seg for et vidt spekter av spisevansker; fra de småspiste barna til barn med sammensatte/komplekse spisevansker. Metoden kalles ” The S.O.S. - Sequential Oral Sensory -Approach to feeding”

**Sted: Stavanger Universitetssjukehus**

**Tid: 6.- 8. Februar 2008**

**Arrangør:** Barneklubben og Barnehabiliteringen, Helse Stavanger

---

Forelesningene blir på engelsk. Hver deltaker får et kompendium med handouts oversatt til norsk.

Program:

### **Onsdag 6.februar:**

Kl. 10.00 – 10.15 Åpning

Kl. 10.15 - 11.15 Introduction

Feeding Theory- How children learn to AND not to eat

Kl. 11.15 – 11.30 Pause

Kl. 11.30 – 12.30 Feeding Milestones

Kl. 12.30 – 13.30 Lunsj

Kl. 13.30 – 14.30 Feeding Milestones

Kl. 14.30 – 14.45 Pause

Kl. 14.45 - 15.45 Steps to Eating

Developmental Food Continuum

Kl. 15.45 – 16.00 Pause

Kl. 16.00 – 17.00 Steps to Eating

Developmental Food Continuum

### **Torsdag 7.februar:**

- Kl. 08.30 – 09.30 Psychological Developmental Stages
- Kl. 09.30 - 09.45 Pause
- Kl. 09.45 – 11.00 Treatment/Interventions
- Kl. 11.00 – 11.15 Pause
- Kl. 11.15 – 12.30 Assessment of Feeding problems
- Kl. 12.30 – 13.30 Lunsj
- Kl. 13.30 – 14.30 **The SOS Approach to Feeding**
  - A. Systematic Desensitization
  - B. Cues to Eating
- Kl. 14.30 – 14.45 Pause
- Kl. 14.45 – 15.45 C. Language Use
  - D. Therapy Format- Child
  - E. Therapy Format – Parent
- Kl. 15.45 – 16.00 Pause
- Kl. 16.00 – 17.00 C. Language Use
  - D. Therapy Format- Child
  - E. Therapy Format – Parent

### **Fredag 8.februar:**

- Kl. 08.30 – 09.30 **The SOS Approach to Feeding**
    - F. Building a Food Hierarchy
    - G. Hierarchy Strategies
  - Kl. 09.30 – 09.45 Pause
  - Kl. 09.45 – 11.00 F. Building a Food Hierarchy
    - G. Hierarchy Strategies
  - Kl. 11.00 – 11.15 Pause
  - Kl. 11.15 – 12.30 F. Building a Food Hierarchy
    - G. Hierarchy Strategies
  - Kl. 12.30 – 13.30 Lunsj
  - Kl. 13.30 – 15.00 Managing "Problem" Behaviors
- 

**Dr. Kay Toomey, Pediatric Psychologist** har lang erfaring i behandling av barn med spisevansker. Hun har blant annet vært med på å bygge opp The Denver Children`s Hospital Feeding Clinic og Rose Medical`s Pediatric Feeding Center. Hun har utviklet SOS-Approach to Feeding, en metode for å kartlegge og behandle barn med spisevansker. Hun har nå sitt eget firma Toomey & Associates og er mye brukt som foreleser i USA.

**Dr. Eirin Ross, Speech and language pathologist /Doctor of Philosophy.** Hun er for tiden tilknyttet Department of Pediatrics, The University of Colorado, Section of Nutrition. Dr. Ross har lang klinisk erfaring fra arbeid med spisevansker i tilknytning til nyfødtavdelinger i

Denver. Hun har også arbeidet i spiseklinikker med å utrede og behandle spisevansker hos spedbarn og småbarn. Hun er engasjert i Toomey & Associates og er mye brukt som foreleser i USA.

---

**Målgruppe:** Fagpersonell ved helsestasjoner, fysio- og ergoterapitjenesten, PPT, logopedtjenesten, barnehager, skoler, barneboliger, barneavdelinger, klinisk ernæringsfysiologer, habiliteringstjenesten, foreldre og andre interesserte.

