

Helse Sør-Øst RHF

Behovsvurdering

Spiseforstyrrelser

2025-2033

Innhold

1	GJENNOMFØRING AV BEHOVSVURDERINGEN	3
1.1	ORGANISERING	3
2	OPPSUMMERING	4
2.1	TILRÅDNING.....	4
3	INNLEDNING	6
3.1	UTVIKLINGSTREKK.....	6
3.2	BEHANDLING AV SPISEFORSTYRRELSER.....	8
3.3	UTVIKLING I HENVISNINGER OG VENTETID	8
3.4	AVGRENSNINGER I BEHOVSVURDERINGEN	11
3.5	OPPDRAG OG ORGANISERING AV ARBEIDET	11
4	BEHOVSVURDERING.....	12
4.1	HELSEREGION SØR-ØST.....	12
4.2	NASJONALE FØRINGER.....	13
4.3	RETTIGHETSVURDERINGER OG PASIENTFLYT.....	15
4.4	REGIONAL FAGPLAN FOR PSYKISK HELSE OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	15
5	AKTIVITET	16
5.1	HELSEFORETAK/SYKEHUS.....	20
5.2	PRIVATE LEVERANDØRER.....	26
5.2.1	Opphør av ordningen med Helfo-godkjente virksomheter	31
6	BEHOVSANALYSE	32
7	RISIKOANALYSE.....	37

1 GJENNOMFØRING AV BEHOVSVURDERINGEN

1.1 Organisering

	Navn	Helseforetak	Stillingstittel/Avdeling
Eier		Helse Sør-Øst RHF	
Leder	Frode Bie	Helse Sør-Øst RHF	Fagsjef
Fagpersoner i arbeidsgruppen	Ruth Kari Ramleth	Oslo universitetssykehus HF	Medisinskfaglig rådgiver, BUPA
	Ragnhild Tranøy	Sykehuset Østfold HF	Avdelingssjef, BUP
	Karoline Rød Thomassen	Sykehuset Telemark HF	Psykolog, BUPA
	Dag Solberg	Akershus universitetssykehus HF	Fagsjef
	Merete Lund Hulaas	Sykehuset i Vestfold HF	Seksjonsleder, Spiseforstyrrelsespoliklinikk
Brukerrepresentanter	Aina Nybakke	Regionalt brukerutvalg	Brukerrepresentant
Interne ressurser	Marianne Nordve	Helse Sør-Øst RHF	Rådgiver
	Christian Thoresen	Helse Sør-Øst RHF	Senioranalytiker
	Heidi Blindheim	Helse Sør-Øst RHF	Spesialrådgiver
	Jin Marte Øvreide	Helse Sør-Øst RHF	Spesialrådgiver

Milepælsplan

MP	Beskrivelse	Oppstart	Avslutning	Gjennomført
M1	Sak til enhetsledermøte	02.05.22		x
	Dialog med Innkjøp og logistikk			
	Oppstartnotat LG	09.08.22		x
	Sak til brukerutvalget	17.06.22		x
	Sak til fagdirektørmøte	24.08.22		x
	Sak til konserntillitsvalgte	15.08.22		x
	Sak til direktørmøte	08.09.22		x
	Informasjon til avtaleparter og interessenter om prosessen			Løpende

	Etablere arbeidsgruppe – fagpersoner fra helseforetak, Brukerutvalget	01.06.22	30.06.22	
	Sak til fagråd psykisk helsevern	26.09.22		x
M2	Oppstartsmøte arbeidsgruppe. Planlegge fremdrift. Fordele ansvar og arbeidsoppgaver.	09.09.22		
	Arbeidsgruppen utarbeider behovsvurderingen. Det gjennomføres en innspillsrunde med helseforetakene hvor det bes om at helsefelleskapene aktiveres som en del av prosessen. Arbeidsgruppen vurderer om det som en del av arbeidet skal avholdes møter med andre aktører/interessenter og/eller innhentes skriftlige innspill.	09.09.22	31.10.22	
M3	<ul style="list-style-type: none"> • Innspillmøte i regi av arbeidsgruppen mot leverandørsiden • Enhetsledermøte • Ledergruppen • Brukerutvalget • Konserntillitsvalgte • Fagdirektørmøte • Direktørmøte 	16.12.22		
M4	Ferdigstilling		01.03.23	

2 OPPSUMMERING

2.1 Tilrådning

Anskaffelsen omfatter døgnbehandlingstilbud innen behandling av spiseforstyrrelser både for barn/ungdom og for voksne. Dagens avtaler ble inngått i 2019 og utløper 31.12.2024. Anbefalt avtalelengde i nye avtaler er iht. anskaffelsesplan 4 år med mulighet for inntil 3 års prolongering.

I lys av den faglige utviklingen og oppbyggingen av tjenester i kommunene og på helseforetakene, er det et behov for å vurdere på nytt innhold og omfang av tjenester som Helse Sør-Øst RHF anskaffer. Dette innebærer både å vurdere nærmere hvilke pasientgrupper som kan ha behov for døgnbehandling og se på omfanget og innretning av behandlingstilbudet. Det er viktig å legge forholdene til rette for bedre samhandling. Dette kan bl.a. innebære at det brukes mer ressurser på å legge til rette for gode overganger før og etter døgnbehandling.

Det har vært en betydelig økning i forekomst av spiseforstyrrelser, særlig blant barn og unge. Økningen i forekomst startet før pandemien, men har under pandemien økt ytterligere. Ventelistetall og ventetider samt og anbefalingene i revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og

tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilsier sammen med faglige utviklingstrekk at det i fremtiden vil være behov for noen flere døgnplasser for behandling av barn og unge med spiseforstyrrelser. Kapasiteten bør særlig bygges opp ved de helseforetakene som i dag har lav døgnbehandlingskapasitet.

Det vil være viktig å tilpasse omfanget og innretningen på anskaffelsen til eksisterende og planlagt kapasitet ved helseforetakene. Behandlingstilbudene som anskaffes skal være et supplement og et alternativ til behandlingstilbudene ved helseforetakene.

Det skal alltid foretas en konkret vurdering av den enkelte pasients individuelle behandlingsbehov. Ved alvorlige spiseforstyrrelser kan det være behov for døgnbehandling over noe tid. Døgnbehandling bør primært skje i form av sekvensielle opphold og ambulant og poliklinisk behandling fremfor lengre tids innleggelse.

Det er stor variasjon i målgruppen blant pasienter som har behov for behandling for spiseforstyrrelser. Behandlingen bør basere seg på faglige anbefalinger og være i tråd med føringene i nasjonale pasientforløp for spiseforstyrrelser. Dette omfatter også krav til dokumentasjon og samarbeid med familier og andre tjenesteytere i spesialisthelsetjeneste og kommuner.

Private avtaleparter bør følge nasjonale føringer for utredning og behandling, inkludert rutiner for oppdatert behandlingsplan, klinisk beslutning og evaluering i samarbeid med pasient.

Anskaffelsen vil ikke omfatte behandling på regionalt nivå («tredjelinjenivå»).

Det anbefales at konkurransen baseres på pris og kvalitet som tildelingskriterier.

Det angis ikke i behovsvurderingen økonomisk ramme for anskaffelsen. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til dette i etterkant basert på anbefalingene som gis i behovsvurderingen.

3 INNLEDNING

Det er gjennomført en behovsvurdering som grunnlag for en ny anskaffelse av behandlingstilbud for spiseforstyrrelser.

Samlet sett kjøpes det i dagens avtaler 29 døgnplasser for behandling av spiseforstyrrelser fra private avtaleparter. De private avtalepartene står for om lag 20 % av kapasiteten innen døgnbehandling av spiseforstyrrelser. Avtalene, som ble inngått i 2019, har en samlet årlig økonomisk ramme på om lag 55 mill. kroner (2022-tall). Avtalene prisjusteres hvert år.

Inntektssystemet bygger på at kostnaden for det regionale kjøpet fra private fordeles på helseforetakene. Helseforetakene avregnes i dag 30 % etter inntektsmodellens behovsandeler og 70 % etter andel av historisk forbruk. Dette vil bli endret fra og med 2023 hvor helseforetakene vil avregnes 100 prosent etter faktisk forbruk.

3.1 Utviklingstrekk

Spiseforstyrrelser har vært og er en relativt sjelden forekommende lidelse, men har økt de siste årene også før pandemien særlig hos barn og unge. Under pandemien har det vært en betydelig vekst i forekomst, men også i alvorlighetsgrad. Det har generelt også skjedd mye fagutvikling innen psykisk helsevern, etter avtaleinngåelsen i 2019. Dette påvirker også standarder for utredning og behandling av mennesker med spiseforstyrrelser:

- Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser (2017)
- Nasjonalt pasientforløp - psykiske lidelser - voksne (2018)
- Nasjonalt pasientforløp – psykiske lidelser – barn og unge
- Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling av spiseforstyrrelser (2020)
- Spiseforstyrrelser har et eget medisinsk kvalitetsregister (NorSpis)

Anoreksi har høyest dødelighet blant psykiske lidelser. Dødeligheten er knyttet til somatiske komplikasjoner, men også til selvmord. Utredning og behandling av spiseforstyrrelser forutsetter tilstrekkelig kompetanse, rammer og ressurser til å gjennomføre behandlingen. Prognosen er god for mange, men det er likevel en gruppe som har langvarige spiseforstyrrelser og betydelige somatiske komplikasjoner. Rask oppstart av utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten øker sannsynligheten for rask symptomkontroll og bedre prognose. Ved begrunnet mistanke om spiseforstyrrelser bør derfor både barn, unge og voksne henvises til spesialisthelsetjenesten så raskt som mulig.

