



TVERRFAGLIG ARBEID VED SPISE- OG ERNÆRINGSVANSKER HOS BARN: - en veileder

Etablering og sammensetning av tverrfaglige team

Sammendrag

Barn med spise- og ernæringsvansker skal ha et godt faglig oppfølgingstilbud uavhengig av hvor de bor.

Spisevansker av sammensatt karakter møtes best med en tverrfaglig arbeidsmodell.

Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker

www.oslo-universitetssykehus.no/spise

Innhold

Innledning.....	2
Formål og målgruppe for veilederen.....	2
Spise- og ernæringsvansker hos barn medfører behov for tverrfaglig oppfølging.....	3
Definisjon av spisevansker	3
Klassifisering og beskrivelse av spisevansker	4
Sammensatte spisevansker i et biopsykososialt perspektiv	6
Tverrfaglig versus flerfaglig arbeid	8
Organisering av det tverrfaglige arbeidet	9
Sammensetningen av tverrfaglige spise- og ernæringsteam.....	9
Det utfordrende samarbeidet; tverrfaglighet i praksis	11
Litteratur	14

Innledning

Formål og målgruppe for veilederen

Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker, OUS-Rikshospitalet, har som oppgave å arbeide for at barn med spise- og ernæringsvansker skal ha et godt oppfølgingstilbud uavhengig av hvor de bor. Dette forutsetter at hvert helseforetak har tilgjengelig kompetanse som dekker bredden i problemstillinger relatert til spise- og ernæringsvansker hos barn. Habiliteringstjenester og barneavdelinger vil møte barn med utfordringer som krever spisskompetanse på spise- og ernæringsvansker. Samarbeide mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er nødvendig for å sikre et godt tilbud til barna og deres familier.

Denne veilederen omhandler

- sammensatte spise- og ernæringsvansker; en oversikt over pasientgruppen
- modeller for forståelse og klassifisering av vanskene
- behovet for tverrfaglighet som arbeidsform
- utfordringer i tverrfaglig samarbeid

Veilederen tar ikke for seg

- prosedyrer og verktøy for klinisk arbeid med pasientgruppen

Kompetanse om spisevansker hos barn og etablerte behandlingsforløp må være til stede for å ivareta barn og familier på en god måte. Fagpersoner som forutsettes for en helhetlig tilnærming til sammensatte spisevansker, kan være organisert under forskjellige avdelinger/seksjoner i helseforetakene. Dette utfordrer helseforetakenes ledelse med hensyn til å etablere gode samarbeidsmodeller i hvert enkelt foretak.

Denne veilederen retter seg mot

- ledelse og beslutningstakere som har ansvar for å etablere og videreutvikle fagmiljøer med kompetanse på spise- og ernæringsvansker.
- fagpersoner som arbeider med barn og ungdom som har spise- og ernæringsvansker

Kort historikk

De første spiseteamene startet opp på 1990-tallet og var knyttet til barnehabiliteringstjenestene. Fokuset var den gang tilrettelegging ut fra funksjon, ofte ved tiltak som å tilpasse barnets sittestilling og å bruke spisehjelpemidler. På samme tid ble det mer vanlig å anlegge en magesonde (gastrostomi) hos barn med omfattende og/eller varige spise- og ernæringsvansker. Dette har bidratt til å endre fokus på hvordan man forholder seg til spisevansker.

Over tid er det blitt organisert team ulike steder i landet. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker har gjort kartlegginger som viser at de

etablerte teamene varierer i størrelse og sammensetning. Spiseteamene har til dels vært drevet av ildsjeler uten formell forankring i organisasjonen. Dermed blir spiseteamene sårbare ved utskiftning av personell og i omorganiseringsprosesser ved helseforetakene. Det har vært behov for en pågående prosess som sikrer tilstedeværelse av kompetanse og tverrfaglighet på fagområdet ved helseforetakene.

De siste årene har man flere steder sett behov for kompetanse både ved habiliteringstjenester og i tilknytning til barneavdelinger. Også innenfor barne- og ungdomspsykiatri etableres det tilbud til gruppen, spesielt tilknyttet sped- og småbarnsteam. Det er varierende grad av samhandling mellom disse enhetene i helseforetakene.

Spise- og ernæringsvansker hos barn medfører behov for tverrfaglig oppfølging

Definisjon av spisevansker

Spisevansker identifiseres når barn ikke følger det typiske utviklingsforløpet med de milepælene som forutsettes for å spise selvstendig og normalt variert. Kostholdet og vekstutviklingen vil ofte avvike fra det som er forventet ut fra barnets alder (*Borowitz KC & Borowitz SM, 2018*).

