

Internrevisjonen

UØNSKT VARIASJON I PASIENTFORLØP I BUP - BARN OG UNGE MED ETEFORSTYRRINGAR



INNHALD

1	Samandrag	4
2	Innleiing	7
2.1	Bakgrunn	7
2.2	Føremål og problemstillingar	8
2.3	Revisjonskriterium og metode	9
2.4	Avgrensingar	10
3	Organisering	11
3.1	Organisering	11
3.2	Oversikt pasientpopulasjon/innbyggjartal	11
4	Prioritering og vurdering av tilvisingar	13
4.1	Innleiing	13
4.2	Revisjonskriterium	13
4.3	Mottak og vurdering av tilvisingar	14
4.3.1	<i>Omfang av tilvisingar til poliklinikkane</i>	14
4.3.2	<i>Vurdering av tilvising av spesialist</i>	16
4.3.3	<i>Informasjon i tilvising</i>	17
4.3.4	<i>Vurderingstid</i>	17
4.4	Ventetid og fristbrot	18
4.5	Avslag	21
4.6	Vurdering	22
5	Likeverdige utgreiings- og behandlingsforløp	24
5.1	Innleiing	24
5.2	Revisjonskriterium	25
5.3	Utgreiing	25
5.4	Konsultasjonar	26
5.5	Behandling	29
5.5.1	<i>Behandlingsform</i>	29
5.5.2	<i>Kompetanse involvert i behandling</i>	30
5.5.3	<i>Kunnskap om effekt av behandling</i>	31
5.6	Behandlingsplan og evaluering av behandlingsplan	32
5.7	Avslutting av behandling	33
5.8	Tiltak for å samstemme praksis på tvers av poliklinikkar og føretak	34
5.9	Samhandling med kommunane	35
5.10	Kapasitet i døgntilbod	36
5.11	Vurdering	37
6	Tiltak for å sikre tilstrekkeleg kompetanse	39
6.1	Innleiing	39
6.2	Revisjonskriterium	39
6.3	Framskriving av behov	40
6.4	Spesialistdekning i dei ulike føretaka	40

6.5	Kompetansehevingstilbud på eteforstyrningar	42
6.6	Vurdering	44
7	Barn og unge sin rett til medverknad	45
7.1	Innleiing	45
7.2	Revisjonskriterium	45
7.3	Medverknad på individnivå/pasientnivå	46
7.4	Medverknad på systemnivå	46
7.4.1	<i>Ungdomsråd og andre utval</i>	46
7.4.2	<i>Innhenting av tilbakemeldingar frå pasient og pårørande</i>	47
7.5	Lærings- og mestringstilbud til pasient og pårørande	48
7.6	Vurdering	48
8	Informasjon om pasientrettar	50
8.1	Innleiing	50
8.2	Revisjonskriterium	50
8.3	Informasjon om pasientrettar	51
8.3.1	<i>Svarbrev ved vurdering av rett til helsehjelp</i>	51
8.3.2	<i>Informasjon gitt ved behandlingsstaden ved oppmøte</i>	51
8.4	Vurdering	52
9	Konklusjon og tilrådingar	53
10	Vedlegg	55

1 SAMANDRAG

Internrevisjonen har gjennomført ein revisjon av om det er **uønskt variasjon** i pasientforløp for barn og unge med eteforstyrningar i Helse Vest.

Undersøkinga viser at det er variasjonar i helsehjelpa til denne pasientgruppa. Sjølv om pasientar har ulikt behov for helsehjelp, meiner internrevisjonen det er indikasjonar på at noko av variasjonen er uønskt og at aktiviteten og tenestetilbodet i BUP er påverka av både interne og eksterne faktorar. Samtidig er det tydeleg at barn og unge med eteforstyrningar har høg prioritet i helseføretaka, og internrevisjonen meiner føretaka på mange område har ei god oppfølging av denne pasientgruppa.

Undersøkinga viser at føretaka i hovudsak sikrar at barn og unge med eteforstyrningar blir **prioritert** i tråd med prioriteringsforskrift og tilhøyrande rettleiarar. Det er få pasientar med eteforstyrningar som får avslag på helsehjelp, det er forholdsvis låg ventetid for denne pasientgruppa samanlikna med andre pasientgrupper i BUP, og det er opplyst få fristbrot for desse pasientane. Likevel er det variasjon i kor raskt pasientar med eteforstyrningar blir tatt inn til første time.

Det har kome fram at enkelte poliklinikkar har hatt skjulte fristbrot, også omtalt som skjult venteliste, der pasientar blir tatt inn til første samtale innan frist, men deretter må vente lenge på vidare behandling. Dette gjeld ikkje pasientar med eteforstyrningar, og det er berre opplyst om enkeltstående tilfelle. Internrevisjonen finn likevel grunn til å påpeike risikoen for dette, og meiner RHF-et og føretaka bør gjere ei vurdering av om dei har gode nok system for å avdekke skjulte fristbrot uavhengig av diagnosegruppe.

Internrevisjonen meiner vidare at Helse Vest RHF og føretaka på fleire område sikrar at barn og unge med eteforstyrningar får eit mest mogleg likeverdig **utgreiings- og behandlingsforløp**. Det er likevel variasjon mellom føretaka og poliklinikkane når det gjeld helsehjelpa som blir gitt til denne pasientgruppa. Dette gjeld både tal på konsultasjonar, innhald og varigheit i behandling, og kompetanse brukt i behandling. Det er vidare manglar i behandlingsplanar for pasientar, og dette blir i varierende og til dels i liten grad følgt opp av leiinga.

Sjølv om pasientar i BUP har ulikt behov for helsehjelp, er det etter internrevisjonen si vurdering indikasjonar på at variasjon i helsehjelpa også kan bli påverka av interne faktorar i føretaka. Dette handlar om ulik organisering, kapasitet/kompetanse og/eller vektlegging av ulike forhold ved dei ulike poliklinikkane.

Helse Vest RHF og føretaka har over tid arbeidd systematisk med å sikre spesialisert kompetanse på eteforstyrningar i regionen. Dette er etter internrevisjonen si vurdering eit godt og viktig tiltak. Samtidig finn vi grunn til å påpeike at det likevel er poliklinikkar som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar, som er svært sårbare når det gjeld kompetanse. Vi merkar oss at føretaka har valt ulike måtar å organisere tenestetilbodet på, der føretaka som har tyngdepunktsorganisering mellom anna peikar på at dette bidreg til mengdetrening og styrka kompetanse. Eventuell styrking av kompetanse i det enkelte føretak, bør derfor sjåast i samanheng med korleis tenestetilbodet er organisert, og kva behov det er for kompetanseheving.

Det er også indikasjonar på at eksterne faktorar, som pasientpopulasjon, tilvisingar og variasjonar i tenestetilbodet i kommunane, påverkar både inntak og omfang av pasientar som får behandling i BUP. Vi opplever samtidig at føretaka har merksemd på å samhandle godt med kommunane, til det beste for pasienten.

Når det gjeld barn og unge sin **rett til medverknad**, er det internrevisjonen si vurdering at Helse Vest RHF og føretaka ikkje fullt ut har etablert eit system som skal sikre dette, sjølv om det blir jobba godt med å leggje til rette for brukarmedverknad på systemnivå. På individnivå er det etter internrevisjonen si vurdering behov for å arbeide meir systematisk med å innhente og bruke informasjon om korleis pasientane og pårørande opplever tenestetilbodet.

Internrevisjonen meiner vidare at Helse Vest RHF og føretaka i hovudsak sikrar at pasientar får informasjon om sine **pasientrettar**, gjennom standardiserte svarbrev. Internrevisjonen har likevel merka seg at svarbrev står på norsk, og stiller spørsmål ved om dette sikrar at pasientar og pårørande utan norskkunnskapar får god nok informasjon om sine pasientrettar.

Til slutt vil internrevisjonen kommentere at det er funn i undersøkinga som indikerer at det er større uønskt variasjon for andre diagnosegrupper som blir behandla i BUP. Gjennomgåande blir det vist til at barn og unge med eteforstyrningar er ei prioritert gruppe og at vurdering og behandling difor blir iverksett raskt. Auken i barn og unge med eteforstyrningar, samt meir komplekse og alvorlege tilfelle, har ifølgje dei intervjuar i liten grad medført lenger ventetid for denne pasientgruppa, men fører derimot til at andre diagnosegrupper har fått lengre ventetid. Det blir også peikt på at behandling av eteforstyrningar følgjer eit relativt standardisert behandlingsopplegg samanlikna med ein del andre diagnosar som blir behandla i BUP.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre felles tilrådingar til RHF-et og føretaksgruppa. Vi gjer merksam på at tilrådingane vil gjelde i varierende grad for føretaka, og at føretaka sjølv må vurdere prioriteringa av ulike tiltak.

Helse Vest RHF og føretaka bør:

1. Vurdere om det er gode nok system for å sikre at skjulte fristbrot blir avdekka og forhindra
2. Sikre at poliklinikkar som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar har tilstrekkeleg spesialisert kompetanse (dette må sjåast i samheng med føretaket si organisering og kva poliklinikkar som har behov for kompetanseheving)
3. Informere i svarbrev til pasientar om kor ein kan finne informasjon om pasientrettar på andre språk enn norsk
4. Følgje opp i kva grad poliklinikkane klarer å etterleve pasientforløp for barn og unge med eteforstyrningar, og setje i verk tiltak ved uønskt variasjon knytt til vurdering/inntak, utgreiing og behandling
5. Sikre at alle pasientar får ein behandlingsplan og at behandlingsplanane blir evaluert
6. Bruke sine eksisterande nettverk og samarbeidsfora til å diskutere i kva grad det er uønskt variasjon og samstemme praksis og rutinar der det er føremålstenleg for å sikre likeverdige tenester
7. Systematisk innhente og bruke informasjon om korleis pasientar og pårørande opplever tenestetilbodet



2 INNLEIING

2.1 Bakgrunn

Internrevisjonen har undersøkt om det er uønskt variasjon i Helse Vest når det gjeld mottak av tilvising, vurdering av tilvising og behandling av barn og unge med eteforstyrningar i poliklinisk behandling.

Revisjonen har omfatta Helse Vest RHF og dei fire føretaka Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

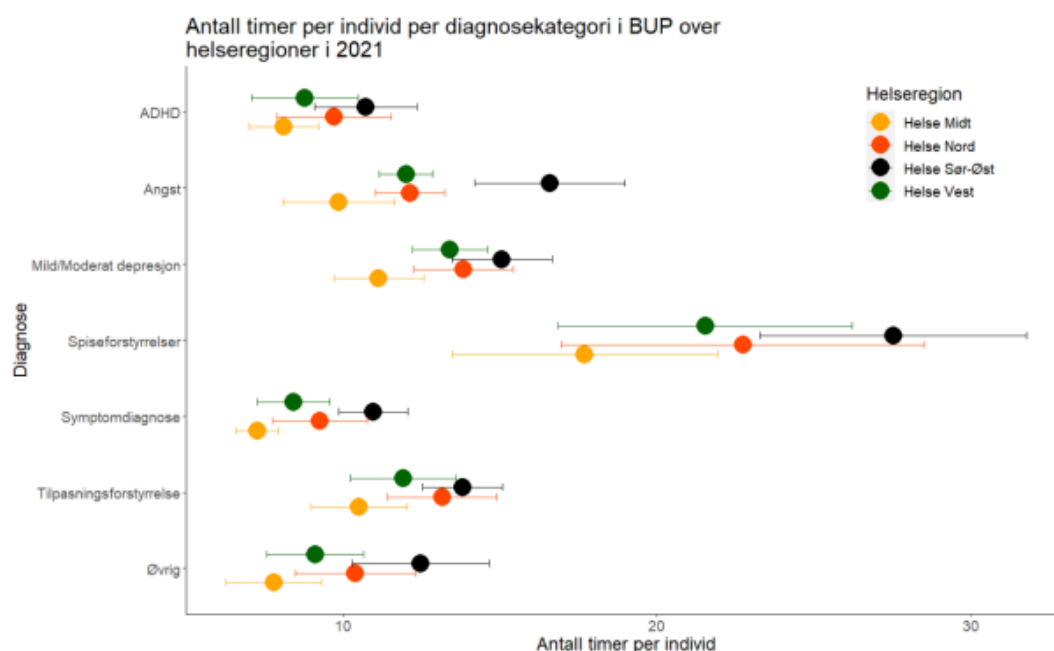
Uønskt variasjon kom inn i revisjonsplanen i 2018. Som bakgrunn for forslaget står det følgjande i revisjonsplanen: *«Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har det siste året presentert ein serie rapportar som tar for seg korleis helseføretaka arbeider for å sikre likeverdige og føreseielege helsetenester. Dei fann blant anna at det var ein gjennomgåande risiko for at like pasientar får ulike rettar og forløp, både i og mellom helseføretak. I Helse Vest får vi opplyst at det er sannsynleg at situasjonen er den same. Eit prosjekt i vår region vil kunne søke etter årsaker og konsekvensar, ut frå føresetnadene i Helse Vest – kanskje særleg med omsyn til barn og unge.»*

Nasjonalt er det påpeikt variasjon i behandling av barn og unge med eteforstyrningar. I rapport om fornya framskriving av behov innan psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (heretter omtalt som framskrivingsrapport for psykisk helsevern)¹, er det vist til at det er variasjonar mellom helseregionane når det gjeld volum av behandling målt i timar, og at det både nasjonalt og i helseregionane er størst variasjon når det gjeld eteforstyrningar. Samtidig peikar rapporten på at utvikling i tal på individ med eteforstyrningar over helseregionane i Norge er relativt lik, og at det dermed ikkje er urimeleg å leggje til rette for ein uddifferensiert kapasitetsvekst nasjonalt.

Ifølgje framskrivingsrapporten blir det i Helse Sør-Øst og Helse Nord gitt eit høgare timetal per pasient med eteforstyrning i psykisk helsevern barn og unge, samanlikna med Helse Vest. Helse Midt-Norge har det lågaste timetalet. Sjå figuren under, henta frå rapporten.

¹ Helse Vest RHF. *Fornyet framskriving av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Styresak 127/22. Behandla i styremøte 07.12.2022.

Figur 1: Tal timar per individ per diagnosekategori i BUP over helseregionar i 2021.



Kjelde: Forslag til revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.

Også i Helseatlas for psykisk helse og rusbehandling², er det peika på at poliklinisk behandling for barn og unge er gitt ulikt. Ifølgje rapporten var det store skilnader i kor mange polikliniske kontaktar barn og unge som pasientar fekk per år; omtrent det doble i område med flest kontaktar som i område med færrest kontaktar per pasient.

2.2 Føremål og problemstillingar

Føremålet med revisjonen har vore å undersøkje om det er uønskt variasjon i dei barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkane i Helse Vest når det gjeld mottak av tilvising, vurdering av tilvising, og behandling av barn og unge med eteforstyrningar.

Ut ifrå bakgrunn og føremålet til prosjektet har vi undersøkt følgjande hovudproblemstillingar:

- *Sikrar føretaka at barn og unge i psykisk helsevern blir prioritert i tråd med nasjonale prioriteringsrettleiarar?*
- *Sikrar føretaka at barn og unge innan same diagnosegruppe får mest mogleg likeverdige utgreiings- og behandlingsforløp?*
- *Sikrar føretaka spesialisert kompetanse for behandling av eteforstyrningar?*³
- *Sikrar føretaka barn og unge sin rett til medverknad?*

² Helse Førde HF: [Helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling. Rapport nr. 1 2020.](#)

³ Problemstillinga er endra som følgje av avgrensing i prosjektet til å sjå på pasientforløp innan eteforstyrningar i poliklinisk verksemd. Avgrensinga er gjort av internrevisjonen i Helse Vest RHF. Opphøveleg problemstilling var knytt til om føretaka sikrar spesialisert kompetanse for dei mest komplekse psykiske lidningane. Denne problemstillinga blei formulert før prosjektet blei avgrensa til å omhandle eteforstyrningar.

- *Sikrar føretaka at pasientane får korrekt informasjon, under dette informasjon om pasientrettar?*

2.3 Revisjonskriterium og metode

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som blir brukt for vurdere funna i undersøkingane. Revisjonskriterium skal vere grunna i, eller utleia av, autoritative kjelder innanfor det reviderte området, f.eks. lovverk og politiske vedtak.

I dette prosjektet er i hovudsak følgjande kriteriegrunnlag anvendt:

- Spesialisthelsetenestelova
- Pasient- og brukarrettslova
- Helsepersonellova
- Folketrygdlova
- Prioriteringsforskrifta
- Forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta
- Prioriteringsrettleiar⁴
- Prioriteringsrettleiar for psykisk helsevern for barn og unge⁵
- Nasjonalt pasientforløp for pasientar med eteforstyrningar under 23 år

Revisjonskriteria er ytterlegare omtala under kvart kapittel.

Metodane som er nytta er dokumentanalyse av relevant dokumentasjon frå føretaka, intervju med leiarar og tilsette, analyse av statistikk og stikkprøvegjennomgang av pasientjournalar.

I **dokumentanalysen** har vi mellom anna gått gjennom styrande dokument og planar, rutinar, malar og prosedyrar, m.m. Vi har også analysert aktivitetsdata som er tilsendt frå føretaka og frå Helse Vest RHF.

Internrevisjonen har **intervjua** sentrale personar i Helse Vest RHF (assisterande fagdirektør og seniorrådgjevar innan psykisk helsevern), leiinga for psykisk helsevern barn og unge i føretaka og avdelingsleiarar ved utvalde barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar. Ved dei same barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkane er det også gjennomført intervju med behandlarar.

I Helse Bergen og Helse Stavanger er det gjennomført intervju med leiinga og utvalde behandlarar ved to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar i kvart føretak, medan det i Helse Førde og Helse Fonna er gjennomført intervju ved ein utvald barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i kvart føretak.

Det er også gjennomført intervju med ungdomsråda i to av føretaka. Alle ungdomsråda blei inviterte til å delta i intervju, og to takka ja. Vidare er det gjennomført intervju med ein sentral medarbeidar som har oppgåver knytt til regionalt kompetansehevingstilbod for eteforstyrningar. Totalt er det gjennomført 21 intervju med i alt 34 personar.

Internrevisjonen har gjennom ein **journalgjennomgang** undersøkt korleis tilfeldig utvalde pasientar med eteforstyrningar er følgt opp i føretaka, for å kartlegge pasientforløpa meir i detalj. Vi har mellom anna undersøkt forhold som prioritering, kartlegging/vurdering og innhald i

⁴ Helsedirektoratet: [Prioriteringer i den norske helsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

⁵ Helsedirektoratet: [Psykisk helsevern for barn og unge - Helsedirektoratet](#)

behandling (behandlingsform, kompetanse, bruk av behandlingsplanar), dokumentasjon på samarbeid med andre instansar og innhald i epikrise, og kva for informasjon og moglegheit for medverknad som er gitt til pasient og pårørnde. Pasientjournalane er tilfeldig utvalde og er frå åra 2020, 2021 og 2022.

Det er totalt undersøkt 46 pasientjournalar. Fordelinga mellom føretaka er vist i tabell 1. Grunna praktiske og tidsmessige omsyn har det ikkje vore mogleg å undersøkje eit likt tal journalar i kvart føretak. I nokre journalar har det heller ikkje vore mogleg å ettergå alle sjekkpunkt som følgje av tidsbruk. I dei fleste av journalane konkluderer rettighetsvurderinga med at pasienten har rett på helsehjelp. Ettersom det er svært få pasientar med mistanke om eteforstyrningar som får avslag på helsehjelp, har det vore eit avgrensa utval avslåtte saker å gjennomgå.

Tabell 1: Tal undersøkte journalar i føretaka

Føretak	Tal journalar undersøkt	Tal journalar med rett til helsehjelp	Tal journalar med avslag på helsehjelp
Helse Bergen	13	13	0
Helse Fonna	15	14	1
Helse Stavanger	10	8	2
Helse Førde	8	8	0
Totalt	46	43	3

Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på prosjektet sitt føremål og problemstillingar.

2.4 Avgrensingar

Prosjektet har vore avgrensa til å undersøkje om det er uønskte variasjonar i pasientforløp for barn med eteforstyrningar i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar (heretter omtalt anten som BUP eller poliklinikkar). Vi har henta ut tal og aktivitetsdata knytt til diagnosen F50.0, som er diagnosekode for anoreksi. I dei fleste journalar vi har undersøkt er diagnosekoden F50.0, men i nokre saker har pasienten ei anna eteforstyrning enn anoreksi (t.d. bulimi eller andre atypiske eteforstyrningar). I denne rapporten nyttar vi omgrepet eteforstyrning for anoreksi, bulimi og andre eteforstyrningar.

Døgnbehandling har ikkje vore del av internrevisjonen, men vi har valt å kort omtale korleis kapasitet i døgnbehandling blir opplevd å påverke kapasitet og aktivitet i BUP.

I denne internrevisjonen har vi primært sett på behandlingstilbodet for pasientar i aldersgruppa 12-17 år. Det er relativt låge tal på pasientar under 12 år som blir behandla i føretaka for eteforstyrningar. Det er også eit mindre omfang av pasientar over 18 år. Vaksne pasientar med eteforstyrningar blir som hovudregel behandla ved eit DPS, med mindre dei allereie var kome i gong med eit forløp ved BUP før dei blei myndige.

3 ORGANISERING

3.1 Organisering

Organisering av tenestetilboda til barn og unge med eteforstyrningar er noko ulik mellom dei fire føretaka i Helse Vest. To av føretaka har tyngdepunksorganisering, medan det ved dei to andre blir tilbode behandling for eteforstyrningar ved nær alle poliklinikkar.

I **Helse Bergen** blir barn og unge med psykiske plager og lidningar ivaretatt av klinikk psykisk helsevern for barn og unge (PBU). Klinikken består av sju poliklinikkar, samt tre sengepostar (barnepost, ungdomspost og akuttpost barn og unge). Det er også tilknytt ei ambulant teneste og ein spesialpoliklinikk til klinikk psykisk helsevern for barn og unge.