Binge Eating Disorder (BED) er den vanligste forekommende spiseforstyrrelsen. I likhet med andre pasienter med spiseforstyrrelser har også denne gruppen et stort lidelsestrykk. Vanlige komplikasjoner ved BED er [overvekt](#) med mulige følgetilstander som [forhøyet blodtrykk](#), [forhøyet kolesterol](#), [hjertesykdom](#), [type-2 diabetes](#), [belastningsplager mm](#). Det finnes få langtidsstudier og dermed lite kunnskap om prognosen for denne pasientgruppen. Mye tyder på at mange kan gjenvinne kontroll, men er særlig sårbare ved stress og psykiske belastninger.

De fleste pasienter som henvises med spiseforstyrrelser får sitt tilbud i poliklinikk. I poliklinikken gjennomføres det en utredning og en faglig vurdering av pasientens behov for behandling. Flere poliklinikker har spesialiserte team eller enkeltbehandlere med særlig kompetanse på spiseforstyrrelser. I tillegg til poliklinikker som kan tilby behandling individuelt eller i grupper, finnes det flere steder ulike dag- og døgnbehandlingstilbud ved helseforetakene og sykehusene. De færreste helseforetak og sykehus har egne døgnbehandlingssenheter for spiseforstyrrelser, men pasienter legges i allmennpsykiatriske døgnposter.

For pasienter i poliklinisk behandling er det god klinisk praksis at et lengre behandlingsforløp forankres gjennom et samarbeid med fastlege og annen kommunal helsetjeneste. Det er også viktig med et nært samarbeid med døgnavdeling i psykisk helsevern og/eller somatisk spesialisthelsetjeneste når pasientene har behov for dette. Pasienter som legges inn til døgnbehandling har oftest behov for et poliklinisk tilbud både før og etter døgninnleggelse.

Ved alvorlig anoreksi samarbeider psykisk helsevern og somatisk helsetjeneste for å sikre at pasienten også får nødvendig somatisk oppfølging. Noen pasienter har behov for innleggelse i somatiske avdelinger ved f.eks. elektrolyttforstyrrelser, nyresvikt, væskebehandling o.l.

Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) tilbyr døgnbehandling til pasienter som trenger spesialisert psykologisk og medisinskfaglig kompetanse. RASP tilbyr behandling til de som allerede har forsøkt behandling i primærhelsetjenesten og i distriktpsykiatriske senter (DPS) eller poliklinikk i psykisk helsevern for barn- og unge (BUP) lokalt. RASP består av en regional poliklinikk med dagbehandling og flerfamilieterapi, tre døgnbehandlingssenheter for barn/ungdom og voksne, og en regional kompetansetjenesteenhet hvor også forskning og responsteamet er tilknyttet. RASP er bredt tverrfaglig sammensatt med lege, psykolog, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, kokk mm.

RASP bistår helseforetak og sykehus med noen av pasientene med mest alvorlige tilstander, også med døgninnleggelser. RASP har kun planlagte innleggelser og vurdering av behov for henvisning til RASP gjøres av behandlingsansvarlig ved lokal BUP/døgnseksjon eller DPS.

Anskaffelsen omfatter ikke behandlingstilbud på regionalt nivå.

3.2 Behandling av spiseforstyrrelser

FBT (Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser) er anbefalt behandlingsform for barn og unge for behandling av spiseforstyrrelser opp til 18 år, men kan også brukes for ungdom over 18 år. I overgangen mellom ungdom og voksne er det naturlig med større fokus på individualbehandling enn familiebasert terapi. Men det er også behandlingstilnærminger der foresatte/partner også involveres, f.eks. TBT-S (Temperament Based treatment with support) som tilbys ved RASP. For voksne (over 18 år) har KAT-S (spesifikk kognitiv behandling ved spiseforstyrrelser) best dokumentasjon for pasienter med bulimi og overspisingslidelse. Det er ifølge fagpersonene i arbeidsgruppen ikke vitenskapelig belegg for at en terapiform er bedre enn annen i behandling av anoreksi, men de utprøvde behandlingstilnærmingerne har et behandlingsmål om at vekten skal normaliseres.

RASP har pågående naturalistiske forløpsstudier om behandlingsresultater av FBT for pasienter innlagt i sengepost og i flerfamiliegruppebehandling, og KAT-S i poliklinisk behandling. Ut fra forskningen ved RASP er det ikke grunnlag for å konkludere om hvem som bør tilbys FBT/KAT-S, og hvem som ikke skal tilbys det. Det foreligger heller ikke klare retningslinjer internasjonalt om hvem som skal tilbys hvilken behandling. En utfordring i denne sammenhengen er at mange pasienter med spiseforstyrrelser har forskjellige tilleggslidelser som vil påvirke behandling. Tilleggslidelser krever også ofte behandling samtidig.

Anbefalt behandlingsmetode for barn og ungdom: Familiebasert behandling spesifikt for spiseforstyrrelser (FBT).

Voksne: Spesifikt utviklet kognitiv behandling ved spiseforstyrrelser for bulimi og overspisingslidelse, for anoreksi god klinisk oppfølging psykiatrisk og somatisk med tilstrekkelig varighet (CBT-E). I tillegg bør det være fagmiljøer med spesialkompetanse som kan motta pasienter som ikke responderer på behandling og kan gi veiledning/opplæring slik RASP gjør i dag. RASP tilbyr utdanning innen FBT og CBT-E for behandlere i Helse Sør-Øst. Det er ingen nasjonale føringer for hvem som skal påta seg et slikt utdanningsansvar.

3.3 Utvikling i henvisninger og ventetid

For aldersgruppen 18 til 25 år var det en vekst i antall individer i behandling i psykisk helsevern på totalt 11 prosent for regionen når man sammenligner 2019 med 2021. Økningen er størst for Lovisenberg Diakonale Sykehus AS, Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF. Økningen av unge voksne pasienter i psykisk helsevern er høyere enn den gjennomsnittlige økningen innen psykisk helsevern for voksne.

Tall fra Norsk pasientregister viser at spiseforstyrrelser for barn og unge økte med omlag 45 prosent fra 2018 til 2021. For aldersgruppen 18-25 år var økningen omlag 17 prosent i samme periode. For voksne har det ikke vært tilsvarende økning. Den store økningen blant barn og unge som

er i behandling for spiseforstyrrelser har kommet både i poliklinikk og i døgntilbud, henholdsvis 23,2 prosent og 17 prosent vekst fra 2018 til 2021. I Helse Sør-Øst har den største økningen vært ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er stor variasjon i behandlingsbehovet for pasienter med spiseforstyrrelser basert på pasientens alder og motivasjon, varighet og alvorlighetsgrad, herunder også ev. somatiske komplikasjoner. Dette er faktorer som har betydning for innretningen på innholdet i behandlingstilbudet hos avtalepartene. Fleksible tilbud mht. behandlingstilnærming, varighet av innleggelse og bruk av ambulant aktivitet vil bidra til å legge til rette for at flere pasienter behandles hos private avtaleparter, kortere ventetider, færre fristbrudd og bedre utnyttelse av den samlede behandlingsskapasiteten.

I løpet av de siste årene har det vært en styrking av det generelle tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, både i poliklinikk og dag-/døgntilbud. Til tross for dette øker ventetiden til døgnoophold, noe som medfører behov for å vurdere kapasiteten både i helseforetak og sykehus, samt omfanget og innretning av kjøpet fra private avtaleparter.

Kapasiteten ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP), lokalisert til Oslo universitetssykehus HF har heller ikke vært tilstrekkelig for å dekke den betydelige økningen i pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i regionen. Helse Sør-Øst RHF mottok sommeren-22 en søknad fra Oslo universitetssykehus HF om utvidelse av antall døgnplasser for barn og unge ved RASP.

Den gjennomsnittlige ventetiden for spiseforstyrrelser er imidlertid relativt kort. Til tross for en betydelig økning i antall henvisninger er ventetiden for barn og unge tilsvarende som i 2019. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter over 18 år er noe lengre, noe som sannsynligvis skyldes at alvorlighetsgraden vanligvis er lavere i denne aldersgruppen. Ventetiden er noe høyere enn i 2021, men lavere enn i 2020.

Det har vært følgende utvikling i gjennomsnittlig ventetid spiseforstyrrelser 0-17 år i perioden 2018-2022, antall dager:

	2018	2019	2020	2021	2022
jan	25	15	16	14	12
feb	12	20	22	16	12
mar	18	16	15	19	11
apr	15	16	10	12	19
mai	28	16	9	17	17
jun	13	11	8	16	24
jul	16	15	12	10	15

aug	19	28	19	10	14
sep	16	11	14	11	19
okt	15	15	12	13	18
nov	15	17	16	14	
des	13	7	11	16	
Gjennomsnitt pr år	17	16	14	14	16

Som det fremgår av tabellen har ventetidene vært nokså stabile i perioden. Ventetidene har i hele perioden vært kortere enn kravet i oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det har vært følgende utvikling i gjennomsnittlig ventetid spiseforstyrrelser 18 år og eldre i perioden 2018-2022, antall dager:

	2018	2019	2020	2021	2022
jan	35	30	34	39	39
feb	20	35	34	34	30
mar	24	24	33	35	38
apr	33	20	31	37	34
mai	32	35	62	32	40
jun	30	28	30	37	38
jul	23	26	83	31	27
aug	38	42	35	37	57
sep	40	21	28	32	30
okt	46	30	29	30	41
nov	35	29	42	30	
des	32	22	33	27	
Gjennomsnitt pr år	32	28	39	33	37

Tabellen viser at ventetidene for pasienter over 18 år har vært noe høyere enn for barn og ungdom i perioden, men lavere enn kravet i oppdragsdokumentene om gjennomsnittlig ventetid under 40 dager.