Forekomst av spisevansker

Bekymring for spising og matvaner hos barn blir stadig mer vanlig. I norske landsomfattende undersøkelser fra 2007 angir ca. 25% av foreldrene at de er bekymret for barnas spising (*Hesledirektoratet: Spedkost, 2007/2008.; Småbarnskost 2007*). I nyere rapporter fra andre land er tallet enda høyere, der så mange som 50% av foreldre til friske barn rapporterer at barnet har utfordringer med spising (*Bryant-Waugh R., 2019; Taylor C.M. et al., 2015*).

Alvorlige spisevansker ser man oftest hos barn med andre medisinske-, adferdsmessige- og/eller utviklingsmessige utfordringer, og så mange som 80% av barn med utviklingsavvik kan ha spisevansker (*Borowitz K.C. & Borowitz S.M., 2018*). For noen diagnosegrupper er spisevansker svært vanlig. Dette gjelder i særlig grad for barn med nevrologiske sykdommer og sjeldne syndromer, samt hos barn med generelle utviklingsforstyrrelser. Det er få studier som angir samlet forekomst av spisevansker på tvers av pasientpopulasjoner. Alvorlige spisevansker er sjeldne hos barn som ellers er friske, og som vokser og utvikler seg normalt. Det er uklart om det er en trend at forekomst av spisevansker øker, eller om foreldre og helsepersonell er blitt mer bevisste på slike vansker og derved identifiserer vansker oftere nå enn tidligere.

Målgruppen for de tverrfaglige spiseteamene er barn med alvorlige spisevansker, det vil si vansker som gir konsekvenser for barnets helse og utvikling (*Silverman A., 2010; Borowitz K.C. & Borowitz S.M., 2018*).

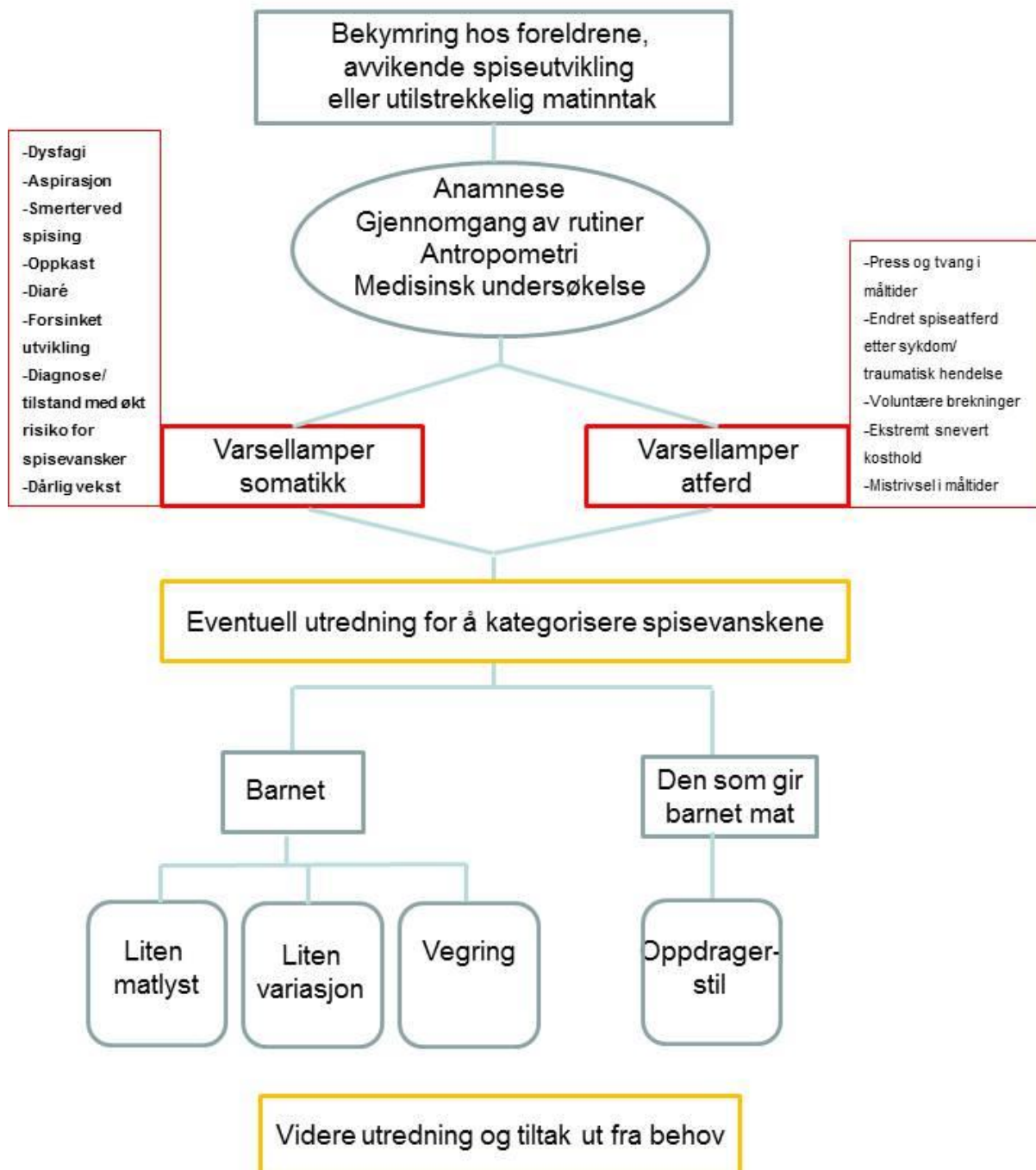
Tverrfaglighet i arbeid med spise- og ernæringsvansker hos barn