I Bergen er tre av dei sju poliklinikkane (BUP Fana, BUP Sentrum og BUP Åsane) såkalla «**tyngdepunktsfunksjonar**» med eigne spesialteam med kompetanse på eteforstyrningar. Pasientar med eteforstyrningar blir tilvist poliklinikk som har ansvar for aktuelt geografisk område. Dersom denne poliklinikken ikkje har tyngdepunktsfunksjon, blir pasienten tilvist vidare til poliklinikk med tyngdepunktsfunksjon. Kvar tyngdepunktsfunksjon tar imot pasientar frå eige geografiske opptaksområde, samt opptaksområdet til ein annan poliklinikk.

I **Helse Fonna** ligg ansvar for barn og unge med psykiske plager og lidningar til klinikk for psykisk helsevern og rus. Klinikken har tre poliklinikkar for barn og unge (BUP pol. 1 Haugesund, BUP pol. 2 Haugesund og BUP Stord), samt ein døgnpost. Føretaket opplyser om Haugesund at pasientar med eteforstyrningar blir behandla i «**tyngdepunkt**» som organisatorisk er lagt under pol. 2, og at det difor er naturleg at flest pasientar blir registrert der. Tyngdepunktet består likevel av behandlarar frå både pol. 1 og pol 2.

Både Helse Bergen og Helse Fonna viser til at organiseringa i tyngdepunkt mellom anna bidreg til å sikre kompetanse og at pasientar får tilgang til kunnskapsbaserte metodar.

I **Helse Førde** består klinikk for psykisk helsevern barn og unge av tre poliklinikkar (Nordfjordeid, Sogndal og Førde), samt ei døgnavdeling (ungdomspost psykisk helsevern). Alle tre poliklinikkar behandlar barn og unge med eteforstyrningar.

I **Helse Stavanger** har klinikk for psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige ansvar for barn og unge med psykiske plager og lidningar. Til klinikken ligg avdeling psykisk helsevern barn og unge, som består av sju poliklinikkar. Alle dei sju poliklinikkane i Helse Stavanger behandlar barn og unge med eteforstyrningar. Det er også etablert ei døgnavdeling for psykisk helsevern barn og unge. Klinikk for psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige har i tillegg ei avdeling for rus og avhengigheitsbehandling og ei avdeling for unge vaksne og flyktningar.

3.2 Oversikt pasientpopulasjon/innbyggjartal

Tabellen under gir ei oversikt over talet på innbyggjarar i alderen 0-17 år i dei ulike føretaka sine opptaksområde, samt kor stor del barnpopulasjonen utgjer av befolkninga.

Kommunane i Helse Stavanger sitt opptaksområde har ein større del innbyggjarar i alderen 0-17 år samanlikna med kommunane i dei andre opptaksområda. Tabellen viser også tal pasientar i denne aldersgruppa i psykisk helsevern for barn og unge. Helse Førde skil seg ut frå dei andre føretaka med langt fleire pasientar i psykisk helsevern for barn og unge per 1000 innbyggjar

samanlikna med dei andre føretaka. Dei tre andre føretaka har rundt 49 pasientar per 1000 innbyggjar, medan Førde har omlag 70 pasientar per 1000 innbyggjar. Dekningsgraden er også høgare i Førde, på 7%. Dei andre føretaka har ein dekningsgrad på 5%, som er uttalt å vere ei nasjonal målsetjing.

Tabell 2. Oversikt over innbyggjartal 0-17 år, og pasientpopulasjonen i føretaka sine opptaksområde 2021

	Innbyggjarar 0-17 år i opptaksområde	Del innbyggjarar 0-17 år av befolkning totalt	Tal pasientar 0-17 år	Tal pasientar 0-17 år per 1000 innbyggjar	Dekningsgrad
Helse Førde	22 968	21 %	1599	69,6	7 %
Helse Bergen	96 612	21 %	4694	48,6	5 %
Helse Fonna	37 599	21 %	1872	49,8	5 %
Helse Stavanger	87 713	23 %	4339	49,5	5 %

Kjelde: Data frå SSB, Helse Vest RHF og føretaka

Tabell 3 gir ei nærare oversikt over tal pasientar i aldersgruppa 12-17 år per føretak. Den viser også tal og del pasientar i denne aldersgruppa som står oppført med eteforstyrning som diagnose⁶. Helse Førde har ein litt lågare del pasientar med eteforstyrningar enn dei andre. Når ein ser på tal pasientar med eteforstyrningar per 1000 innbyggjar i den aktuelle aldersgruppa finn ein at førekomsten er høgare i Helse Stavanger og Helse Fonna. Helse Bergen skil seg ut ved å ha noko lågare førekomst enn dei andre føretaka. .

Tabell 3. Oversikt over pasientar med eteforstyrning, 12-17 år i føretaka sine opptaksområde 2021

	Tal pasientar	Tal pasientar med eteforstyrningar	Del pasientar med eteforstyrningar ⁷	Tal pasientar med eteforstyrningar per 1000 innbyggjar
Helse Førde	923	31	3 %	3,6
Helse Bergen	2896	108	4 %	3,3
Helse Fonna	1091	49	4 %	3,7
Helse Stavanger	2637	108	4 %	3,7

Kjelde: Data frå SSB, Helse Vest RHF og føretaka

⁶ Diagnosekode F50.0 Anorexia nervosa.

⁷ Rekna ut i frå totalt tal pasientar i aldersgruppa

4 PRIORITERING OG VURDERING AV TILVISINGAR

Føretaka i Helse Vest har opplevd ein auke i tilviste pasientar med eteforstyrningar. Pasientar med eteforstyrningar er ei prioritert pasientgruppe, og auken i tilvisingar har difor i liten grad medført lenger ventetid for denne gruppa.

Tilvisingar blir i hovudsak vurdert av spesialist, og føretaka overheld i dei fleste tilfelle vurderingsfristen på 10 verkedagar. Ventetida til denne pasientgruppa er også lågare enn for andre diagnosegrupper.

Når det gjeld dei rettleiande fristane for første oppmøte i spesialisthelsetenesta som er tilrådd i pasientforløp for barn og unge med eteforstyrningar, er det meir varierende om føretaka klarar å etterleve desse.

4.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling:

- *Sikrar føretaka at barn og unge i psykisk helsevern blir prioritert i tråd med nasjonale prioriteringsrettleiarar?*

Under dette har vi mellom anna sett på om føretaka klarar å overhalde frist for rettighetsvurderingar, omfang av tilvisingar, ventetid og fristbrot, rutinar for vurdering av tilvisingar, samt i kva grad føretaka klarer å følge fristar i pasientforløp.

4.2 Revisjonskriterium

Pasientar sine rettar når det gjeld prioritering og vurdering av tilvisingar blir mellom anna regulert av pasient- og brukarrettslova og prioriteringsforskrifta. Nasjonale rettleiarar og pasientforløp for eteforstyrningar hos barn og unge under 23 år kjem med tilrådde fristar.

Basert på prioriteringsforskrifta med rettleiing, samt pasientforløp for eteforstyrningar for barn og unge⁸, har internrevisjonen utleia følgjande revisjonskriterium for å svare på problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Helseføretaka skal:

- Vurdere om pasient har rett på helsehjelp innan 10 verkedagar etter at tilvising er mottatt (pasient- og brukarrettslova § 2-2)
- Sikre at tilvising blir vurdert av spesialist (prioriteringsrettleiar, punkt 5.4)
- Sikre at utgreiing eller behandling blir starta før fristen for når nødvendig helsehjelp seinast skal bli gitt, og kontakte HELFO straks ved fristbrot (jf. prioriteringsforskrifta § 6)

⁸ Lansert februar 2019.

Helseføretaka bør etter pasientforløpet:

- Sikre at pasientar med eteforstyrningar med alvorlege tilstandar har første frammøte ved spesialisthelsetenesta innan sju kalenderdagar etter mottatt tilvising.
- Sikre at pasientar med eteforstyrningar med mindre alvorlege tilstandar har første frammøte ved spesialisthelsetenesta innan 28 kalenderdagar etter mottatt tilvising.

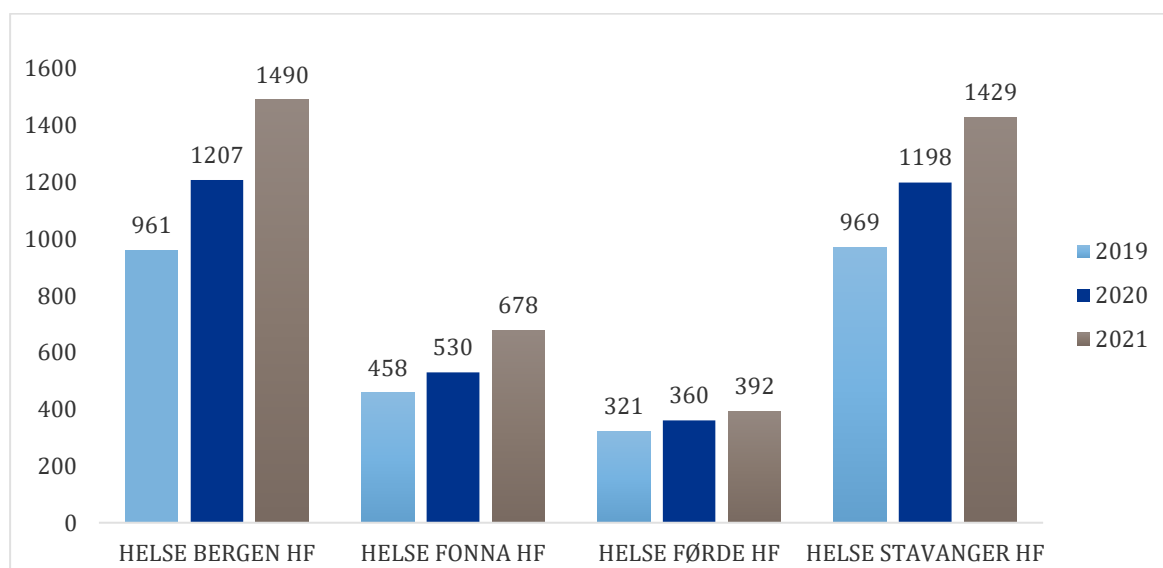
4.3 Mottak og vurdering av tilvisingar

4.3.1 Omfang av tilvisingar til poliklinikkane

Tal tilvisingar varierer mellom føretaka i Helse Vest (jf. figur 2), og mellom poliklinikkar i same føretak (jf. figur 3).

I figurane under viser vi tilvisingar uavhengig av diagnosegruppe. Årsaka til dette er at det ikkje er mogleg å få meningsfylte data per diagnose på tilvisingar, ettersom endeleg diagnose ikkje er sett ved tilvising. Som omtalt i kapittel 3 har om lag 3-4 prosent av pasientane på poliklinikkane diagnosen eteforstyrning.⁹

Figur 2. Tal vurderte nyttilviste til BUP 12-17 år ¹⁰



Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

Når ein ser på tal vurderte nyttilviste per 1000 innbyggjar er det lågast i Helse Bergen og Helse Førde, nest høgast i Helse Stavanger og høgast i Helse Fonna.

⁹ Pasientar med diagnosekode F50.0 Anorexia nervosa.

¹⁰ Figur 2 og 3 viser berre tal for pasientar mellom 12-17 år. Det blir også tilvist pasientar som er 18 år eller eldre til poliklinikkane. Talet på tilviste pasientar som er 18 år eller eldre er lågt, men det har dei siste åra vore ein auke i tilvisingar i Helse Bergen (frå 36 tilvisingar i 2019 til 70 tilvisingar i 2021) og Helse Fonna (frå 9 tilvisingar i 2019 til 33 i 2021).

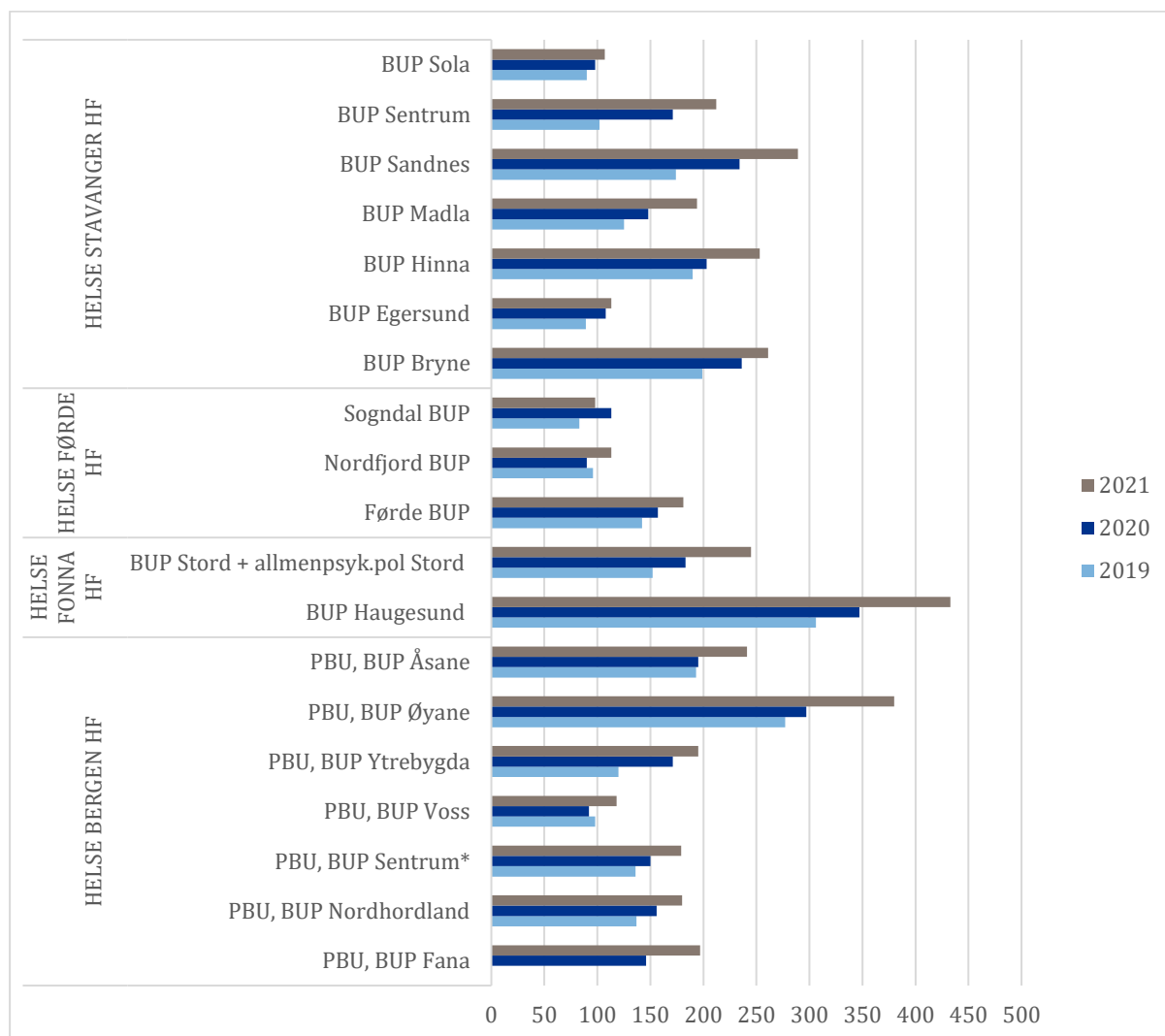
Tabell 4. Vurderte nyttilviste per 1000 innbyggjar, 12-17 år, 2021

Vurderte nyttilviste per 1000 innbyggjar	2021
Helse Bergen	46
Helse Fonna	51
Helse Førde	46
Helse Stavanger	49

Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

Som figur 3 under viser, er det også relativt stor variasjon mellom nokon av poliklinikkane når det gjeld kor mange tilvisingar dei får. Det er peikt på fleire forklaringsfaktorar knytt til dette. Ulikt omfang tilvisingar kan dels forklarast med ulik pasientpopulasjon, men også at kommunehelsetenestene kan ha forskjellig tenestetilbod, eller varierende kompetanse på å fange opp pasientar med eteforstyrningar. I tillegg kan tilvisingspraksis blant fastlegar vere ei årsak.

Figur 3. Tal vurderte nyttilviste per BUP, 2019-2021 i aldersgruppa 12-17 år



Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

Alle føretaka, og dei fleste poliklinikkane, har opplevd ein auke i tilvisingar frå 2019-2021 (jf. figur 2 og figur 3). I intervju er det noko variasjon i om behandlarar og leiarar opplever at auken er knytt til pasientar med eteforstyrningar primært, eller om det er ein generell auke i tilviste pasientar. Dei fleste opplever uavhengig av dette at tilviste pasientar med eteforstyrningar har eit meir alvorleg sjukdomsforløp enn tidlegare. I framskrivningsrapporten for psykisk helsevern går det også fram at det har vore stor vekst i tilvisingar og aktivitet i psykisk helsevern for barn og unge, og at det er observert ein vekst i eteforstyrningar som har vore større enn føregåande år.¹¹

Auken av tilviste pasientar med eteforstyrningar blir i intervju forklart med at ein del pasientar har gått med milde og moderate tilstandar over lang tid utan å bli fanga opp under pandemien (t.d. grunna stengte skular og få organiserte fritidsaktivitetar). Tilstandane har forverra seg ettersom det ikkje har blitt tatt tak i, og når pasientane først blir tilvist til spesialisthelsetenesta er dei langt dårlegare enn tidlegare.

4.3.2 Vurdering av tilvising av spesialist

Føretaka i Helse Vest har ikkje etablert felles rutinar for mottak og vurdering av tilvisingar, men i Helse Bergen^{12,13}, Helse Fonna¹⁴ og Helse Stavanger¹⁵ er det utarbeidd lokale rutinar for dette. Helse Førde opplyser at dei følgjer prioriteringsrettleiaren for psykisk helsevern for barn og unge, og at det ikkje er utarbeidd lokale rutinar utover dette.

Det går fram av tilsendt dokumentasjon og intervju at vurdering av tilvising blir gjort av spesialist eller i team med spesialist til stades. I internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar er det dokumentert at spesialist har vore involvert i å vurdere tilvisinga i dei fleste sakene. I eitt tilfelle er vurderinga gjort av anna helsepersonell, og i nokre saker er det uklart kven som har gjennomført vurderinga som følgje av manglande journalpostar eller manglande informasjon.¹⁶ Basert på opplysningar gitt i intervju om kva praksisen er ved gjeldande einingar, er det likevel sannsynleg at spesialist også har vore involvert i desse sakene.

Det varierer mellom poliklinikkane om behandlarar med kompetanse på eteforstyrningar deltek i vurdering av tilvisingar knytt til eteforstyrningar. Internrevisjonen har heller ikkje mottatt informasjon om at det blir gitt opplæring i eteforstyrningar til tilsette i inntaksteam som ikkje jobbar med å behandle denne pasientgruppa til vanleg. I intervju kom det til dømes fram at ein av legane som vurderte tilvisingar i Helse Stavanger ikkje kjende til pasientforløpet for barn og unge med eteforstyrningar. På nokre poliklinikkar er behandlarar med kompetanse på eteforstyrningar ein del av inntaksteamet. På andre poliklinikkar blir dei i hovudsak involvert i drøfting knytt til enkeltsaker. Dette gjeld særleg på poliklinikkar i Helse Bergen som ikkje har tyngdepunkt for eteforstyrningar. Der blir tilvisinga behandla hos den poliklinikken pasienten geografisk høyrer til. Det er også denne poliklinikken som skal vurdere tilvisinga og diagnose dersom pasienten får rett til helsehjelp. Dersom diagnosen er eteforstyrning, blir det sendt ei intern tilvising vidare til ein av poliklinikkane med tyngdepunkt for eteforstyrningar. Pasientar som geografisk tilhøyrer ein tyngdepunktpoliklinikk, får si tilvising direkte vurdert av tyngdepunktpoliklinikken.

¹¹ Helse Vest RHF. *Fornytt framskriving av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Styresak 127/22. Behandla i styremøte 07.12.2022.

¹² Helse Bergen. *Prosedyre – mottak av henvisning og innhenting av supplerende opplysninger*. Gyldig frå/til: 01.03.2022/01.03.2023.

¹³ Helse Bergen. *Prosedyre – inntaksvurdering*. Gyldig frå/til: 05.04.2022/05.04.2024

¹⁴ Helse Fonna. *Prosedyre – BUP Henvisning – vurdering og fordeling: juridisk del*. Godkjent frå: 10.11.2020.

¹⁵ Helse Stavanger. *Rutiner for avklaring – god mottakspraksis*. Godkjent frå: ukjent.

¹⁶ Vi har sett etter journalpostar frå inntaks/rettighetsvurdering. Internrevisjonen tar likevel atterhald om at det kan finnast dokumentasjon i journalen sjølv om det ikkje finst eit dedikert journalnotat knytt til inntaksvurderinga.

4.3.3 Informasjon i tilvising

Fastlegane står for dei fleste tilvisingane. I intervju blir det vist til at det kan vere varierende kvalitet på desse. Ein del tilvisingar manglar t.d. informasjon om KMI, høgde, vekt, vekttautap eller pasienten sine egne tankar rundt mat og kropp. Fleire av dei intervjuar peikar på at dette kan gjere det vanskeleg å vurdere alvorgrad, som også påverkar kor raskt pasienten blir tatt inn.

