

Pakkeforløp ved spiseforstyrrelser hos barn og unge

Generell kommentar

- 1) Det er mye bra med dette pakkeforløpet. Men for å korte ned på teksten slik at essensen i pakkeforløpet kommer tydeligere fram går det an å kutte vekk mye av det som er selvfølgeligheter og som man må forvente er vanlig klinisk praksis i møtet med alle pasienter.
- 2) Svært mange av de punkter som vi kommenterer her går igjen i alle pakkeforløp. Bl.a. bruken av betegnelsen «behandler». Det er nødvendig at HDir samkjører teksten ved de ulike pakkeforløp der hvor temaet er identisk på tvers av pakkeforløpene. I forbindelse med denne høringen vil vi kun kommentere slike forhold relativt kort. **Vi henviser til vår høringsuttalelse om mistanke om psykose/ psykose hvor våre kommentarer er mer dyptgående og detaljerte.**

Henvisning og start – spiseforstyrrelser hos barn og unge (pakkeforløp)

Kommentar 1: Angående forløpskoordinator (under fanen *Start pakkeforløp*.

Forløpskoordinering) blir det lett forvirrende at en pasient skal måtte forholde seg til ulike forløpskoordinatorer på flere ulike avdelinger. Dette kan vanskeliggjøre kommunikasjonen som helsepersonell ellers er vant til å håndtere seg imellom. Når det så introduseres enda et nivå med koordinator i tillegg til forløpskoordinator, kontaktlege/-psykolog og evt annet helsepersonell øker sjansen for ansvarsfraskrivning, vansker med å nå riktig person til riktig tid og at nødvendig helsehjelp utsettes av byråkrati.

Kartlegging og utredning – spiseforstyrrelser hos barn og unge (pakkeforløp)

Kommentar 2: Under overskriften «Innledende samtaler» står det at kartlegging av risikofaktorer for utøvelse av vold **skal** avklares i første samtale. Første time med en ung ny pasient må være alliansebyggende og i størst mulig grad legges opp etter behandlerens kliniske skjønn. Eksplisitt kartlegging av voldsrisiko kan være indisert ved eksempelvis borderlinetrek, men for øvrig ikke noe man **må** gjøre i dette første møtet med pasienten. Hos de aller fleste med spiseforstyrrelser er vold intet problem.

Kommentar 3: Under overskriften «Kartlegging og utredning» står det at somatisk undersøkelse inkl vekt/høyde og laboratorieundersøkelser bør (Npfs understrekning) gjennomføres. Npf vil understreke at slike undersøkelser må gjøres.

Kommentar 4: I denne sammenheng er det ikke tilstrekkelig bare å stole på henvisers vurderinger. Lege ved DPSet / institusjonen må gjøre en selvstendig vurdering av somatiske forhold uavhengig av henviser. Det er ikke sjelden at henviser overser viktig somatikk.

Kommentar 5: Et annet punkt som **må** avtales med pasienten/foresatte og fastlege er hvem som er ansvarlige for somatisk oppfølging og kontroll under oppholdet fra utredningens start. Her må DPSet / institusjonens lege / psykiater ha et selvstendig ansvar, gjerne i samarbeid med sykepleier. Denne type oppgaver kan ikke overlates til ikke-medisinsk fagpersonell.

Kommentar 6: I forbindelse med vurdering og beslutning om videre oppfølging etter utskrivelse må lege/psykiater ved DPS/ institusjonen delta i vurderingen av nødvendige tiltak. Dette for å sikre at somatiske forhold blir ivaretatt tilstrekkelig i den videre oppfølging.

Behandling og oppfølging – spiseforstyrrelser hos barn og unge (pakkeforløp)

Kommentar 7. Hvis det oppstår avbrudd i behandlingen angis det at henviser/kontaktperson i kommunen blir varslet og fastlege kontaktet for videre oppfølging. Det hender imidlertid at samtykkekompetente pasienter eksplisitt angir at de ikke ønsker at fastlege skal kontaktes. Da DPS / institusjon har taushetsplikt må dette respekteres. Denne muligheten må omtales i det endelige dokumentet.

Forløpstider og registrering av koder – spiseforstyrrelser hos barn og unge (pakkeforløp)

Kommentar 8: Dersom det er nødvendig å ta med alle kodene som er anført, må man sikre at behandlerne slipper å måtte bruke tid på dette. Her bør merkantilt personell kunne utføre oppgavene basert på angivelse av kodenr fra behandler.