- Alvorlige spisevansker ser man oftest hos barn med andre medisinske-, ernæringsmessige-, atferdsmessige og/eller utviklingsmessige utfordringer.
- Spisevansker kan også forekomme der det er spesielle utfordringer i familie og/eller omsorgsrelaterte forhold.
- Spisevansker har en sammensatt natur og møtes derfor best med et helhetlig perspektiv; en biopsykososial forståelse

Klassifisering og beskrivelse av spisevansker

Spise- og ernæringsvansker hos barn kan være relatert til medisinske, psykologiske, og eller ernæringsmessige faktorer. I de fleste tilfeller har det enkelte barn utfordringer på flere av disse områdene samtidig. Forståelsen av denne kompleksiteten er grunnleggende for godt tverrfaglig arbeid med barn som har spise- og ernæringsvansker.

Det finnes ulike måter å kategorisere spisevansker på, f.eks. ut fra diagnoser, ferdigheter/funksjon eller hvordan vanskene kommer til uttrykk. Kerzner og medarbeidere har foreslått en modell som både fokuserer på barnets vansker og utfordringer i relasjonen til omsorgspersoner/foreldre (Kerzner, 2015). Modellen deler spisevansker inn i fire hovedkategorier: 1) barn som spiser lite 2) barn med liten variasjon i kostholdet (selektive) 3) barn som vegrer mot å spise og 4) vansker relatert til foreldres måltidspraksis og oppdragerstil (se fig. 1). Under hver kategori skilles det mellom vanlige utfordringer som kan feilaktig kan oppfattes som spisevansker, lette- og alvorlige spisevansker. Kombinasjoner av de ulike kategoriene er vanlig.



Figur 1: Modell for identifisering og behandling av spisevansker

Basert på Kerzner B et al. (2015): *A practical approach to classifying and managing feeding difficulties.*

Sammensatte spisevansker i et biopsykososialt perspektiv

Faglitteratur gir ofte en beskrivelse av spisevansker som enten er ut fra et biomedisinsk eller et psykososialt perspektiv. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker er opptatt av å etablere en helhetlig forståelse og behandling av vanskene basert på en biopsykososial forståelsesmodell. Denne modellen kommuniserer idéen om at spisevansker har både biologiske, psykologiske og sosiale sider samtidig. I en biopsykososial forståelse av sykdom forholder vi oss til at både *predisponerende*, *utløsende* og *vedlikeholdende* faktorer har betydning for tilstandens forløp. En biopsykososial tilnærming til sammensatte vansker kan både være kostnadseffektiv og gi bedre helsegevinst for pasientene (Wade D., Halligan P.W., 2017).

Alvorlige spisevansker har ofte en sammensatt karakter (figur 2). Derfor må de tverrfaglige teamene kartlegge årsakssammenhenger og faktorer som har betydning for det enkelte barns utfordringer med spising.



Figur 2. Oversikt over faktorer som kan medføre spisevansker

Inspirert av Pediatric Feeding Disorder – Consensus Definition and Conceptual Framework Goday et al, JPGN 2019.

Spisevansker kan være en direkte følge av medisinske faktorer; barnets diagnose og fysiske funksjonsnivå. Medisinske forhold som kan innvirke på spiseutvikling og barnets forutsetninger for normal spising, kan være:

- misdannelser eller strukturelle avvik i ansiktet, munnen, svelget eller luftveiene
- nevrologiske og nevrologiske og nevrologiske og nevrologiske dysfunksjon
- utilstrekkelig styrke/evne til å spise som medfører at barnet ikke orker å spise nok
- vansker med å koordinere sug-svelg-pust rytme i spedbarnsalder
- kvalme, smerter, ubehag knyttet til spising/måltider