Det blir gjennomgåande understreka i intervju at poliklinikkane sjeldan gir avslag på tilvisingar om eteforstyrningar grunna manglande informasjon. Dersom det er behov for meir informasjon, ber poliklinikken anten fastlegen om fleire opplysningar eller kallar pasienten inn til vurderingssamtale. I journalgjennomgangen internrevisjonen har gjennomført, var det fleire tilfelle av tilvisingar som mangla vesentleg informasjon, men i dei fleste tilfella var pasienten likevel tatt inn til vurderingssamtale eller fekk rett til helsehjelp. Berre i eitt tilfelle blei tilvisinga avslått, med grunngjeving om at det mangla informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå, vekttautap og somatisk tilstand. Pasienten blei seinare tilvist på nytt, med noko meir utfyllande tilvising, og blei då vurdert til rett til helsehjelp.

Helse Fonna har gjennom samhandlingsprosjektet «Barn og unges helsetjenester» mellom anna arbeidd med å sikre betre tilvisingar til spesialisthelsetenesta. Føremålet med prosjektet har vore å skape arenaer for samhandling og klargjere ansvarsfordeling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Fleire av dei intervjuar i Helse Fonna opplever at prosjektet har bidratt til å bevisstgjere tilsette i kommunen på kva type saker som skal tilvisast spesialisthelsetenesta, samt kva informasjon tilvisingane bør innehalde. Som følgje av prosjektet opplever Helse Fonna å få færre og meir riktige tilvisingar, der tilviste pasientar har sjukdomsforløp med høg alvorgrad, medan lettare tilstandar blir følgt opp i kommunen. Samhandlingsprosjektet blei implementert i Helse Fonna i 2016, og vidareført i dei andre føretaka i Helse Vest i 2019/2020.

4.3.4 Vurderingstid

Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Stavanger har rutinar for inntak og vurdering av tilvisingar.¹⁷
¹⁸ ¹⁹ ²⁰ I rutinen til Helse Fonna går det fram at tilvisingar skal vurderast fortløpande alle verkedagar. Det er ikkje spesifisert kor ofte dei skal vurderast i rutinane frå Helse Bergen og Helse Stavanger. Helse Førde har ikkje sendt rutinar for inntak og vurdering av tilvisingar, men opplyser at dei vurderer dei dagleg, og har rettighetsvurderingstid på 1,9 dagar.

I intervju blir det av dei fleste vist til at poliklinikkane som regel gjennomfører inntaksvurdering ein eller to gongar i veka, men at dei sjekkar nye tilvisingar dagleg eller fleire gongar i veka. Det blir av fleire påpeikt at det er praksis å ta inn pasientar før inntaksmøte dersom det blir tilvist ein pasient med mistanke om alvorleg eteforstyrning.

Etter prioriteringsrettleiaren skal spesialisthelsetenesta gi svar om rett til helsehjelp innan 10 verkedagar etter mottatt tilvising. I internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar var dette overheldt i dei fleste sakene.²¹ I intervju blir det også opplyst at poliklinikkane i dei fleste tilfelle klarer å overhalde fristen.

¹⁷ Helse Bergen. *Prosedyre – inntaksvurdering*. Gyldig frå/til: 05.04.2022/05.04.2024

¹⁸ Helse Bergen. *Prosedyre – mottak av henvisning og innhenting av supplerende opplysningar*. Gyldig frå/til: 01.03.2022/01.03.2023.

¹⁹ Helse Fonna. *BUP Henvisning – vurdering og fordeling: juridisk del*. Godkjent frå: 10.11.2020.

²⁰ Helse Stavanger. *Rutiner for avklaring – god mottakspraksis*. Godkjent frå: ukjent.

²¹ Vurderingstid er berekna utifrå dagen poliklinikken mottok tilvising, til og med dagen svarbrev var sendt til tilvisande lege og pasient. I 39 sakar var det gitt svar innan 10 verkedagar. I to sakar var fristen overgått, og i fem av sakane var dette ikkje mogleg å vurdere fordi det anten ikkje føre svarbrev og/eller tilvising i journalen, eller fordi det grunna tidsomsyn ikkje var mogleg å undersøkje alle parameter i alle saker.

4.4 Ventetid og fristbrot

Ventetida for oppstart av behandling i BUP er generelt høg. Rapportering til styret i Helse Vest RHF viser at ventetida i BUP over lang tid har vore lenger enn måltala.²² I august og september 2022 auka den betydeleg (meir enn året før), men har seinare blitt noko redusert igjen.

Ventetid i BUP for åra 2019-2021 framgår av tabellen under. Merk at dette gjeld alle pasientar, og ikkje berre pasientar med eteforstyrningar. Årsaka er at diagnose ikkje er kjend/endeleg sett på tilvisingstidspunkt og ved svarbrev til pasient om rett til helsehjelp.

Tabell 5: Gjennomsnittleg ventetid i dagar for ventande, 12-17 år – ikkje diagnosespesifikk²³

	2019	2020	2021
HELSE BERGEN HF	23	25	35
PBU, BUP Fana	-	34	51
PBU, BUP Nordhordland	24	17	24
PBU, BUP Sentrum	23	26	51
PBU, BUP Voss	36	21	23
PBU, BUP Ytrebygda	17	21	27
PBU, BUP Øyane	20	30	27
PBU, BUP Åsane	21	27	43
HELSE FONNA HF²⁴	29	27	60
Allmennpsykiatrisk poliklinikk +BUP Stord	23	18	64
BUP Pol 1 + 2 Haugesund	35	35	55
HELSE FØRDE HF	31	35	42
Førde BUP	42	50	59
Nordfjord BUP	34	38	49
Sogndal BUP	16	18	19
HELSE STAVANGER HF	36	30	50
BUP Bryne	19	18	31
BUP Egersund	27	21	52
BUP Hinna	38	44	67
BUP Madla	35	27	47
BUP Sandnes	54	45	62
BUP Sentrum	62	35	53
BUP Sola	19	19	36

Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

Ifølgje HelseNorge er det ulik ventetid for poliklinisk utgreiing/behandling for eteforstyrningar hos barn og unge i Helse Vest, under dette varierer det mellom fire og åtte vekers ventetid. For fleire poliklinikkar er ikkje ventetid oppdatert per mai 2023.²⁵

I 2021 var det totalt 74 fristbrot for behandla og ventande i BUP, uavhengig av diagnose.

²² Helse Vest RHF: Styresak 004/23

²³ Vi gjer merksam på at tala i tabellen er avrunda.

²⁴ Tala for Helse Fonna blei først vist separat for Stord allmennpsykiatrisk og Stord BUP, samt separat for pol 1 og pol 2 Haugesund. Føretaket gav i verifiseringa tilbakemelding om at dette ikkje gir ei korrekt framstilling. Vi har derfor her valt å vise tala samla for desse poliklinikkane.

²⁵ Helse Norge: [Ventetider for spiseforstyrrelser barn og unge](#).

Tabell 6: Fristbrot i BUP i 2021 (alle diagnoser og aldersgrupper) for behandla og ventande²⁶

	Tal fristbrot for behandla i 2021	Tal fristbrot for behandla og ventande i 2021
Helse Bergen	22 ²⁷	42 ²⁸
Helse Fonna	5	15
Helse Førde	3	10
Helse Stavanger	5	7
Totalt	35	74

Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

I intervju blir det påpeikt at det tidlegare har vore få fristbrot i poliklinikkane, men med auka tal tilvisingar under pandemien er erfaringa at det også har vore auke i fristbrot. I rapportering til styret i Helse Vest RHF, går det fram at prosentdelen fristbrot auka betydeleg i 2022. Fram til juli 2022 var denne på det høgaste omlag 2,5-3 %, medan den i juli 2022 var oppe i 16-17 %. Per januar 2023 er delen fristbrot på omlag 4 %.²⁹

Helse Bergen opplyser i samband med verifisering av faktagrunnlaget i rapporten at controller hos dei sjekkar registrerte fristbrot kvar månad, og at det er sjeldan at fristbrota er reelle. Det blir opplyst at det som oftast er feilregistrering.

Det blir i intervju understreka at **fristbrota i liten grad er knytt til pasientar med eteforstyrningar**, men snarare til ADHD/autisme-utgreiingar. Internrevisjonen får opplyst at det er avdekka at enkelte poliklinikkar i Helse Stavanger har hatt «skjulte» fristbrot, også omtalt som skjult venteliste, der pasientar blir tatt inn til første samtale innan frist, men deretter må vente lenge på vidare behandling. Internrevisjonen får opplyst at det er sett i verk tiltak ved aktuelle poliklinikkar for å unngå slik praksis, og at dette resulterer i fleire fristbrot. I tilfelle ved fristbrot ringer poliklinikkleiar til foreldre for å informere om fristbrotet, samt når det er forventa at behandling startar opp. Slik internrevisjonen har forstått det, er ikkje skjulte fristbrot nødvendigvis knytt til pasientar med eteforstyrningar. I intervju med RHF-et blir det vist til at skjulte fristbrot er ei kjend problemstilling, men at det kan vere vanskeleg å fange det opp.

Pasientforløp for eteforstyrningar har rettleiande tilrådingar om når første møte i spesialisthelsetenesta bør gjennomførast etter mottatt tilvising. Internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar viser at dei rettleiande fristane i pakkeforeløp er overheldt i litt over halvparten av sakene. I nokre saker er det krevjande å vurdere kva som er rett frist ettersom det kan vere uklart eller motstridande informasjon i journalen om kva alvorsgrad den aktuelle pasienten har. Gjennomgangen viser også at det er skilnad mellom føretaka når det gjeld kor raskt

²⁶ Fristbrot for behandla pasientar er tilvisingar der frist for start helsehjelp har blitt overskride, og helsehjelp **har starta** i løpet av perioden. Fristbrot for ventande pasientar er tilvisingar der frist for start helsehjelp har blitt overskride, og helsehjelp **ikkje har starta** ved utgangen av perioden.

²⁷ Det stod først at talet var 35, men Helse Bergen opplyser i samband med verifisering av faktagrunnlaget at det rette talet er 22.

²⁸ Det stod først at talet var 55, men Helse Bergen opplyser i samband med verifisering av faktagrunnlaget at det rette talet er 42.

²⁹ Helse Vest RHF: Styresak 004/23

dei tar inn pasientane til første time. Helse Stavanger bruker noko lenger tid på å ta inn pasientar til første time, samanlikna med dei andre føretaka.

Dei fleste poliklinikkane påpeikar at dei forsøker å følgje rettleiingane i pasientforløpet, men kunnskapen om pasientforløpet varierer noko. Ved ein poliklinikk var det t.d. ein overlege som var del av inntaksteamet som ikkje var kjend med at det ligg føre pasientforløp for eteforstyrningar med andre rettleiande fristar enn prioriteringsrettleiaren. Ved ein annan poliklinikk erkjende leiar at hen hadde vore usikker på kva fristar som gjaldt, og om ein skulle forhalde seg til fristar i pasientforløpet eller prioriteringsrettleiaren. Ved alle poliklinikkane der det er gjennomført intervju, er det likevel presisert at ein er trygge på at pasientar med alvorlege eteforstyrningar kjem raskt til og i gang med behandling.

Assisterande fagdirektør viser i intervju til at fristane i pasientforløpet er rettleiande, og at behandlar står fritt til å setje ein lenger frist for oppstart av helsehjelp dersom dei vurderer dette til å vere fagleg forsvarleg. Det blir understreka at dette skal vere basert på faglege vurderingar, og at kapasitetsomsyn ikkje skal vere styrande for oppstart av behandling.

I intervju med ulike poliklinikkar, er det nokre som er tydelege på at det er viktig at pasienten kjem raskt til – innan ei veker tid omtrent – medan andre gir uttrykk for at det berre er i svært alvorlege og sjeldne tilfelle at det er aktuelt å ta inn ein pasient etter ei veke, og at normalen er fire veker. Det framstår altså å vere variasjon i vektlegginga av kor raskt pasientane bør takast inn.

Det går fram av intervju at ventetid for pasientar som blir tilvist til tyngdepunktspoliklinikkar i Helse Bergen kan variere noko. Som omtalt i kapittel 4.3.2 blir alle tilvisingar i Helse Bergen vurdert hos sin lokale poliklinikk, før dei eventuelt blir tilvist vidare til tyngdepunktspoliklinikk ved diagnose eteforstyrning. Behandlarar ved tyngdepunkta påpeikar at dei lokale poliklinikkane i nokre tilfelle set lenger fristar enn dei sjølv ville gjort. Sjølv om fristane er innanfor føringane frå prioriteringsrettleiaren, viser behandlarane til at det er ønskjeleg å kome raskt i gong med behandling av både alvorleg og moderat sjuke pasientar for å klare å snu forløpet raskt.

I samband med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer Helse Fonna at noko av bakgrunnen for at dei har valt eit behandlingstilbod i tyngdepunkt ved BUP Haugesund er at pasientar med eteforstyrningar raskast mogleg skal møte behandlar med rett kompetanse og at behandling skal kunne setjast i verk umiddelbart ved symptom. Det blir vist til at det for Helse Fonna har vore eit vesentleg poeng at pasienten ikkje først skal ha basisutgreiing i allmennpsykiatrisk team, for deretter å blir overført til spesialteam som gir unødvendig ventetid.

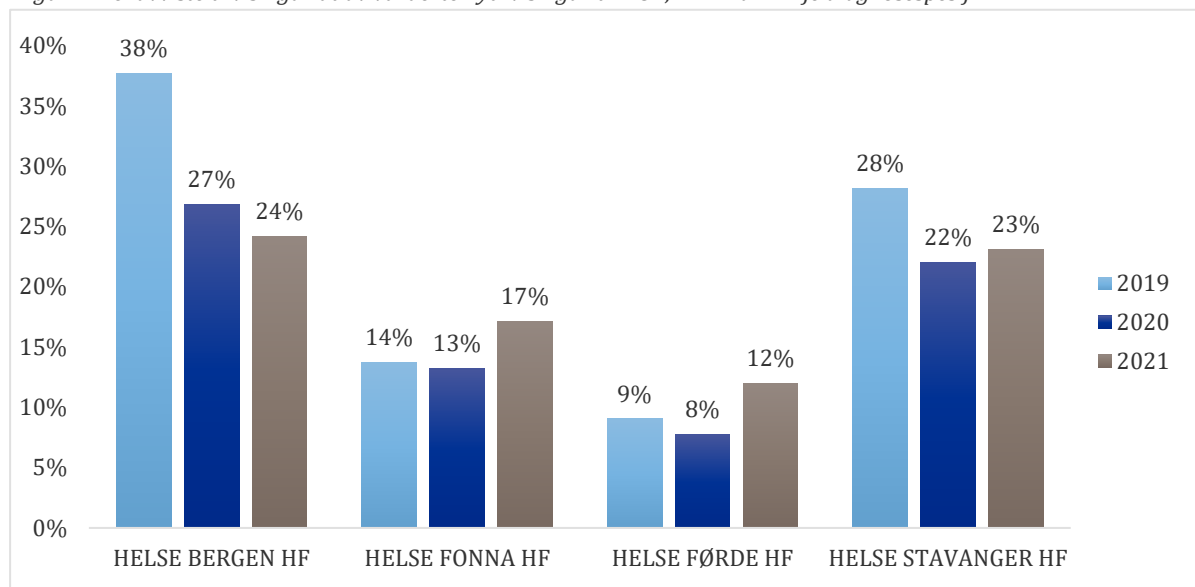
Sjølv om det har vore ein auke i tilvisingar (jf. kapittel 4.3.1), opplever ikkje dei intervjuatane at ventetida for pasientar med eteforstyrningar har auka. Det blir i intervju understreka at pasientar med eteforstyrningar er ei prioritert pasientgruppe som får rask behandling. Prioriteringa av pasientar med eteforstyrningar, samt auken i tilvisingar, har heller påverka ventetida for andre pasientgrupper. ADHD-utgreiingar blir trekt fram som døme på saker som får fleire fristbrot. Det blir peikt på at dette er ei «styrt prioritering» ettersom eteforstyrningar er svært alvorlege diagnoser, og at det også er tydeleggjort frå nasjonale helsemyndigheiter at denne pasientgruppa bør ha kort ventetid for å unngå forverring av tilstand.

4.5 Avslag

Det er variasjon mellom føretaka når det gjeld avslag på tilvisingar. Som illustrert i figur 4, er avslagsprosenten i 2021 høgast i Helse Bergen (24 prosent) og lågast i Helse Førde (12 prosent). Avslagsprosenten i føretaka har også endra seg i perioden 2019-2021, der den har gått ned i Helse Bergen og Helse Stavanger, medan den har auka i Helse Fonna og Helse Førde.

Tala i figur 4 viser avslagsprosent for *alle diagnoser* i føretaka, ikkje berre for eteforstyrningar. Det ligg ikkje føre tal på avslagsprosent for pasientar tilvist med mistanke om eteforstyrningar, ettersom endeleg diagnose ikkje er sett på tilvisingstidspunkt. Både intervju og gjennomgang av journalar gir informasjon om at det er ein låg avslagsprosent for pasientar med mistanke om eteforstyrningar.

Figur 4. Del avviste tilvisingar ut av vurderte nytilvisingar til BUP, 12-17 år. Ikkje diagnosespesifikk



Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

I intervju opplyser leiarar og behandlarar at dei i liten grad gir avslag på rett til helsehjelp på tilvisingar med mistanke om eteforstyrring. I oppdragsbrevet til Helse Vest RHF for 2023³⁰, går det også fram at det skal bli lagt til rette for å tilby vurderingssamtale innan psykisk helsevern for barn og unge. Det medfører at det som hovudregel ikkje skal bli gitt avslag basert på skriftleg tilvising. Det går likevel fram av intervjuet at nokre poliklinikkar gir avslag i enkelte tilfelle der pasienten er normalvektig eller det ikkje går fram av tilvising at pasienten har eit problematisk forhold til mat og vekt.

I internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar er det berre gitt avslag om rett til helsehjelp i eit fåtal saker (to i Helse Stavanger og eitt tilfelle i Helse Fonna). I sakene det er gitt avslag, er det grunngjeve kvifor pasienten har fått avslag til behandling. I korte trekk dreier det seg anten om alvorsgrad (ikkje undervekt, eller at utfordringar er knytt til anna eteproblematikk enn anoreksi eller bulimi) eller manglande skildring av symptom i tilvisinga. I ei av sakene blei pasienten tilvist på nytt, og tatt inn for behandling av anna diagnose. I alle avslaga er det også gitt informasjon om at pasienten har rett til fornya vurdering, samt korleis ein kan gå fram for å få

³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2023 – Helse Vest RHF. Oppdater 17.01.2023.

dette. Det er også informert om retten til å klage. I alle dei tre avslaga er det informert om at pasienten kan kontakte anten fastlege og/eller definert tilbod i kommunen.

Det er fleire poliklinikkar som opplyser å heller ta inn pasientar med mild alvorsgrad til eit kort pasientforløp heller enn å gi avslag. Desse poliklinikkane tar inn alle tilviste pasientar, gjennomfører ein eller to samtalar, og avsluttar oppfølging dersom det ikkje er behov for ytterlegare oppfølging og behandling i spesialisthelsetenesta. Dette blir ikkje registrert som avslag. Det blir i intervju påpeikt at ulempa med ei slik tilnærming er at spesialiserte behandlarar må bruke tid på å behandle moderate og lette tilstandar, og at dette medfører at andre oppgåver må prioriterast bort. Det blir også påpeikt at nye føringar om å ta inn alle pasientar til vurderingssamtale, vil krevje meir ressursar enn i dag.

I enkelte intervju blir det kommentert at avslagsprosent også kan avhenge av poliklinikken si oppfatning av kva som skal behandlast i spesialisthelsetenesta, og av tenestetilbodet eller kjennskap til tenestetilbodet i kommunen. Klinikkleiing i Helse Fonna viser til at samhandlingsprosjektet «Barn og unges helsetjenester» er viktig for å redusere slik variasjon.

I samband med verifisering av faktagrunnlaget i rapporten, presiserer Helse Bergen at alle føretaka i Helse Vest har lagt til rette for implementering av dette samhandlingsprosjektet. Helse Bergen viser også til at det er variasjonar i tala på eteforstyrningar mellom poliklinikkar, herunder by/bynære område vs. distrikt.

4.6 Vurdering

Det er internrevisjonen si vurdering at føretaka i hovudsak sikrar at barn og unge med eteforstyrningar blir prioritert i tråd med nasjonale prioriteringsretteleiarar. Undersøkinga viser at tilvisingar i hovudsak blir vurdert av ein spesialist, eller i team med spesialist til stades. Tilvisingar blir også i hovudsak vurdert innan 10 verkedagar i alle føretak, i tråd med føringane i pasient- og brukarrettslova § 2-2.

Vidare går det fram av undersøkinga at det er svært få fristbrot for pasientar med eteforstyrningar. Det har kome fram at enkelte poliklinikkar har hatt «skjulte fristbrot», der pasientar blir tatt inn til første samtale innan frist, men deretter må vente lenge på vidare behandling. Dette gjeld ikkje pasientar med eteforstyrningar, og det er berre opplyst om enkeltstående tilfelle. Internrevisjonen finn likevel grunn til å påpeike risikoen for dette, og meiner RHF-et og føretaka bør gjere ei vurdering av om dei har gode nok system for å avdekke skjulte fristbrot uavhengig av diagnosegruppe. Det å avdekke og registrere fristbrot er viktig for å sikre pasienten sin rett til å få tilbod om alternativ behandling av HELFO.

Det blir i liten grad gitt avslag på rett til helsehjelp for pasientar som er tilvist med mistanke om eteforstyrningar. I tilfelle der det ikkje er tilstrekkeleg informasjon i tilvisinga til at poliklinikkane kan gjere ei rettighetsvurdering, innhentar poliklinikken anten ytterlegare opplysningar frå tilvisande lege eller kallar pasienten inn til ei vurderingssamtale. Dette er i tråd med føringane i oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Vest RHF og i styringsdokumenta til føretaka frå Helse Vest RHF om at pasientar heller skal bli tatt inn til ei vurderingssamtale, framfor å få avslag som følgje av manglande informasjon. Internrevisjonen merkar seg at det blir påpeikt at ulempa med ei slik tilnærming er at spesialiserte behandlarar må

bruke tid på å vurdere og ev. følge opp moderate og lette tilstandar, noko som medfører at andre oppgåver kan måtte prioriterast bort.