Forventede ventetider ved de enkelte tilbudene rapporteres og legges direkte inn i Helsetjenestekatalogen av de rapporteringsansvarlige ved de offentlige sykehusene og de private institusjonene. Ventetidene vises på helsenorge.no - se vedlagte link med oversikt over ventetider: [Velg behandlingssted - tjenester.helsenorge.no](https://helsenorge.no/behandlingssted-tjenester)

3.4 Avgrensninger i behovsvurderingen

Behovsvurderingen omfatter både behandlingstilbudene ved helseforetakene og tilbudene som kjøpes av private leverandører gjennom en anbudskonkurranse. Behovsvurderingen legger til grunn politiske vedtak, vedtatte planer, rapporter og oversikter over kapasitet, aktivitet, ventetider mm.

Ved en anskaffelse vil Helse Sør-Øst RHF fremforhandle rammeavtaler med aktuelle leverandører.

Det angis ikke i behovsvurderingen økonomisk ramme for anskaffelsen. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til dette i etterkant basert på anbefalingene som gis i behovsvurderingen.

3.5 Oppdrag og organisering av arbeidet

Helse Sør-Øst RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester (sørge-for-ansvaret).

Arbeidet med behovsvurderingen startet opp gjennom en sak til ledergruppen i Helse Sør-Øst RHF 09.08 2022.

Det ble etablert en arbeidsgruppe med representanter fra Helse Sør-Øst RHF, fem fagpersoner oppnevnt av helseforetakene samt brukerrepresentant oppnevnt av Brukerutvalget i Helse Sør-Øst. I møte med konserntillitsvalgte kom det en forespørsel om deltakelse fra konserntillitsvalgte i arbeidsgruppen. Helse Sør-Øst RHF vurderte at det ikke var behov for ytterligere deltakelse, da det er bred representasjon fra helseforetakene og brukerrepresentant.

Plan for utarbeidelse av behovsvurderingen er godkjent av ledergruppen, og behandlet i regionalt fagdirektørmøte, samarbeidsmøte med konserntillitsvalgte og regionalt brukerutvalg.

Alle helseforetak/sykehus ble involvert i arbeidet med behovsvurderingen, gjennom bidrag til beskrivelsen av kapasitet, status og videre planer for etablering av tilbud for de spesifikke tjenestene i de respektive helseforetakene/sykehusene.

Det tas sikte på at to eller flere av fagpersonene vil delta i forberedelse og gjennomføring av anskaffelsen i 2023.

4 BEHOVSVURDERING

Faktorer som vurderes i behovsvurderingen er blant annet demografiske endringer, endret behov for tjenester og endringer i den faglige utviklingen innen behandling av spiseforstyrrelser slik det fremgår av følgende tabell:

Behovsvurdering	Beskrivelse
Aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Oversikt historisk aktivitet – data fra NPR og egne rapporteringssystemer • Dagens avtaler med private leverandører
Befolkningsframskriving	<ul style="list-style-type: none"> • Kjennetegn i sykehusområder, befolkning, utvikling; aldersrater
Ressursbehov	<ul style="list-style-type: none"> • Dagens ressursforbruk, estimert behov for tjenestene
Kartlegge tilbud	<ul style="list-style-type: none"> • Tilgjengelighet, ventetid • Ressurser/bemanning
Markedsvurdering	<ul style="list-style-type: none"> • Aktører, organisering, ressurser
Utvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoanalyse/modenhetsanalyse

4.1 Helseregion Sør-Øst

Helse Sør-Øst leverer i dag spesialisthelsetjenester til om lag 3 millioner innbyggere (2020), ca. 56 % av befolkningen i Norge. Det bor flest mennesker i og nær store byer. Det ventes en befolkningsvekst i regionen på i overkant av 1 % årlig de kommende årene, med en noe større vekst i fylkene i Oslo og Viken.

Befolkningen i Helse Sør-Øst vil ha følgende utvikling fordelt på opptaksområdene til helseforetakene/sykehusene (SSB):

Helseforetak/sykehus	Antall innbyggere i 2021	2030	2040
Akershus universitetssykehus HF	583 952	640 519	691 438
Diakonhjemmet Sykehus	144 467	153 991	161 434
Lovisenberg Diakonale Sykehus	162 196	167 815	171 907
Oslo universitetssykehus HF	280 036	302 204	326 259

Sykehuset i Vestfold HF	248 348	263 707	275 266
Sykehuset Innlandet	338 218	344 807	351 224
Sykehuset Telemark HF	173 534	177 197	179 917
Sykehuset Østfold HF	320 151	342 685	361 807
Sørlandet Sykehus HF	308 843	324 256	337 595
Vestre Viken HF	490 977	520 556	542 280
Helse Sør-Øst	3 050 722	3 241 829	3 402 035

Som det fremkommer av tabellen er det størst befolkningsvekst i hovedstadregionen. Det er for øvrig skjev aldersfordeling i de ulike opptaksområdene med en større andel barn og unge i hovedstadsområdet enn i resten av helseregionen.

1. januar 2019 bodde det 1 122 508 personer under 18 år i Norge, noe som er 21,1 prosent av hele Norges befolkning. De siste to årene har antall barn og unge bosatt i Norge gått ned, etter oppgang hvert år fra 1991 til 2016. Nedgangen er på 8 543 unge fra den foreløpige toppen 1. januar 2017. Oslo og Akershus var de eneste fylkene i 2018 hvor denne gruppen vokste.

4.2 Nasjonale føringer

Det fremgår av Oppdragsdokumentet for 2022 at kvalitet og utfall av behandling må vektlegges innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Pakkeforløp psykisk helse og rus endret navn til Nasjonale pasientforløp fra 01.01.2023 og vil på sikt erstattes med nye løsninger. Frem til ny løsning er på plass, opprettholdes forløpene og de av indikatorene som måler innhold i pasientforløp.

Helse Sør-Øst RHF skal i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan 2022–2023 utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres. Tjenestene skal videreutvikles basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi. Barn og unge og brukere med alvorlige og sammensatte behov skal vies særlig oppmerksomhet.

I revidert Oppdragsdokument for 2022 bes de regionale helseforetakene om å styrke psykisk helsevern og TSB, jf. oppdragsdokumentet for 2022 hvor det er innført mål om å styrke tilbudet for blant annet barn og unge og personer med alvorlige psykiske lidelser, samt krav om at aktiviteten i psykisk helsevern skal være høyere i 2022 sammenlignet med 2021 både innen døgnbehandling og poliklinisk aktivitet.

Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne og lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge.

I revidert Oppdragsdokument gis de regionale helseforetakene følgende oppdrag:

- *Det har vært en økning i henvisninger og antallet i behandling for spiseforstyrrelser de siste årene. De regionale helseforetakene skal prioritere tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser gjennom å videreutvikle og styrke tilbudet for barn, unge og unge voksne. De regionale helseforetakene må selv vurdere hvilke tilbud og tiltak som må styrkes i sin region, for å ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse på alle nivå. Ved mistanke om utvikling av alvorlige lidelser, er det viktig med tidlig oppfølging og behandling. Her vil også kommunal helse- og omsorgstjeneste ha en viktig rolle. Det vises til at barn og unge, samt personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, er to av de fire pasientgruppene som helseforetakene skal prioritere å planlegge og utvikle tjenester til i samarbeid med kommunene i helsefellesskapene.*

Det reviderte Oppdragsdokument gir de regionale helseforetakene følgende utredningsoppdrag:

- *Det vises til rapport av 1. juli 2021 med forslag til ny framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Det skal legges fram en opptrappingsplan for psykisk helse og en forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet, dvs. behov og tiltak skal vurderes. De regionale helseforetakene skal på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. Det bes herunder om at de regionale helseforetakene vurderer hvordan BUP, i samarbeid med kommunene, kan jobbe for å forebygge, fange opp og gi tidlig hjelp til barn og unge. Det må vurderes hvordan fragmentering av ansvar for oppfølging av sårbare barn og unge kan motvirkes gjennom tettere samarbeid og deling av kunnskap. De regionale helseforetakene bes vurdere muligheter for å prøve ut nye modeller for samarbeid hvor BUP kan ta et større helhetlig ansvar sammen med kommunene. Det vurderes om Helsedirektoratet skal gjennomgå kunnskapsgrunnlaget for å forstå hva som hindrer/fremmer bruk av kompetanse i fellesskap, samt hva som virker av tiltak. De regionale helseforetakene skal eventuelt bidra i dette arbeidet.*

Det fremgår av sluttrapport fra arbeidsgruppen at det var et stort antall barn- og unge som henvises til spesialisthelsetjenesten som ikke får et tilbud. Tall fra NPR viser at BUP ga 8500 avslag i 2021. Arbeidsgruppen anbefaler ikke en inntaksmodell for alle helseforetak og kommuner. Det er trolig behov for lokale tilpasninger. For kommuner med en godt utviklet tjeneste kan for eksempel dialogbasert inntak være en god løsning. Både kommunale tilbud og tilbud i BUP er ulikt utbygget og med stort spenn fra godt utbyggede lavterskeltilbud som Ung Arena til spissere tilbud som hjemmesykehus og FACT-ung.

Arbeidsgruppen redegjør for ulike modeller for inntak. Universitetssykehuset i Tromsø har etablert kartleggingssamtaler med en varighet på 3,5 timer med formål om å kartlegge pasientens utfordringer, opplyse om hvilke tilbud som finnes, og å finne ut hvilke mål pasienten har for behandlingen. Andre modeller som nevnes er «all inn» modellen ved Akershus universitetssykehus HF som gir alle henviste pasienter en utredning i spesialisthelsetjenesten. Utredningen konsentreres og gjennomføres på en dag.