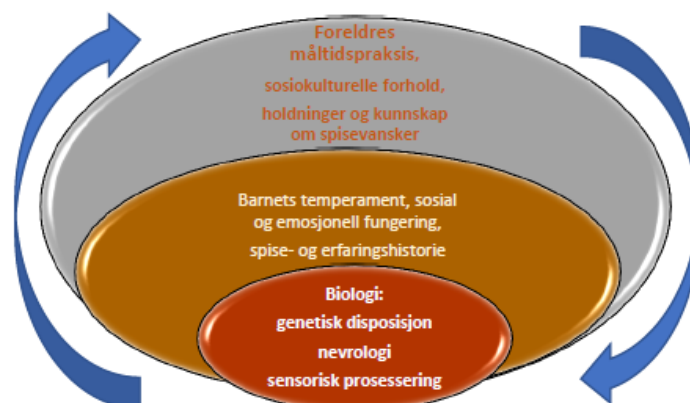
Enkelte tilstander gir økt risiko for spise- og ernæringsvansker, som f. eks. nevrologiske og nevrologiske og nevrologiske sykdommer, prematur fødsel og komplikasjoner i nyfødtp perioden, mage-tarmsykdommer og flere syndromer som har spisevansker som et kjent symptom ved tilstanden (f.eks. Downs syndrom, Silver Russel-, Pierre Robin- og DiGeorge syndrom).

Å inneha et biopsykososialt perspektiv betyr å ha sykdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet på en og samme tid.

Medisinske prosedyrer og behandling kan forstyrre barnets muligheter for å utvikle spiseferdigheter og et normalt forhold til mat og måltider. Tidligere livserfaringer relatert til sykdom og medisinsk behandling kan føre til forsinket eller avvikende spiseutvikling, og/eller adferds- og samspillsvansker i måltider.

Hvis barn opplever smerter og ubehag i forbindelse spising, kan det føre til aversjon og/eller vegring (Jmfr. Kerzner's modell, gruppe 3). Vanskene kan vedvare selv om den utløsende årsaken ikke lenger er tilstede. Når et avvikende mønster først er etablert, kan det være vanskelig å avlære. Foreldre følger barna gjennom vanskelige faser og blir lett en del av avvikende mønstre. Dette understreker betydningen av å ha et biospsykososialt perspektiv på spisevansker. God ivaretagelse av familien er en del av det helhetlige arbeidet som må inngå i spiseteamenes behandlingstilbud (Borowitz K.C. & Borowitz S.M., 2018).

Barn er avhengig av sine omgivelser. Sykdom hos barn påvirker både barnet og omgivelsene, og omgivelsene påvirker både barnet og sykdommen over tid (Figur 3). Måltidene er kanskje vår viktigste sosiale arena og de er en utviklingsarena for alle barn. Måltidene åpner for at barn inkluderes i familiens mat- og måltidskultur, og opplever tilhørighet og mestring.



Figur 3: Faktorer som påvirker hverandre over tid i en biopsykososial forståelse av spisevansker.

Etablering og videreutvikling av tverrfaglige spise- og ernæringsteam

Kompetansetjenesten gjennomførte i 2015 en landsdekkende kartlegging av behandlingstilbud til barn med spise- og ernæringsvansker. Denne viste at det var stor variasjon i tilbudet. Det var 17 etablerte team som deltok i undersøkelsen, og disse var svært ulike med tanke på pasientaktivitet, hvilke pasientgrupper de jobber med og arbeidsform. Det var stor variasjon i sammensetningen av fagpersoner og størrelsen på teamene (*Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker, 2015*)

Tverrfaglig versus flerfaglig arbeid

Tverrfaglige- og flerfaglige arbeidsmodeller er grunnleggende forskjellige. I **tverrfaglig samarbeid** forutsettes at flere yrkesgrupper med ulik fagbakgrunn går sammen om en oppgave. Den enkelte yrkesgruppes kompetanse skal være tydelig og kjent for alle parter. De ulike yrkesgruppene kjenner grensene for sin egen kompetanse og må kunne bruke og utfylle hverandre (NOU 2000:12).

Fordeler med en tverrfaglig tilnærming til spisevansker

- Gir trygghet for barnet og foreldrene
- Samler vurderingen av barnets helsemessige-, psykososiale og ernæringsmessige utfordringer og ressurser
- Sikrer at barnets ernæring er ivaretatt ut fra individuelle preferanser, forutsetninger og begrensninger
- Kunnskapsbaserte tiltak for å fremme barnets spiseutvikling innenfor rammen av et familie-, kultur-, og samspillsperspektiv

Tverrfaglig samarbeid forutsetter rammebetingelser som gir tid og rom for at fagpersoner kan møtes og utvikle en felles forståelse av barnets og familiens situasjon og behov. En annen forutsetning for godt tverrfaglig samarbeid er at de ulike faggruppene har avklarte roller og oppgaver, og anerkjenner hverandres kompetanse i den felles innsatsen rundt barnet.