Føretaka klarer i varierende grad å etterleve rettleiande fristar for første oppmøte i spesialisthelsetenesta i pasientforløp for barn og unge med eteforstyrningar (innan sju kalenderdagar for alvorlege tilstandar og 28 kalenderdagar for mindre alvorlege tilstandar). Internrevisjonen har ikkje tilstrekkeleg talgrunnlag i journalgjennomgangen til å kunne konkludere på systematisk variasjon mellom føretaka når det gjeld etterleving av fristane i pasientforløpet, men merkar seg at det i journalgjennomgangen i Helse Stavanger kom fram at det tar noko lenger tid før pasientane der blir tatt inn til time (første frammøte).

Internrevisjonen si vurdering er at føretaka bør arbeide vidare med å etterleve pasientforløpet i større grad, og pakkeforløpet bør gjerast kjent for alt personell som er involvert i vurdering, utgreiing og behandling. Sjølv om mange opplyser å ha høg merksemd på å etterleve pasientforløpet, er det også døme på at pasientforløpet for barn og unge med eteforstyrningar ikkje er kjend for eller ikkje har blitt vektlagt av personell som vurderer tilvisingar. Etter internrevisjonen si vurdering er dette ein indikasjon på at opplæring til dei som vurderer tilvisingar ikkje alltid er tilstrekkeleg eller at oppfølging frå overordna leiing ikkje er god nok.

5 LIKEVERDIGE UTGREIINGS- OG BEHANDLINGSFORLØP

Føretaka i Helse Vest har høg merksemd på å gjennomføre intensive og komprimerte utgreiingsforløp, for raskt å kome i gang med behandling for pasientar med eteforstyrringar. I tilfelle med alvorleg sjuke pasientar, blir det starta med behandling parallelt med utgreiing. Det er også til dels standardiserte utgreiingar for denne pasientgruppa, sjølv om den varierer noko mellom føretaka.

Det er i hovudsak familiebasert terapi som blir nytta som behandlingsform for pasientar med eteforstyrringar. Tal konsultasjonar varierer mellom føretaka. Medan noko kan skuldast variasjon i behova til den enkelte pasient og sjukdomsforløp, er det også indikasjonar på at noko av variasjonen er påverka av interne faktorar som organisering, kapasitet og kompetanse, og av eksterne faktorar som pasientpopulasjon, tal på tilvisingar og tenestetilbodet i kommunane. Internrevisjonen kan heller ikkje utelukke ulik registreringspraksis som forklaring.

Etter pasientforløpet for eteforstyrringar skal det utarbeidast behandlingsplan for alle pasientar. I intervju og gjennomgang av pasientjournalar går det fram at behandlingsplan i liten grad blir utarbeidd av behandlarane, og dette blir i liten grad etterspurd og følgt opp av leiarane.

5.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling:

- *Sikrar føretaka at barn og unge innan same diagnosegruppe får mest mogleg likeverdige utgreiings- og behandlingsforløp?*

Under dette har vi mellom anna undersøkt system og rutinar knytt til utgreiing, kor mange konsultasjonar som blir gitt, behandlingsform, om det blir utarbeidd behandlingsplan, om det ligg føre tydelege føringar for når behandling skal avsluttast, samt rutinar for å sikre at tilvisande lege og ev. andre tenester får relevant informasjon i epikrise.

5.2 Revisjonskriterium

Basert på spesialisthelsetenestelova og føringane i pasientforløpet for barn og unge med eteforstyrningar, har internrevisjonen utleia følgjande revisjonskriterium for å svare på problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Helseføretaka skal:

- Bidra til eit likeverdig tenestetilbod for alle pasientar (spesialisthelsetenestelova § 1-1)
- Sikre at helsetenester er forsvarlege (spesialisthelsetenestelova § 2-2)
- Samarbeide med andre tenesteytarar (t.d. kommunale tenester) når det er nødvendig for å gi eit heilskapleg og samordna tenestetilbod til pasientar (spesialisthelsetenestelova § 2-1 e)
- Sikre at det ved avslutting av pasientforløp blir sendt epikrise til tilvisande lege samtidig med utskriving (helsepersonellova § 45 a), eller innan ei veke (lovkommentar til helsepersonellova § 45)

Helseføretaka bør etter pasientforløpet mellom anna sikre følgjande ved **utgreiing**:

- Utarbeide ein plan for utgreiing i samarbeid med pasient og ev. foreldre
- Sikre at ein spesialist deltek i vurdering av vidare tiltak etter avslutta utgreiing
- Vurdere om det er behov for å sette i gong behandlingstiltak hos barn og unge med eteforstyrningar parallelt med utgreiing
- Nytte standardiserte verktøy for måling av symptom og/eller funksjon tidleg i forløpet, undervegs i forløpet og ved avslutning av forløpet

Helseføretaka bør etter pasientforløpet sikre følgjande ved **behandling**:

- Sikre at barn og unge med eteforstyrningar får tilbod om familiebasert terapi
- Etablere eit system der pasientar på ein systematisk måte kan gje tilbakemelding til behandlar om korleis han/ho opplever behandlingseffekt og relasjon til behandlar
- Sikre at alle pasientar har ein behandlingsplan, og at planen blir jamleg evaluert
- Sikre at forløp blir avslutta etter gjensidig avtale mellom pasient, foreldre og psykisk helsevern
- Sikre at det ligg føre ein konkret, skriftleg plan for oppfølging i kommunen dersom det er behov for vidare oppfølging etter avslutta pasientforløp i spesialisthelsetenesta
- Sikre at poliklinikkane som behandlar barn og unge med eteforstyrningar har tilstrekkeleg kompetanse på familiebasert terapi (FBT) (jf. Helsedirektoratet si tilrådingar)

5.3 Utgreiing

Når ein pasient har fått rett til helsehjelp, blir det gjennomført ei vurdering- og utgreiingsfase for å sette diagnose og bestemme vidare behandling. Alle føretaka opplyser at dei følgjer føringane i pasientforløpet i gjennomføring av utgreiingar. Føretaka har også eigne malar og prosedyrar for utgreiing³¹. Som del av utgreiinga blir det som regel gjennomført ei allmennpsykiatrisk utgreiing, diagnostisk vurdering, observasjon, innhenting av opplysningar frå andre instansar, anamnese,

³¹ Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Førde har sendt internrevisjonen rutinar og retningslinjer for utgreiing. Helse Stavanger har ikkje sendt internrevisjonen skriftlege føringar for utgreiing, men behandlarar opplyser i intervju at dei har felles utgreiingsplanar

kartlegging av legemiddelbruk og liknande. Som ein del av utgreiinga gjennomfører føretaka også ein «første samtale» med pasient, og ev. pårørande, for å kartlegge pasienten si sjukdomshistorie og oppleving av eigne vanskar, samt ønskjer og mål for behandling.

Alle føretaka opplyser i intervju at dei har som mål å gjennomføre intensive og komprimerte utgreiingsforløp, slik at ein kan kome raskt i gang med behandling. Intervju og gjennomgang av pasientjournalar viser også at det i dei fleste saker blir gjennomført intensive og komprimerte utgreiingar. Dokumentasjon av utgreiingane i pasientjournalane varierer likevel noko. Det blir også vurdert frå sak til sak om det berre skal gjennomførast ei basisutgreiing eller ei meir omfattande utgreiing. Det kan t.d. vere aktuelt å gjennomføre ei meir omfattande utgreiing dersom det er mistanke om at pasienten har andre utfordringar utover eteforstyrring.

I intervju blir det påpeikt at det ikkje alltid er mogleg å ferdigstille utgreiinga før oppstart av behandling. For alvorleg sjuke pasientar med eteforstyrring kan det særleg vere nødvendig å iverksette behandling parallelt med utgreiing, ettersom sjukdommen kan ha fleire alvorlege somatiske komplikasjonar.

Etter avslutta utgreiing, skal det takast ei klinisk avgjerd, der endeleg diagnose og plan for vidare oppfølging blir bestemt. Gjennomgangen av pasientjournalar viser at ein spesialist i hovudsak er involvert i drøftinga og avgjerda.

Som omtalt innleiingsvis er det tilrådd i pasientforløpet at behandlar i samarbeid med pasient, og ev. pårørande, lagar ein utgreiingsplan. Pasient og foreldre skal også få kopi av planen. Internrevisjonen har ikkje fått informasjon gjennom intervju eller sett dokumentasjon i journalgjennomgangen som tyder på at det blir utarbeidd utgreiingsplanar. Med dette meiner vi ikkje at utgreiingsfasen ikkje er dokumentert (det er til dømes lagt inn mange ulike skjema og resultat frå testar), men vi kan ikkje finne dokumentasjon på at det ligg føre dokument med ei samla oversikt over kva utgreiing som er planlagt for pasienten og som pasient og pårørande har fått kopi av.

5.4 Konsultasjonar

Det varierer mellom føretaka kor mange konsultasjonar pasientar i BUP får. I ei sak til styret i Helse Vest RHF³² går det fram at det blir gitt flest konsultasjonar i BUP per 1000 innbyggjar i Helse Førde, og færrest i Helse Fonna. Dette er uavhengig av diagnose. Det går også fram av styresaka at det har vore ei auke i polikliniske kontaktar per innbyggjar i BUP, på om lag 20 prosent frå 2018 til 2021.

Det er også variasjon i kor mange konsultasjonar relatert til eteforstyrningar det blir gitt i BUP. Som tabell 7 viser, blir det gitt flest konsultasjonar relatert til eteforstyrningar per 1000 innbyggjar i Helse Stavanger.

³² Helse Vest RHF. Rekruttering innan psykisk helsevern. Styresak 124/2022. Behandla i styremøte 07.12.2022.

Tabell 7. Tal konsultasjonar relatert til eteforstyrningar per 1000 innbyggjar, 12-17 år, 2021

Føretak	Tal konsultasjonar relatert til eteforstyrningar per 1000 innbyggjar
Helse Førde	65
Helse Bergen	65
Helse Fonna	74
Helse Stavanger	108

Kjelde: Data henta frå Helse Vest RHF analyse og føretaka.

Det varierer også mellom føretaka kor mange konsultasjonar pasientar med eteforstyrningar i snitt får. Tabellen under viser kor mange konsultasjonar som blir gitt i snitt/median. Internrevisjonen har ikkje data på pasientnivå, og har dermed ikkje grunnlag for å kunne berekne variasjonane i tal konsultasjonar på pasientnivå. På bakgrunn av dette er det berekna gjennomsnitt og median for tal pasientar med eteforstyrningar per føretak, og tal konsultasjonar per pasient per føretak. Det blir i intervju kommentert at det kan vere pasientar som berre får nokre timar, og andre som har omfattande og lange forløp med eit høgt tal konsultasjonar.

I 2021 er det Helse Stavanger som gir flest konsultasjonar for pasientar med eteforstyrningar mellom 12-17 år (median på 30 konsultasjonar per pasient), og færrest i Helse Bergen (median på 14 konsultasjonar per pasient). Helse Fonna og Helse Førde ligg mellom desse med median på 20 og 18 konsultasjonar per pasient. Tabellen viser at det er noko variasjon mellom år.

Tabellen viser også at poliklinikkane behandlar eit varierende tal pasientar med eteforstyrningar. Tala for den enkelte BUP er unike pasientar, medan konsultasjonar som er presentert per BUP er eit berekna gjennomsnitt (tal konsultasjonar totalt per BUP delt på tal pasientar). Tala for konsultasjonar indikerer relativt stor variasjon mellom ein del poliklinikkar, både mellom føretak og til dels innad i føretaka.

Tabell 8. Tal pasientar med eteforstyrning og tal konsultasjonar per pasient, 12-17 år. Snitt og medianberekning på føretaksnivå³³

	2019		2020		2021	
	Totalt tal pasientar	Konsultasjon per pasient	Totalt tal pasientar	Konsultasjon per pasient	Totalt tal pasientar	Konsultasjon per pasient
HELSE BERGEN HF						
Gjennomsnitt Bergen	12	15	15	15	19	15
Median Bergen	16	16	15	15	19	14
BUP Fana	-	-	22	27	31	27
BUP Nordhordland	2	2	3	4	8	14
BUP Sentrum*	18	16	29	21	24	13
BUP Voss	1	27	3	7	5	13
BUP Ytrebygda	16	16	15	11	17	4
BUP Øyane	16	8	17	20	27	14
BUP Åsane	18	19	15	15	19	18
HELSE FONNA HF						

³³ Vi gjer merksam på at tala i tabellen er avrunda.

Gjennomsnitt Fonna	11	26	18	15	25	20
Median Fonna	11	26	18	17	25	20
Allm.psyk pol. BUP Stord	4	28	9	11	21	20
BUP Pol 1+2 Haugesund	18	23	26	19	29	19
HELSE FØRDE HF						
Gjennomsnitt Førde	9	15	9	16	10	17
Median Førde	12	12	9	16	9	18
Førde BUP	12	11	11	16	14	21
Nordfjord BUP	12	12	9	9	8	12
Sogndal BUP	4	22	6	22	9	18
HELSE STAVANGER HF						
Gjennomsnitt Stv.	13	19	11	25	16	28
Median Stv.	14	18	11	23	14	30
BUP Bryne	14	19	15	23	23	31
BUP Egersund	1	22	6	22	4	33
BUP Hinna	16	17	11	19	13	18
BUP Madla	14	33	11	28	14	19
BUP Sandnes	20	15	15	23	26	30
BUP Sentrum	10	8	7	32	10	37
BUP Sola	19	18	15	28	25	26

Kjelde: Data frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

I intervju fekk leiarar og tilsette presentert tala for konsultasjonar i dei ulike føretaka. Det blei av fleire påpeikt at tal konsultasjonar var lågare enn forventa, ettersom det er stort medvit rundt å gi intensiv behandling i starten av eit pasientforløp.

Dei intervjuja peikte på fleire moglege forklaringar på variasjonen i talet på konsultasjonar.

Enkelte viste til at det kan vere **variasjon mellom poliklinikkane når det gjeld intensitet og varigheit på behandlinga**. Ved nokre poliklinikkar kan det t.d. vere høgare fokus på å gi ei intensiv behandling i oppstart, og avslutte raskare, medan andre kan gi ei noko mindre intensiv behandling som skjer over eit lenger tidsrom. Det er også peikt på at det kan vere ulikt kor lenge ein prøvar ut behandling i BUP før ein ev. tilviser til døgnbehandling dersom behandling i BUP ikkje har ønskt effekt.

Nokre viser til at det kan vere **variasjonar i registreringspraksis**, og stiller spørsmål ved om det kan variere mellom føretak/poliklinikkar kva som blir registrert som ein konsultasjon. Til dømes at samtale og somatisk oppfølging blir registrert som to ulike konsultasjonar nokre stadar, og som ein konsultasjon andre stadar. Det er også mogleg at familiesamtalar, familiemåltid, og liknande blir registrert på ulike måtar. Det blir i intervju også vist til at enkelte pasientar i Helse Bergen blir skrive inn på post som dagpasientar, men blir følgt opp av BUP utan at dette blir registrert som konsultasjon ved BUP.

Vidare er det peikt på at **variasjon i organisering** kan ha betydning. Pasientar som får oppfølging på poliklinikkar med tyngdepunkt for pasientar med eteforstyrningar, kan i nokre tilfelle få somatisk oppfølging hos sin lokale allmennpoliklinikk i tillegg. Det blir dermed registrert færre konsultasjonar på tyngdepunktpoliklinikken.

Variasjon i pasientane sin sjukdomsbyrde, blei også nemnd. Det blir peikt på at nokre poliklinikkar kan ha pasientar med eit mindre alvorleg sjukdomsbilde enn andre poliklinikkar, og som dermed også er enklare å behandle og har behov for færre konsultasjonar.

I intervju blei det også presisert av fleire at eit lågt tal konsultasjonar på poliklinikken/i føretaket ikkje nødvendigvis er synonymt med dårlegare pasientbehandling. Få konsultasjonar kan tvert imot indikere at pasientane kjem raskt til, blir raskare friske og har behov for lite behandling.

Som omtalt i kapittel 2, er det også påpeikt variasjon nasjonalt. I Helse Sør-Øst og Helse Nord blir det gitt eit høgare timetal per pasient samanlikna med Helse Vest. Helse Midt-Norge har det lågaste timetalet.

5.5 Behandling

5.5.1 Behandlingsform

I føretaka i Helse Vest er det i hovudsak familiebasert terapi (FBT) som blir nytta som behandlingsform for pasientar med eteforstyrningar.

FBT er ein manualbasert behandlingsform inndelt i tre fasar. Foreldre, og i nokre tilfelle søsken, er tett involvert i behandling av pasienten. Føremålet i fase 1 er å bryte eteforstyrre åtfærd, samt reernære pasienten. Foreldre får hovudansvar for måltidssituasjonar og reernæring. Behandlinga er intensiv i den første fasen, og det blir som regel gitt konsultasjonar ein eller to gongar i veka for å sikre rask vektoppgang. Fase 2 startar når pasienten si vekt er stabilisert. I fase 2 er målet at pasienten gradvis skal overta kontroll over eige matinntak. Fase 3 startar når pasienten i stor grad kan ha ansvar for måltidssituasjonar sjølv og har ei stabil vekt. I fase 3 blir tida brukt til å diskutere meir generelle utfordringar som kan halda eteforstyrninga ved lag eller gi tilbakefall. I fase 2 og 3 er behandlinga mindre intensiv, og det går gradvis lengre tid mellom konsultasjonane.

I enkelte familiar kan foreldre av ulike årsakar vere ute av stand til å ta over oppfølging av måltid og reernæring av pasienten. I intervju blir det påpeikt at ein i slike tilfelle forsøker å tilpasse behandlinga, t.d. gjennom å involvere familievernkontoret, gi hovudansvaret til berre ein av foreldra eller vurdere andre behandlingsformer.

Alternativ behandlingsform for pasientar med eteforstyrningar er som regel CBT-E (kognitiv åtfærdsterapi for eteforstyrningar). Behandlinga består av individuelle samtalar mellom terapeut og pasient. I intervju blir det vist til at CBT-E også kan nyttast som behandlingsform saman med FBT, der det både blir gitt individuelle samtalar i tillegg til at foreldre er involvert i behandlinga gjennom FBT.

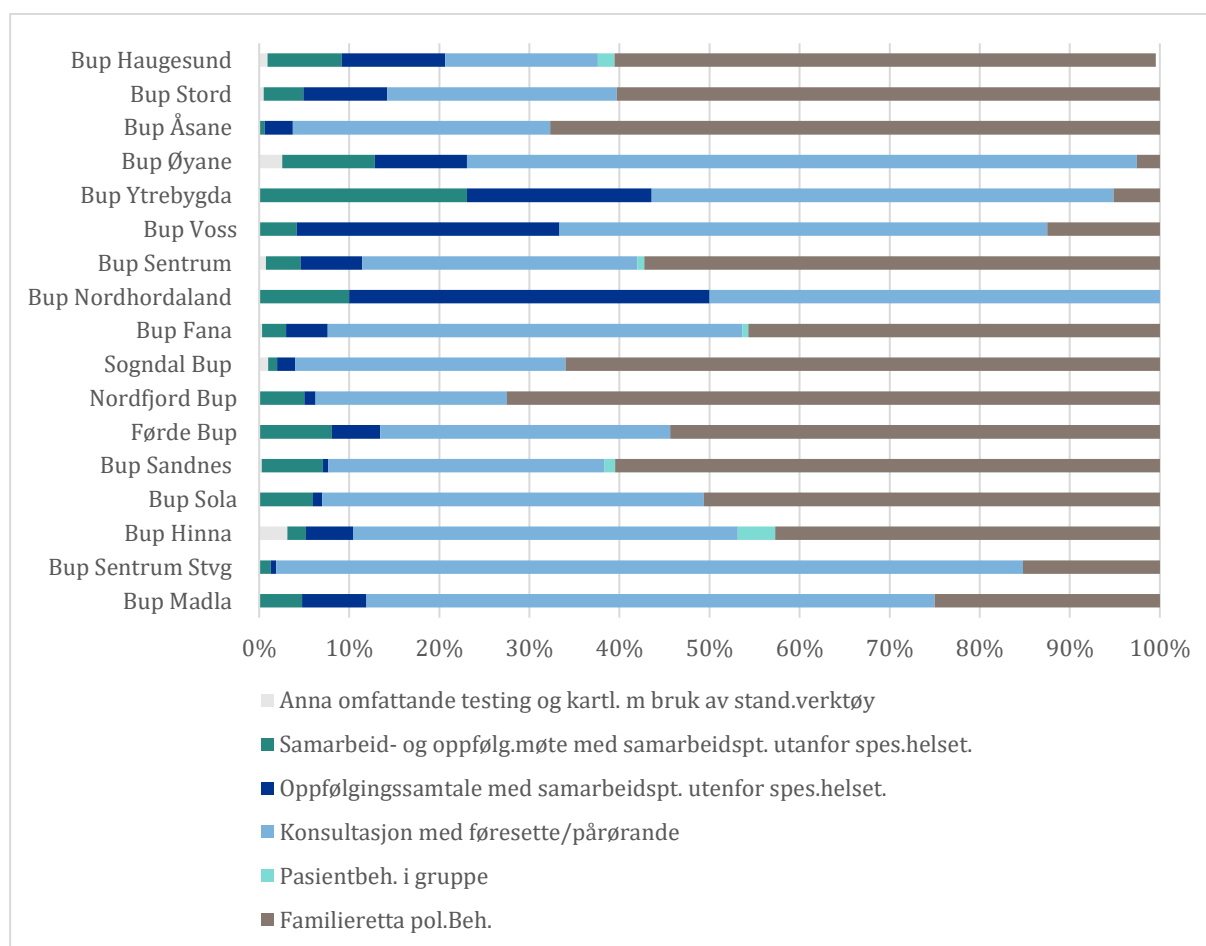
Det går fram av intervju og gjennomgang av pasientjournalar at det som regel er FBT som blir tilrådd som behandlingsform, særleg til pasientar under 16 år. Pasientar over 16 år har rett til å bestemme sjølv om dei ønskjer behandling. Fleire av dei intervjua erfarer at det i nokre tilfelle kan vere lite hensiktsmessig å sette i gang FBT-behandling for eldre ungdomar, men at det avheng av kva pasienten ønskjer at familien skal vere involvert i. FBT er ei krevjande behandling for heile familien, og pasientar over 16 år kan velje å avslutte behandlinga sjølv dersom dei opplever at behandlinga blir for utfordrande.