**.Sted: Stavanger Universitetssjukehus, Aulaen i Sydbygget 2.etg  
Armauer Hansens vei 20, Stavanger**

**Pris /betaling:** kr 2500

Inkluderer: Kursavgift, kurskompendium på norsk, lunsj, kaffi/te og frukt

**Påmeldingsfrist:** 6. januar. Påmeldingen er bindende.

For mer informasjon, ta kontakt med:

Torunn Sundgot tlf 51846761 [suto@sus.no](mailto:suto@sus.no)

Kristin Ravndal tlf. 51846785 [ravk@sus.no](mailto:ravk@sus.no)

Kari Gjeraldstveit tlf. 51518360 [jeka@sus.no](mailto:jeka@sus.no)

Drude Heskestad Mikalsen tlf 51518280 [midh@sus.no](mailto:midh@sus.no)

Det er høy forekomst av spisevansker hos barn med nedsatt funksjonsevne. Det viser seg å være både faglig og resursmessig utfordrende å gi god hjelp til disse barna. I tillegg er det økende forekomst av spisevansker hos barn hvor det ikke er påvist medisinske forhold som bakgrunn for spisevansken. Det er behov for økt kompetanse både i 1.- og 2. linjetjenesten om hvordan vi utreder og gir behandling til disse barna. Barnehabiliteringen og Barneklubben ved Stavanger Universitetssjukehus har gått sammen for å arrangere dette kurset som et ledd i en slik kompetanseheving.

---

### **Påmeldingsskjema**

**Navn:**

**Adresse:**

**Stilling:**

**Arbeidssted:**

**Faktura sendes til:**

**Påmeldingen sendes per e-mail eller til.....**

Vi anbefaler deltakere som har behov for overnatting å bestille hotell snarest mulig.

Til  
Helsesjef  
Oppvekstsjef  
Ledende helsesøster  
Leder for PP-tjenesten

2. februar 2011

## **INVITASJON TIL MØTE OM SAMARBEID RUNDT BARN MED SPISEVANSKER**

**Tid: 29.mai 08 kl. 11.00 -13.30**

**Sted: Barnehabiliteringen Østerlide, Thiisabakken 3, 4010 Stavanger**

Barnehabiliteringen har hatt en stadig økning i antall henvisninger av barn med ulike former for spisevansker. Dette er barn med medfødte eller tidlig ervervede skader/sykdommer. Internasjonal litteratur viser til at 25 % av barnebefolkningen har en eller annen form for spisevanske. I gruppen barn med fysisk funksjonshemming og psykisk utviklingshemming er tallene vesentlig høyere.

Behandling av spisevansker hos barn med funksjonsnedsettelse krever tverrfaglig innsats med kompetanse både fra helsefaglig/medisinsk personale og fra pedagog/psykolog. Spesialisthelsetjenesten tar imot disse barna for utredning. Barn med sammensatt/kompleks spiseproblematikk får tilbud om oppfølging/veiledning til foreldre og personale i en tidsavgrenset periode. Vi er imidlertid avhengig av at 1.linjetjenesten kan følge opp barna i deres lokalmiljø. Vår erfaring er at det i veiledningsarbeidet er behov for kompetanse fra fagpersoner både fra PPT og fra helse- og sosialetat.

Behandling av spisevansker er et relativt nytt fagområde, og det er behov for kompetanseoppbygging både på 1. og 2.linjenivå. Vi får en del henvendelser fra fagpersoner i kommunene om manglende kompetanse for å kunne gi disse barna god hjelp.

I 2006 startet Barnehabiliteringen Østerlide opp prosjektet ”Intensiv Fokusert Habilitering , Spiseutvikling hos barn med spisevegring.” Prosjektet har økonomisk støtte fra Sosial - og Helsedirektoratet. Målgruppen er barn med komplekse spisevansker.

Vi er nå i Trinn II av prosjektet. Siden høst 2007 har vi gitt intensiv veiledning til foreldre og barnehagepersonale til 5 barn med store spisevansker. Erfaringene fra prosjektet er gode, og vi ønsker at dette på sikt skal bli en del av tilbudet til barn med spisevansker.

