

Møtedato: 23. februar 2022  
Vår ref.:  
2021/1031-17

Saksbehandler:  
Janny Helene Aasen

Dato:  
10.2.2022

## Styresak 17-2022

## Internrevisjonsrapport nr. 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord

### Formål

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført en revisjon hvor formålet har vært å bekrefte at det er styring og kontroll med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, og med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt.

Revisjonen har omfattet og vært konsentrert om følgende fokusområder:

- Helse Nord RHF's overordnede styring med kvalitet i pasientbehandlingen
- Nasjonale helsefaglige retningslinjer fra Helsedirektoratet, herunder:
  - Involvering ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer
  - Regional implementering av nasjonale retningslinjer
  - Lokal implementering av nasjonale retningslinjer
  - Etterlevelse og oppfølging av nasjonale retningslinjer
- Implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*.

I denne styresaken legges rapporten fra revisjonen fram for styret i Helse Nord RHF.

### *Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier*

I *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*, med innsatsområdet «Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling», uttrykkes RHF-ets ambisjoner for den overordnede styringen med kvalitet i pasientbehandlingen. Internrevisjonens observasjoner og vurderinger er derfor knyttet opp mot relevante punkter fra denne strategien. Internrevisjonens vurdering er at revisjonsrapporten gir et godt grunnlag for bedret styring med *kvaliteten* i pasientbehandling og at den kan bidra til *lagspill* i regionens forbedrings-arbeid.

### Beslutningsgrunnlag

#### Internrevisjonens konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at det ikke er etablert en helhetlig styring og kontroll i Helse Nord, verken med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer, eller med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt. Slik styring og kontroll framstår både som fragmentert, lite systematisert og lite formalisert. Personell i klinisk virksomhet er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes, men mangelfull styring og kontroll medfører en risiko for at helsetjenester i regionen ikke ytes i samsvar med det myndighetene anser som god faglig praksis.

### Internrevisjonens anbefalinger

Internrevisjonen har, i rapporten, gitt følgende anbefalinger til Helse Nord RHF:

1. Stille formelle krav til helseforetakene om implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for regionale implementeringstiltak og/eller beslutninger ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
3. Sørge for at regional dokumentsamling med nasjonale helsefaglige retningslinjer holdes oppdatert, som kilde til bruk i øvrige interne dokumentsamlinger og prosedyrer.
4. Systematisere oppfølgingen av foretakenes resultater i medisinske kvalitetsregistre, inkludert hvilke konkrete forbedringstiltak foretakene iverksetter med hvilken frist.
5. Sørge for at det gjøres periodiske evalueringer av om nasjonale helsefaglige retningslinjer etterleves.
6. Sørge for at avvik fra nasjonale helsefaglige retningslinjer, som krever regionale beslutninger, blir rettidig håndtert.
7. Utarbeide egen veileder for funksjonsdeling innen psykisk helsevern og rusbehandling, tilsvarende som for somatiske spesialisthelsetjenester, eller innarbeide fagområdene i den eksisterende veilederen.
8. Innføre en regional rutine for implementering av beslutninger fra Beslutningsforum for nye metoder.
9. Sørge for at implementering av beslutninger fra Beslutningsforum for nye metoder som krever regionale vedtak, blir rettidig håndtert.

Internrevisjonen har videre anbefalt alle sykehusforetakene å:

1. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for implementeringstiltak i foretaket ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Rutinemessig innhente tilbakemeldinger gjennom lederlinjen på at nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer er implementert.