Det blir vidare påpeikt i intervju at behandlarar og poliklinikkar kan ha noko ulik tilnærming til innlegging av pasientar på døgnbehandling. Behandlarar kan t.d. ha ulik tilnærming til *når* ein bør legge inn og kva *innhaldet* i ei innlegging skal vere. Fleire behandlarar viser til at det ikkje ligg føre

tydelege retningslinjer for når ein skal legge inn ein pasient, og opplever at sjukdommen i nokre tilfelle blir svært «fastlåst» før innlegging blir vurdert. Det blir vist til at desse pasientane kanskje ville hatt nytte av innlegging på eit tidlegare tidspunkt. Enkelte poliklinikkar opplyser at dei har fått tilbakemelding frå sengepostane om at dei ønskjer at pasientane blir lagt inn tidlegare.

Figuren under viser aktivitetar i BUP i 2021, under dette polikliniske konsultasjonar for barn og unge med eteforstyrningar. Delen av ulike aktivitetar i figuren er berekna ut i frå total aktivitet som vist i figuren, men vi gjer merksam på at talmaterialet er noko svakt som følgje av at det er ein del aktivitet som vi ikkje har fått tal på frå alle føretaka, og som difor er utelate. Figuren indikerer likevel at det er noko variasjon i aktivitetar. Ulik registreringspraksis eller feilregistrering kan ikkje utelukkast som forklaring på variasjon. I samband med verifiseringa av datagrunnlaget viser Helse Bergen til at figuren kan gje eit feilaktig bilde av tilbodet til pasientgruppa. Det blir mellom anna kommentert at det ikkje er nokon av deira poliklinikkar uten tyngdepunktsfunksjon som har pasientbehandling i gruppe. Føretaket opplyser derimot om at dei vil gå i gang med fleirfamiliegrupper for eteforstyrningar hausten 2023.

Figur 5: Aktivitetar - barn og unge med eteforstyrningar. BUP 2021



Kjelde: Data henta frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

5.5.2 Kompetanse involvert i behandling

Det varierer mellom poliklinikkane om det er psykologspesialist involvert i behandling av pasientar med eteforstyrningar. I enkelte poliklinikkar er det ingen psykologar eller psykologspesialistar involvert. Det blir i intervju peikt på at det ikkje nødvendigvis må vere slik at ein psykolog deltek i behandlinga, men at det også kan vere anna helsepersonell, så lenge det

medisinske ansvaret blir ivaretatt av ein lege, og behandlaren har god kompetanse på eteforstyrningar.

Det er alltid lege involvert i behandling av pasientar med eteforstyrningar for å vurdere somatisk status og eventuell bruk av tvangsernæring. Nokre av poliklinikkane med tyngdepunksorganisering har ein fast lege knytt til teamet som jobbar med eteforstyrningar. Dette sikrar at legen har god kompetanse på diagnosen og behandlingsformene. Dette blir i intervju framheva som positivt. Det blir vist til at det kan vere utfordrande for legar som har inngåande kjennskap til pasientar med eteforstyrningar å vere trygge på ordbruk og formuleringar knytt til kropp/vekt overfor pasienten. For denne pasientgruppa kan det vere særleg triggande.

Ved dei fleste andre poliklinikkar vi har gjennomført intervju ved, er det ikkje ein fast lege som jobbar med eteforstyrningar. Legane på poliklinikkane har i tillegg mange oppgåver og vakter, noko som også kan gjere det vanskeleg å sikre at det er ein *fast* lege som følgjer opp pasienten. Ved fleire poliklinikkar er det difor fleire ulike legar involvert i pasientforløpa. Enkelte behandlarar opplever at dette medfører risiko for at legane ikkje har god nok oversikt og oppfølging av pasienten sin somatiske status, og at det blir opp til behandlar utan medisinskfagleg kompetanse å halde oversikt over dette.

Alle dei poliklinikkane der vi har gjennomført intervju, har tilsette med vidareutdanning i FBT som er involvert i behandling av pasientar med eteforstyrningar. Det varierer imidlertid *kor mange* behandlarar med FBT-utdanning som er tilsett på poliklinikkane, og fleire av dei intervjuar gir uttrykk for å ha for få behandlarar med FBT-utdanning. Det blir særleg påpeikt at poliklinikkane med få behandlarar med vidareutdanning i FBT er svært sårbare dersom behandlarar med vidareutdanninga blir sjukemeldte eller sluttar.

Det går også fram av intervju at ein annan poliklinikk i Helse Stavanger per desember 2022 ikkje har nokon behandlarar med FBT-utdanning. Det blir opplyst at pasientar med eteforstyrningar i nokre tilfelle har blitt flytta til andre poliklinikkar for å få behandling av ein terapeut med vidareutdanning i FBT.

5.5.3 Kunnskap om effekt av behandling

Føretaka i Helse Vest har i varierende og til dels liten grad data om effekten av behandling av eteforstyrningar eller kvalitetsindikatorar som kan følgje dette. Helse Bergen har gjort ei evaluering av eige tenestetilbod der dei har vurdert korleis dei kunne sikre evidensbaserte tilbod til pasientgruppa, og har publisert artikkel frå arbeidet. Eit sentralt poeng er at organisering av tilbodet til lavprevalente pasientgrupper blir utfordra av behov for mengdetrening for å vedlikeholde kompetansen, og Helse Bergen fann også at kvar poliklinikk hadde færre enn fem pasientar med eteforstyrningar per år. Arbeidsgruppa foreslo å organisere tilbodet i tre spesialteam (tyngdepunkt) der pasientane fekk tilbod om evidensbaserte metodar (EBM), og det blei gjort målingar av både tal behandlarar med gjennomført kompetanseheving, talet på pasientar som blei tilbode EBM og effekt av tilbuddt behandling. I konklusjonen blir det vist til at innføring av spesialteam i generell poliklinikk framstår lovande i å sikre tidleg og evidensbasert oppfølging samt fleksible pasientforløp for barn og ungdom med eteforstyrningar.³⁴ Helse Bergen

³⁴ Artikkel publisert (2021): Spesialiserte team for spiseforstyrrelser | Tidsskrift for Norsk psykologforening (psykologtidsskriftet.no)

viser også til at regjeringa nyleg har oppnevnt eit ekspertutval for å vurdere sterkare tematisk organisering i spesialisthelsetenesta.

Internrevisjonen er ikkje kjend med at andre føretak enn Helse Bergen har gjort tilsvarande evalueringar av sine tenestetilbod. I intervju er det peikt på at det blir gjort evalueringar av behandlingstilbodet til den enkelte pasient. Dette blir gjort fortløpande saman med pasient og familie, og justerert dersom behandlinga ikkje fungerer som ønskjeleg. Helse Bergen viser til at det som del av fagleg standard skal takast før og etter mål av vekt og KMI, samt bruke spørjeskjema, men leiinga er usikre på om det blir gjort og viser til at dei har det som eit kvalitetsmål men at det i liten grad har vore følgt opp.

Fleire av føretaka viser i intervju til at det er ønskjeleg å delta i NorSpis, eit nasjonalt kvalitetsregister for alle behandlingseiningar som utgreier og behandlar pasientar med eteforstyrningar. Det blir samtidig påpeikt at dei ikkje har deltatt tidlegare, fordi registreringa er manuell og tidkrevjande. Det går fram av intervju at Helse Bergen har som mål at alle poliklinikkane skal i gong med å nytte kvalitetsregisteret, og at BUP Åsane allereie har kome i gang. Også RHF-et viser til at det er manuell og tidkrevjande registrering og at ein difor har vore forsiktige med å gi sterke føringar for deltaking med data i registeret.

Fleire viser også til at Checkware, ei elektronisk løysning for digitale kliniske skjema der pasientar sjølv kan registrere data, vil kunne vere nyttig for å samle inn data på effekt av pasientbehandlinga.

5.6 Behandlingsplan og evaluering av behandlingsplan

Det er utarbeidd ein felles mal for behandlingsplan for føretaka i Helse Vest. Planen skal innehalde informasjon om kva pasienten og foreldra ønskjer hjelp til, behandlingsmål, behandlingsform, ev. tiltak utanfor psykisk helsevern og kven som har ansvar for oppfølging. Det skal også setjast ein dato for evaluering av behandlingsplanen. I enkelte intervju blir det vist til at malen til Helse Vest ikkje blir opplevd som dekkande for det ein behandlingsplan bør innehalde. Tidlegare hadde føretaka eigne malar som fleire påpeikar at var meir omfattande. Ved poliklinikk i Helse Fonna blir det vist til at ein har laga ei oversikt over standardfraser som behandlarar kan klippe/lime frå, for å sikre at behandlingsplanane inneheld meir informasjon enn det malen legg opp til.

Fleire av behandlarane vi har intervju gir uttrykk for at dei i liten grad utarbeider behandlingsplan. Det er også få poliklinikkleiarar som i intervju gir uttrykk for at dei etterspør eller sjekkar om behandlingsplan ligg føre.

I gjennomgangen av pasientjournalar fann internrevisjonen at det var utarbeidd behandlingsplan i 13 av 43³⁵ undersøkte journalar. I Helse Stavanger var det ingen dokumenterte behandlingsplanar i dei undersøkte journalane. I enkelte journalar var det lagt inn eit dokument med namn «behandlingsplan», men som berre viste tidspunkt for planlagde timer dei komande vekene. I andre journalar var det skildra kva som var plan for neste time i journalnotatet frå konsultasjonen (t.d. å auke matinntak, innføre nye matvarer eller øve på måltidsituasjonar).

Det blir i intervju peikt på fleire årsaker til at det blir oppretta få behandlingsplanar. Dei fleste behandlarane vi har intervju opplever at **behandlingsplan allereie er «integrert»** når FBT blir

³⁵ Totalt i journalgjennomgangen er det undersøkt 46 journalar. I tre av dei undersøkte journalane fekk pasienten avslag på rett til helsehjelp, og det er difor ikkje aktuelt å undersøkje om behandlingsplan er utarbeidd i desse tilfella.

nytta som behandlingsform. Dette fordi FBT følger ein standardisert manual, og er tydeleg inndelt i tre fasar med klare mål, tiltak og evalueringspunkt for kvar fase.

Fleire leiarar og behandlarar viser til at det er **store registrerings- og dokumentasjonskrav** til behandlarane etter innføring av pasientforløpet. Å opprette ein behandlingsplan på toppen av anna dokumentasjonskrav blir opplevd som lite hensiktsmessig meirarbeid.

Nokre viser til at dei er **usikre på kva meirverdi behandlingsplanar har**, og at dette i liten grad blir etterspurt av pasient og foreldre.

Saker som omhandlar eteforstyrningar kan ofte vere akutte, og enkelte behandlarar viser i intervju til at det **ikkje alltid er tilstrekkeleg tid til å utarbeide ein behandlingsplan** før behandlinga må starte opp.

Det er også peikt på at det **manglar insentiv** for å utarbeide behandlingsplanar. Det blir vist til at fleire truleg ville utarbeidd behandlingsplan dersom ein måtte grunngje manglande behandlingsplan i journalsystemet, eller dersom det til dømes medførte økonomiske konsekvensar for poliklinikken å ikkje utarbeide behandlingsplan.

Medan enkelte behandlarar gir uttrykk for at dei ønskjer å bli betre på å utarbeide behandlingsplanar, og viser til at dette er viktig i lys av å sikre god brukarmedverknad, opplever andre at det er lite hensiktsmessig å utarbeide behandlingsplanar av årsakene som er nemnde over. Det blir påpeikt at manglande planar ikkje nødvendigvis gir dårlegare pasientbehandling eller brukarmedverknad, ettersom behandlingsforma er standardisert og følgjer faste «fasar». I tillegg blir det vist til at behandlarane utviser stor fleksibilitet for å imøtekomme ønska og behova til pasient og foreldre.

I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten, viser Helse Fonna til at utgreiingsplan og behandlingsplan er tydeleg beskrive i deira rutinar. Det blir vidare kommentert at BUP Haugesund har hatt ein eigen mal for utgreiings- og behandlingsplan som var godt implementert, men som blei fjerna ved innføring av pasientforløp og tilhøyrande malar. Desse blir i følge føretaket i liten grad brukt sidan ein dokumenterer same innhald i journal. Det blir påpeikt at dokumentasjonen dermed ligg føre, men at malen til Helse Vest ikkje er brukt. Føretaket vurderer om det likevel er føremålstenleg å bruke meir ressursar til å få brukt rett mal for å kunne tatt ut tal.

5.7 Avslutting av behandling

Dei fleste av dei intervjua behandlarane opplever at det i hovudsak er enkelt å vurdere når behandling av ein pasient bør avsluttast. Det blir vist til at sunn vekt og normalt etemønster er indikatorar på at ein kan vurdere å avslutte. Samtidig blir det peikt på at det er meir krevjande å vurdere om pasienten har eit tilstrekkeleg avklart «tankemønster», sjølv om vekta er normalisert og stabilisert. Det blir også vist til at det kan være særleg utfordrande for nyutdanna behandlarar å vurdere når behandling skal avsluttast.

Vidare er det peikt på at det kan vere krevjande å vurdere på kva tidspunkt ein skal avslutte i tilfelle der behandlinga ikkje har hatt ønskt effekt. I intervju blir det vist til at ein kan ha ein tendens til å «overbehandle» desse pasientane, noko som kan påverke pasientane sin motivasjon til å bli friske.

Avgjerda om å avslutte behandling blir som regel ikkje tatt av ein behandlar åleine. Dersom det er behov for det, blir saka drøfta med andre behandlarar på poliklinikken eller i team. Behandling blir heller ikkje avslutta dersom pasient eller foreldre ikkje ønskjer det. Det blir likevel vist til at det kan vere utfordrande dersom pasientar over 16 år ønskjer å avslutte behandling, når foreldre og/eller poliklinikken meiner at pasienten bør halde fram med behandling. Fleire viser til at dei i slike tilfelle må ta omsyn til pasienten sine ønskjer om å avslutte behandlinga, ettersom pasientar over 16 år har rett til å bestemme sjølv over eiga helsehjelp, men at ein forsøker å motivere til å halde fram.

Etter at behandling er avslutta, skal behandlar sende epikrise til tilvisande lege. Internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar viser at epikrise i dei fleste tilfella er sendt få dagar etter avslutting av behandling, og at informasjonen i epikrisen er forholdsvis utfyllande. Føretaka i Helse Vest har ein felles mal for epikrise, som mellom anna inneheld informasjon om tilvisingsgrunn, utprøvde tiltak, diagnostisk vurdering, forløp og behandling, samt plan for oppfølging. I internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar var det i dei fleste tilfella, der det var relevant, informasjon om kven som hadde ansvar for vidare oppfølging. I intervju blir det også opplyst at koordinator i Helse Fonna tek kontakt med den tenesta i kommunen som har ansvar for vidare oppfølging for å sikre samarbeid før behandling blir avslutta.

5.8 Tiltak for å samstemme praksis på tvers av poliklinikkar og føretak

Fleire viser til at dei som gjennomfører regional FBT-utdanning (sjå nærare omtale i 6.5), deltek i felles rettleiing i eitt år etter at dei har gjennomført kurset, og at dette er eit viktig bidrag for å sikre lik praksis. Rettleiing blir gitt av kurshaldar frå Danmark. I tillegg til er ein psykologspesialist i Helse Fonna, med spisskompetanse på eteforstyrningar, frikjøpt for å ha ei rettleiingsrolle på eteforstyrningar overfor alle poliklinikkane i Helse Vest.

I Helse Bergen blir det gjennomført eigne nettverksmøter med behandlarar på eteforstyrningar på tyngdepunktspoliklinikkane. Føremålet med møta er å drøfte felles problemstillingar og sikre lik praksis på tvers av poliklinikkane. Det blir i intervju vist til at nettverksmøta er viktig for å forhindre uønskt variasjon mellom poliklinikkane. Det blir opplyst at det er etablert tilsvarande nettverk for samarbeid knytt til eteforstyrningar i Helse Fonna og Helse Førde, men i intervju blir det vist til at nettverka i varierende grad har blitt nytta dei seinare åra. I samband med verifisering av faktagrunnlaget i rapporten, presiserer Helse Fonna at dei har eit fagnettverk for eteforstyrningar (med tilhøyrande nettside) som er etablert på tvers av poliklinikken ved BUP Haugesund og BUP Stord med same føremål som nettverket i Bergen.

Helse Fonna opplyser at dei har påbegynt ein kunnskapsbase/oversikt på intranett som inneheld informasjon om mindre hyppige problemstillingar knytt til tilvisingar. Tiltaket er meint å sikre felles konsensus.

Internt i føretaka er det også leiarmøte mellom klinikk/avdelingsleiing og poliklinikkar, der ein ser på ventetid, fristbrot m.m.. I intervju med leiinga i Helse Stavanger blir det mellom anna vist til at ein har sett at dei større poliklinikkane har utfordringar knytt til drift og rekruttering, samt også nokre utfordringar knytt til å halde fristar samanlikna med mindre poliklinikkar.

I Helse Bergen er det utpeikt ein ressursperson på tvers av tyngdepunkta som skal ha overordna systemansvar for eteforstyrningar, som også sikrar kommunikasjon mellom tyngdepunkta. Klinikkleiing har regelmessige møte med ressurspersonen. Også i Helse Fonna er det ein

ressursperson som er koordinator for tyngdepunkt eteforstyrningar og som har regelmessig dialog med leiinga.

Det er også etablert eit felles leiarnettverk for poliklinikkleiarar i Helse Vest. Nettverket skal vere ein arena for å diskutere faglege problemstillingar, men er ikkje avgrensa til å omhandle eteforstyrningar åleine. Etter det internrevisjonen har fått opplyst i intervju, har uønskt variasjon i liten grad vore tema på desse møta.

I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten, kommenterer Helse Bergen at dei opplever at det er mykje utveksling av erfaring på tvers i Helse Vest. Mellom anna blir det vist til at alle føretaka er representert i styringsgruppe for eteforstyrningar saman med RAS. Vidare blir det vist til at leiarane i Helse Vest møtast digitalt fleire gongar per halvår, samt fysisk møte ein gong i året for å dele informasjon og dele på tvers. Det blir også vist til at tre av føretaka i Helse Vest samarbeider om eit innovasjons- og forskingsprosjekt med mål om å utvikle digitale tenester for pasientgrupper med eteforstyrningar.

5.9 Samhandling med kommunane

I intervju blir det peikt på at ulikt tenestetilbod og kompetanse på eteforstyrningar i kommunane har betydning for omfanget av tilvisingar til BUP, og for kven som får behandling. Enkelte poliklinikkar viser til at sjølv om dei i utgangspunktet berre skal behande moderate og alvorlege sjukdomsforløp, tar dei også tar inn pasientar med «lette» tilstandar når kommunen ikkje har eit tenestetilbod.

For å sikre eit betre samarbeid mellom kommunane og spesialisthelsetenesta, er det etablert fleire samarbeidsarenaer. Samhandlingsprosjektet «Barn og unges helsetenester» blir t.d. skildra som viktig for å sikre godt samarbeid og tydeleg oppgåvefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetenesta. Helse Fonna, som først innførte dette prosjektet, erfarer at samhandlingsprosjektet har gjort kommunane betre rusta til å handtere et breiare spekter av saker.

Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger har også arbeidd med samhandlingsprosjekt for å betre samarbeidet og oppgåvefordelinga mellom kommune og spesialisthelseteneste. Føretaka har ikkje jobba like lenge med dette som Helse Fonna, men har mellom anna innført ulike formar for samhandlingsmøter med kommunane i eige opptaksområde. Møta skal fungere som arenaer for å diskutere samhandling, og eventuelle utfordringar i samarbeidet. Føretaka har også oppretta eigne nettsider med informasjon om samhandlingsforløp for eteforstyrningar, og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetenesta og dei ulike kommunale tenestene.^{36 37 38 39} Føremålet med nettsidene er at dei skal fungere som eit verktøy for fagfolk slik at dei skal kunne gi eit samanhengande helsetilbod til barn og unge.

Helsefellesskapa er ein annan viktig samarbeidsarena mellom kommunar og spesialisthelsetenesta. I Helse Fonna sitt Helsefellesskap er det etablert eit eige fagleg

³⁶ Helse Bergen. *Spisevanskar og spiseforstyrring*. Tilgjengeleg frå: <https://helse-bergen.no/barn-og-unges-helseteneste/spisevanskar-og-spiseforstyrring>

³⁷ Helse Fonna. *Spisevanskar og spiseforstyrningar*. Tilgjengeleg frå: <https://helse-fonna.no/barn-og-unges-helseteneste/spisevanskar-og-spiseforstyrring-hos-barn-og-unge>

³⁸ Helse Førde. *Spisevanskar og spiseforstyrningar*. Tilgjengeleg frå: <https://helse-forde.no/barn-og-unges-helseteneste/spisevanskar-og-spiseforstyrningar>

³⁹ Helse Stavanger. *Spisevansker og spiseforstyrrelser hos barn og unge*. Tilgjengeleg frå: <https://helse-stavanger.no/barn-og-unges-helsetjeneste/spisevansker-og-spiseforstyrrelser-hos-barn-og-unge>

samarbeidsutval (FSU) for barn og unge som skal sikre heilskaplege og samanhengande tenester i regionen på tvers av kommunar og spesialisthelseteneste. I intervju blir det til samanlikning vist til at det i Helsefellesskapet i Helse Bergen ikkje er nokon representantar for barn og unge. I Helse Førde deltek avdelingssjef for psykisk helsevern for barn og unge i Helsefellesskapet sitt faglege samarbeidsutval, medan i Helse Stavanger deltek klinikkssjef for psykisk helsevern barn og unge i Helsefellesskapet sitt strategiske samarbeidsutval.

