



**Akuttnettverket april**

**Overgangen  
mellom BUP/VOP:  
«Mind the gap»**

Veronica Lockertsen

1. Amanuensis OsloMet

” Det som forundrer meg at andre overganger i livet er godt forberedt. I barnehagen har vi tilvenningsdager til og med ved universitetet har vi fadderordninger. I psykiatrien derimot gjør man lite eller ingen forberedelser i overgangen mellom BUP og VOP. Det er kanskje her man trenger forberedelsene mest

- Lill Ann Wellhaven Holm, pårørende og initiativtager

# Hvorfor skal vi bry oss om overgangen?

Vi vet at overgangen er en sårbar prosess – i en sårbar tid

Vi mister mange av pasientene i overgangen

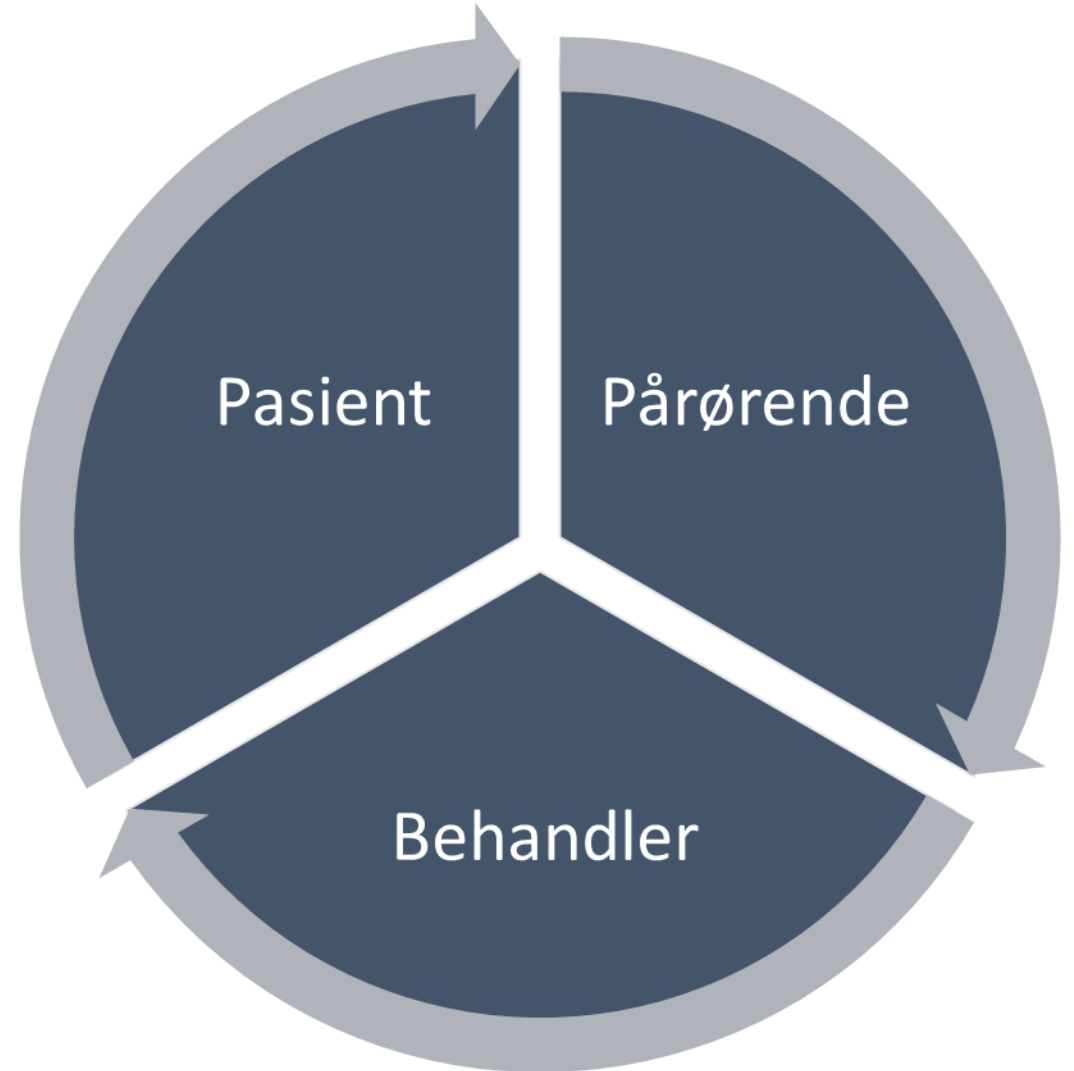
Tid er viktig i behandling av ungdommer med AN