I tillegg har internrevisjonen anbefalt Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset å:

3. Følge opp kvalitetsregisterdata og resultater for kvalitetsindikatorer i kvalitetsutvalg på foretaksnivå.

### **Behandling i styrets revisjonsutvalg**

Revisjonsutvalget er holdt løpende orientert om gjennomføringen av revisjonen, sist i møte 27. januar 2022 (sak 3/22), hvor utvalget vedtok:

1. *Revisjonsutvalget er tilfreds med orienteringen.*
2. *Revisjonsutvalget anbefaler at det i styresaken legges opp til forslag til vedtak som inkluderer at:*
  - *en handlingsplan for RHF-ets oppfølgingsarbeid framlegges for styret senest mai 2022*
  - *styret får tilbakemelding om RHF-ets oppfølging av internrevisjonens anbefalinger basert på handlingsplanens frister, samt tilbakemelding på oppfølging av anbefalinger gitt til HF-ene.*

### **Administrerende direktørs vurdering**

Adm. direktør viser til internrevisjonens konklusjon og anbefalinger, og til revisjonsutvalgets behandling av rapporten. Revisjonsrapporten viser at det er behov for forbedringer både på regionalt og lokalt nivå. Adm. direktør vil sørge for at det utarbeides en handlingsplan for oppfølgingen av internrevisjonens anbefalinger til Helse Nord RHF. Samtidig forventes det at det enkelte helseforetak følger opp anbefalingene det har mottatt, jf. krav i *Tilleggsliste til Oppdragsdokument 2022, pkt. 33*.

### **Forslag til vedtak**

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport nr. 06/2021, Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord*, til orientering.
2. Styret ber adm. direktør legge fram for styret en handlingsplan for oppfølging av internrevisjonens anbefalinger til Helse Nord RHF, senest i mai 2022.
3. Styret ber adm. direktør legge fram en statusoversikt basert på handlingsplanens frister for RHF-ets oppfølging av internrevisjonens anbefalinger, samt oversikt over status for oppfølging av anbefalinger gitt til HF-ene.

Bodø, 11. februar 2022

Cecilie Daae  
administrerende direktør

Vedlegg: Internrevisjonsrapport nr. 06/2021, Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord

**Internrevisjonsrapport 06/2021**

# **Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord**

**Internrevisjonen i Helse Nord RHF, 20.01.2022**

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn.....	5
2 Formål og omfang.....	6
2.1 Formål med revisjonen.....	6
2.2 Revisjonsgrunnlag.....	6
2.3 Omfang og fokusområder.....	6
3 Metoder.....	7
4 Observasjoner og vurderinger.....	8
4.1 Helse Nord RHF's overordnede styring med kvalitet i pasientbehandlingen.....	8
4.1.1 Observasjoner.....	8
4.1.2 Internrevisjonens vurderinger.....	10
4.2 Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer.....	11
4.2.1 Observasjoner.....	11
4.2.2 Internrevisjonens vurderinger.....	20
4.3 Implementering av beslutninger fra <i>Beslutningsforum for nye metoder</i> .....	21
4.3.1 Observasjoner.....	21
4.3.2 Internrevisjonens vurderinger.....	25
5 Oppsummering, konklusjon og anbefalinger.....	25
5.1 Oppsummering.....	25
5.2 Konklusjon.....	26
5.3 Anbefalinger.....	26

### Vedlegg:

1. Revisjonskriterier
2. Dokumentoversikt
3. Oppsummering for utvalgte helsefaglige retningslinjer

## Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helse Nord i perioden august 2021-januar 2022. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF, Finnmarkssykehuset HF (FIN), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Nordlandssykehuset HF (NLSH), Helgelandssykehuset HF (HSYK) og Sykehusapotek Nord HF (SANO).

### Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er styring og kontroll med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, og med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt.

### Metoder

Internrevisjonen er gjennomført ved gjennomgang av dokumenter, intervjuer og verifikasjoner/tester.

### Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at det ikke er etablert en helhetlig styring og kontroll i Helse Nord, verken med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer, eller med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt. Slik styring og kontroll framstår både som fragmentert, lite systematisert og lite formalisert. Personell i klinisk virksomhet er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes, men mangelfull styring og kontroll medfører en risiko for at helsetjenester i regionen ikke ytes i samsvar med det myndighetene anser som god faglig praksis.

### Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Stille formelle krav til helseforetakene om implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for regionale implementeringstiltak og/eller beslutninger ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
3. Sørge for at regional dokumentsamling med nasjonale helsefaglige retningslinjer holdes oppdatert, som kilde til bruk i øvrige interne dokumentsamlinger og prosedyrer.
4. Systematisere oppfølgingen av foretakenes resultater i medisinske kvalitetsregistre, inkludert hvilke konkrete forbedringstiltak foretakene iverksetter med hvilken frist.
5. Sørge for at det gjøres periodiske evalueringer av om nasjonale helsefaglige retningslinjer etterleves.
6. Sørge for at avvik fra nasjonale helsefaglige retningslinjer, som krever regionale beslutninger, blir rettidig håndtert.

7. Utarbeide egen veileder for funksjonsdeling innen psykisk helsevern og rusbehandling, tilsvarende som for somatiske spesialisthelsetjenester, eller innarbeide fagområdene i den eksisterende veilederen.
8. Innføre en regional rutine for implementering av beslutninger fra Beslutningsforum for nye metoder.
9. Sørge for at implementering av beslutninger fra Beslutningsforum for nye metoder som krever regionale vedtak, blir rettidig håndtert.

Internrevisjonen anbefaler alle sykehusforetakene å:

1. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for implementeringstiltak i foretaket ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Rutinemessig innhente tilbakemeldinger gjennom lederlinjen på at nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer er implementert.

I tillegg anbefaler internrevisjonen Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset å:

3. Følge opp kvalitetsregisterdata og resultater for kvalitetsindikatorer i kvalitetsutvalg på foretaksnivå.

# 1 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet etter internrevisjon i Helse Nord i perioden august 2021-januar 2022. Revisjonen har omfattet Helse Nord RHF, Finnmarkssykehuset HF (FIN), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), Nordlandssykehuset HF (NLSH), Helgelandssykehuset HF (HSYK) og Sykehusapotek Nord HF (SANO). Internrevisor Hege Knoph Antonsen har vært oppdragsleder og revisjonssjef Janny Helene Aasen har hatt det overordnede ansvaret.

Revisjonen har bestått av:

- Melding om internrevisjon sendt 12.08.2021
- Gjennomgang av innhentede dokumenter
- Intervjuer og tester i Helse Nord RHF i perioden september - oktober 2021
- Intervjuer og tester i sykehusforetakene i perioden september - oktober 2021
- Intervjuer med representanter fra Sykehusapotek Nord 04.10.2021
- Oppsummeringsmøte i Helse Nord RHF 01.11.2021
- Rapportutkast sendt 26.11.2021, tilbakemeldinger mottatt i perioden 05.-17.01.2022

Rapporten oversendes til:

- Styret i Helse Nord RHF
- Helse Nord RHF v/adm. direktør
- Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF v/leder
- Styreledere og adm. direktører i de underliggende sykehusforetakene og i Sykehusapotek Nord

Alle internrevisjonens rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:  
[helse-nord.no/internrevisjonen](http://helse-nord.no/internrevisjonen).

## 1.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet publiserer ulike normerende produkter som gir råd og anbefalinger til helsetjenestene og til befolkningen. Helsedirektoratets råd og anbefalinger er ikke rettslig bindende for tjenesteyterne, men beskriver blant annet nasjonale helsemyndigheters oppfatning av hva som er god faglig praksis.

Nasjonale helsefaglige retningslinjer blir gitt på områder med behov for nasjonal normering. Dette er gjerne områder der det er stor faglig uenighet og/eller stor variasjon i praksis.

Helse Nord's resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre for 2019, samt pågående tilsyn høsten 2020, viste risiko for svakheter ved implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer i regionen.



## 2 Formål og omfang

### 2.1 Formål med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å bekrefte at det er styring og kontroll med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, og med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt.