Det pekes i rapporten på at barn og unge med langvarige og sammensatte lidelser trenger mye samhandling mellom hjelpeinstansene. Det innebærer samarbeidsmøter, ambulerende til bosted/skole, veiledning, opplæring av samarbeidspartener osv. Kommunale tjenester og sosiale strukturer har stor betydning for barn og unges fungering i hverdagen. Det er potensial for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og andre instanser, som for eksempel barnevernet. Spesialisthelsetjenesten kan best styrke og støtte kommunale tjenesters forebyggende arbeid i sårbare barn sin hverdag gjennom utadrettet samhandling. Veiledning, kompetanseheving og samarbeid om tidlig vurdering for barn med behov for spesialiserte tjenester bør derfor organiseres nærmere der barna lever. Slik vil også de spesialiserte tjenestene i PHBU kunne prioriteres særskilt for barn med de alvorligste og mest komplekse utfordringene.

4.3 Rettighetsvurderinger og pasientflyt

Felles henvisningsmottak

Pasienter som blir henvist til en avtalespesialist har i dag ikke de samme rettighetene som pasienter som blir henvist til distriktpsikiatrisk senter (DPS). De får ikke rettighetene sine vurdert i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette innebærer at pasienten ikke har rett til å få vurdert henvisningen sin innen ti dager. Pasienten får heller ikke tildelt en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte.

Det pågår nå et prosjekt for innføring av felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern i alle helseregioner. Ved å etablere felles henvisningsmottak skal fastlege/henviser henviser alle pasienter med behov for utredning og behandling til ett sted. Der vil henvisningen bli vurdert, og de som har rett til helsehjelp vil få dette hos en avtalespesialist eller ved DPS. De tre første DPS-ene startet med felles henvisningsmottak 1. september 2022. Resten av regionen vil starte opp senest 1. september 2023. Felles henvisningsmottak gjelder foreløpig kun psykisk helsevern for voksne.

4.4 Regional fagplan for psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Det ble i planen valgt seks innsatsområder:

1. Behandling av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer hos barn og unge
2. Forebygging av selvmord
3. Redusert og riktig bruk av tvang
4. Oppfølging av pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
5. Alkohol og helse
6. Oppfølging ved utviklingsforstyrrelser

Innsatsområdene ble valgt på bakgrunn av utfordringer og behov for forbedring som er beskrevet i eksisterende planer og strategier. Valgene ble også begrunnet med at det er sannsynlig at en regional satsing vil gi bedre pasientbehandling, og det er konkrete tiltak som kan iverksettes. Felles for innsatsområdene er at god måloppnåelse krever innsats fra flere fagområder og flere tjenestenivåer. Helse Sør-Øst RHF valgte derfor å lage en felles fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Økt tilgjengelighet til behandlingstilbudene har bidratt til at mange får god hjelp når de får en psykisk lidelse eller rusmiddelproblemer. Den høye avslagsprosenten ved DPS-ene innen psykisk helsevern viser likevel at hjelpen ikke når alle, og det er fremdeles uønsket variasjon i behandlingen som tilbys. Samtidig er det behov for mer kunnskap om resultater av behandlingen og hvordan det går med pasientene.

Økende spesialisering av tjenester kan bidra til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, og ikke minst i samhandlingen mellom de to forvaltningsnivåene. Pasientene kan oppleve utilstrekkelig involvering i egen behandling, og helsehjelpen er ikke alltid godt nok koordinert.

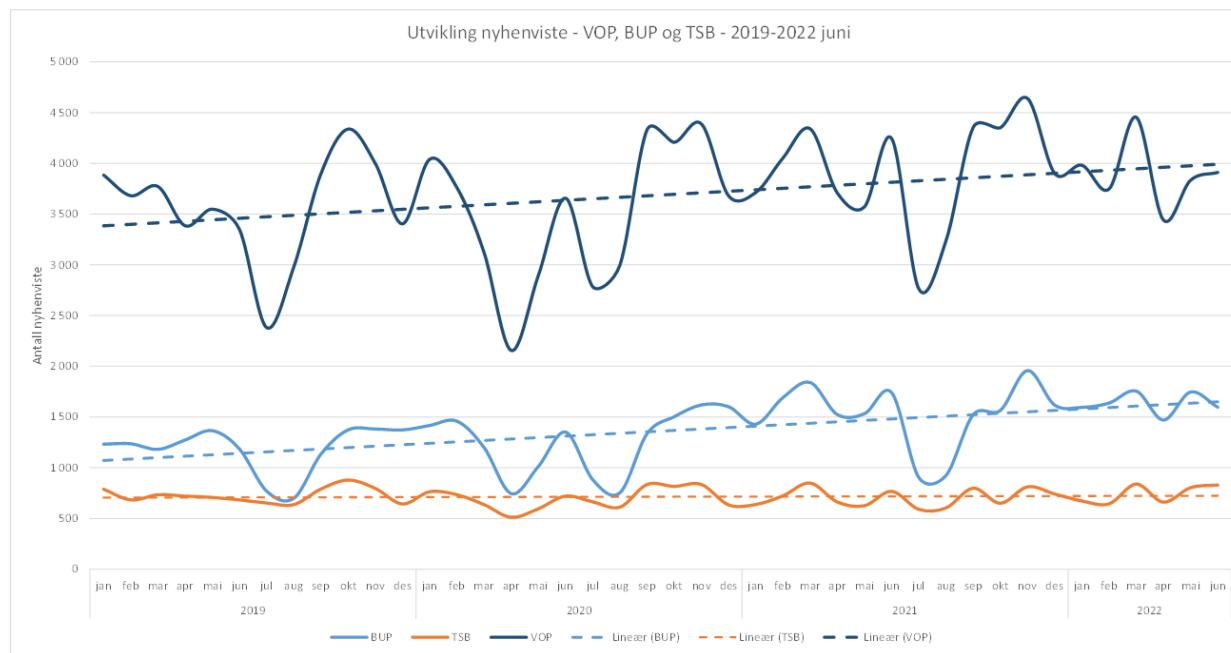
De viktigste tiltakene i fagplanen rettet mot barn og unge er:

- Helse Sør-Øst RHF skal etablere en arbeidsgruppe som utarbeider en standard for hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig i psykisk helsevern for barn og unge
- Helseforetakene/sykehusene skal sørge for å ha tilgjengelig tilbud 24/7 for barn og unge innen psykisk helsevern
- Helseforetakene/sykehusene skal sørge for at det foreligger en standard for bruk av ambulant virksomhet

5 AKTIVITET

Det har som nevnt vært en betydelig økning i antall pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i spesialisthelsetjenesten de siste årene. Antall barn og unge under 18 år som fikk behandling for spiseforstyrrelser i poliklinikk i Helse Sør-Øst økte fra 733 til 1222 i perioden 2019 til 2021. Det er en økning på 67 prosent. Antall barn og unge som har fått døgnbehandling har økt fra 99 til 170 i samme periode. Det er en økning på 75 prosent. Det har også vært en økning blant unge voksne (18-25 år) på 11 prosent fra 2019 til 2021.

Utviklingen i antallet henvisninger i perioden 2019 til juni 2022 var som følger innen fagområdene PHV, BUP og TSB:



Som det fremgår av grafene var det en økning i antallet henvisninger både innen psykisk helsevern både for voksne og barn og ungdom, mens antallet henvisninger var stabilt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Pasientene innen psykisk helsevern for barn og unge fordelte seg i perioden 2018 til 2022 på følgende diagnosegrupper:

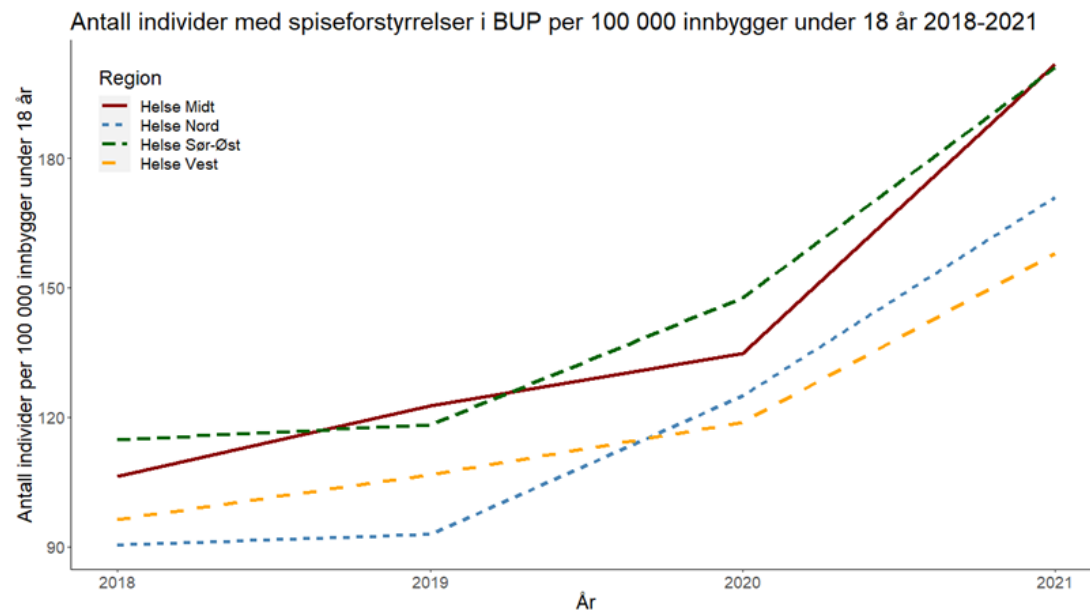
Diagnose	Antall individer med registrert diagnose i BUP jan-okt					Endring 2018 - 2022	Endring i %
	2018	2019	2020	2021	2022		
ADHD	4 435	4 468	4 765	5 583	6 647	2 212	50 %
Alvorlig psykisk lidelse	258	228	220	229	225	- 33	-13 %
Angst	2 198	2 387	2 213	2 575	2 812	614	28 %
Annet	7 331	7 523	6 618	7 132	7 695	364	5 %
Belastningsrelatert lidelse	2 681	2 798	2 700	2 943	2 928	247	9 %
Depresjon	1 485	1 426	1 376	1 610	1 505	20	1 %
Spiseforstyrrelser	664	670	825	1 140	1 166	502	76 %
Symptomdiagnoser	16 140	16 713	16 598	20 140	20 671	4 531	28 %
Totalsum	27 309	27 414	27 182	31 220	33 408	6 099	22 %

Som det fremgår av tabellen var den en sterk økning i antallet pasienter med diagnosen ADHD og spiseforstyrrelser.