Mindre enn 5% sier de har en tilfredsstillende overgangsprosess

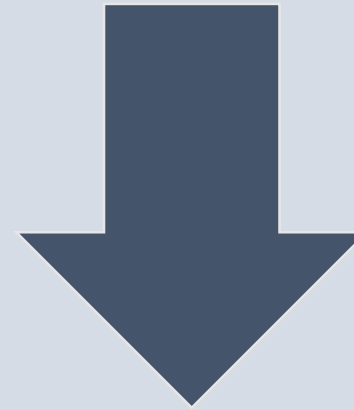
Svingdørspasienter

Broad KL, Sandhu VK, Sunderji N, Charach A. Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC psychiatry*. 2017;17(1):380. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *The British journal of psychiatry*. 2010;197(4):305-12. Fegran L, Hall EO, Uhrenfeldt L, Aagaard H, Ludvigsen MS. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitative metasynthesis. *International journal of nursing studies*. 2014;51(1):123-35. Mulvale GM, Nguyen TD, Miatello AM, Embrett MG, Wakefield PA, Randall GE. Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: A systematic review. *Journal of Mental Health*. 2016;1-10. Paul M, Ford T, Kramer T, Islam Z, Harley K, Singh SP. Transfers and transitions between child and adult mental health services. *The British journal of psychiatry Supplement*. 2013;54:s36-40. Blum RG, D;Hodgman, C, et al. Transition from childcentered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. *Journal of Adolescent Health*. 1993;14:570-6. Garland BH, Caldwell KL, Acosta AB, Wiemann CM, Gonzales SA, Wolfe RS. Clinical considerations for emerging adults with eating disorders and transition to adult-based Care. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*. 2018:1-15. Hergenroeder AC, Wiemann CM, Cohen MB. Current issues in transitioning from pediatric to adult-based care for youth with chronic health care needs. *The Journal of pediatrics*. 2015;167(6):1196-201. Singh S, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S, et al. Lost in transition: A multi-perspective study of process, outcome and experience of transition from child to adult mental health care (TRACK). *The British Journal of Psychiatry*. 2010;197:305-12.

# Prosjektgruppa-Mind the gap



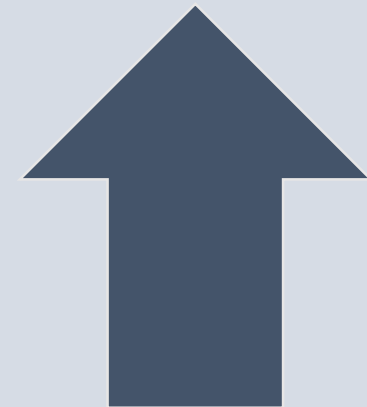
Lill Ann Welhaven Holm Liv Nilsen Jan Ivar Røssberg  
Øyvind Rø Linn May Burger Veronica Lockertsen