Vi har også i samarbeid med Barneklubben SuS arrangert kurset Hvordan arbeide med spisevansker hos barn? – en tverrfaglig tilnærming. Kurset hadde 140 deltakere fra hele landet. I siste fase av Trinn II ønsker vi å være i dialog med 1.linjetjenesten om hvordan vi i fellesskap kan sørge for at disse barna får god hjelp og oppfølging.

**Vi inviterer til et drøftingsmøte hvor vi ønsker å ha fokus på**

- Hvordan forebygge og gi god tidlig hjelp til barn som er i risiko for å utvikle spisevansker?
- Hvordan kan 1. og 2. linjetjenesten samarbeide rundt barn med spisevansker?
- Hva slags kompetanse behøves for å gi god veiledning til foreldre og ansatte i barnehage og skole?
- Hvordan kan 2. linjetjenesten bistå kommunene i videre kompetanseoppbygging?

Vi vil innlede drøftingen med å informere om erfaringer fra prosjektet.

**Det er ønskelig at hver kommune er representert ved Helsestasjon og PPT. Vi serverer enkel lunsj og ber om påmelding innen 22.mai til [suto@sus.no](mailto:suto@sus.no) eller per tlf til ekspedisjonen ved Barnehabiliteringen.**

Velkommen!

Vennlig hilsen  
Prosjektgruppa v/

Inger Hellerdal Rasmussen  
Overlege

Sissel Iversen  
Psykologspesialist

Torunn Sundgot  
logoped

## **OPPSUMMERING ETTER SAMARBEIDSMØTE OM SPISEVANSKER HOS BARN TILHØRENDE BARNEHABILITERINGENS MÅLGRUPPE**

**ØSTERLIDE 29.05.2008**

**Kopi:**

**Deltakerne**

**Etater som var invitert men ikke representert.**

**Barneklubben v/Spisegruppen overlege Dag Tveitnes, spesialpedagog Kari Andersen, spesialpedagog Drude Heskestad Mikalsen, kvalitetskoordinator Kari Gjeraldstveit**

Til stede: 26 deltakere møtte. De fleste kommuner var representert i møtet. Av de fremmøtte var det 13 helsesøstre, 1 helsestasjonslege, 1 fra Helsesøsterutdanningen, 9 ansatte fra PPT og 2 fagpersoner fra Styret barnehage

Spiseteamet hadde innledningsvis en kort orientering om:

- Prosjektet Intensiv fokusert habilitering, Spiseutvikling hos barn med spisevegring
- Spisevansker hos barn, omfang og typer:
  - o Det ble presisert at Østerlide jobber med spisevansker hos barn som har (eller har mistanke om) varige skader/sykdom i sentralnervesystemet. Barna har langvarige behov for habilitering. Spisevanskene er sekundære i forhold til deres hoveddiagnose.
- Presentasjon av arbeid med et barn med spisevansker

Etter lunsj ble følgende problemstillinger drøftet i grupper og oppsummert i plenum:

- Hvordan kan 1. og 2. linjetjenesten samarbeide rundt barn med spisevansker?
- Hva slags kompetanse behøves for å gi god veiledning til foreldre og ansatte i barnehage og skole?
- Hvordan kan 2. linjetjenesten bistå kommunene i videre kompetanseoppbygging?
- Hvordan forebygge og gi god tidlig hjelp til barn som er i risiko for å utvikle spisevansker?



## Synspunkter fra deltakere i kommunene

Følgende er et forsøk på å oppsummere de innspillene som kom frem i drøftingen:

### Samarbeidsformer rundt barn (Samarbeidslinjer på individnivå: )

- Barn med diagnoser og sammensatte spisevansker som naturlig hører inn under Barnehabiliteringen henvises dit. For disse barna er det viktig å utvikle gode rutiner for samarbeid.
- En del kommuner har ressursgrupper (Ressurshelsestasjon, Helsestasjonens familiesenter) som kan tilby veiledning i forhold til barn med mindre sammensatte spisevansker. Noen barn må henvises videre for medisinsk utredning. Samarbeid med lege er nødvendig for henvisning til spesialisthelsetjenesten.