Samarbeidsarenaene mellom føretak og kommune er ikkje spesifikt knytt til eteforstyrningar, men omhandlar samarbeid om psykisk helsearbeid blant barn og unge generelt. Fleire av dei intervju viser til at det er behov for å styrke kompetansen på eteforstyrningar i kommunane, slik at dei i større grad er rusta til å følgje opp lettare tilstandar av eteforstyrningar. Det blir likevel i avgrensa grad gitt spesifikk rettleiing frå poliklinikkane til kommunane om eteforstyrningar. Det blir i intervju påpeikt at det kan bli gitt rettleiing i enkeltsaker ved behov. Helse Bergen har også eit fast tilbod om rettleiing for helsesjukepleiarar i kommunen, der eteforstyrningar fleire gongar har vore eit tema. Føremålet med rettleiingane er å sette helsesjukepleiarar i stand til å handtere eit breiare spekter av saker sjølv, men også auke kunnskapen om kva saker som bør tilvisast til poliklinikkane. I Helse Fonna har også kommunane moglegheit til å kontakte koordinator dersom dei har behov for å drøfte anonyme saker eller vurdere om ei sak skal tilvisast poliklinikkane.

5.10 Kapasitet i døgntilbod

I denne internrevisjonen er det i hovudsak det polikliniske tilbodet i BUP som er gjenstand for undersøking. I intervju påpeikar likevel fleire at kapasiteten på sengepostane påverkar aktiviteten ved poliklinikkane.

Alle føretaka i Helse Vest har opplevd ein auke i innleggingar av pasientar med eteforstyrningar under pandemien. Det blir i intervju påpeikt at det både er behov for å legge inn *fleire* pasientar, men også at pasientane som blir lagt inn har *meir alvorlege sjukdomsforløp* enn tidlegare. Som følge av dette har pasientane lang liggetid på sjukehuset, og overgangen ved utskriving og oppfølging ved poliklinikk kan vere utfordrande. Det kan også vere behov for å følgje pasienten lenger på poliklinikk, som følge av manglande sengekapasitet.

Helse Bergen har som følge av avgrensa kapasitet, lange liggetider på sengepost, samt stort press på poliklinikkane, oppretta eit nytt tilbod med **forsterka FBT-behandling** på sengepost for pasientar med eteforstyrningar. Tilbodet inneber at pasientar skal skrivast ut etter åtte veker på post, men fortsette å få behandling via dagtilbod i to veker. Etter dette kan pasienten bli lagt inn igjen ved behov. Føremålet med tilbodet er kortare liggetid, men også ein betre overgang mellom post og poliklinikk.

Etter det internrevisjonen er kjend med har ikkje dei andre føretaka utarbeidd eit tilsvarande tilbod med forsterka FBT-behandling på post, men det blir av fleire vist til at dette er ønskjeleg å få på plass. I både Helse Stavanger og Helse Førde blir det opplyst at det også blir gitt FBT-behandling på sengepost, men fleire viser i intervju til at det er behov for å samstemme behandlingspraksis betre mellom poliklinikk og sengepost. På døgnposten har miljøterapeutar ansvar for måltid, medan foreldre har ansvar for måltid når pasienten får oppfølging på poliklinikk. Det kan gjere overgangen frå post til poliklinikk vanskelegare, og det er behov for at foreldre blir tettare involvert i behandling på sengeposten.

Det blir i intervju også påpeikt at det er behov for ein rein **dagpost** for pasientar med eteforstyrningar som følge av avgrensa kapasitet på sengepostane og poliklinikkane. Fleire

pasientar har behov for strukturert oppfølging rundt måltid, men ikkje eit fulldøgntilbod. Helse Stavanger og Helse Bergen opplyser å ha søkt om midlar frå Helse Vest RHF til å opprette eit dagtilbod.

I Helse Vest er det også etablert ei **regional avdeling for eteforstyrningar (RAS)** som tilbyr behandling til pasientar over 16 år som allereie har fått behandling i poliklinikk eller døgnpost. Det er ikkje etablert eit tilsvarende tilbod for pasientar under 16 år. I intervju blir det vist til at tilbodet er nyttig i samansette og komplekse saker, der innlegging på sengepost ikkje har hatt tilstrekkeleg effekt. RAS gir også rettleiing og kurs til poliklinikkane, og kan nyttast som ein sparringpartner i vanskelege pasientsaker.

Enkelte viser til at dei ikkje opplever at det ligg føre klare retningslinjer for når pasientar bør tilvisast til RAS, og at det er få pasientar som blir tilvist. Det blir mellom anna påpeikt at dette skuldast at ein bør ha høg terskel for å ta 16- og 17-åringar ut av sitt kjende miljø, og legge dei inn på ei regional avdeling med vaksne pasientar. I periodar har det også vore krevjande å få plass til tilviste pasientar på RAS grunna manglande kapasitet. Det blir kommentert at det i enkelte tilfelle også har blitt frårådd å tilvise yngre pasientar til RAS fordi avdelinga har hatt høgt belegg av alvorleg sjuke vaksne.

Internrevisjonen har fått opplyst at det er gjort ei kartlegging av sengekapasiteten for barn og unge i psykisk helsevern, og at Helse Vest har eit lågare tal på senger samanlikna med andre helseregionar.

5.11 Vurdering

Det er internrevisjonen si vurdering at Helse Vest RHF og føretaka på fleire område, men ikkje alle, sikrar at barn og unge med eteforstyrningar får eit mest mogleg likeverdig utgreiing- og behandlingsforløp.

Undersøkinga viser at føretaka har eigne malar og prosedyrar for **utgreiing**, og at ein spesialist som regel er direkte eller indikerte involvert i utgreiinga og klinisk avgjerd om vidare tiltak etter avslutta utgreiing. Det blir også nytta standardiserte verktøy i utgreiinga. Internrevisjonen merkar seg at det i liten grad er spor av utgreiingsplanar for pasientane i journalgjennomgangen slik det er tilrådd i pasientforløpet, men utgreiingane er i hovudsak godt dokumentert. Internrevisjonen si vurdering er vidare at føretaka har høg merksemd kring alvorleg sjuke pasientar i utgreiingsfasen, og det blir gjennomgåande vist til at det blir sett i verk behandling parallelt med utgreiing i dei tilfella det er behov for dette.

Basert på det som kjem fram av undersøkinga, er det også internrevisjonen si vurdering at føretaka følgjer nasjonale tilrådingar om å tilby og nytte familiebasert terapi som **behandlingsform** for eteforstyrningar. Både i intervju og i journalane vi har undersøkt er det denne behandlingsmetoden som er «hovudregelen». Det blir i nokre tilfelle nytta CBT-E dersom pasienten sin alder eller familiesituasjon tilseier at dette er meir føremålstenleg. Det er likevel variasjon mellom føretaka og poliklinikkane når det gjeld helsehjelpa som blir gitt til pasientar med eteforstyrningar. Dette gjeld både tal på konsultasjonar, innhald og varigheit i behandling og kompetanse brukt i behandling. Det er også variasjon i kor raskt pasientane blir tatt inn til første oppmøte. Noko av variasjonen er truleg «ønska», og er knytt til pasientane sine individuelle behov. Samtidig meiner internrevisjonen at det er indikasjonar på at delar av variasjonen er uønskt, og skuldast interne forhold som ulikheiter i kapasitet og kompetanse eller vektlegging av ulike forhold ved poliklinikkane. Det er også indikasjonar på at eksterne forhold, slik som

pasientpopulasjon, tilvisingspraksis og ulikt tenestetilbod i kommunane, påverkar både omfang av tilvisingar og omfang av pasientar som får behandling. Registreringspraksis kan heller ikkje utelukkast som årsak til variasjon.

Det ligg ikkje føre data om korleis pasientar og foreldre sjølv vurderer behandlinga, og det er for lite kunnskap om effektane av behandlinga til at det er mogleg å vurdere om og i kva grad det har betydning for pasientane si tilfriskning at helsehjelpa som blir gitt er noko ulik. Vi merkar oss at Helse Bergen har gjennomført evalueringar av eige tenestetilbod, og har funne at pasientane blir gitt god tilgang til kunnskapsbaserte metodar gjennom tyngdepunktsorganisering. Dei andre føretaka bør ev. vurdere om dei kan evaluere sine tenestetilbod, for å sikre at organiseringa understøttar best mogeleg utgreiing og behandling for denne pasientgruppa

Det blir i liten grad utarbeidd **behandlingsplanar** for pasientane, og dei planer som er utarbeidd, blir berre unntaksvis evaluert. Leiarane ved poliklinikkane følgjer også i liten grad opp at behandlingsplanar blir utarbeidd og evaluert. Fleire er tydelege på at dei ikkje gjer dette. Internrevisjonen meiner dette ikkje er tilfredsstillande, og at det bør etablerast kontrolltiltak for å sikre at føretaka og poliklinikkane utarbeider og evaluerer behandlingsplanar i samsvar med pasientforløpet. Sjølv om det blir vist til at det i mange tilfelle er tydeleg at pasienten er frisk nok til å avslutte behandling, er det også fleire eksempel på at det kan vere krevjande å vurdere når ein skal avslutte behandlinga av eteforstyrningar. Internrevisjonen meiner at utarbeiding av behandlingsplanar som har klare mål for behandlinga også kan bidra til å gjere det enklare for behandlarane å vurdere når behandlinga skal avsluttast.

Ved **avslutting av behandling** blir epikrise i all hovudsak sendt kort tid etter avslutting av pasientforløp, i samsvar med helsepersonellova § 45 a. Undersøkinga viser også at forløpa ikkje blir avslutta utan ei gjensidig avtale mellom pasient, foreldre og poliklinikken. I dei tilfella det er aktuelt med vidare oppfølging i kommunen, ligg det også føre ein skriftleg plan for kven som har ansvar for oppfølginga.

6 TILTAK FOR Å SIKRE TILSTREKKELEG KOMPETANSE

Det er ulik spesialistdekning og kompetanse i føretaka i Helse Vest. Undersøkinga viser også at føretaka og poliklinikkane i varierende grad har utfordringar med å rekruttere og behalde spesialistar. Det blir arbeidd med tiltak for å betre rekrutteringa og redusere turnover.

Familiebasert terapi er den tilrådde behandlingsmetoden for pasientar med eteforstyrningar, og Helse Vest har over tid hatt eit regionalt kompetansehevingstilbod på FBT. Undersøkinga viser samtidig at det er poliklinikkar som har behov for fleire tilsette med denne kompetansen, og som ikkje får plass på det regionale utdanningstilbodet.

6.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling:

- *Sikrar føretaka spesialisert kompetanse for behandling av eteforstyrningar?*

Kva for kompetanse som er nytta i behandling av eteforstyrningar hos barn og unge er omtalt i kapittel 5. I dette kapittelet omtalar vi spesialistdekning i føretaka og kva for tiltak som er sett i verk for å sikre tilstrekkeleg tilgang på kompetanse, samt kva for spesifikke tiltak som er sett i verk for å sikre at spesialistar og andre som behandlar barn og unge med eteforstyrningar har kompetanse i FBT.

6.2 Revisjonskriterium

Spesialisthelsetenesta skal tilretteleggje tenestene sine slik at personell som utfører tenestene, blir i stand til å overhalde sine lovpålagde plikter, og slik at den enkelte pasient blir gitt eit heilskapleg og koordinert tenestetilbod, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-2 om krav til forsvarlegheit. Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta inneheld nærare føresegner om styringssystem og internkontroll i føretaka, og omtalar også krav til korleis føretaka skal arbeide med å sikre tilstrekkeleg kompetanse. Helsedirektoratet tilrår familiebasert terapi (FBT) som behandlingsmetode for barn og unge med eteforstyrningar.⁴⁰⁴¹

⁴⁰ Helsedirektoratet: Tilråding. Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser før tilbys barn og unge med spiseforstyrrelser. Sist fagleg oppdatert 25.04.2017. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/psykoterapi-for-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser/familiebasert-behandling-spesifikt-for-spiseforstyrrelser-bor-tilbys-til-barn-og-unge-med-spiseforstyrrelser#bf4de9c9-46e3-4fe7-82f2-3f214f188f8c-praktisk>

⁴¹ Helsedirektoratet. Generelt om behandling for spiseforstyrrelser. Sist faglig oppdatert 25.04.2017. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser#generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>

Basert på spesialisthelsetenestelova, forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta, tilrådingar frå Helsedirektoratet og pasientforløpet for barn og unge med eteforstyrningar, har internrevisjonen utleia følgjande revisjonskriterium for å svare på problemstillinga som blir undersøkt i dette kapitlet:

Helseføretaka skal:

- Ha oversikt over tilsette sin kompetanse og behov for opplæring (forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helsetenestene § 6 e)
- Sørje for at tilsette har nødvendig kunnskap om og kompetanse på sitt aktuelle fagfelt (forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helsetenestene § 7),
- Sikre at poliklinikkane som behandlar barn og unge med eteforstyrningar har tilstrekkeleg kompetanse på familiebasert terapi (FBT) (jf. tilråding frå Helsedirektoratet)

6.3 Framskriving av behov

I framskrivingsrapporten for psykisk helsevern er det peikt på at psykisk helsevern for barn og unge har hatt ein betydeleg vekst i tal på tilvisingar og individ i behandling sidan 2019. Skåring av pasientane sine funksjonsnivå indikerer at veksten er pasientar som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetenesta og ikkje lettare lidingar som kunne blitt ivaretatt i kommunehelsetenesta.

Vidare er det i rapporten peikt på at det er observert ein vekst i eteforstyrningar blant barn og unge som er større enn tidlegare år. Pasientar med eteforstyrningar utgjer i 2021 *30% av samla forbruk av liggedøgn* i psykisk helsevern barn og unge nasjonalt. Det blir vurdert at det er behov for å legge til rette for ein generell auke kapasitet i psykisk helsevern barn og unge med ei særleg styrking av det polikliniske tilbodet generelt og tilbodet til pasientar med eteforstyrningar spesielt.⁴²

Fleire er tydelege på at framskrivingane og den auka aktiviteten i BUP vil innebere behov for meir ressursar og kompetanse. Internrevisjonen får opplyst at fleire av poliklinikkane blei styrka under pandemien og at midlane til dels har blitt vidareførte. I samband med verifisering av faktagrunnlaget i rapporten, kommenterer Helse Fonna at styrkinga av poliklinikkar er gjort i varierende grad i føretaka, og at BUP feltet ikkje er styrka på lik linje mellom føretaka.

6.4 Spesialistdekning i dei ulike føretaka

Internrevisjonen har etterspurt oversikt over behandlarårsverk, ledige stillingar og vakansar i samband med denne internrevisjonen. Mottatt talgrunnlag varierer og er heller ikkje samanliknbart⁴³.

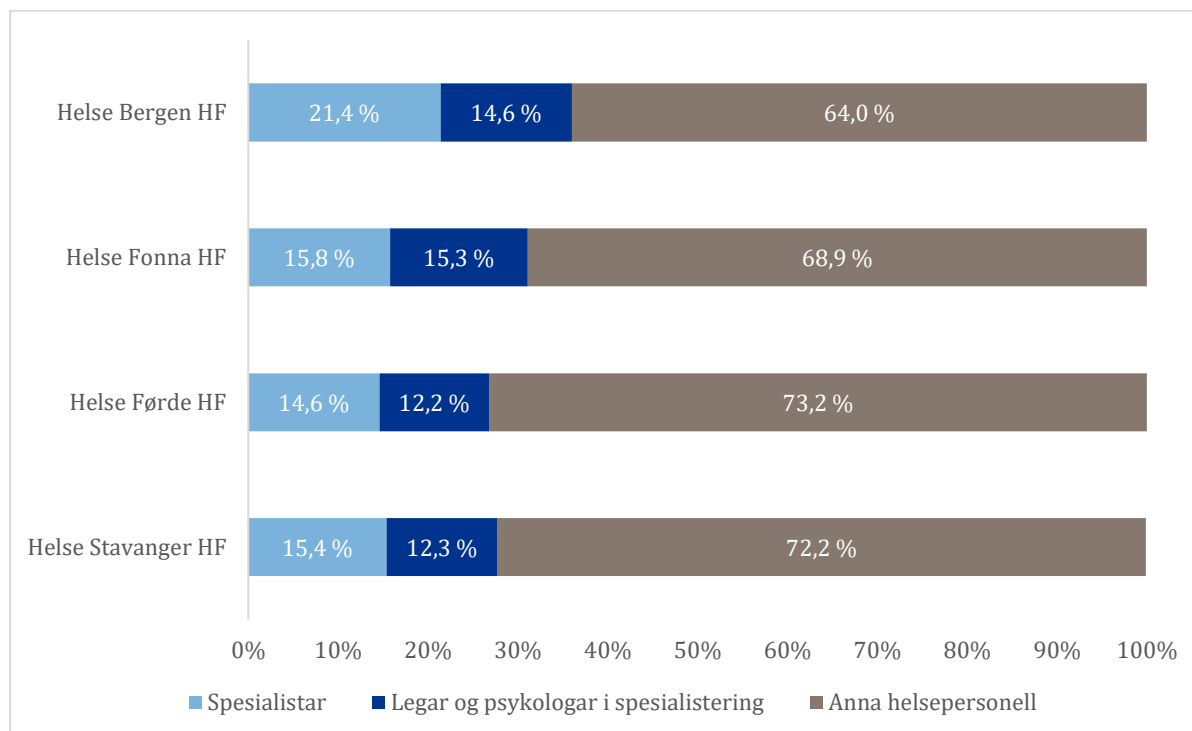
I styresak til Helse Vest RHF⁴⁴, går det fram at det er variasjon i spesialistdekninga i føretaka. Helse Bergen har høgast spesialistdekning av dei fire føretaka, medan Helse Førde har lågast (jf. figur 6). Helse Bergen har også langt høgare dekning av psykologspesialistar samanlikna med dei andre føretaka. Det er mindre variasjon mellom føretaka når det gjeld tilgang på legekompentanse.

⁴² Styresak Helse Vest RHF. Fornytt framskrivning av behov innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Styresak 127/22. Behandla i styremøte 07.12.2022.

⁴³ Det varierer mellom anna om tala er på poliklinikknivå eller klinikknivå. Det er også manglande informasjon om vakansar (enkelte føretak gir t.d. ingen informasjon om kor mange stillingar for psykologspesialistar/psykiatrar som er vakante, sjølv om det går fram av intervju at det manglar psykologar og psykologspesialistar i føretaket).

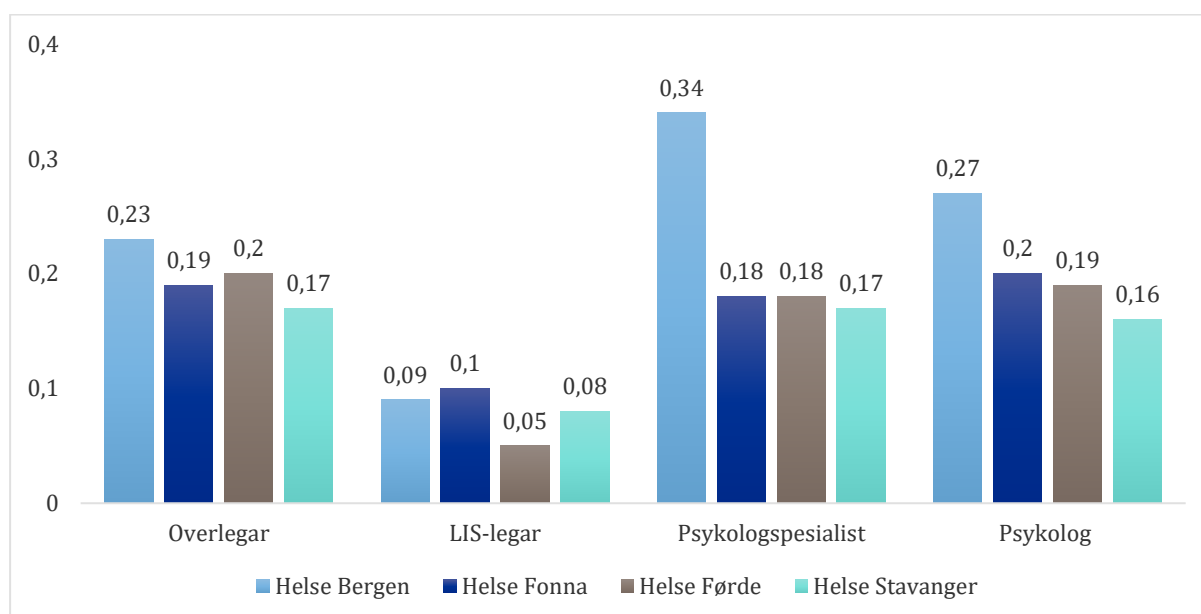
⁴⁴ Helse Vest RHF. Rekruttering innan psykisk helsevern. Styresak 124/2022. Behandla i styremøte 07.12.2022.

Figur 6: Medarbeidarar i Helse Vest i 2021 (prosentvis fordeling per yrkeskategori) – Psykisk helsevern og TSB



Merk at tala gjeld både psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusavhengigheit. Kjelde: Styresak 124/2022 i Helse Vest RHF, behandla i styremøte 07.12.2022 (Rekruttering innan psykisk helsevern).