TENÅRING

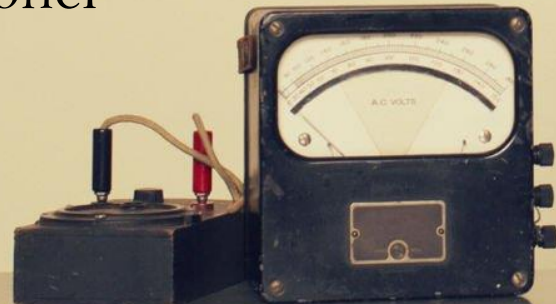


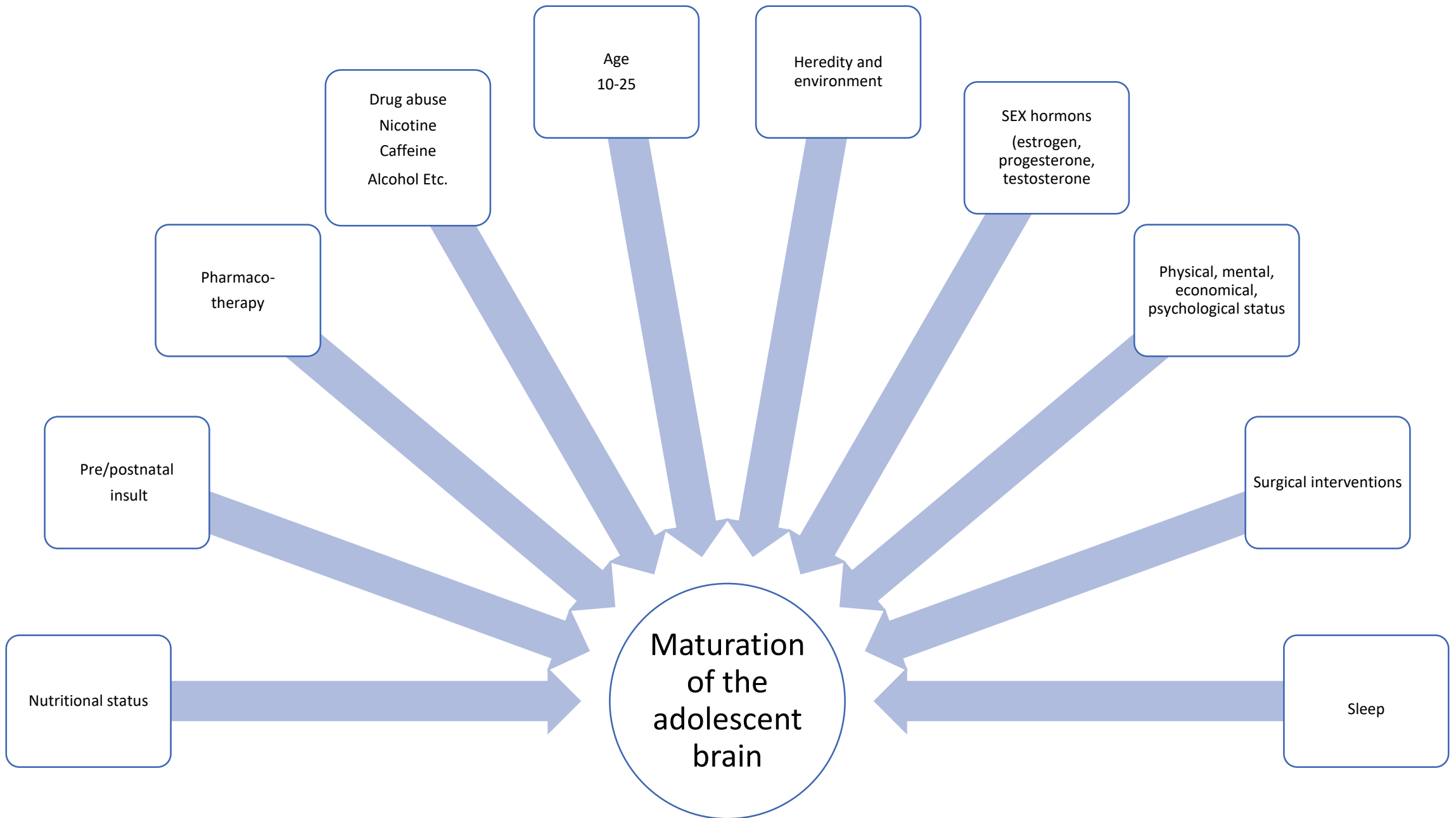
VOKSEN



# Kognitiv utvikling

- «Theory of mind»
- Even til å tenke og resonere
- Evner mer komplekse tankerekker
- Bedre hukommelse og oppmerksomhet
- Innsikt i egne tankemønstre
- Økt selvkontroll og innsikt i sosiale relasjoner





Modified from (Arain et al., 2013)

## RESEARCH ARTICLE

Open Access



# Mental health professionals' experiences transitioning patients with anorexia nervosa from child/adolescent to adult mental health services: a qualitative study

Veronica Lockertsen<sup>1,2\*</sup>, Liv Nilsen<sup>1</sup>, Lill Ann Wellhaven Holm<sup>3</sup>, Øyvind Rø<sup>2,4</sup>, Linn May Burger<sup>5</sup> and Jan Ivar Røssberg<sup>1,2</sup>

## Abstract

**Background:** The transition period between child and adolescent mental health services (CAMHS) and adult mental health services (AMHS) has been identified as an especially critical time for patients with anorexia nervosa. In the present study, to better facilitate patients' recovery process, we explored the experiences of professionals concerning the transition from CAMHS to AMHS.

**Method:** A qualitative explorative study was carried out based on recorded interviews from one multi-step focus group and two individual interviews with eight experienced health care professionals. Together they had experience with treating patients with AN and the transition from CAMHS to AMHS, both from specialized eating disorder units, specialized mental health care units, and from a school nurse context. Service users with parents' perspectives and patients' perspectives were involved in all steps of the research process.

**Results:** Barriers experienced during the transition process were classified into four categories: (1) different treatment cultures that describe differences in how patients are included in CAMHS and AMHS; (2) mistrust between CAMHS and AMHS that can create a lack of collaboration and predictability for the patients' transition; (3) Clinicians' factors such as lack of professional self-confidence can influence continuity of care for patients; and (4) lack of trust between services and not enough focus on building a new alliance in AMHS negatively influences the transition.

**Conclusions:** The present study revealed four important categories that professionals need to consider when participating in the transition for patients with AN from CAMHS to AMHS. Awareness of these challenges might improve the transition process for patients with AN.