I **flerfaglig samarbeid** kan det også være mange fagpersoner involvert, men her jobber fagpersonene parallelt. Dermed blir ikke aktiviteter og tiltak nødvendigvis samordnet med felles mål og prioriteringer. Dersom oppfølging rundt det enkelte barn ikke er tilstrekkelig koordinert, vil det resultere i dårligere kommunikasjon og samarbeid mellom fagpersoner, og det kan bli forvirrende og frustrerende overfor foreldre og andre omsorgspersoner.

Godt tverrfaglig arbeid kjennetegnes ved

- åpen dialog og god informasjonsflyt mellom fagpersoner
- anerkjennelse av andres kompetanse
- bidrag til en felles arbeidsinnsats rundt barnet og familien

Reell tverrfaglighet anbefales som grunnmodell for spise- og ernæringsteam. Den biopsykososiale forståelsesmodellen gir et godt faglig fundament for det tverrfaglige

samarbeidet. Tverrfaglig oppfølging har vist seg å være en effektiv arbeidsmodell i arbeid med alvorlige spisevansker hos barn (*Sharp W.G. et al., 2016; Silverman A.H et al, 2010 og 2018*).

Organisering av det tverrfaglige arbeidet

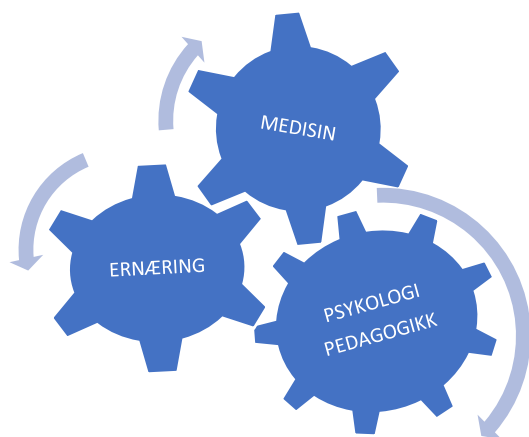
Det er nødvendig å kunne skille mellom normale utfordringer med spising og spisevansker som krever videre utredning og behandling. De fagpersonene som møter sped- og småbarn må ha tilstrekkelig kompetanse slik at en fanger opp barn med atypisk eller avvikende spiseutvikling og som gir grunn til bekymring. Normale utfordringer knyttet til barn og spising skal følges opp i primærhelsetjenesten for å forebygge skjevutvikling. Fastleger, helsestasjoner og øvrige helsetjenester i kommunen har en viktig rolle. Ansatte i barnehage og skole kan også være viktige fagpersoner for de barna og familiene som strever med vanlige utfordringer med mat og måltider.

Når en identifiserer barn som har spisevansker som påvirker helse og utvikling, skal dette følges videre i spesialisthelsetjenesten. Mange helseforetak må samordne tilgjengelig kompetanse på tvers av seksjoner og avdelinger for å etablere et godt tverrfaglig behandlingstilbud. Tverrfaglige spiseteam i spesialisthelsetjenesten kan være tilknyttet barnehabiliteringstjeneste, barneavdelingen og/eller BUP/BUPA, eventuelt i et samarbeid mellom disse. Det er nødvendig at fagpersoner har øremerkede ressurser og tilstrekkelig tid avsatt for tverrfaglig samarbeid i tilknytning til pasientrettet arbeid. Alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten må samhandle gjennom behandlingsforløpet, og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og fagpersoner i primærhelsetjenesten er ofte nødvendig for at barnet og familien skal få god hjelp. Et eksempel kan være tverrfaglige, ambulante team som samarbeider om definerte oppgaver i en avgrenset periode.

Regionale nettverk kan være en ressurs for samarbeid mellom helseforetak for å etablere og videreutvikle kunnskap og kompetanse, eksempelvis gjennom veiledning, felles prosjekter, og generell fagfellestøtte. I dag åpner telekommunikasjon, med flerparts videokonferanser, for samarbeid til tross for geografisk avstand. Etablering av regionale nettverk bør inngå i planer for drift av lokale tverrfaglige spiseteam. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker har som sin målsetting å bidra med støtte til lokale spiseteam, samt til etablering av regionale nettverk.

Sammensetningen av tverrfaglige spise- og ernæringsteam

Den biopsykososiale modellen fordrer tverrfaglig samarbeid både ved identifisering, behandling og oppfølging av vansker. Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise og ernæringsvansker anbefaler tverrfaglig kompetanse basert på tre fagsøyler; medisin-, psykologi- og klinisk ernæring. Kompetansemodellen kan illustreres som tre tannhjul som griper i hverandre og trekker tiltaksprosessen sammen, figur 4.