### 2.2 Revisjonsgrunnlag

Følgende regelverk er særlig aktuelt i denne revisjonen:

- FOR-2016-10-28-1250, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- LOV-2021-06-18-127, Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Aktuelle veiledere og rammeverk omfatter blant annet:

- Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet, Først publisert: 17. februar 2017, Sist oppdatert: 29. oktober 2018
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023, Helsedirektoratet
- Forbedringsmodellen (itryggehender24-7.no)
- Prosessbeskrivelse for nye metoder (nyemetoder.no)

### 2.3 Omfang og fokusområder

Revisjonen har omfattet og vært konsentrert om følgende fokusområder:

- Helse Nord RHF's overordnede styring med kvalitet i pasientbehandlingen
- Nasjonale helsefaglige retningslinjer fra Helsedirektoratet, herunder:
  - Involvering ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer
  - Regional implementering av nasjonale retningslinjer
  - Lokal implementering av nasjonale retningslinjer
  - Etterlevelse og oppfølging av nasjonale retningslinjer
- Implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*

Nasjonale helsefaglige retningslinjer omtales i denne rapporten også som nasjonale retningslinjer. *Beslutningsforum for nye metoder* omtales også som *Beslutningsforum*.

I første fokusområde undersøkes konteksten for de påfølgende områdene. Innenfor hvert av de påfølgende fokusområdene er det definert revisjonskriterier basert på revisjonsgrunnlaget, jf. kap. 2.2. Disse er presentert samlet i *Vedlegg 1 – Revisjonskriterier*. Revisjonskriteriene er de krav og forventninger som revisjonens observasjoner sammenlignes med.

Revisjonen har omfattet foretakenes generelle styring og kontroll innen temaet, samt dybdeundersøkelser knyttet til:

- Åtte utvalgte nasjonale helsefaglige retningslinjer
- Problemstillinger knyttet til andre nasjonale helsefaglige retningslinjer
- Tre utvalgte beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder*

### 3 Metoder

Følgende metoder er benyttet i revisjonsoppdraget:

- Dokumentgjennomgang:  
Dokumenter mottatt fra Helse Nord RHF og fra sykehusforetakene, eller innhentet fra foretakenes websider, er gjennomgått og vurdert opp mot revisjonskriteriene, samt benyttet i forberedelser til intervjuene. Se *Vedlegg 2 – Dokumentoversikt*.
- Intervju i Helse Nord RHF:  
Det er gjennomført intervjuer med adm. direktør, fagdirektør og fagsjef, kvalitetssjef og rådgiver, to seksjonsledere i Helsefagavdelingen, foretaksadvokat, arkivleder, kommunikasjonsdirektør og eierdirektør.
- Intervjuer i sykehusforetakene:  
Det er gjennomført intervjuer i hvert av sykehusforetakene med blant annet adm. direktør, medisinsk fagsjef, kvalitetsleder og arkivleder, samt med representanter fra klinisk virksomhet med ansvar for implementering og etterlevelse av utvalgte nasjonale retningslinjer. Til sammen har mellom 8 og 16 personer fra hvert av sykehusforetakene deltatt i intervjuer.
- Intervjuer i Sykehusapotek Nord:  
Adm. direktør, fagsjef og én av apotekerne i foretaket ble intervjuet.
- Følgende verifikasjoner/tester er utført:
  - Test 1: Søk i Elements (regionalt sak- og arkivsystem) for gjennomgang av dokumentasjon om deltakelse ved utarbeidelse, høring og informasjon om publisering av utvalgte nasjonale retningslinjer, i henhold til henvendelser fra Helsedirektoratet. Testen omfattet søk både i RHF-ets og i sykehusforetakenes arkiver, og den ble utført sammen med arkivlederne i forbindelse med intervjuer.
  - Test 2: Gjennomgang av RHF-ets ledergruppesaker om høringer i uke 18-40/2021, samt oppslag i Elements, for kartlegging av hvordan høringer om nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet er håndtert.
  - Test 3: Søk i Docmap (regionalt dokumentstyringssystem) for gjennomgang av om utvalgte nasjonale retningslinjer er publisert her, og om gyldighetsområdet er regionalt eller lokalt.

- Test 4: Gjennomgang av to rapporter for å undersøke om kriteriene i den regionale veilederen *Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester* (RL7587) inngår, eller har inngått, i prosesser om funksjonsdeling. Resultatene fra testene er innarbeidet i observasjonskapitlene.