Diagnose	Antall individer med registrert diagnose i VOP jan-okt					Endring 2018 - 2022	Endring i %
	2018	2019	2020	2021	2022		
ADHD	4 544	4 941	5 092	6 142	7 724	3 180	70 %
Alvorlig psykisk lidelse	10 618	10 863	10 628	10 773	10 652	34	0 %
Angst	10 855	11 375	11 173	11 998	11 270	415	4 %
Annet	14 542	15 787	14 909	15 010	15 211	669	5 %
Belastningsrelatert lidelse	14 607	14 867	15 310	15 841	15 315	708	5 %
Depresjon	16 845	17 362	16 910	17 401	16 145	700	- 4 %
Spiseforstyrrelser	1 722	1 716	1 751	1 950	1 839	117	7 %
Symptomdiagnoser	28 440	29 770	30 580	32 385	34 320	5 880	21 %
Totalsum	75 224	77 814	78 369	82 154	84 297	9 073	12 %

Tabellen viser at det også hos voksne har det vært en kraftig økning i antallet pasienter med diagnosen ADHD, men ikke tilsvarende økning i spiseforstyrrelser som for barn og unge.

Utviklingen i antallet individer innen psykisk helsevern for barn og unge var som følger i perioden 2018 til 2021:



Som det framgår av grafen var økningen i antallet individer med diagnosen spiseforstyrrelser særlig stor i Helse Sør-Øst og i Helse Midt-Norge.

Aktivitetstallene fra januar til august viser en nedgang i antall pasienter med spiseforstyrrelser sammenlignet med tilsvarende periode i 2021. Det er imidlertid for tidlig å si om dette indikerer en mer nedadgående trend i antall pasienter eller en utflating. Selv om økningen i antall nyhenviste pasienter med spiseforstyrrelser nå flater ut eller avtar, vil pasientene sannsynligvis ha behov for behandling over flere år.

Alle helseforetakene i regionen har i dag et differensiert tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Det finnes polikliniske tilbud, dagbehandling, ambulante tilbud, hjemmesykehus og døgnbehandling. Grunnet den betydelige økningen i alvorlige spiseforstyrrelser har det mange steder vært behov for å ta imot flere pasienter med spiseforstyrrelser til døgnbehandling, også til allmenne døgnplasser, både for barn/unge og voksne.

5.1 Helseforetak/sykehus

Aktiviteten innen spiseforstyrrelser ved helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst er som følger:

Aktivitetsdata for 2021	Barn og unge 0 – 17 år					Voksne 18 år og eldre				
	Helseforetak/sykehus	Individer	Andel døgninnlagt	Liggetid per individ	Pol./dag per individ	Timer per individ	Individer	Andel døgninnlagt	Liggetid per individ	Pol./dag per individ
Akershus universitetssykehus HF	192	8 %	80,9	28,2	27,1	319	14 %	48,4	15,7	28,9
Diakonhjemmet Sykehus	29			25,1	21,7	165	5 %	32,4	14,9	12,8
Lovisenberg Diakonale Sykehus	32			23,8	21,4	236	8 %	57,1	10,4	9,5
Oslo universitetssykehus HF	149	21 %	123,2	14,7	29,8	470	14 %	85,2	20,2	26,6
Sykehuset i Vestfold HF	140	8 %	30,2	40,6	44,3	285	8 %	64,8	28,2	30,1
Sykehuset Innlandet HF	113	25 %	43,3	23,6	28,9	181	10 %	97,9	16,3	14,2
Sykehuset Telemark HF	45	22 %	83,6	27,8	26,4	101	22 %	67,9	16,6	16,6
Sykehuset Østfold HF	115	26 %	68,7	21,7	23,1	147	20 %	41,9	13,1	14,5
Sørlandet sykehus HF	96	15 %	70,7	18,9	16,9	176	15 %	88,9	15,8	13,4
Vestre Viken HF	182	12 %	72,2	33,0	29,2	365	13 %	47,3	15,9	14,5
Helse Sør-Øst	1 019	15 %	77,6	28,5	30,6	2 209	13 %	68,5	19,2	22,0
Capio Anoreksi Senter	26	100 %	69,8			24	100 %	164,3		
Modum Bad						124	85 %	47,2	2,4	1,9

Tabellen over viser stor variasjon i antall døgninnleggelseser, antall liggedøgn og antall opphold/konsultasjoner. Sykehuset Vestfold HF skiller seg ut med få innlagte pasienter og flest konsultasjoner pr pasient både for barn/ungdom og for voksne. Regional seksjon for spiseforstyrrelser

(RASP) tar imot de mest alvorlig syke pasientene fra hele regionen noe som påvirker antallet døgnopphold og liggetider ved Oslo universitetssykehus HF. De har døgntilbud til både til barn/unge og til voksne og en kompetanseenhet.

I og med at Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus ikke har egne døgnplasser for barn og unge viser tallet for Oslo universitetssykehus HF antall døgnplasser basert på den samlede befolkningen innenfor opptaksområdet til Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale sykehus AS og Diakonhjemmet sykehus.

Tabellen viser ikke det samlede tilbudet som gis til innbyggerne i opptaksområdene til de ulike helseforetakene da tallene ikke omfatter aktiviteten hos avtalepartene og FBV-institusjonene.

Antallet individer i aldersgruppen 12-25 år med spiseforstyrrelser ved helseforetakene og profil på behandlingen som ble gitt var i 2021 som følger:

Opptaksområdet	Antall i behandling	Antall i behandling per 100 000	Andel i døgnbehandling	Liggetid per individ	Antall timer i dag/pol. Per individ
Akershus universitetssykehus HF	358	364	16 %	62,8	25,5
Diakonhjemmet Sykehus	118	518	16 %	105,6	26,6
Lovisenberg Diakonale Sykehus	123	494	16 %	42,1	20,0
Oslo universitetssykehus HF	187	403	16 %	121,9	30,1
Sykehuset i Vestfold HF	268	662	12 %	79,8	39,4
Sykehuset Innlandet HF	211	379	19 %	63,8	23,5
Sykehuset Telemark HF	113	395	26 %	80,2	24,4
Sykehuset Østfold HF	209	398	27 %	85,1	19,8
Sørlandet sykehus HF	185	330	16 %	89,4	16,1
Vestre Viken HF	393	486	17 %	77,8	23,2
Helse Sør-Øst	2 110	416	18 %	79,9	26,0

Som det fremgår av tabellen hadde Sykehuset Vestfold HF og Diakonhjemmet Sykehus flest pasienter i behandling pr 100 000 innbyggere. Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF hadde størst andel i døgnbehandling. Sykehuset Vestfold HF hadde lavest andel av pasientene i døgnbehandling, men høyest antall timer pr pasient.

Det foreligger ikke en samlet oversikt over antall døgnplasser til behandling av spiseforstyrrelser i regionen da det kun er noen helseforetak som har egne døgnenheter for behandling av pasienter med spiseforstyrrelser. Helse Sør-Øst RHF har imidlertid gjort en innhenting av informasjon fra hvert helseforetak/sykehus vedrørende behandlingstilbudet til barn, unge og voksne med spiseforstyrrelser basert på diagnoser.

Antallet liggedøgn spiseforstyrrelser pr. 100 000 innbygger 0-17 år var i perioden 2018-2022 som følger:

Liggedøgn pasientregion	2018	2019	2020	2021	2022
Helse Midt	661	669	844	878	553
Helse Nord	877	699	846	982	913
Helse Sør-Øst	964	1 074	1 055	1 294	1 017
Helse Vest	640	651	783	894	654
Totalsum	847	896	951	1 126	869

Antallet liggedøgn spiseforstyrrelser pr. 100 000 innbygger 18 år og eldre var i perioden 2018-2022 som følger:

Liggedøgn pasientregion	2018	2019	2020	2021
Helse Midt	639	668	771	762
Helse Nord	626	635	659	704
Helse Sør-Øst	816	1 002	939	1 068
Helse Vest	632	658	678	648
Totalsum	736	851	837	907

Tabellen viser en variasjon mellom de regionale helseforetakene for både, barn og unge og voksne når det gjelder liggedøgn. Helse Sør-Øst har om lag dobbelt så mange liggedøgn som Helse Midt for barn og unge og i underkant av dobbelt så mange liggedøgn for voksne sammenlignet med Helse Vest.

Antallet liggedøgn på tvers av regioner var i 2021 som følger:

Liggedøgn pasientregion	RHF			
	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Helse Midt	97 %	1 %	1 %	1 %
Helse Nord	0 %	100 %	0 %	0 %
Helse Sør-Øst	0 %	0 %	99 %	0 %
Helse Vest	0 %	0 %	0 %	100 %

Tabellen viser at 99% av liggedøgn for barn og unge som tilhører Helse Sør-Øst gjennomføres innad i egen region. Tabellen viser at dette også er tilfelle for de andre helseregionene.