Figur 4. Kompetanseområder som må dekkes i tverrfaglige spise- og ernæringssteam

De ulike fagpersonene i et spise- og ernæringssteam bidrar med sin fagkompetanse inn i tverrfagligheten. For noen av oppgavene er det lett å se hvilke fagperson som må ha hovedansvar, mens andre oppgaver kan ivaretas av flere. Roller og oppgaver må avklares og konkretiseres i hvert enkelt team. Tabell 1 gir en oversikt over faggrupper og oppgaver som ofte er representert i norske spise- og ernæringssteam. Tabellen tar utgangspunkt i en oversikt fra Silverman og Begotka, men er tilpasset norske forhold (Silverman A.H., Begotka A.M., 2018).

En anerkjent modell for tverrfaglig samarbeid ved spisevansker hos barn spesifiserer tre hovedområder som må dekkes i teamets kompetanse: medisin/somatikk, motorikk og atferd (Manikam&Perman, 2000; Roche et al., 2011). Det medisinske hovedområdet ivaretar underliggende forhold som kan være medvirkende ved spisevansker.

Under *motorikk* fokuseres det på oralmotorikk, fin- og grovmotoriske ferdigheter og forutsetninger, samt tilrettelegging for å optimalisere funksjon og å støtte barnets motoriske utvikling. *Atferdsperspektivet* fokuserer på samspillsmønstre, kommunikasjon og tilpasning, samt tiltak for å fremme barnets utvikling og forhold til mat og måltider.

I tillegg er det svært viktig å inneha et familieorientert perspektiv som dekker kompetanse på tilknytning, sosialt samspill og foreldres måltidspraksis og oppdragerstil (jmf. Kerzner, 2015, Fig. 1). Foreldre som har egne utfordringer med mat og måltider må også ivaretas. Foreldres vansker er innvevd i de dynamiske systemprosessene som påvirker barnets utviklingsmuligheter (Sadeh-Sharvit S, 2015; Lydecker J.A. og Grilo C.M., 2016; Martini M.G. et al., 2018).

Modellen viser behovet for bred faglig kompetanse. En svakhet med modellen er at man kan fokusere enkeltvis, og flerfaglig, på hovedområdene. Ved å velge en biopsykososial tilnærming, med et samtidig og felles fokus på barnets- og familiens utfordringer, oppnår man en helhetlig og tverrfaglig tilnærming.

Sammensetning av et tverrfaglig team kan variere avhengig av hvilke pasientgruppe teamet primært retter seg mot og hvilke fagressurser og kompetanse som er tilgjengelig. Med de forbehold som ligger i dette, må det likevel sikres at barn med spise- og ernæringsvansker har et godt oppfølgingstilbud uavhengig av hvor de bor i Norge.

Faggruppe	Hovedområder for vurdering
Lege	Vurdere faktorer ved grunntilstand og fysisk helse som kan påvirke barnets utvikling, og spesielt med tanke på vekt, vekst og spising. Initiere videre medisinsk utredning hvis det er indisert ut fra det tverrfaglige teamets utredning.
Klinisk ernæringsfysiolog	Vurdere ernæringsbehov, vekst og kosthold/næringsinntak. Identifisere ernæringsmessige utfordringer. Utarbeide tilpassede råd om ernæring.
Psykolog	Vurdere barnets psykiske helse, spiseutvikling, samhandling i måltider, tillærte spisemønstre/vegring, barnets og foreldrenes erfaring med spising/måltider, foreldrenes forståelse og forventninger til barnets spising
Logoped	Vurdere munnmotorikk og svelgefunksjon, konsistenstyper barnet mestrer, samt hvor effektivt barnet spiser (volum, tid per måltid). Ved klinisk observasjon og evt. videofluoroskopi
Spes.ped./pedagog	Vurdere generell utvikling og spising spesielt gjennom måltidsobservasjoner. Gi måltidsveiledning til foreldre. Tilrettelegging for spisefremmende tiltak i barnehage og skole.
Sykepleier	Oppfølging av medisinsk utredning og behandling. Vurdering av symptomer/plager som kan påvirke appetitt og spising, som oppfølging av mage/tarm, respirasjon, allergier med mer. Observasjoner i måltid og foreldreveiledning. Veiledning om administrasjon av sondeernæring og ernæring via gastrostomi, stell og utstyr.
Ergo-/fysioterapeut	Vurdere fin- og grovmotoriske forutsetninger for effektiv og trygg spising, aktivitet og deltakelse i måltider. Vurdere behov for tilrettelegging, hjelpemidler (sittestilling, drikke-/spiseredskaper)
Sosionom/familieterapeut	Foreldreveiledning, foreldrearbeid, tilrettelegging basert på støtteordninger og rettigheter.
Vernepleier/miljøterapeut	Atferdsrettede tiltak, spesielt ved psykisk utviklingshemming og autismespekterforstyrrelser. Tilrettelegging for spisefremmende tiltak.