**Keywords:** Anorexia nervosa, Mental health transition, Adolescent, Professionals' perspectives, Qualitative research

Age and experience	8 professionals 40-67 years of age - 40 years work experience with this group of patients
CAMHS or AMHS	Many had experience from both , and diverse experience with collaboration between services.
Education	School nurses, clinical Pedagogy, Pediatric Nursing, Psychiatric Nursing (Clinical Specialist), Group Therapist, Psychologists, General Medicine, Psychiatrists
Different Experience	Kommunehelse, r-bup, bup, utviklingsteam, helseetaten, SSBU-avdeling, DPS, akuttpsykiatri, ruspoliklinikk, poliklinikk, DPS-døgn, fastlege, spesialavdelinger for spiseforstyrrelser,
Engagements	Projects focusing on treatment and follow up people with severe eatingdisorders, collaboration between community health services and CAMHS.



Ulike  
behandlingskulturer,

Spesielt ulikt i hvordan  
foreldre blir inkludert

Og hvor mye ansvar  
pasienter får for egen  
behandling



# Pasientene har mer ansvar etter fylte 18

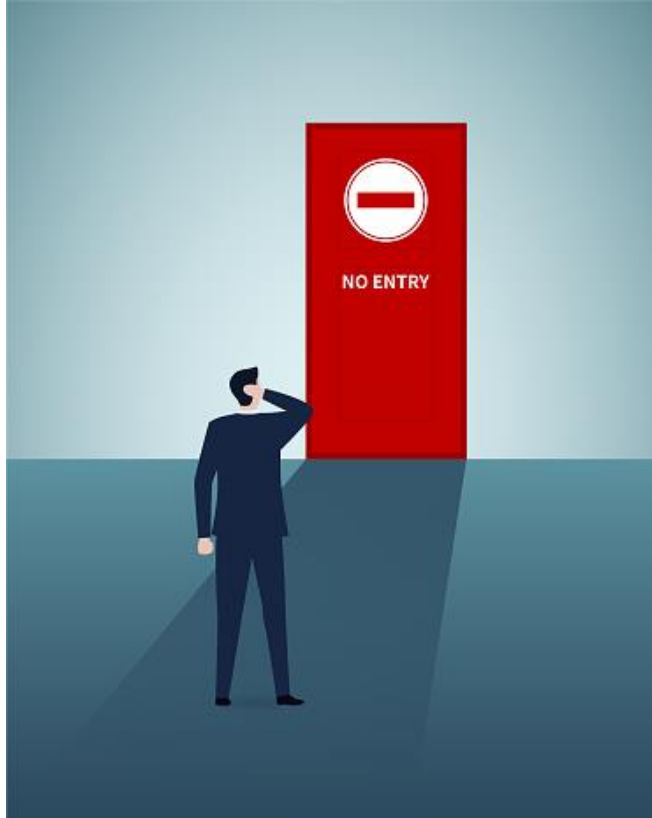
jeg har sett masse ganske brutale  
overganger, på 18 års dagen – ut fra UPA og  
inn på neste akuttavdeling

men det er klart at om du har vært  
avhengig av det frem til du er 18 år så  
forsvinner det ikke plutselig magisk når du er  
18, det er fortsatt et stort  
selvstendigjøringsprosjekt

”

”” *Utfordringen med overgangen til VOP er at det er en forventning om at man i større grad skal klare seg selv. Og det er veldig tydelig når vi har fulgt veldig tett, så ser vi det at i VOP så er det en helt annen forventning*





# Mistillit mellom BUP og VOP

men jeg merket i den aktuelle saken, så ringte de meg fra barneavdelingen, og tenkte «stakkars lille jenta som har gått over til ulvene i voksen psyk» nå skulle den stakkars lille fuglen skulle videre i systemet.

”

det ville gjort det lettere hvis det var mer - forberedelse til det som kommer senere. For alle - også behandlerne som sitter på barneavdelingen -man utstråler kanskje noe sånn- stakkars, hvordan skal dette gå?



# Kontinuitet i behandling

noen blir dårligere i den overgangsfasen, det er sårbart og at det er to så forskjellige tilnærminger – at det kan være at de får alvorlige tilbakefall

”

Jeg ser på en ungdom som jeg har ,er skrevet ut fra dps og går nå i et vakuum. Jeg har forsøkt å få henne inn til en privatpsykolog. Så man prøver å få de til noen man kjenner, for at du vet at da blir det god oppfølging over tid. Nå er det et gap

”

Jente sendt ut fra BUP, hun har aldri vært kritisk syk – hun har nå stått på venteliste hos ..... men ettårs ventetid – det er veldig smart!

”



Pasientene har så uttalte forventninger kombinert med utrygghet, at det skaper en veldig usikkerhet som behandler. Og man skal være så utrolig rigid og strukturert. Men - det er så store forventninger til opplegget som man ikke kan innfri og det er sikkert noe av det som smitter over av - og kombinert med utrygghet som gjør at jeg skjønner at det er lett å si at «dette kan jeg ikke»

” ”



## Experiences of patients with anorexia nervosa during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services



Veronica Lockertsen<sup>1,2\*</sup>, Liv Nilsen<sup>1</sup>, Lill Ann Wellhaven Holm<sup>3</sup>, Øyvind Rø<sup>4,2</sup>, Linn May Burger<sup>5</sup> and Jan Ivar Røssberg<sup>1,2</sup>

### Abstract

**Background:** The transition between the Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and the Adult Mental Health Services (AMHS) is identified as an especially critical time for the continuity of care for patients with anorexia nervosa (AN). However, research on this topic is scarce. In the present study, we explore the patients' experiences of the transition between CAMHS and AMHS.