Figur 7: Kompetanse i Helse Vest i 2021 (utførte årsverk per 1000 innbyggjar) – Psykisk helsevern og TSB



Merk at tala gjeld både psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert behandling av rusavhengigheit. Kjelde: Styresak 124/2022 i Helse Vest RHF, behandla i styremøte 07.12.2022 (Rekruttering innan psykisk helsevern).

I tilsendt dokumentasjon og i intervju går det fram at fleire poliklinikkar og føretak har utfordringar med å rekruttere psykologspesialistar og psykiatrar. Det blir vist til at det kan vere særleg vanskeleg å rekruttere denne faggruppa i poliklinikkar som ligg i område med andre omlandskommunar som også kan vere attraktive arbeidsplassar. Det blir også påpeikt at det kan vere utfordrande å rekruttere tilstrekkeleg fagkompetanse til poliklinikkar i distriktkommunar. Innføring av krav om kommunepsykolog i 2020 har medført ytterlegare utfordringar med å

rekruttere psykologspesialistar. Enkelte poliklinikkar opplever at kommunane kan tilby høgare løn og betre arbeidsvilkår enn spesialisthelsetenesta, og at psykologar difor vel seg til kommunen.

Nokre av føretaka har sett i verk tiltak for å gjere det meir attraktivt for psykologar og psykologspesialistar å jobbe i barne- og ungdomspsykiatrien. I Helse Bergen er det t.d. lagt til rette for at psykologar og psykologspesialistar kan bruke delar av arbeidstida på forskning. Det er også nytta økonomiske godar, t.d. dekking av reisekostnader, for å rekruttere til enkelte av poliklinikkane i Helse Bergen. I Helse Fonna er det lagt til rette for at psykologar kan få permisjon for å skrive spesialistoppgåve.

Det går fram av intervju at Helse Stavanger har særlege utfordringar med å sikre tilstrekkeleg legedekning i enkelte poliklinikkar. For å sikre forsvarleg drift har nokre av poliklinikkane innført ei rotasjonsordning, der legane roterer mellom poliklinikkane for å sikre medisinsk kompetanse i pasientforløpa. Det blir i intervju vist til at dette er eit sårbart system, og at legane har gitt tilbakemelding om at ordninga medfører for mange arbeidsoppgåver. Helse Stavanger har vurdert å nytte sjukepleiarar til å ivareta noko av den medisinske oppfølginga for å avlaste legane, men det er førebels ikkje tatt ei endeleg avgjerd knytt til dette. Det blir i intervju også påpeikt at Helse Stavanger har diskutert å nytte lønsmidlar for å rekruttere fleire legar, men at dette er utfordrande grunna avgrensa økonomisk handlingsrom på klinikken. Det går ikkje fram at dei andre føretaka har behov for å sette i verk tilsvarende tiltak for å sikre legedekning.

Det blir arbeidd med å vurdere felles tiltak i Helse Vest knytt til å rekruttere og behalde spesialistar i psykisk helsevern. Det er nedsett ei gruppe som arbeider med ulike tiltak, og som etter planen skal levere rapport med tilrådingar våren 2023.

6.5 Kompetansehevingstilbod på eteforstyrningar

Familiebasert terapi (FBT) er som tidlegare omtalt tilrådd behandlingsmetode for behandling av barn og unge med eteforstyrningar. Det har sidan 2013 vore tilbod om regional vidareutdanning i FBT, organisert av RAS, som er lokalisert i Helse Bergen.

Tabellen under viser kor mange behandlarar frå poliklinikkane som har deltatt på vidareutdanninga sidan 2013.⁴⁵

Tabell 9: Oversikt over talet på behandlarar som har deltatt på regional vidareutdanning i FBT 2013-2023

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Helse Bergen	7	9	4	2	-	3	4	4	3	7	5
Helse Fonna	5	2	1	1	-	0	7	5	4	-	3
Helse Førde	-	2	4	1	-	0	-	-	-	1	1
Helse Stavanger	2	-	6	8	-	13*	2	3	7	6	5

⁴⁵ Det var ingen behandlarar frå poliklinikkane som deltok på vidareutdanninga i 2017, fordi det var fokus på sengepostar dette året.

Totalt	14	13	15	12	-	16	13	12	14	14	16*
---------------	----	----	----	----	---	----	----	----	----	----	-----

* Internrevisjonen har fått opplyst munnleg at det i 2023 er 16 deltakarar på kurset. Fordelinga av deltakarar mellom føretaka i 2023 er difor ikkje heilt presis.

Kjelde: tal innhenta frå RAS

Normalt blir det tilbudd 14 kursplassar. I 2013 og 2023 blei tilbodet auka til 16 plassar. Det ligg ikkje føre oversikt over tal på søknadar for det enkelte føretak per år. RAS opplyser at det på det meste har vore sju personar som ikkje har fått plass.

Det blir opplyst frå RAS at det i liten grad er mogleg å auke talet på plassar ytterlegare grunna avgrensa kapasitet for kurshaldar/rettleiingar som blir brukt, men at det er sett i verk tiltak for å heve kompetansen på eteforstyrningar i Helse Vest utover dette konkrete kurstilbodet. Som omtala i kapittel 5.8 er ein psykologspesialist frå Helse Fonna, med spisskompetanse på eteforstyrningar, frikjøpt for å ha ei rettleiingsrolle på eteforstyrningar overfor alle poliklinikkane i Helse Vest.

I intervju blir det påpeikt at det er eit udekket behov for tilsette med vidareutdanning i FBT. Nokre poliklinikkar viser til at dei ikkje har fått plass på det regionale utdanningstilbodet⁴⁶. Som følgje av dette har dei måtte sende behandlarar på liknande kurs i andre byar, eller gjennomført nettbaserte kurs.

RAS viser til at dersom det er fleire søkarar enn tilgjengeleg plassar, blir styringsgruppa for utdanningstilbodet spurt om å prioritere mellom søknadane. I styringsgruppa sit representantar frå alle dei fire føretaka i regionen. Det blir vist til at hovudkriteriet for å få plass er at ein er behandlar i BUP. I enkelte tilfelle har også behandlarar i sengepostar fått deltatt, og i 2017 var det eit eige tilbod for sengepostane. Utover dette ligg det ikkje føre klare kriterium for tildeling av plassar. På nettsidene for utdanningstilbodet står det at alle som behandlar barn og unge med eteforstyrningar i spesialisthelsetenesta i Helse Vest kan delta, og at plassar blir fordelt ut frå befolkningsgrunnlaget i føretaka.⁴⁷ Internrevisjonen har ikkje fått informasjon i intervju om at dette i praksis er noko som blir brukt ved prioritering av plassar.

Som omtalt i kapittel 5.5 er det variasjon mellom poliklinikkane når det gjeld behandlarar med FBT-kompetanse. Tilgang på behandlarar med vidareutdanning i FBT varierer også mellom poliklinikkane som følgje av ulik organisering. Som skildra i kapittel 3 har Helse Bergen og Helse Fonna ei tyngdepunksorganisering. Det blir i intervju vist til at fordelingen med dette er moglegheita til å samarbeide tett i komplekse saker med andre kollegaer som også har høg kompetanse på eteforstyrningar. I tillegg får behandlarane på tyngdepunktpoliklinikkane mengdetrening i å behandle eteforstyrningar, samt at ein er noko mindre sårbar for å miste kompetanse. I samband med verifiseringa av datagrunnlaget i rapporten, legg Helse Fonna til at dei har valt løysinga med tyngdepunkt på tvers av to poliklinikkar for å sikre tilstrekkeleg kompetanse til kvar tid og eit robust behandlingstilbod då dei ser at det er veldig sårbart dersom kompetansen berre finst hos enkeltbehandlarar.

⁴⁶ Regional avdeling for eteforstyrningar har ikkje tal over søknadar for dei ulike åra, og internrevisjonen har difor ikkje hatt moglegheit til å vurdere kor stort det udekket behovet for vidareutdanninga er.

⁴⁷ Helse Bergen. *Utdanning i familiebasert terapi ved Anorexia Nervosa (FBT)*. Tilgjengeleg frå: <https://helse-bergen.no/fag-og-forsking/kurs-og-opplering-for-helsepersonell/utdanning-i-familiebasert-terapi-ved-anorexia-nervosa-fbt#kven-kan-delta>

Enkelte poliklinikkar opplyser også at dei manglar behandlarar med CBT-E kompetanse, som er alternativ behandling for særleg eldre ungdom dersom FBT ikkje verkar føremålstenleg.

I intervju blir det også vist til at poliklinikkane kan mangle tilstrekkeleg kompetanse til å handtere komorbide og komplekse tilfelle, der pasientar har meir enn ei diagnose. I desse sakene er det ofte ikkje tilstrekkeleg å nytte FBT eller CBT-E som behandlingsform, og det kan t.d. vere nødvendig å kople på andre team eller behandlarar med anna type kompetanse (t.d. autisme, OCD, angst, og liknande).

6.6 Vurdering

Helse Vest har over mange år hatt eit regionalt kompetansehevingstilbod på eteforstyrningar. Internrevisjonen vurderer dette som eit godt og viktig tiltak for å sikre spesialisert kompetanse.

Samtidig finn vi grunn til å påpeike at det også er poliklinikkar i regionen som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar, som er svært sårbare og/eller manglar kompetanse. Tala viser også at det blir tilbudd færre FBT-plassar enn det føretaka har behov for.

Internrevisjonen meiner det er viktig at det blir sikra at poliklinikkar som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar, har tilstrekkeleg spesialisert kompetanse. Dette betyr ikkje at alle poliklinikkar nødvendigvis skal behandle barn og unge med eteforstyrningar, og det må sjåast saman med organiseringa av tenestetilbodet og behovet for kompetanse i det enkelte føretak.

Internrevisjonen merkar seg også at føretaka – i noko varierende grad – har utfordringar med å rekruttere og behalde spesialistar. Når det gjeld poliklinikkane, varierer det om det primært er utfordringar med å sikre psykologspesialistar, lege/psykiatrar eller begge deler. Internrevisjonen er kjend med at Helse Vest RHF og føretaka arbeider med eit prosjekt for å redusere turnover og tiltak retta mot rekruttering av spesialistar. Det verkar føremålstenleg at RHF-et og føretaka i fellesskap vurderer kva for tiltak og moglegheiter som finst for å sikre tilstrekkeleg spesialistdekning.

7 BARN OG UNGE SIN RETT TIL MEDVERKNAD

Føretaka skal i følge lov og forskrift legge til rette for brukarmedverknad både på individ- og systemnivå. Føretaka arbeider på fleire område med å sikre brukarmedverknad, både i det enkelte behandlingsforløp og på systemnivå. Føretaka har derimot ikkje etablert eit system som sikrar at erfaringar og innspel frå pasientar og deira pårørande systematisk blir henta inn og brukt til å forbetre tenestetilbodet. Vidare blir det i liten grad utarbeidd behandlingsplanar for pasientane, som skal leggje til rette for at pasient og pårørande får medverke i behandlingsforløpet.

7.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling:

- *Sikrar føretaka barn og unge sin rett til medverknad?*

7.2 Revisjonskriterium

Medverknad frå pasient og pårørande er regulert gjennom føresegner i lov og forskrift. Det er både sjølvstendige rettar knytt til medverknad i val av og gjennomføring av behandling, ofte omtalt som medverknad på individnivå, samt rettar som skal sikre medverknad frå pasient/pårørande på systemnivå.

Basert på kapittel 3 i pasient- og brukarrettslova, forskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse og omsorgstenesta, § 7e og § 8d med rettleiar, har internrevisjonen utleia følgjande revisjonskriterium knytt til problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Helseføretaka skal:

- Sikre at pasient og pårørande i BUP får medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester, under dette medverke ved val av undersøkings- og behandlingsmetode for eteforstyrningar (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1 første ledd)
- Sikre at tenestetilbodet så langt som mogleg blir utforma i samarbeid med pasient og pårørande (jf. pasient- og brukarrettslova § 3-1 andre ledd)
- Sørge for å innhente erfaringar frå brukarar og pårørande om korleis dei opplever tenestetilbodet, dei tenestene dei mottek og kva dei meiner bør forbetrast (jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring § 8d)
- Gjere bruk av erfaringar frå pasientar og pårørande (jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring §7e)

Eksempel på korleis ein kan leggje til rette for medverknad på systemnivå:

- rutinar for innhenting og bruk av erfaringane til pasient-, bruker- og pårørande, under dette erfaringar frå det enkelte opphald/besøk/undersøking
- kartleggingar eller undersøkingar om pasienterfaringar

- rutinar for å inkludere pasientar og pårørande i forbeingsgrupper
- etablering av brukarråd eller brukarutval
- rutinar for å gå i pasientens fotspor

7.3 Medverknad på individnivå/pasientnivå

Som omtalt tidlegare i rapporten blir det i liten grad utarbeidd behandlingsplanar for barn og unge med eteforstyrningar, sjølv om det er etablert både malar og rutinar for dette. Behandlar, pasient og foreldre skal samarbeide om å utarbeide ein behandlingsplan med utgangspunkt i kva som er viktig for pasienten og foreldre, og skal slik bidra til medverknad. Det er også sentralt at pasienten og foreldre er med på å evaluere behandlingsplanen og ev. gjere nødvendige endringar for å sikre at behandlinga er individuelt tilpassa og har effekt.

Fleire av dei vi har intervjuar understrekar at mangel på eit dokument titulert som «behandlingsplan» ikkje betyr at pasient og pårørande ikkje får medverke, og at det ikkje er mogleg å gjennomføre behandling av eteforstyrningar utan medverknad. Eigarskap til og motivasjon for tiltaka og behandlinga er avgjerande. Det er gitt fleire døme på at både pasient og pårørande får ta aktive val i utforming av behandlinga, både med omsyn til metode (FBT eller CBT-e), timeavtalar, kva som er viktig for pasienten m.m.

Dei fleste opplyser i intervju at det blir gitt munnleg informasjon om dei ulike metodane i første samtale med pasienten. Fleire poliklinikkar viser også til at dei tilrår FBT, men at pasient og pårørande sitt syn blir vektlagt dersom dei ikkje ønskjer FBT. I internrevisjonen sin gjennomgang av pasientjournalar var det i varierende grad spor i journalane av at det var blitt gitt slik informasjon. I nokre journalar er det godt dokumentert at det er informert om FBT og kva dette inneber, og at poliklinikken har gitt foreldre og pasient anledning til å tenke på til neste time om dei ønskjer å gå i gang med denne behandlinga. I andre tilfelle er det ikkje spor av at det har blitt informert om ulike behandlingsformer. Det er i fleire tilfelle godt dokumentert i journalane vi har undersøkt at pasienten blir høyrtd med omsyn til intervall og intensitet i behandling, timeavtalar mv.

Det går fram av intervju at det i liten grad blir gitt skriftleg informasjon om behandlingsformene. Unntaket er ein poliklinikk i Helse Førde og ein poliklinikk i Helse Stavanger, som opplyser at dei lånar ut eller tilrår å kjøpe ei bok om FBT-metoden til foreldre. Ved den same poliklinikken i Helse Stavanger får pasient og foreldre også eit skriftleg informasjonsark om behandlinga som er utarbeidd av poliklinikken.

Helse Fonna viser til at brukarmedverknad er fast punkt i mal for første samtale, og at brukarmedverknad også er eit sjekkpunkt i leiinga sin interne journalrevisjon.

7.4 Medverknad på systemnivå

7.4.1 Ungdomsråd og andre utval

Alle føretaka har etablert ungdomsråd. Desse skal bidra til at stemma til ungdom blir høyrtd i saker som gjeld ungdom i spesialisthelsetenesta.

Helse Bergen opplyser i intervju at ungdomsrådet blir involvert i arbeidsgrupper i klinikk psykisk helsevern barn og unge, at dei blir brukt i samband med internundervisning og som høyringsinstans for arbeid med strategiar og liknande. Leiinga opplever samarbeidet som svært nyttig.

Ungdomsrådet i Helse Bergen får førespurnadar frå føretaket om å delta, men rådet vel sjølv kva dei/den enkelte representant ønskjer å vere involvert i. Representant frå ungdomsrådet gir uttrykk for at dei blir lytta til og at dei får snakke om det dei synes er viktig når BUP inviterer til samarbeid. Mellom anna har ungdomsrådet vore involvert i venteromsutforming og korleis ein blir møtt som pasient i BUP.

Ungdomsrådet i Helse Fonna er også involvert i arbeid som gjeld BUP, både på overordna nivå og i konkrete prosjekt, og vel også sjølv kva prosjekt og arbeid dei vil medverke i. I 2020 blei det utarbeidd eigne retningslinjer for brukarmedverknad ved BUP Haugesund. Etter dette har ungdomsrådet hatt to representantar som har deltatt fast i funksjonsleiarmøter og andre møter ved BUP Haugesund. Det blir gitt uttrykk for at samarbeidet med BUP har fungert godt etter at det blei etablert strukturerte retningslinjer for samarbeidet. Det er ikkje etablert tilsvarende retningslinjer for samarbeidet med BUP Stord, men BUP Stord har gitt tilbakemelding om at dei ønskjer eit tettare samarbeid.

Helse Fonna har også tilsett erfaringskonsulentar, både ved DPS og i BUP. Ved DPS blir erfaringskonsulentane involvert i behandlinga, medan erfaringskonsulenten i BUP primært blir involvert på systemnivå. Internrevisjonen får opplyst at ein har hatt brukarar med inn i ulike prosjekt for å få med brukarperspektivet når ein skal rigge tenestene i psykisk helsevern.

Helse Førde opplyser at ungdomsrådet i liten grad har vore involvert i tenestetilbodet som gjeld eteforstyrringar, men at dei har vore involvert i arbeid knytt til korleis poliklinikkane arbeider med vurdering/prioriteringar. Det blir vist til at det er ei utfordring å rekruttere til ungdomsrådet og at det per i dag er ei lita gruppe i rådet. Ein arbeider også med å få til ei tettare kopling mellom ungdomsrådet og føretaket sitt brukarutval.

Helse Stavanger opplyser at det nyleg er etablert to ekspertråd, eitt med ungdommar og eitt med foreldre. Det er også eit ungdomsråd i føretaket, og nokre av representantane går på tvers av ungdomsråd/ekspertrådet med ungdommar. I intervju blir det opplyst at leiinga har oppfordra poliklinikkane til å invitere råda med i ulike prosessar (f. eks design på venterom, eller andre spesifikke problemstillingar), og leiar ved ein av poliklinikkane viser til at det framover er ønskjeleg å invitere representantane til å bidra i utvikling av tenestene. Ekspertråda har elles deltatt i eit prosjekt om barn og unge sine rettar i psykisk helsevern, og har vore viktige bidragsytarar. Det blir kommentert at ungdom og foreldre ofte har litt ulike behov ved behandling i BUP. Foreldre har gjerne eit informasjonsbehov, medan ungdom kan ha behov for privatliv i behandlinga. Det kan vere krevjande å foreine desse behova, blir det kommentert.

Dei representantane som vi har intervjuar frå to av ungdomsråda gir uttrykk for at samhandlinga mellom ungdomsråd og poliklinikkane blir opplevd som god, men det blir vist til at poliklinikkane har potensial for å i større grad vektlegge innspel/erfaringar frå pasientane.

7.4.2 Innhenting av tilbakemeldingar frå pasient og pårørande

Ingen av føretaka innhentar systematiske tilbakemeldingar på korleis pasient og pårørande opplever tenestetilbodet per i dag. Helse Fonna opplyser at det førebels ikkje er tilgang på tilbakemeldingsverktøy, men at det blir arbeidd med å få på plass ei felles løysing i Helse Vest. Det blir likevel sagt at det blir sendt ut brukarundersøkingar og at resultat inngår i vurdering, evaluering og korrigerer av tenestene.

Helse Bergen viser til at det blei gjennomført brukarundersøkingar i 2014, 2017 og 2018 gjennom Folkehelseinstituttet. Brukarevalueringsskjema er lagt inn i Checkware som er under implementering i Helse Bergen. Klinikk for psykisk helsevern for barn og unge har vidare utarbeidd ein plan for brukarmedverknad, der det er tiltak knytt til å bruke pasienterfaringar i forbetningsarbeid. Helse Bergen viser også til at det er faste møte med ROS, som er ein interesseorganisasjon for alle som er berørt av problematikk rundt mat og kropp.

Fleire leiarar i ulike føretak opplyser om at ein har blitt betre på å sikre brukarmedverknad i tenestene, men at det framleis er ein veg å gå for å sikre gode system og rutinar for dette.

7.5 Lærings- og mestringstilbod til pasient og pårørande

Føretaka har i liten grad etablert lærings- og mestringstilbod (t.d. kurstilbod i grupper for ungdommar/foreldre eller liknande) som spesifikt er knytt til eteforstyrningar, men har i fleire tilfelle opplæringstilbod retta mot andre diagnosar.⁴⁸ Fleire viser til at psykoedukasjon⁴⁹ er ein sentral del av behandlinga i FBT. I Helse Bergen har ein mellom anna utarbeidd psykoedukasjonsmateriell for familiar med barn/unge med eteforstyrningar. Ein av poliklinikkane i Helse Stavanger (BUP Sandnes) har utarbeidd eit dokument med rettleiing knytt til psykoedukasjon og kva som er viktig informasjon å formidle til barn, unge og vaksne. I intervju ved fleire poliklinikkar blir det også vist til at foreldre/pårørande som har behov for rettleiing om sjukdommen, sjukdomsbilde, pårørande si rolle m.m. får tilbod om ytterlegare rettleiing i egne timar.

I intervju med representantar frå Ungdomsrådet i Helse Fonna blir det vist til at det blir arbeid med ein pilot for lærings- og mestringstilbod for ungdom i BUP. Planen er å teste ut om kurset kan gå parallelt med behandling.