### Avdekke/fange opp barn med spisevansker og viderehenvisning

- Helsestasjonen har et særlig ansvar for å fange opp vansker og melde videre.
- Det ble uttrykt at fastlegen bør ha et spesielt ansvar for viderehenvisning og medisinsk oppfølging lokalt.
- Etter utredning av spisevansken ved Barnehabiliteringen er det ønskelig at Østerlide tidlig i behandlingsprosessen tar initiativ til å kalle inn til et samarbeidsmøte. Aktuelle deltakere fra kommunen er foreldre, helsestasjon, fastlege, PPT og evt. barnehage/spesialpedagog
  1. I møtet bør det avklares hvilke behov barnet har i forhold til sin spisevanske, hvordan Barnehabiliteringen vil følge opp og hvem som skal følge opp lokalt. Barnet henvises PPT hvis dette ikke er gjort.
  2. Ansvarsgruppe bør opprettes i de fleste tilfeller. Det er ønskelig at Barnehabiliteringen deltar oftere i ansvarsgruppemøter for å trygge overføringen, skape felles forståelse for barnets behov, rolleavklaring innad i kommunen, veilede inn i barnehagen.
  3. Ved behov for spesialpedagogisk hjelp knyttet til spisevansken, § 5-7, skriver PPT sakkyndig vurdering hvor det beskrives hvordan vanlige læringsprinsipper og lekpreget aktivitet kan bidra til en positiv spiseutvikling for barnet. Tilrådingen bør ta utgangspunkt i epikrise og råd fra 2.linjetjenesten.
  4. Langsiktige mål og delmål bør settes opp i samarbeid mellom involverte parter. Målene nedfelles i Individuell opplæringsplan og/eller i Individuell plan. Det er ønskelig med mer hjelp fra 2.linjetjenesten for å utarbeide realistiske mål for IOP og IP.

Behov og kompetanse i kommunene varierer. Det bør kunne forventes en kompetanseheving innad i en kommune når Barnehabiliteringen gir veiledning. Dette forutsetter at ansatte ved helsestasjon og PPT blir invitert inn i sammenhenger hvor kompetanseheving kan foregå. Dette vil gjøre kommunen mer selvhjulpne ved aktuelle saker senere.

### Samarbeidsformer på systemnivå

- **Nettverksgrupper kommunalt/interkommunalt** – Enkelte kommuner ønsket å peke ut faste personer med særlig ansvar og mulighet til å inneha spesiell kompetanse innenfor fagområdet. Det hadde vært ønskelig om disse hadde mulighet til å delta i nettverk innen spise- og ernæringsproblematikk. Nettverket

bør gi rom for oppdatert veiledning, ny kunnskap, erfaringsutveksling, drøfting av aktuelle problemstillinger knyttet til kasus. Barnehabiliteringen må bidra inn med oppdatert kunnskap. Spesialistkompetansen bør ligge på 2.linjenivå.

- **Veiledningsgruppe for personer med faglig ansvar for barn med spisevansker**
- **Gruppetilbud til foreldre**
- **Lavterskeltilbud:** Det er ønskelig at Barnehabiliteringen har kontaktpersoner/veiledere som kan kontaktes ved behov for veiledning. Konsultasjonsdag og/eller telefontid.
- **”Spisevansketeam”** Det er ønskelig at Barnehabiliteringen har et ambulans spisevanske team alà Autismeteamet.
- **Samordning 2. linje (Barneklubben, Barnehabiliteringen, BUPA):** Det er behov for en tydeliggjøring/avklaring hvem tar som tar imot hvilke barn.

### **Forebygging**

Lokale fagpersoner bør gi tilbud om å observere måltider i hjemmet. Dette krever at veilederen har en kompetanse innen fagområdet og er trygg i metoden.

*Vi takker samtlige deltakere for verdifulle innspill. Vi vil presisere at dette ikke er inngåtte avtaler om samarbeidsformer/metoder, men kun er innspill og ideer til videre drøftinger. Vi vil komme tilbake med nærmere informasjon om Barnehabiliteringens tilbud til vår målgruppe der spisevansker er en tilleggsproblematikk.*

Deltakerliste blir vedlagt til de som var representert, samt kopi av de faglige presentasjonene.

Vennlig hilsen

Torunn Sundgot  
prosjektleder/logoped

Sissel Iversen  
psykologspesialist

Inger Hellerdal Rasmussen  
overlege