Tabell 1: Tverrfaglig vurdering av spisevansker (basert på Silverman, 2010).

Interdisciplinary Care for Feeding Problems, Nutrition in Clinical Practice
A.H. Silverman. (2010), vol 25, 2 (160-165).

Det utfordrende samarbeidet; tverrfaglighet i praksis

Godt tverrfaglig samarbeid fordrer at teammedlemmene har sterk faglig kompetanse og selvstendighet, samt en motivasjon for å samarbeide tverrfaglig. Motivasjonsfaktorer for tverrfaglig samarbeid kan både være at fagpersonene opplever at samarbeidet gir gode resultater for pasientene og at de selv opplever faglig læring og utvikling.

Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker gjorde en kartlegging av pasienttilfredshet hos de som hadde opphold i Spise- og ernæringsteamet ved Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet i 2017. Denne viste at foreldre til barn med spisevansker uttrykker stor tilfredshet med å bli møtt med tverrfaglig kompetanse (*Unhjem M. 2015*).

En tverrfaglig, biopsykosial arbeidsmodell har mange fordeler (*Wade D., Halligan P.W., 2017*). Modellen kan likevel være utfordrende, både organisatorisk, økonomisk og i det praktiske

samarbeidet. Angående organisatoriske og økonomiske utfordringer vil det være avgjørende at helseforetakets ledelse muliggjør samarbeid mellom fagpersoner som er ansatt i forskjellige avdelinger/seksjoner. Fagressurser må prioriteres, og tiltak for å bygge opp og opprettholde kompetanse må inngå i langsiktige planer i foretaket. Geografisk nærhet og mulighet for å møtes på felles samarbeidsarenaer legger bedre til rette for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. Videre må det avsettes lokaler der det er mulig å ha møter for det tverrfaglige teamet og for å gjennomføre måltidsobservasjoner, foreldresamtaler med mer.

Det praktiske samarbeidet kan være utfordrende på flere måter. Ulik faglig kompetanse og personlighet kan utfordre samarbeidsklimaet i et team. Det bør være en åpen og god dialog i teamet og et felles mål om å komme frem til gode løsninger i samarbeid med pasient/foreldre. Når samarbeidspartnere har god kjennskap til hverandre, kan ulikheter verdsettes og utnyttes på en bedre måte. Mangelfull kunnskap om samarbeidspartnere, hva de faktisk kan og hvordan de jobber med pasienten/foreldrene, kan gå ut over både pasientbehandlingen og teamets samarbeidsklima. Gode relasjoner er preget av trygghet, åpenhet, respekt og tillit (Sølvberg S., 2015).

Faglige diskusjoner og konflikter er en naturlig del av teamprosesser. Diskusjoner omkring faglige tema, idéer eller oppgaver der partene må diskutere seg frem til felles løsninger, kan være nødvendige for å få det beste ut av det tverrfaglige samarbeidet. De uproductive konfliktene som dreier seg om emosjoner og personlighet er derimot utfordrende for teamsamarbeidet. Ledelse er derfor viktig for tverrfaglige team og bør balanseres mellom oppgavesentrert- og relasjonssentrert ledelse. Å gi de ansatte i teamet deltakelse i beslutningstaking og problemløsning, har vist seg å stimulere til godt og effektivt teamsamarbeid (Stenberg A.E., 2007).

Hva skal til for å lykkes med teamarbeid?

Fem gode tips på veien til suksess.

1. Sørg for at dere blir enige om *hvorfor* teamet er til, hva dere skal oppnå sammen, og hva dere vil ta et felles ansvar for å skape som team.
2. Bli enige om *hvilke oppgaver* dere skal jobbe med i teamet, *hvem* som har ansvar for å gjøre hvilke oppgaver, og *hvilke roller* de enkelte medlemmene av teamet skal ha.
3. Vurdér om teamet består av *de rette personene*. Er det mulig å skape gode saksresultater, øke teamets overlevelsessevne og skape individuell tilfredshet og læring med den konstellasjonen av mennesker som utgjør teamet i dag?
4. Bli enige om *hvordan* dere skal arbeide sammen i teamet – både når det gjelder arbeidsmåter, kommunikasjonsformer og mellommenneskelige problemstillinger.
5. Bli enige om hvordan dere skal sikre at dere *utvikler dere* som team, og hva dere kan gjøre hvis noen opplever at teamarbeidet ikke fungerer som det burde. Godt fungerende team er *lærende*: De bruker jevnlig tid på åpent å reflektere over hvordan de fungerer, hva som fungerer bra og hva som kan fungere bedre, og de justerer mål, arbeids- og væremåter når de oppdager at det er nødvendig for å lykkes som team.