I samband med verifisering av datagrunnlaget i rapporten, viser Helse Bergen til at styringsgruppa for eteforstyrningar der alle føretaka er representert, har nedsett ei arbeidsgruppe på tvers av Helse Vest, med mål om å utvikle felles psykoedukasjonsmodul for pasientgruppa.

7.6 Vurdering

Basert på det som kjem fram av undersøkinga, er internrevisjonen si vurdering at føretaka og RHF-et ikkje fullt ut har etablert eit system som sikrar barn og unge sin rett til medverknad.

Sjølv om det gjennomgåande er peikt på at pasient og pårørande får medverke i gjennomføring av behandling, er det klare manglar når det gjeld behandlingsplanar, slik vi også har påpeikt tidlegare i rapporten. Det bør etter internrevisjonen si vurdering arbeidast ytterlegare med å sikre at pasientar som er til behandling for eteforstyrningar i BUP får utarbeidd ein skriftleg behandlingsplan. Denne skal utarbeidast i samarbeid mellom behandlar og pasient/pårørande, og skal leggje til rette for at pasient og pårørande får medverke i val av behandlingsform m.m. Vi merkar oss også at brukarrepresentantar peikar på at det kan vere krevjande å få medverke som pasient i BUP.

⁴⁸ Helse Bergen opplyser mellom anna at det blir gjennomført regelmessige opplæringprogam for ADHD i alle poliklinikkane, og at det blir gjennomført ei rekke kurs for foreldre med barn med autismspekterforstyrningar. Helse Stavanger opplyser at det er pårørandeopplæring innan asperger/autisme og ADHD.

⁴⁹ Psykoedukasjon handlar om å gje pasient og pårørande opplæring, kunnskap og informasjon om spesifikk diagnose.

Føretaka har lite systematisk kunnskap om korleis pasientane og pårørande opplever tenestetilbodet og behandling av eteforstyrningar. Det blir per i dag ikkje systematisk innhenta informasjon t.d. gjennom tilbakemeldingsskjema eller liknande. Føretaka skal etter regelverket sørgje for å innhente og gjere bruk av erfaringar frå brukarar og pårørande om korleis dei opplever tenestetilbodet. Etter internrevisjonen si vurdering etterlever ikkje føretaka fullt ut føresegnene i regelverket, men vi merkar oss at fleire viser til at ein ventar på eller er i ferd med å innføre Checkware og at dette vil leggje til rette for å kunne innhente meir systematisk informasjon og kunnskap om korleis pasientane opplever tenestetilbodet.

Det er i liten grad etablert lærings- og mestringstilbod knytt til eteforstyrningar utover psykoedukasjon i behandlinga, men det er sett i gong fleire initiativ både i enkelte føretak (Helse Fonna arbeider med eit kurstilbod som skal piloterast) og i fellesskap der føretaka samarbeider med å lage felles psykoedukasjonsmateriell.

På systemnivå er det etablert ungdomsråd og til dels andre utval slik som Helse Stavanger sine ekspertråd for foreldre og ungdom. Internrevisjonen har invitert alle ungdomsråda til å stille til intervju i samband med denne internrevisjonen, men berre to har takka ja. Internrevisjonen har dermed ikkje grunnlag for å gjere ei fullstendig vurdering av korleis ungdomsråda opplever brukarmedverknaden med BUP på systemnivå. Basert på den informasjonen som er gitt frå representantane ved dei to ungdomsråda vi har snakka med, synast det å bli godt tilrettelagt for at ungdomsrepresentantar får medverke i vidareutvikling av BUP, og det blir i all hovudsak trekt fram positive erfaringar både frå ungdomsrådsrepresentantar og leiarar i BUP.

8 INFORMASJON OM PASIENTRETTAR

Informasjon om pasientrettar blir sendt ut saman med svarbrev ved rett til eller avslag på helsehjelp. Formuleringane er standardiserte og sikrar rett og lik informasjon uavhengig av behandlingsstad. Det blir gjennomgåande vist til at det munnleg blir informert om pasientrettar ved oppmøte i poliklinikk, men det varierer om det er laga standardisert informasjonsmateriell og rutinar som sikrar at lik informasjon blir gitt.

8.1 Innleiing

I dette kapittel svarar vi på følgjande hovudproblemstilling:

- *Sikrar føretaka at pasientane får korrekt informasjon, under dette informasjon om pasientrettar?*

8.2 Revisjonskriterium

Pasientrettar er omtalt i fleire lovverk. Pasient- og brukarrettslova er den mest sentrale lova. I tillegg er det fleire relevante føreseigner i folketrygdlova.

Føremålet med pasient og brukarrettslova er å sikre befolkninga lik tilgang på tenester av god kvalitet ved å gje pasientar rett overfor helse- og omsorgstenesta. Kapittel 2 i lova inneheld nærmare omtale av rett til helse- og omsorgstenester og rett til transport (§§ 2-1 – 2-8). Kapittel 7 inneheld føreseigner om rett til klage.

Basert på pasient og brukarrettslova sitt føremål, spesifikke rettार som er omtalt i kapittel 2 og 7 i lova, samt kapittel 9 i folketrygdlova, har internrevisjonen utleia følgjande revisjonskriterium for å svare på problemstillinga som blir undersøkt i dette kapittelet:

Helseføretaka skal mellom anna:

- Sikre at pasientar som er tilvist til BUP innan 10 verkedagar etter at tilvisinga er mottatt får informasjon om han eller ho har rett til nødvendig helsehjelp (§ 2-2 rett til vurdering)
- Sikre at pasientar som blir vurdert å ha rett til helsehjelp i BUP blir informert om tidspunkt for når utgreiing eller behandling skal setjast i gang (§ 2-2 rett til vurdering)
- Sikre at tidspunkt for oppstart eller behandling blir sett før fristen for når nødvendig helsehjelp seinast skal bli gitt (§ 2-2 rett til vurdering)
- Sikre informasjon om pasienten sin rett til fornya vurdering (§ 2-3 om rett til fornya vurdering)
- Sikre informasjon om rett til val av behandlingsstad (§ 2-3 om rett til val av behandlingsstad)
- Sikre informasjon om rett til dekking av utgifter når pasienten må reise i samband med helseteneste som er omfatta av spesialisthelsetenestelova og som er dekkja av eit føretak eller som er omfatta av fritt behandlingsval (jf. § 2-6 om rett til dekning av utgifter til pasientreise)

- Sikre bruk av tolk/tilpassing av informasjon ved behov (jf. § 3-5 om at forma på informasjonen skal vere tilpassa mottakarane sine individuelle føresetnader, mellom anna knytt til språk)
- Sikre informasjon om rett til pleiepengar for foreldre eller andre omsorgspersonar som har fråvær frå arbeid for å ta seg av barn og unge som har vore til behandling eller utgreiing i BUP (jf. folketrygdlova § 9-10)
- Sikre informasjon om retten til å klage, kor klage skal sendast samt frist for å klage (jf. kapittel 7 i pasient- og brukarrettslova)

8.3 Informasjon om pasientrettar

8.3.1 Svarbrev ved vurdering av rett til helsehjelp

Det er utarbeidd malar for svarbrev i pasientjournalssystemet som blir sendt ut ved rett eller avslag på helsehjelp. Informasjon om pasientrettar blir med andre ord sendt ut per brevform så snart behandlingsstaden har vurdert om pasienten har rett på helsehjelp eller ikkje.

Svarbrevet inneheld informasjon om den medisinskfaglege vurderinga som er gjort (rett eller avslag), frist for rett til helsehjelp, dato for første time og anna informasjon om oppmøtestad mv. I tillegg inneheld brevet meir generell informasjon pasientrettar, slik som:

- At spesialisthelsetenesta skal vurdere ei tilvising innan ti arbeidsdagar
- Informasjon om betaling og eigendel etter fastsett takst
- Gebyr ved manglande oppmøte
- Fristbrot, under dette at HELFO blir kontakta dersom behandlingsstaden oppdagar at dei ikkje klarer å overhalde fristen for helsehjelp, og at pasient då blir kontakta av HELFO for å undersøkje om pasient ønskjer eit alternativt tilbod
- Rett til å velje behandlingsstad, samt informasjon om kor ein kan finne oversikt over moglege behandlingsstadar
- Rett til ny vurdering
- Klagerett, og at det kan klagast både når det gjeld retten til helsehjelpbehandling, og for frist for helsehjelp. Informasjon om klagerett inneheld også informasjon om frist for å klage (fire veker) og kor klagen skal rettast
- Informasjon om pasient- og brukarombod
- Rett til innsyn i pasientjournal
- Transport/pasientreiser og rett til å få dekkja nødvendige utgifter ved reise til og frå behandling
- Tolk
- Informasjon om at full oversikt over pasientrettar er tilgjengeleg på HelseNorge.

I gjennomgang av pasientjournalar fann internrevisjonen at det var sendt ut svarbrev til alle pasientar, samt til tilvisande lege.

8.3.2 Informasjon gitt ved behandlingsstaden ved oppmøte

I intervju blir det opplyst at det blir gitt munnleg informasjon om pasientrettar til pasient og pårørande, ofte i løpet av den første/dei første timane ved poliklinikken. Det blir mellom anna vist til at ein informerer om rett til pleiepengar dersom føresette/pårørande må ta fri frå arbeid for å kunne følgje opp pasienten og måltid i den første fasen av FBT. Både i Helse Bergen og i Helse Fonna ligg det føre rutinar for dette. Uavhengig av om det ligg føre skriftlege rutinar eller ikkje, er det gjennomgåande i intervju med behandlarar vist til at det ligg i «ryggmargsrefleksen» å

informere om pasientrettar. Internrevisjonen har i stikkprøvegjennomgangen sett fleire døme på at det er utfylt søknadsskjema om pleiepengar.

Ved nokre av poliklinikkane blir det utdelt skriftleg materiell. I intervju ved poliklinikken i Haugesund blir det til dømes opplyst at alle pasientar og deira pårørande får utdelt ei eiga pasientmappe med informasjon om klagemoglegheiter (korleis gå fram, kven kan ein kontakte), informasjon om Helsenorge, brosjyrar frå Helsedirektoratet samt informasjon om BUP Haugesund. Det blir vist til at det er mykje informasjon som blir gitt munnleg i første time og at det kan vere vanskeleg å få med seg eller huske alt som blir sagt, slik at det kan vere føremålstenleg å ha skriftleg informasjon tilgjengeleg. Representant frå Ungdomsrådet viser til at brukarrepresentantar er blitt involvert i å vurdere om denne informasjonen kan bli meir brukarvennleg.

Ein av poliklinikkane opplyser at dei har hengt opp oppslag på venterom med mellom anna informasjon om moglegheit for å bytte behandlar. Denne poliklinikken opplevde at fleire nytta seg av denne moglegheita etter at dei hadde informert ved oppslag. Det er ikkje eigne føresegner i lov- og regelverk som omtalar rett til å bytte behandlar, men det er presisert i pasient- og brukarrettslova at pasienten har rett til å medverke og at tilbodet så langt som mogleg skal utformast i samarbeid med pasienten. I denne samanheng blir det vist til at dersom ein pasient aktivt ønskjer å bytte behandlar, strekk ein seg langt for å få til dette så framt det er andre kvalifiserte behandlarar som kan ta over. Samtidig er det frå ein brukarrepresentant peikt på at det kan vere vanskeleg i praksis.

8.4 Vurdering

Basert på det som kjem fram av undersøkinga, er internrevisjonen si vurdering at føretaka i hovudsak sikrar at pasientar og deira pårørande får tilstrekkeleg informasjon om pasientrettar. Det er føremålstenleg at det blir sendt ut standardiserte brev der relevante pasientrettar er omtalt, samt med informasjon om kor pasient/pårørande kan oppsøkje informasjon om fullstendige rettar. Standardiserte brev reduserer risiko for ulik praksis og/eller at pasientar ikkje får informasjon om sine pasientrettar. Internrevisjonen har likevel merka seg at breva er formulert på norsk, og stiller spørsmål ved om dette i tilstrekkeleg grad sikrar at personar utan norskkunnskap får informasjon om sine pasientrettar. Det bør vurderast om ein skal inkludere ei setning på engelsk (minimum) i svarbrevet om kor mottakar kan ta kontakt eller oppsøkje informasjon på andre språk.

Internrevisjonen merkar seg at det gjennomgåande blir gitt uttrykk for at det blir informert munnleg om pasientrettar ved oppmøte på poliklinikkane. Det er likevel variasjon når det gjeld kva skriftleg materiell som er tilgjengeleg/kjend for behandlarane utover svarbrev, og det er også i varierende grad omtalt i skriftlege rutinar kva informasjon om pasientrettar som bør formidlast ved oppmøte på poliklinikk. Det bør vurderast å utarbeide felles materiell eller felles rutinar/sjekkpunkt for t.d. innkomstsamtale, for å sikre lik praksis med omsyn til kva informasjon om pasientrettar som blir gitt.

9 KONKLUSJON OG TILRÅDINGAR

Undersøkinga viser at det er variasjonar i helsehjelpa til barn og unge med eteforstyrningar. Sjølv om pasientar har ulikt behov for helsehjelp, meiner internrevisjonen det er indikasjonar på at noko av variasjonen er uønskt og at aktiviteten og tenestetilbodet i BUP er påverka av både interne og eksterne faktorar. Samtidig er det tydeleg at barn og unge med eteforstyrningar har høg prioritet i helseføretaka, og internrevisjonen meiner føretaka på mange område har ei god oppfølging av denne pasientgruppa.

Undersøkinga viser at føretaka i hovudsak sikrar at barn og unge med eteforstyrningar blir **prioritert** i tråd med prioriteringsforskrift og tilhøyrande rettleiarar. Det er få pasientar med eteforstyrningar som får avslag på helsehjelp, det er forholdsvis låg ventetid for denne pasientgruppa samanlikna med andre pasientgrupper i BUP, og det er opplyst få fristbrot for desse pasientane. Likevel er det variasjon i kor raskt pasientar med eteforstyrningar blir tatt inn til første time.

Det har kome fram at enkelte poliklinikkar har hatt «skjulte fristbrot», der pasientar blir tatt inn til første samtale innan frist, men deretter må vente lenge på vidare behandling. Dette gjeld ikkje pasientar med eteforstyrningar, og det er berre opplyst om enkeltstående tilfelle. Internrevisjonen finn likevel grunn til å påpeike risikoen for dette, og meiner RHF-et og føretaka bør gjere ei vurdering av om dei har gode nok system for å avdekke skjulte fristbrot uavhengig av diagnosegruppe.

Internrevisjonen meiner vidare at Helse Vest RHF og føretaka på fleire område sikrar at barn og unge med eteforstyrningar får eit mest mogleg likeverdig **utgreiings- og behandlingsforløp**. Det er likevel variasjon mellom føretaka og poliklinikkane når det gjeld helsehjelpa som blir gitt til denne pasientgruppa. Dette gjeld både tal på konsultasjonar, innhald og varigheit i behandling, og kompetanse brukt i behandling. Det er vidare manglar i behandlingsplanar for pasientar, og dette blir i varierende og til dels liten grad følgt opp av leiinga.

Sjølv om pasientar i BUP har ulikt behov for helsehjelp, er det etter internrevisjonen si vurdering indikasjonar på at variasjon i helsehjelpa også kan bli påverka av interne faktorar i føretaka. Dette handlar om ulik organisering, kapasitet/kompetanse og/eller vektlegging av ulike forhold ved dei ulike poliklinikkane.

Helse Vest RHF og føretaka har over tid arbeidd systematisk med å sikre spesialisert kompetanse på eteforstyrningar i regionen. Dette er etter internrevisjonen si vurdering eit godt og viktig tiltak. Samtidig finn vi grunn til å påpeike at det likevel er poliklinikkar som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar, som er svært sårbare når det gjeld kompetanse. Vi merkar oss at føretaka har valt ulike måtar å organisere tenestetilbodet på, der føretaka som har tyngdepunktsorganisering mellom anna peikar på at dette bidreg til mengdetrening og styrka kompetanse. Eventuell styrking av kompetanse i det enkelte føretak, bør derfor sjåast i samanheng med korleis tenestetilbodet er organisert, og kva behov det er for kompetanseheving.

Det er også indikasjonar på at eksterne faktorar, som pasientpopulasjon, tilvisingar og variasjonar i tenestetilbodet i kommunane, påverkar både inntak og omfang av pasientar som får behandling i BUP. Vi opplever samtidig at føretaka har merksemd på å samhandle godt med kommunane, til det beste for pasienten.

Når det gjeld barn og unge sin **rett til medverknad**, er det internrevisjonen si vurdering at Helse Vest RHF og føretaka ikkje fullt ut har etablert eit system som skal sikre dette, sjølv om det blir jobba godt med å leggje til rette for brukarmedverknad på systemnivå. På individnivå er det etter internrevisjonen si vurdering behov for å arbeide meir systematisk med å innhente og bruke informasjon om korleis pasientane og pårørnde opplever tenestetilbodet.

Internrevisjonen meiner vidare at Helse Vest RHF og føretaka i hovudsak sikrar at pasientar får informasjon om sine **pasientrettar**, gjennom standardiserte svarbrev. Internrevisjonen har likevel merka seg at svarbrev med informasjon om pasientrettar står på norsk, og stiller spørsmål ved om dette sikrar at pasientar og pårørnde utan norskkunnskapar får god nok informasjon om sine pasientrettar.

Til slutt vil internrevisjonen kommentere at det er funn i undersøkinga som indikerer at det er større uønskt variasjon for andre diagnosegrupper som blir behandla i BUP. Gjennomgåande blir det vist til at barn og unge med eteforstyrningar er ei prioritert gruppe og at vurdering og behandling difor blir iverksett raskt. Auken i barn og unge med eteforstyrningar, samt meir komplekse og alvorlege tilfelle, har ifølgje dei intervju i liten grad medført lenger ventetid for denne pasientgruppa, men fører derimot til at andre diagnosegrupper har fått lengre ventetid. Det blir også peikt på at behandling av eteforstyrningar følgjer eit relativt standardisert behandlingsopplegg samanlikna med ein del andre diagnosar som blir behandla i BUP.

Basert på det som kjem fram i undersøkinga, kjem internrevisjonen med nokre felles tilrådingar til RHF-et og føretaksgruppa. Tilrådingane vil gjelde i varierende grad for føretaka, og føretaka må sjølv vurdere prioriteringa av ulike tiltak.

Helse Vest RHF og føretaka bør:

1. Vurdere om det er gode nok system for å sikre at skjulte fristbrot blir avdekka og forhindra
2. Sikre at poliklinikkar som har ansvar for å behandle barn og unge med eteforstyrningar har tilstrekkeleg spesialisert kompetanse (dette må sjåast i samanheng med føretaket si organisering og kva poliklinikkar som har behov for kompetanseheving)
3. Informere i svarbrev til pasientar om kor ein kan finne informasjon om pasientrettar på andre språk enn norsk
4. Følgje opp i kva grad poliklinikkane klarer å etterleve pasientforløp for barn og unge med eteforstyrningar, og setje i verk tiltak ved uønskt variasjon knytt til vurdering/inntak, utgreiing og behandling
5. Sikre at alle pasientar får ein behandlingsplan og at behandlingsplanane blir evaluert
6. Bruke sine eksisterande nettverk og samarbeidsfora til å diskutere i kva grad det er uønskt variasjon og samstemme praksis og rutinar der det er føremålstenleg for å sikre likeverdige tenester
7. Systematisk innhente og bruke informasjon om korleis pasientar og pårørnde opplever tenestetilbodet

10 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon, slik dei er fastsett av [IIA](#). Les meir på [Helse Vest](#).

Internasjonal definisjon av internrevisjon: "Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance."

Denne rapporten er utarbeidd av Deloitte på oppdrag frå internrevisjonen i Helse Vest. Prosjektgruppa har bestått av team frå Deloitte (prosjekteiar), team frå internrevisjonen (prosjekteigar), ein brukarrepresentant frå Det regionale brukarutvalet, samt ein fagressurs frå Helse Vest RHF.

Tabeller mv.

Tabell 10. Tal pasientar med eteforstyrning og tal konsultasjonar per pasient, 18 år eller eldre⁵⁰

	2019		2020		2021	
	Tal	Kons.	per	Tal	Kons.	per
	pasientar	pasient		pasientar	pasient	
HELSE BERGEN HF						
Gjennomsnitt Bergen	2	8		3	18	4
Median Bergen	2	9		2	17	3
BUP Fana				6	18	3
BUP Nordhordland						1
BUP Sentrum*	1	1	1	45	4	15
BUP Voss	2	14				
BUP Ytrebygda	1	5	2	11	8	12
BUP Øyane			1	1	3	2
BUP Åsane	2	14	3	17	2	15
HELSE FONNA HF						
Gjennomsnitt Fonna					5	19
Median Fonna					5	19
Allm.psyk pol. BUP Stord					3	25
BUP Pol 1 +2 Haugesund	4	14	7	11	6	12
HELSE FØRDE HF						
Gjennomsnitt Førde	2	16	4	35	3	31
Median Førde	1	21	4	35	3	30
Førde BUP	5	25	6	20	4	30
Nordfjord BUP	1	1	2	51	3	33
Sogndal BUP	1	21			2	29
HELSE STAVANGER HF						
Gjennomsnitt Stv.	3	15	3	14	4	23
Median Stv.	3	9	2	7	3	20
BUP Bryne	3	22				
BUP Egersund			1	4	2	57
BUP Hinna	2	5	3	9	4	15
BUP Madla	4	9	1	6	5	25
BUP Sandnes	3	33	6	37	8	25
BUP Sentrum	2	9	1	6	2	16
BUP Sola			4	23	1	1

Kjelde: Data henta frå Helse Vest RHF analyse og føretaka

⁵⁰ Vi gjer merksam på at tala i tabellen er avrunda.