**Methods:** A qualitative explorative study was carried out based on recorded interviews from one multi-step focus group and six individual interviews with patients who experienced the transition from CAMHS to AMHS in Norway. This study is service user-initiated, meaning service users were involved in all steps of the research process.

**Results:** The adolescents' experiences are characterized by four overall themes regarding the transition process between CAMHS and AMHS: (1) "Being unprepared and alone in the transition process" describes how a lack of preparation for the transition between CAMHS and AMHS makes them feel alone and increases stress. (2) "It takes time to create a trusting relationship" describes how time influences patients' trust in therapists and motivation for treatment. (3) "We are not all the same" describes how adolescents develop differently but are not treated differently despite their diverse ability to be self-sufficient. (4) "How they see me and treat me affects my hope for the future" describes the interaction between adolescents and therapists.

**Conclusions:** Acknowledging the patients' needs during the transition period and considering their readiness for the transition is important. Taking into account the four dimensions described in the present study might improve the transition process and enhance the patients' self-sufficiency and maturity.

**Keywords:** Anorexia nervosa, Mental health transition, Adolescent, Patients' perspective, Qualitative research

- Studien er basert på kvalitative individuelle intervjuer og en fokusgruppe, som møttes to ganger (10 DELTAGERE).
  - Syntetisk tekstanalyse – Malterud, og inspirert av Tjora – som jeg oppfatter holder materialet empirinært, lenger ut i prosessen
  - HENSYNET TIL BRUKERMEDVIRKNINGEN

# “Being unprepared and alone in the transition process”

”

Konsekvensen av overgangen er at jeg gikk alene veldig lenge og tenkte at jeg ikke kunne få mer behandling nå. Nå er jeg så frisk jeg kan få blitt, også var jeg egentlig mer syk enn det jeg var mens jeg gikk i behandling– også var jeg helt alene om det. Jeg hadde ingen å snakke med, og alt **var jo prøvd ut BUP.**

**Så da sitter du der da, og tror at det skal være sånn for resten av livet.**

Så jeg tror nok at det har vært med på å forlenge det – for jeg fikk jo aldri noe støtte. Og – tillegg har det gått veldig utover mamma og pappa – for da ble plutselig de behandlere. Og de mistet i alle fall håpet. «nei, ho er ferdig på BUP hun, så det var det».



”

Jeg klarte ikke å følge det behandlingsopplegget, for jeg var for dårlig.

Så jeg stakk av, ble oppringt av politiet, jeg ville ikke være der. Jeg klarte ikke følge måltidene, og fikk trusler om at da måtte de sende meg til akuttpsykiatrisk.

Og – så det endte med at jeg ble skrevet ut derifra.

# Det tar tid å danne en terapeutisk relasjon

## FØRSTE MØTENE ER VIKTIGE

jeg kom ingen vei selv om jeg gikk der – han fikk ikke til - fordi jeg klarte ikke være meg selv, jeg måtte spille et skuespill. Jeg følte for å være blid og underholde han på en måte. Si de riktige tingene og si det på riktig måte. Det jeg trodde at han ville høre.

Og jeg tror grunnen til at behandleren ikke cachet det, var at de så at jeg spiste, gikk opp i vekt og at når de sa at jeg var bedre, så sa jeg ja



# Redd for ikke å bli sett som seg selv

Jeg gidder liksom ikke å prøve når jeg blir bare møtt med den forventningen om hvordan du er da, fordi at du har en diagnose og da vet dem hvordan du er. Tror dem. De tolker veldig mye. De synser lett, og jeg var så redd for at de skulle misforstå meg. Jeg turte ikke si alle tingene jeg tenkte på, for hvis jeg sa det så den måten her så kommer de sikker til å vende på det og forstå det på deres egen måte