Liggedøgn pasientregion	RHF			
	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Helse Midt	94 %	0 %	6 %	0 %
Helse Nord	4 %	79 %	15 %	2 %
Helse Sør-Øst	1 %	0 %	98 %	1 %
Helse Vest	3 %	0 %	13 %	84 %

Tabellen viser at 98% av liggedøgn for pasienter som tilhører HSØ gjennomføres innad i egen region. Tabellen viser også at HSØ står for en betydelig andel liggedøgn som tilhører øvrige regioner:

- 6% av liggedøgnene for pasienter tilhørende Helse Midt
- 15 % av liggedøgnene for pasienter tilhørende Helse Nord
- 13% av liggedøgnene for pasienter tilhørende Helse Midt

Dette har sammenheng med at Modum Bad har et spesialisert behandlingstilbud som opprinnelig hadde hele Norge som opptaksområde.

Under følger en oversikt over antall døgnplasser pr. 10 000 for barn:

Antall plasser pr 10 000					
Barn					
HF	2017	2018	2019	2020	2021
Summer av Akershus universitetssykehus HF	1,8	1,8	1,7	1,7	1,7
Summer av Diakonhjemmet sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summer av Lovisenberg Diakonale sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Summer av Oslo universitetssykehus HF	4,3	4,3	4,2	4,2	5,6
Summer av Sørlandet sykehus HF	0,9	0,9	0,9	0,9	1,3
Summer av Sykehuset i Telemark HF	2,9	2,9	2,9	3,0	3,0
Summer av Sykehuset i Vestfold HF	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2
Summer av Sykehuset Innlandet HF	4,0	4,0	3,4	3,5	3,7
Summer av Sykehuset Østfold HF	2,5	2,3	2,3	2,3	2,3
Summer av Vestre Viken HF	1,7	1,6	1,6	1,6	2,0
Summer av Helse Sør-Øst RHF totalt	2,9	2,9	2,7	2,8	3,0

Som det fremkommer av tabellen har Sykehuset Innlandet HF og Telemark Sykehus HF det høyeste antallet døgnplasser om det ses bort Oslo hvor tallene påvirkes av den regionale funksjonen (RASP) og intern arbeidsfordeling. Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF har mer enn dobbelt så mange døgnplasser pr 10 000 innbyggere enn Sørlandet sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF som har færrest døgnplasser.

Antall barn og unge med spiseforstyrrelser har økt betydelig. Det har vært en økning i kapasitet i helseforetakene, men som tabellen over viser, er det liten endring i antall døgnplasser for barn og unge.

Antallet døgnplasser for voksne pr 10 000 ved helseforetakene/sykehusene i Helse Sør-Øst var som følger i perioden 2017-2022:

Antall plasser pr 10 000						
voksne						
HF	2017	2018	2019	2020	2021	
Summer av Akershus universitetssykehus HF	5,1	5,0	4,8	4,6	4,7	
Summer av Diakonhjemmet sykehus	2,9	3,4	3,0	3,0	2,9	
Summer av Lovisenberg Diakonale sykehus	7,2	6,2	6,0	5,9	5,5	
Summer av Oslo universitetssykehus HF	11,3	11,6	11,4	11,1	11,0	
Summer av Sørlandet sykehus HF	8,2	7,7	7,7	7,6	7,4	
Summer av Sykehuset i Telemark HF	8,2	8,1	8,1	7,9	8,0	
Summer av Sykehuset i Vestfold HF	5,5	5,3	5,0	4,8	4,7	
Summer av Sykehuset Innlandet HF	7,7	7,7	7,6	6,9	6,8	
Summer av Sykehuset Østfold HF	7,4	6,9	6,8	6,7	6,3	
Summer av Vestre Viken HF	5,9	5,5	5,5	5,1	5,3	
Summer av Helse Sør-Øst RHF totalt	7,9	7,7	7,5	7,3	7,3	

Tabellene viser variasjon mellom helseforetak/sykehus når det gjelder døgnplasser innad i regionen hvor Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Telemark HF har flest døgnplasser om det sees bort fra Oslo.

Helse Sør-Øst RHF har innhentet en oversikt fra helseforetakene/sykehusene over tilbudene både på døgnbehandling og dagbehandling som viser at det er betydelige variasjoner i omfanget og innretningen på behandlingstilbudene. Det er kun noen få helseforetak/sykehus som har egne enheter for spiseforstyrrelser. Noen helseforetak har øremerkede døgnplasser for denne pasientgruppen, men langt de fleste benytter generalistenheter akutt plasser til disse pasientene.

Kartleggingen viser ikke nøyaktig antall døgnplasser for alle helseforetak/sykehus. Men kartleggingen viser variasjon i antall døgnplasser, organisering av tilbud og omfang av ambulant behandling. Denne variasjonen kan handle om variasjon i geografi, tilgang på kompetanse, faglige vurderinger eller andre forhold. Det er imidlertid grunn til å vurdere om denne variasjonen bidrar til en uønsket variasjon i tilbudet til pasientene og hvilke implikasjoner dette eventuelt kan ha.

Det kan synes å være en sammenheng mellom antallet døgnbehandlingsplasser ved helseforetakene og den geografiske lokaliseringen av døgnbehandlingskapasiteten hos avtalepartene. Sykehuset Innlandet HF har imidlertid tradisjonelt sett hatt flere døgnplasser enn de øvrige helseforetakene/sykehusene.

5.2 Private leverandører

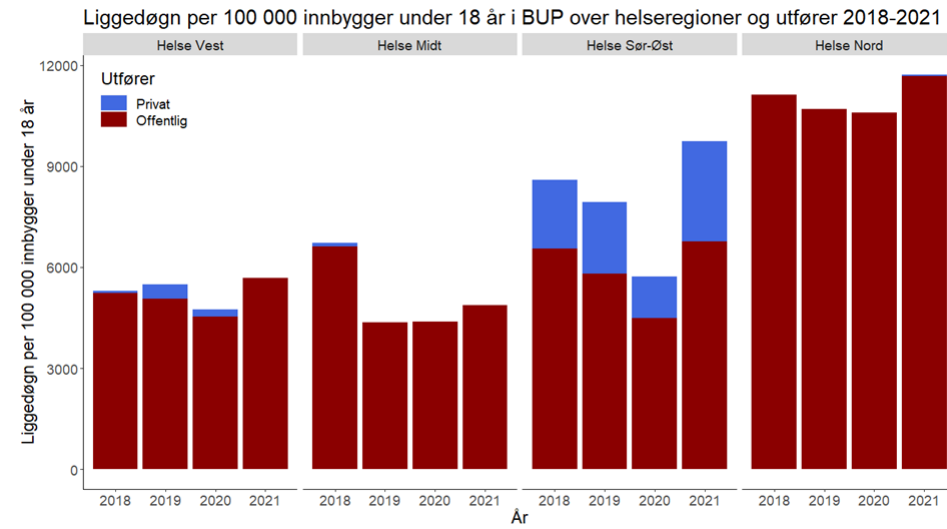
Helse Sør-Øst RHF har inngått avtaler om kjøp av om lag 29 døgnbehandlingsplasser for spiseforstyrrelser fordelt på to avtaleforhold.

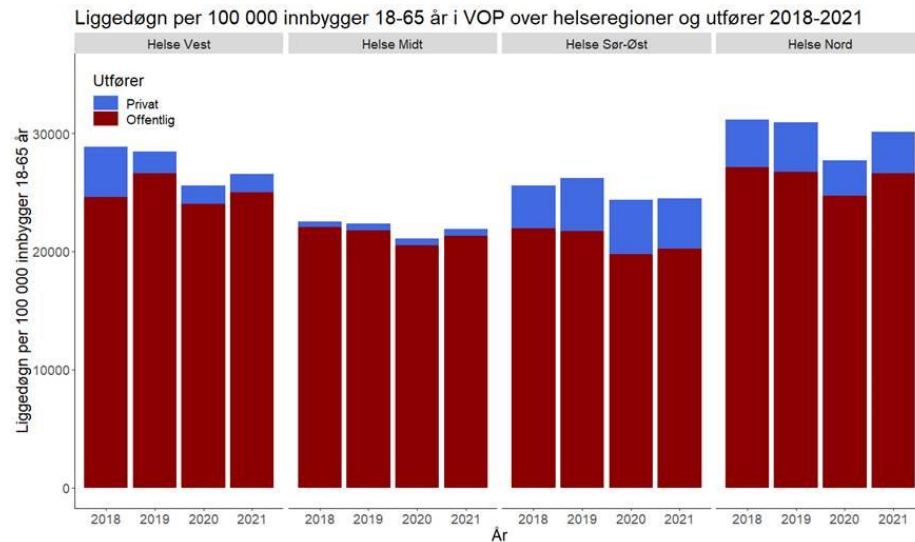
Den ene avtalen er med Modum Bad og omhandler 16,19 døgnplasser (5910 liggedøgn) for voksne med hoveddiagnose anorexia nervosa og bulimia nervosa. Tilbudet omfatter ikke pasienter med psykotisk tilstand, kronisk selvmordsfare, pågående overgrepssituasjon, mangelfull/uforsvarlig omsorg for mindreårige barn, ustabil somatisk tilstand.

Den andre avtalen er med Capio Anoreksi Senter og omfatter 14 døgnplasser til barn/unge med spiseforstyrrelser, primært mellom 13-18 år, men med mulighet for behandling opp til 23 år. Behandling av pasienter under 13 år vurderes enkeltvis. Pasienter under 18 år som er innlagt i sykehus har en lovfestet rett til å ha foreldre eller andre med foreldreansvar hos seg. Det innebærer at barn og unge bør være innlagt sammen med én av sine foresatte.

Capio Anoreksi Senter har ingen nedre eller øvre BMI grense, men kan ikke ta imot pasienter som har behov for intensiv overvåkning og medisinsk behandling på sykehusnivå. Capio Anoreksi Senter har i tillegg akutt psykose, overhengende og alvorlig suicidalfare og selvskading og aktivt rusmiddelbruk som eksklusjonskriterier.