Tabell 2: Hvordan lykkes med teamarbeid. Norsk psykologforening, Henning Bang, (2018)

Sammendrag

Barn med spise- og ernæringsvansker bør ha et godt faglig utrednings- og oppfølgingstilbud uavhengig av hvor de bor. Spisevansker er av sammensatt karakter og må møtes med en tverrfaglig tilnærming. Det tverrfaglige teamet bør jobbe ut fra et biopsykososialt perspektiv. Det betyr å ha sykdomsperspektivet, utviklingsperspektivet og familieperspektivet på en og samme tid. Sammensetningen av faggrupper i et tverrfaglig spise- og ernæringsteam må være ut fra hvilke pasientgrupper man skal jobbe med, men fagkompetansen bør dekke områdene medisin, ernæring og pedagogikk/psykologi.

Litteratur

Bang H. (2018), www.psykologforeningen.no/publikum/videoer/videoer-om-arbeidsliv/hvordan-lykkes-med-teamarbeid

Borowitz K, Borowitz S. (2018) Feeding Problems in Infants and Children – Assessment and Etiology. *Pediatr Clin N Am*; 65: 59-72.

Helsedirektoratet. (2015) Barn og unge med habiliteringsbehov – Samarbeid mellom helse- og omsorgssektoren og utdanningssektoren om barn og unge som trenger samordnet bistand: IS-nummer: IS-2396.

Helsedirektoratet(2015/2018) Nasjonal veileder om Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator.

Helsedirektoratet (2017/2019) Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov.

Helsedirektoratet (2015) Prioriteringsveileder – habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet (2006-2007) Spedkost-12 mnd, Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 mnd gamle barn, IS-1635

Helsedirektoratet(2007-2008) Småbarnskost-2 år, Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 2 år gamle barn, IS-1731

Goday P.S. et al. (2019) Pediatric Feeding Disorder – Consensus Definition and Conceptual Framework. *JPGN*; 68: 124-129.

Kerzner et al. (2015) A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*; 135 (2):344-53.

Lauvås K, Lauvås P (2007) Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi, Universitetsforlaget. ISBN: 9788215005386.

Lydecker J.A, Grilo C.M. (2016) Fathers and mothers with eating-disorder psychopathology: Associations with child eating-disorder behaviors. *Journ psychosom res*; 86: 63-69.

McComish C. et al. (2016) Feeding team: A medical, motor, behavioral Approach to Complex Pediatric Feeding Problems. *MCH Am J Matern Child Nurs*; 4: 230-236.

Martini MG, Taborelli E, Schmidt U, Treasure J, Micali N. (2019) Infant feeding behaviours and attitudes to feeding amongst mothers with eating disorders: A longitudinal study. *Eur Eat Disord Rev.*; 27(2):137-146.

Nasjonal kompetansetjeneste for habilitering av barn med spise- og ernæringsvansker, Oslo Universitetssykehus-Rikshospitalet. Kartlegging av tverrfaglige behandlingstilbud til barn med spise- og ernæringsvansker, 2015 (www.oslo-universitetssykehus.no/spise).

Roche W. J. et al. (2011) An oral, motor, medical, and behavioral approach to pediatric feeding and

swallowing disorders: An interdisciplinary model. Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders; Dysphagia; 20: 65–74.

Sadeh-Sharvit S. et al. (2015) Child feeding perceptions among mothers with eating disorders. Appetite; 95: 67-73.

Silverman A.H. (2010) Interdisciplinary Care for Feeding Problems in Children. Nutrition in Clinical Practice; 25;2: 160-165.

Silverman A.H., Begotka A.M. (2018) Psychological and Behavioral Disorders in Dysfunctional Feeding: Identification and Management. *Dysphagia*, – Springer, I SBN 978-3-319-97024-0.

Steenberg A.E. (2007) Implikasjoner for psykologrollen ved en sengepost i psykisk helsevern, masteroppgave UiO

Sølvberg S.M. (2015) Tverrfaglig samarbeid - en kvalitativ studie av samarbeid mellom profesjoner som arbeider med psykisk helse, masteroppgave NTNU

Tetzchner S.v., Hesselberg F, Schiørbeck H (2008) Rehabilitering – Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger, Gyldendal, 2.utg. ISBN/EAN: 9788205351936

Unhjem M., Schiørbeck H. (2015) Parenteral satisfaction and feedback to the feeding team at The National Hospital (Rikshospitalet), Nordic conference on Feeding disorders in Children, Oslo poster-presentation

Wade D.T., Halligan P.W. (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clinical Rehabilitation ; vol 3. (8): 995-1004.