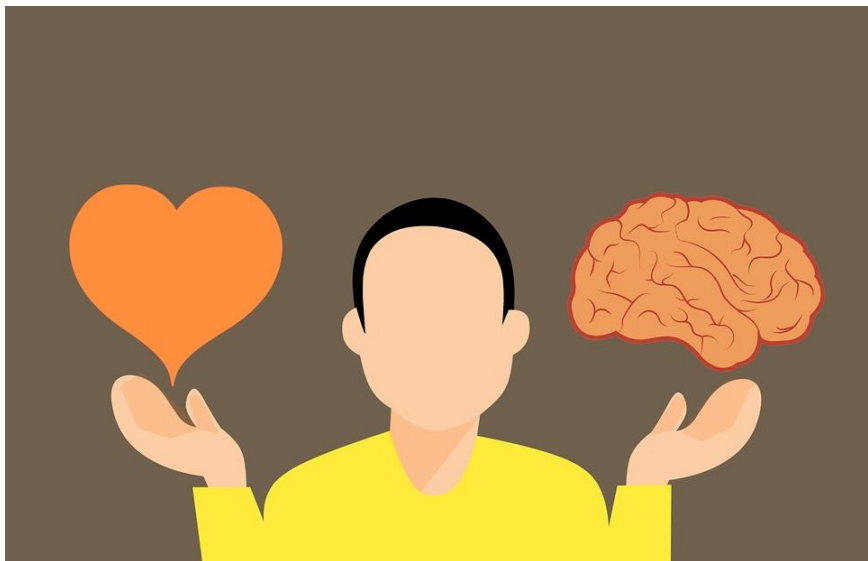
”

# Håp

”

Jeg savnet en opplevelse av at de hadde håp og at dem hadde troen på meg, at de forsøkte på å se meg. Og da kjente jeg jo på den at – her er det ikke trygt, og hvordan kan jeg da snakke med - Så vi kom aldri i noen god behandlingsposisjon, da.

Så var jeg var nok heller ikke den mest samarbeidsvillige pasienten da, så jeg tror de syntes det var vanskelig å få gjort noen endringer. Hun ble ikke satt i en situasjon der hun egentlig kunne behandle meg på en måte .



”

HUSKE PÅ HVOR MANGE RELASJONER  
DISSE menneskene HAR – OG HVOR  
KORT TID MANGE AV DE VARER.

Det tar mer tid enn den timen annenhver uke. Dette er første gang jeg har hatt en relasjon med en terapeut som har vart nesten et år. Det fungerer mellom oss nå, fordi vi har kommet forbi det punktet der vi møter hverandre med fordommer og forventninger, og jeg vet at han kjenner meg – som meg. Jeg kan være ærlig, og han ser mine små tegn for smerte.

# relasjonsbrudd kan man på en måte bli vant med



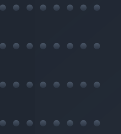
Teknisk sett tror jeg at jeg fikk behandling, men det var veldig mange forskjellige personer jeg snakket med for de hadde veldig dårlig kapasitet på BUP og folk skiftet hele tide jobb og sånn eller så ble de gravide. Jeg hadde 13 ulike behandlere i systemet, jeg telte det opp for en stund siden.

Så allerede før jeg kom inn i VOP, hadde jeg hatt mange terapeuter. Også utpå høsten så hadde jeg en time hos dps med han som det var planlagt skulle følge meg opp, men da viste det seg at han psykologen bare hadde et vikariat, så han skulle ikke være der. Da ble jeg kjempesint for at de ikke tenkte lenger enn nesa rakk. Det er faktisk folk dere driver med og nå står jeg alene her i verden.

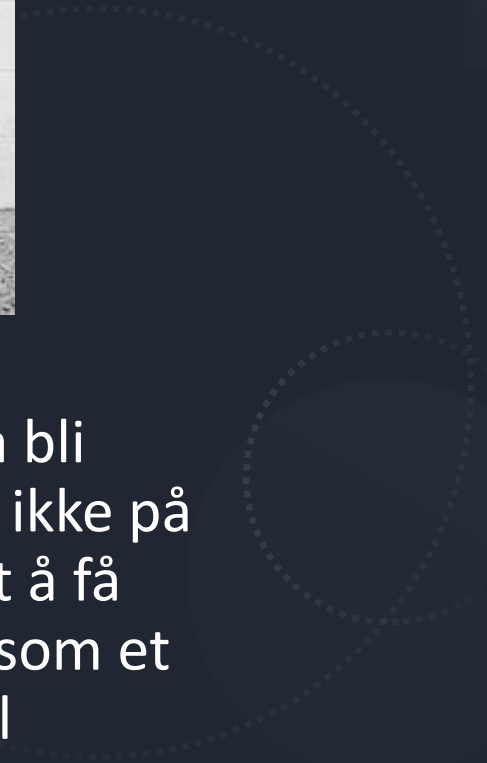
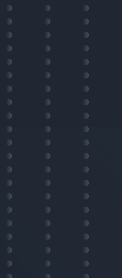
### (3) “We are not all the same”

Jeg var ikke voksen ennå. Jeg var ikke moden. Og det ble skrevet om meg at: «hun er 18, men hun er som en 14 åring i hodet». Og det følte jeg jo at stemte. Jeg var jo ikke voksen, kunne ikke bli hevet ut i voksenlivet.

Dette her er en problemstilling som dukker opp i veldig mange situasjoner – der – hvor voksen er du når du er 18? Man går jo inn i sin egen boble, og får ikke med seg det som skjer rundt. Du misser det rundt og får ikke med deg ungdomstiden. Jeg følte at jeg hadde havnet så langt bak.