## 4 Observasjoner og vurderinger

### 4.1 Helse Nord RHF's overordnede styring med kvalitet i pasientbehandlingen

Dette fokusområdet omfatter Helse Nord RHF's overordnede styring med kvalitet i pasientbehandlingen, særlig knyttet til nasjonale helsefaglige retningslinjer. Her undersøkes konteksten for de påfølgende fokusområdene.

#### 4.1.1 Observasjoner

Internrevisjonen konstaterer at Helse Nord RHF ikke har stilt generelle krav om etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer i de årlige oppdragsdokumentene (OD) til helseforetakene siden OD 2016, da det inngikk et langsiktig mål om å «Legge nasjonale faglige retningslinjer til grunn for tilbudet». Etter dette er det bare stilt enkelte krav relatert til spesifikke retningslinjer. I intervjuene i RHF-et framkom det ulike oppfatninger om hvorvidt OD-krav er nødvendig for og/eller egnet til å uttrykke krav/forventninger knyttet til nasjonale helsefaglige retningslinjer.

Ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorer er presisert i oppdragsdokumentet hvert år i perioden 2016-2021, ved formuleringen: «Styret og ledelsen i foretakene har et ansvar for oppfølging av kvalitetsindikatorerne som Helsedirektoratet publiserer og å iverksette tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene». For årene 2018-2020<sup>1</sup> inngikk også kravet om å «Registrere alle aktuelle pasienter i nasjonale kvalitetsregistre og bruke registrenes resultater i eget forbedringsarbeid».

Styret i Helse Nord RHF har gjort flere vedtak om risiko for manglende måloppnåelse knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen. Vi har merket oss særlig den rekken av styrevedtak som framkommer av Tabell 1 nedenfor, der hver sak er en oppfølging av saken over.

---

<sup>1</sup> På «Tilleggslista» for årene 2019 og 2020.

**Tabell 1, Utvalgte styrevedtak i Helse Nord RHF**

Saksnr.	Møtedato	Tittel	Vedtak
110-2019	30.10.2019	Tertialrapport nr. 2-2019	2. Styret ber adm. direktør innen desember 2019 legge frem en vurdering av risiko for å oppnå kvalitetsmål.
44-2020	25.03.2020	Risiko for å oppnå kvalitetsmål for 2020	2. Styret ber adm. direktør om en oppfølgende styresak høsten 2020 som omhandler forbedringsarbeidet med kvalitetsutfordringene for store og/eller alvorlige pasientløp i foretaksgruppen.
44-2021	28.04.2021	Vurdering av risiko for manglende måloppnåelse for kvalitet i pasientbehandlingen	2. Styret ber om at risikoområdene som er gjort rede for tas inn i den overordnede risikostyringen for Helse Nord. 3. Styret ber om at status for risikoområdene inngår i tertialrapporteringene i 2021.

Formålet med styresak 44-2021 var «å orientere styret om områder i pasientbehandlingen hvor risiko for manglende måloppnåelse i 2021 vurderes å være høy». Syv prioriterte risikoområder var identifisert, og det ble opplyst at disse «vil ha et særskilt fokus i 2021, og vil bli fulgt opp i styringsdialogen med helseforetakene».

Internrevisjonen har konstatert at de prioriterte risikoområdene hittil ikke har inngått i en overordnet risikostyring i Helse Nord, og at *Tertialrapport nr. 2-2021* (styresak 133-2021) ikke inkluderer status for alle de prioriterte risikoområdene.

Arenaer for oppfølging av manglende måloppnåelse knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen har vært ett av temaene i intervjuene i RHF-et, og det er trukket fram at to typer arenaer benyttes:

- Dialogbaserte arenaer, eks.: dialog med enkeltpersoner (fagsjeflinjen), fagsjefmøter og direktørmøter
- Arenaer for eierstyring: oppfølgingsmøter og foretaksmøter.

Eierstyringen knyttes i hovedsak til formelle krav og nasjonale kvalitetsindikatorer, altså kravene i foretakenes oppdragsdokumenter. I felles oppfølgingsmøte 08.10.2021 ble de nyeste resultatene for nasjonale kvalitetsindikatorer presentert, etterfulgt av egne presentasjoner fra hvert av HF-ene. I møtoreferat er saken oppsummert slik: «Foretakene uttrykker at det er bra med et felles fokus på kvalitetsindikatorerne og mulighet for læring på tvers av foretakene».