Den samlede døgnbehandlingsaktiviteten innen behandling av barn/unge med spiseforstyrrelser er som følger:





Når det gjelder liggedøgn og private avtaleparter viser tabellene over at det er kjøp hos private som medfører at Helse Sør-Øst skiller seg markant fra de andre regionale helseforetakene i antallet døgnplasser. Helse Nord skiller seg også ut med relativt stort omfang av liggedøgn.

Behandlingskapasiteten hos de private avtaleparter fordelte seg i 2021 som følger for hhv voksne og barn og unge:

Modum Bad	Opptaksområde									
	VOP	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Døgn		28 553	2 814	2 787	6 426	2 362	2 076	2 779	7 369	1 950

Capio	Opptaksområde									
	BUP	Sum	Akershus	Innlandet	Oslo	Sørlandet	Telemark	Vestfold	Vestre Viken	Østfold
Døgn		4 463	769	351	107	-	270	515	1 316	1 135

Som det fremgår av tabellene utgjør døgnbehandlingsaktivitetene hos private avtaleparter relativt mange behandlingsdøgn innenfor opptaksområdet til Vestre Viken HF, Sykehuset Østfold HF og Akershus universitetssykehus HF. Det er relativt få behandlingsdøgn levert fra private avtaleparter innenfor opptaksområdet til Sørlandet sykehus HF, Oslo universitetssykehus, og Sykehuset Innlandet HF når det gjelder barn og unge. Dette kan ha sammenheng med at Capio Anoreksi Senter er lokalisert til i Østfold.

For voksne utgjør døgnbehandlingsaktivitetene hos private avtaleparter relativt mange behandlingsdøgn innenfor opptaksområdet til Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF, mens betydelig færre for Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF. Dette kan ha sammenheng med at Modum Bad er lokalisert i Buskerud.

Liggdøgn pr. 100 000 samlet for Modum Bad og Capio Anoreksi Senter var i perioden 2018-2021 som følger:

Liggedøgn pr 100' ved privat kom.						
	2018	2019	2020	2021		
Akershus universitetssykehus OO	227	143	169	192		
Diakonhjemmet Sykehus OO	254	109	188	162		
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	192	339	421	431		
Oslo universitetssykehus OO	169	190	72	102		
Sykehuset i Vestfold OO	227	489	485	321		
Sykehuset Innlandet OO	205	207	234	222		
Sykehuset Telemark OO	347	245	671	350		
Sykehuset Østfold OO	449	646	275	526		
Sørlandet Sykehus OO	416	148	145	61		
Vestre Viken OO	384	573	603	554		
Totalsum	294	320	315	298		

Forbruksmønsteret tyder på at geografisk nærhet er av stor betydning når det gjelder bruk av private avtaleparter i tillegg til tilgang på egne døgnplasser.

Tabellen under viser samlet antall liggedøgn for barn, ungdom og voksne ved den regionale funksjonen for spiseforstyrrelser ved Oslo universitetssykehus HF fordelt på opptaksområde.

Liggedøgn pr 100' regional funksjon spiseforstyrrelser ved OUS						
	2018	2019	2020	2021		
Akershus universitetssykehus OO	144	82	147	80		
Diakonhjemmet Sykehus OO	78	85	135	275		
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	104	476	69	81		
Oslo universitetssykehus OO	319	235	167	425		
Sykehuset i Vestfold OO	89	366	150	268		
Sykehuset Innlandet OO	58	176	62	0		
Sykehuset Telemark OO	83	0	0	0		
Sykehuset Østfold OO	181	205	239	159		
Sørlandet Sykehus OO	40	6	59	1		
Vestre Viken OO	220	184	117	220		
Totalsum	143	167	122	146		

Tabellen viser tilsvarende at geografisk nærhet, samt tilgang på egne døgnplasser er det som synes å gi størst utslag i forbruk av regionale funksjoner.

5.2.1 Opphør av ordningen med Helfo-godkjente virksomheter

Regjeringen har besluttet at ordningen med Helfo-godkjente private virksomheter skal avvikles fra og med 2023. Stortinget behandlet forslaget fra regjeringen 08.12 og 12.12 og sluttet seg til forslaget fra regjeringen.2022. Det ble samtidig vedtatt at det skal være en overgangsordning på 12 måneder for å sikre ferdigbehandling av inneliggende pasienter ved årsskiftet 2022/2023.

Aktiviteten ved de HELFO-godkjente virksomheten var i 2021 som følger:

Antall pasienter i FBV 2019-2021

Tjenesteområde	2019	2020	2021	Endring 19-21
SOM	14007	15508	18960	35%
BUP	9	16	55	511%
VOP	176	185	183	4%
TSB	489	424	586	20%

Utbetalte refusjoner i perioden 2019-2021 var som følger:

Utbetalte refusjoner i perioden 2019-2021				
Tjenesteområde	2019	2020	2021	Endring 19-21
SOM	52 549 792	65 080 191	75 421 104	44%
BUP	718 250	149 8140	414 9135	479%
VOP	35 366 380	49 957 400	63 419 310	79%
TSB	132 364 125	172 104 200	236 395 535	20%

Oppsummert for alle fagområdene viser dette at:

- Somatikk utgjør det store volumet av FBV-pasienter (96% av alle pasienter i 2021)
- I refusjon utgjør somatikk kun 20 % av utgiftene
- TSB utgjør alene 62 % av alle utgiftene (2021)
- Somatikk er hovedsakelig poliklinikk, mens VOP, BUP og TSB er for det meste døgnopphold. Dette forklarer deres store andel av totale utgifter

Modum Bad, Fekjær psykiatriske senter og Capio Anoreksi Senter er alle godkjente som FBV-leverandører. Capio Anoreksi Senter har aldri tatt inn pasienter på denne ordningen, mens antallet pasienter for både Modum Bad og Fekjær psykiatriske senter har vært ubetydelig.

6 BEHOVSANALYSE

Behovsanalysen viser det estimerte behovet basert på den samlede kapasiteten (offentlig og privat) i regionen og per sykehusområde/opptaksområde. Behovsanalysen skal primært vurdere kjøp av privat kapasitet, men også omtale behovet for justeringer i den offentlige kapasiteten. Den skal samtidig gi tilråding om utviklingstrekk på et overordnet nivå om arbeidsfordelingen mellom helseforetakene og avtalepartene.

Behovsanalysen tar utgangspunkt i historisk aktivitet og forbruk. Behovsanalysen ses opp mot forventet utvikling i Helse Sør-Øst de kommende 5-7 år.

Det forventes økt personellbehov som en følge både av et behov for å spesialisere og intensivere behandlingen og en økende kompleksitet i utredning og behandling.

Som det fremgår av behovsvurderingen utgjør de private avtalepartene i dag omlag 20 prosent av kapasiteten innen døgnbehandling for behandling av spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst. Avtalene med private avtalepartene har en samlet årlig økonomisk ramme i 2022 på om lag 55 mill. kroner. Dagens avtaler med private avtalepartene innen behandling av spiseforstyrrelser ble inngått i 2019.

Aktivitetstallene ved helseforetakene kan tyde på at det er lite eller ingen ubenyttet kapasitet ved helseforetakene. Dette fremgår også av rapporten fra Framskrivningsprosjektet. Rapporten anbefaler en styrking av døgnkapasitet i helseforetak/sykehus, men det kan likevel være behov for et mer omfattende kjøp av private behandlingstilbud enn det som ligger i dagens avtaler. Det må i dimensjoneringen av kjøpet legges til grunn at ordningen med HELFO-godkjente virksomheter opphører. Det har vært begrenset bruk av disse så langt, så dette vil ha liten påvirkning på behandlingsskapasiteten innen spiseforstyrrelser.

Arbeidsgruppen har drøftet hva slags kompetanse som bør anskaffes og for hvilken målgruppe. Flere i arbeidsgruppen ønsker å begrense kjøp fra private og mener at behandlingstilbud for spiseforstyrrelser i all hovedsak bør tilbys fra helseforetakene. Det blir også stilt spørsmål om Capio Anoreksi Senter i hovedsak tar imot pasienter som helseforetak behandler poliklinisk og at de mer alvorlig syke kan ha behov for tvang og dermed ivaretas i helseforetaket.

Helseforetakene har de siste årene håndtert en betydelig økning i antall henvisninger, særlig for barn og unge og deres vurdering er at dette er kompetanse og tilbud som må bygges opp lokalt. Økningen har ikke vært tilsvarende for voksne og det har derfor ikke vært behov for å omdisponere ressurser og styrke kompetansen på samme måte for voksne som for barn og unge.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at de siste årenes utvikling som viser en betydelig vekst av barn og unge med spiseforstyrrelser, og særlig anoreksi. Anoreksi er den alvorligste formen for spiseforstyrrelse og økningen i forekomst de siste årene har medført et særlig fokus på dette. Men det har også vært en økning i forekomst av spiseforstyrrelser hos unge voksne, hvor også overspisingslidelse kan være problemet.

Det at de to private behandlingstilbudene brukes mest av helseforetakene i geografisk nærhet, kan sammen med manglende kjennskap til tilbudene, være en medvirkende faktor til variasjoner i vurderingene av hvorvidt det er behov for å anskaffe behandlingstilbud til pasienter med spiseforstyrrelser.

Det er viktig at det enkelte helseforetak og sykehus gjøres kjent med hvilke behandlingstilbud som kjøpes og hva disse kan tilby for å sikre en likeverdig tilgang til disse tilbudene.

Arbeidsgruppen har også drøftet bruk av de regionale funksjonene ved Oslo universitetssykehus HF, som i likhet med de private har flest pasienter fra helseforetakene som er geografisk nær. RASP ivaretar de mest alvorlig syke, men for barn og unge medfører ventetiden ved RASP og alvorlighetsgraden at de også i stor grad må ivareta disse pasientene lokalt.

Det kan se ut som om få døgnplasser lokalt øker bruken både av RASP og hos private avtaleparter.