Det som hadde gjort overgangen lettere var å bli behandlet som den faktiske alderen i hodet, men ikke på papiret ikke sant. På mange måter er det vondt å få slengt i fjeset at du er voksen, også føler du deg som et lite barn fordi du har mistet så mange år til spiseforstyrrelsen.





”

(4) “How they see me and treat me affects my hope for the future”

Det var blitt så håpløst og mørkt. Jeg tror at det siste som var igjen av noen form for livsgnist eller ønske eller håp om at ting kunne bli bra, det ble borte. De sendte meg bort, selv om det var en stund til at jeg var 18.

Det gjorde at jeg følte at dem bare hadde gitt meg opp. Også ble man jo sittende der helt alene. så jeg gikk bare å ventet: blir det bedre blir det bedre.. det blir jo aldri bedre. Det var noe med at jeg jeg var veldig redd og hadde ikke lyst, jeg tror at jeg ga litt opp. Og når helsevesenet signaliserte at det ikke er noe håp, så mistet jeg jo troen på det selv også. I den overgangen opplevde jeg jo det. At det som var motivasjon ble borte. Også opplevde jeg jo ikke akkurat at det var noen som var interessert i å fange det opp, eller hjelpe meg til å se litt utover det da.

# Symbolisk betydning "hva tenker du om min fremtid?"

I BUP vil de hjelpe deg med å få de verktøyene sånn at du kan gå på skolen, eller få deg jobb. Men i vop så var det mer sånn.. – ja, nå kan du søke uføretrygd. Mye av mitt håp var knyttet til andres forventninger til meg. skolegang - tanker om passende behandlingsinstitusjoner –

A large, bold, black graphic of a double quotation mark (””) is centered within a white rectangular box. The box is positioned on the right side of the slide, partially overlapping a grey background element that resembles a torn paper edge.

# 12 pårørendes erfaringer med overgangen

Lockertsen et al. *Journal of Eating Disorders* (2021) 9:45  
<https://doi.org/10.1186/s40337-021-00404-w>


Journal of Eating Disorders

RESEARCH ARTICLE

Open Access



The transition process between child and adolescent mental services and adult mental health services for patients with anorexia nervosa: a qualitative study of the parents' experiences

Veronica Lockertsen<sup>1,2\*</sup> , Lill Ann Wellhaven Holm<sup>3</sup>, Liv Nilsen<sup>1</sup>, Øyvind Rø<sup>2,4</sup>, Linn May Burger<sup>5</sup> and Jan Ivar Røssberg<sup>1,2</sup>

## Abstract

**Background:** Patients with Anorexia Nervosa (AN) often experience the transition between Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) and Adult Mental Health Services (AMHS) as challenging. This period tends to have a negative influence on the continuity of care for the adolescents and represents a demanding and difficult period for the parents. To our knowledge, no previous study has explored the parents' experience with the transition from CAMHS to AMHS. Therefore, this qualitative study examines how parents experience the transition process from CAMHS to AMHS.

**Methods:** In collaboration with a service user with carer experience, qualitative interviews were conducted with 10 parents who had experienced the transition from CAMHS to AMHS, some from outpatient care and others from both in- and outpatient mental care units in Norway. All had some experience with specialized eating disorder units. The interviews were analyzed with a Systematic Text Condensation (STC) approach. Service users' perspectives were involved in all steps of the research process.

**Results:** Six categories represent the parents' experiences of the transition: (1) the discharge when the child turns 18 years old is sudden; (2) the lack of continuity is often followed by deterioration and relapses in the patient; (3) the lack of involvement and information causes distress; (4) knowledge – an important factor for developing a trusting relationship between parents' and clinicians'; (5) parents have overwhelming multifaceted responsibilities; and (6) parents need professional support.

(Continued on next page)

- PLUTSELIG UTSKREVET NÅR FYLTE 18
- Foreldrene opplever seg hjelpeløse, mange uten et åpenbart sted å søke hjelp utenom hos fastlegen.
- Opplever at de ikke har noe å si lenger, og at de blir utestengt fra VOP.
- “The worst thing about the transition process is how she was discharged from outpatient care at her 18- birthday without any form of follow-up. She was all alone, and we as parents were not included or notified”.

# Manglende kontinuitet følges av økt symptombelastning og tilbakefall

Foreldrene opplever overgangen ofte som en loop mellom fastlege, dps og innleggelse. For dem er overgangen definert av ventetid på tilgang til adekvat behandling, omfattende søknadsprosesser og ustabile unger som de har ansvaret for. De føler seg alene og redde.