Effekt av behandling og kvalitet i behandlingstilbudet

Arbeidsgruppen har drøftet den mangelfulle kunnskapen om effekten av den behandlingen som tilbys og vurderer at det er behov for mer kunnskap også om hvilke elementer i behandlingen som er virksomme. En behandlingstilnærming gir ikke tilfredsstillende behandlingseffekt hos alle. Avhengig av metode kan denne variere fra 50 – 70 % på gruppenivå.

Sykehuset i Vestfold HF har undersøkt noen komplekse og langvarige pasientforløp. Dette er pasienter som over tid mottok poliklinisk tilbud, dagtilbud, innleggelse i lokal akuttavdeling og minst én innleggelse som gjestepasient. Helseforetaket så at flere av disse pasientene ble betydelig dårligere gjennom behandlingsforløpets gang. I intervjuer sa flere pasienter at det var innleggelsen i døgnavdeling som førte de «dypere» inn i sin spiseforstyrrelsesproblematikk.

Tvang kan være en helt nødvendig del i et behandlingsforløp av alvorlig spiseforstyrrelse, men der behandlingen ikke gir den ønskede effekt over tid kan det se ut til at jo mer motstand pasientene mobiliserer, jo vanskeligere er veien til tilfriskning. Spiseforstyrrelsen kan også utvikles til å bli en «identitet».

Noen pasienter opplever også å ha en status gjennom sosiale medier der de kan oppleve en ubevisst konkurranse om å være sykest, noe som vanskeliggjør en tilfriskningsprosess.

Der det er behov for døgninnleggelser ved RASP tilrår arbeidsgruppen kortere liggetider. Dette kan sikres gjennom sekvensielle innleggelser og god samhandling i forkant og etterkant av innleggelsen. Det er likeledes viktig at oppholdstidene ved de private avtaleparter avgrenses.

Arbeidsgruppens tilrår mer arenafleksible tjenester, som gir mer fleksibilitet i behandlingstilbudet. Det er også viktig med økt samarbeid mellom avtalepartene og helseforetakene både før, underveis og etter døgnbehandlingssoppholdet for å sikre effekt av behandlingen og gode overganger.

For å sikre en bedre pasientbehandling er det ønskelig å måle effekt av behandling over tid. I dag benyttes fortrinnsvis BMI for å måle effekten av døgnbehandling, noe som er utilstrekkelig. Etter døgnbehandling lokalt eller regionalt burde effekt vært målt ved utskrivelse og etter 6 og 12 mnd. Kvalitetsregisteret for behandling av spiseforstyrrelser – NorSpis har som formål å ivareta måling ved behandlingens start og avslutning, men pga. lav dekningsgrad har NorSpis mottatt varsel fra ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre at de står i fare for å miste nasjonal status. De er derfor avhengig av økt registreringsrespons for å øke dekningsgraden. Slik kan effekt av behandling måles og bidra til å sikre god og sikker pasientbehandling fremover.

Måling av effekt av behandlingen er utenfor arbeidsgruppens mandat, men arbeidsgruppen vil påpeke at det kan ha stor betydning for hva slags type behandlingstilbud både helseforetak/sykehus bør bygge opp og hva slags behandlingstilbud som bør anskaffes fra private avtaleparter. Det er behov for mer kunnskap mht. om dagens behandlingstilbud kan gjøre enkelte pasienter sykere over tid og hva som kan gjøres for å forhindre dette. Arbeidsgruppen har med bakgrunn i dette kontaktet Forskningsenheten ved Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved Oslo universitetssykehus om en status og vurdering når det gjelder ulike behandlingstilnærminger.

Kvalitet innebærer at pasienten får hjelp for de utfordringene de henvises for og at behandlingen har målbar effekt på de områdene behandlingen retter seg mot. For spiseforstyrrelser er det et sentralt kvalitetsmål at vekt eller BMI utvikler seg mot normalområder, at bekymring for vekt, bekymring for figur, bekymring for spising og kompenserende strategier reduseres.

Økningen i forekomst av spiseforstyrrelser hos barn og unge viser behovet for å sikre at vi tilbyr behandling av god kvalitet og benytter ressursene mest mulig effektivt for å sikre et godt behandlingstilbud til flest mulig.

Oppsummert er arbeidsgruppen enig om at det er viktig å vektlegge:

- Pasienter med de alvorligste spiseforstyrrelsene, hvor det kan være behov for bruk av tvang eller det er alvorlig selvskading, bør behandles i helseforetakene/sykehusene
- Behandlingstilbudene må tilrettelegges for behandling av ulike typer spiseforstyrrelser, inkludert overspisingslidelse.
- Behandlingstilbudene må tilrettelegges for ivaretagelse av minoriteter.
- Behandlingstilbudene må ivareta familie- og pårørendeperspektivet, herunder pasient- og brukerrettighetslovens § 6-2 om barns rett til samvær med foreldrene i helseinstitusjon og barn som pårørende

- Behandlingstilbudene bør gjenspeile ulike behov og behov for tilrettelegging for ulike aldersgrupper
- Brukerstyrte plasser kan være en del av behandlingstilbudene
- Behandlingstilbud skal legge til grunn kunnskapsbaserte behandlingsmetoder og praksis og følge nasjonale faglige retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser, samt føringer i Nasjonale pasientforløp om struktur i forløpet. Dersom det benyttes andre faglige tilnærminger enn det som er anbefalt, skal dette begrunnes
- Behandlingstilbudene bør være spesialiserte mht. innhold og behandlingsintensitet. Høyere frekvens/intensitet i behandling viser bedre effekt for de fleste former for psykologisk behandling
- Behandlingstilbudene skal sikre en bredde som ivaretar de som ikke profitterer på de mest vanlige behandlingstilnærmingene
- Behandlingstilbudene bør ha en helhetlig tilnærming som også ivaretar underliggende problematikk som kan ligge til grunn for spiseforstyrrelsen
- Behandlingstilbudene må kunne dokumentere at behandlingen har effekt. For å måle effekt bør det benyttes tilbakemeldingssystemer av god kvalitet som sikrer fortløpende monitorering, evaluering og tilpasning av kvalitet og innhold i behandlingsforløpet
- Reell tverrfaglighet bør være tilgjengelig i behandlingen av den enkelte pasient
- Behandlingstilbudene bør være tilgjengelig 365 dager i året og den enkelte pasient må sikres tilgang til et tverrfaglig kompetanse i behandlingen
- Langtidsbehandling bør bestå av kortere innleggelse, sekvensielle behandlinger samt mer ambulante tjenester før og etter døgnbehandlingen (arenafleksible tilbud). Lengre døgnopphold bør begrunnes særskilt.
- Det bør tidlig gjøres en forventningsavklaring av pasientforløpet når det gjelder forventet varighet av oppholdet og lengre døgninnleggelse må begrunnes. Tydelig forventningsavklaring er viktig for pasient, foreldre og samarbeidspartnere
- Avtalepartene bør ha fleksibilitet i tilbudene for å sikre god utnyttelse av den totale kapasiteten
- Tydeligere krav til samhandling mellom helseforetak/sykehus og private avtaleparter, både i forkant av, underveis, og i oppfølging i etterkant av døgnbehandling, herunder også deltakelse i ansvarsgruppemøter. Dette innebærer tett dialog underveis ved overgang fra døgnbehandling til poliklinisk behandling og drøfting med helseforetak ved vurdering/behov for reinnleggelse
- Helseforetak og private avtaleparter må ha god kjennskap til hverandres behandlingstilbud og behandlingstilnærminger

Markedsvurdering

Helse Sør-Øst RHF har i dag avtale med en privat ideell virksomhet og en kommersiell virksomhet. Opphøret av godkjenningsordningen vil kunne innebære tilbud fra flere private kommersielle virksomheter, noe som vil kunne gi økt konkurranse.

7 RISIKOANALYSE

ID	Uønsket hendelse	Sannsynlighet	Konsekvens (beskrivelse)	Konsekvens	Strategi / Tiltak	Risiko
1	Leverandørens manglende evne til å produsere gitt volum grunnet: A) Begrenset antall henvisninger/produserer ikke volum. B) Ikke tilstrekkelig faglige ressurser tilgjengelig.	Moderat	Tilgjengelig kapasitet blir ikke benyttet. Pasienter henvises tilbake. Lengre ventetider. Fare for fristbrudd.	Moderat	Mulighet å justere aktivitet i avtaleperioden.	Moderat
2	Mangelfullt tjenestekjøp i henhold til reelt behov.	Liten	For lav kapasitet. Pasientene får ikke oppfylt sine behandlingsbehov.	Liten	Fleksibilitet innenfor avtalens ramme.	Lav
3	Rekruttering: ressursglidning fra helseforetak til private aktører.	Moderat	Redusert kapasitet i helseforetakene. Forsinket behandling.	Moderat	Styrke ressursene i helseforetakene. Krav til utdanning/forskning. Riktig kjøpsnivå.	Moderat
4	Leverandører leverer ikke relevante priser på alle type tjenester.	Stor	Økonomisk fokus - ikke fokus på kvalitet. For høye priser vil kunne gi redusert kapasitet og flukt av fagpersoner fra helseforetakene	Moderat	Sette kvalitetskrav i anskaffelsen. Innrette anskaffelsen slik at det blir reell konkurranse på alle områder	Moderat
6	Kun en leverandør på noen tjenesteområder/delytelser.	Stor	Ingen konkurranse på pris og kvalitet.	Moderat	Bygge opp offentlig aktivitet.	Moderat til høy
7	For mange leverandører i deler av helseregionen.	Liten	Flere tilbud, økt etterspørsel.	Liten	Vurdere å legge inn i konkurransen mulighet for at geografisk beliggenhet vil påvirke den samlede tildelingen	Lav til moderat