“It is such a negative circle. Our GP referred us to AMHS. It takes about six weeks to get an appointment at the outpatient clinic. Soon after the first meeting with our daughter, the therapist was going on vacation and she was left without a therapist. Soon after the vacation the therapist went on paternity leave and our daughter was discharged without further considerations. Suddenly, once again, her GP was her only therapist. This circle is not unique.”



Jeg følte, siden det kom så plutselig etter overgangen, nesten fra den ene dagen til den andre – det må ha vært innflytelsen VOP hadde. Ideen om når du er 18, er du mer ansvarlig for ditt eget liv

---

«Å utvikle tillit var vanskelig, siden N er veldig smart og har mye kunnskap om sin egen sykdom. Hun trakk ham opp på feilinformasjon og mente da at han ikke hadde den nødvendige kompetansen».



# Kunnskap – den avgjørende faktoren i overgangen

---



Kunnskap om spiseforstyrrelser – den unge vet ofte mer om spiseforstyrrelser enn klinikerne de møter. Det gjør det vanskelig å utvikle tillitt.



Klinikernes kunnskap om hva pårørende faktisk står i, og hvor stressende dette livet er



Klinikernes kunnskap om hvordan de skal bruke den kunnskapen og erfaringen pårørende har.



At pårørende får nok kunnskap til å mestre den usikre situasjonen de lever i hjemme.

# Foreldre har og tar mye ansvar i denne perioden

En mors hjerte blør når jeg  
ser hvordan hun behandler  
søsteren sin, men hva kan  
jeg gjøre?







Foreldrene går på eggeskall, er stort sett stresset og trenger støtte

Hvis jeg tar hensyn til meg selv, hva kan konsekvensen være for henne? Så konsekvensen hennes er alltid viktigere. Det er mye større risiko for henne



Jeg fant ofte broren hennes  
utenfor døren om natten fordi  
hun ofte stakk av og gikk ned til  
jernbanen

Faktisk har jeg i to år slitt litt med utmattelse. Jeg tenkte på en måte at det kunne ha noe å gjøre med at jeg nå kan slappe av. Du har gått på tærne i årevis, og plutselig er det ingen fare lenger. Du føler deg så tung på en måte

# ULIKE BEHANDLINGSKULTURER OG HOLDNINGER TIL PASIENTENS AUTONOMI OG FORELDRES ROLLE I BEHANDLING, HAR NEGATIVE KONSEKVENSER FOR BEHANDLING OG BEDRING

**Behandlerne** forteller om ulike behandlingskulturer mellom BUP/VOP. Disse vanskeliggjør en overgang som skal ta individuelle hensyn til pasient og familie.

Ansvar og autonomi er vanskelige temaer i overgangen, der **pasientene** ikke føler det er rom for å være annerledes og ikke klare det ansvaret AMHS forventer av dem.

Dermed sitter **foreldrene** igjen med ansvar, uten å bli informert eller involvert.

Overgangen blir derfor svært usikker, med potensielle konsekvenser for pasientens helse og foreldrenes velvære.

# UFORBREDTE OVERGANGER HAR SYSTEMISKE FORKLARINGER, MEN MEDFØRER STORE PERSONLIGE OG HELSEMESSIGE KONSEKVENSER

**Behandlerne** forteller om en manglete overgang mellom tjenestene som kan skyldes holdninger mellom BUP/VOP og manglende tillitt. Systemet er ikke bygget for samarbeid, og det blir i liten grad tilrettelagt for samarbeid i en overgangsperiode. Fra **foreldrenes** perspektiv oppleves dette som manglete kontinuitet i tjenestene, og nedsatt helse for deres ungdommer. For **pasientene** blir overgangen dermed ikke planlagt, og det medfører mer stress og en følelse av å sitte alene igjen uten noen til å støtte dem i den nye relasjonen.

# KUNNSKAP ER EN AV DE VIKTIGSTE ENKELTFAKTORENE I OVERGANGEN, MEN OGSÅ DEN MEST mangefasetterte .

Fra *behandlernes* perspektiv føler de overveldende forventning til hva de skal kunne og at pasientene setter høye krav, og de har vanskelig med å stole på egen kunnskap. Fra *pasient* perspektivet kreves det tid for å utvikle tillitt og trygghet til behandleren, og å vite at man kan stole på kompetansen den innehar. *Pasientene* vil vite at behandlerne skal vite at de trenger mer forutsigbarhet enn mange andre, og ha selvtillit og en profesjonell kompetanse til å stå i all testingen fra pasienten og «tåler» trykket. Det omdreier en relasjonell kunnskap og kompetanse, som å ta seg tid til å skape en trygg relasjon med pasientene. Fra *foreldrenes perspektiv* handler det om å ha kompetanse på å arbeide sammen med foreldrene, og vite hva de kan bidra med – og hva de står i. De må og få en tillit til behandleren, for å slippe ansvaret for ungen sin. Da blir det viktigere med informasjon, og ikke så mye involvering for foreldrene