Helse Nord RHF har gjennomført funksjonsdeling innenfor flere fagområder, bl.a. kreftbehandling og kreftkirurgi, magetarmkirurgi, hjertesykdommer og deler av psykiatrisk behandling. Internrevisjonen konstaterer at det ikke er utarbeidet en samlet oversikt over funksjonsdelingen i regionen. På bakgrunn av at deling av funksjoner ofte

har medført diskusjoner mellom helseforetakene, ble det utarbeidet en veileder for funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord (RL7587), som ble vedtatt av styret i sak 36-2019. Veilederen inneholder et sett med kriterier som bør ligge til grunn ved vurdering av funksjonsdeling. Kriteriesettet inkluderer nasjonale normative føringer, nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i desember 2013 *Regional kreftplan 2014-2021*, som blant annet er basert på vedtatt funksjonsfordeling av kreftkirurgi i Helse Nord (FB0730) og nasjonale handlingsprogram fra Helsedirektoratet. Arbeidet med ny regional kreftplan pågår og forventes ferdigstilt i 2022.

Måloppnåelse innen kreftpakkeforløpene har hatt stor oppmerksomhet i styret, og styret har fått utdypende informasjon om dette i separate saker både i 2019, 2020 og 2021. Det framkommer i styresak 133-2021 at «Helse Nord RHF ser med bekymring på at måloppnåelsen er lav og med stor variasjon». Internrevisjonen konstaterer at kreftpakkeforløpene ofte er tema i oppfølgingsmøtene mellom Helse Nord RHF og sykehusforetakene. Temaet er også kommet inn som fast punkt på agendaen i de regionale fagsjefmøtene fra og med mai 2021.

*Helse Nord's kvalitetsstrategi 2016–2020, Det gode pasientforløp*, ble vedtatt av styret den 16.12.2015. Det satsningsområdet i strategien som har størst relevans for denne revisjonen er «Dokumentasjon, analyse og oppfølging av klinisk praksis», hvor økt bruk av kliniske fagrevisjoner inngår som ett av hovedtiltakene. Arbeidet med ny kvalitetsstrategi er forsinket, men pågår høsten 2021. Internrevisjonen har ikke innhentet informasjon om når ny strategi forventes ferdigstilt.

I *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*, inngår «Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling» som ett av fem prioriterte strategiske grep. Her framkommer det at Helse Nord RHF i strategiperioden legger innsats blant annet i å:

- desentralisere det vi kan, og samle det vi må
- sikre at tjenestene leveres i tråd med nasjonale retningslinjer og veiledere
- bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultater
- videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder

#### **4.1.2 Internrevisjonens vurderinger**

Internrevisjonen vurderer det som uheldig at Helse Nord RHF ikke stiller formelle krav til helseforetakene om implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer. Dette svekker RHF-ets grunnlag for oppfølging, som del av eierstyringen.

Vi anser det som positivt at det ble vedtatt en veileder for funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester, med intensjon om å medvirke til forutsigbare og åpne prosesser i forkant av vanskelige beslutninger. Vi anser det imidlertid som en svakhet at det ikke

foreligger en samlet oversikt over funksjonsdelte spesialisthelsetjenester i Helse Nord, og vi foreslår at en slik oversikt utarbeides.

Vi legger til grunn at *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*, med innsatsområdet «Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling», uttrykker RHF-ets ambisjoner for den overordnede styringen med kvalitet i pasientbehandlingen. Vi vil derfor knytte våre observasjoner og vurderinger til strategien i oppsummeringen som inngår i kap. 5.

## 4.2 Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer

Dette fokusområdet omfatter involvering i utarbeidelsesfasen, implementering, etterlevelse og oppfølging av nasjonale helsefaglige retningslinjer fra Helsedirektoratet. Det er innhentet informasjon knyttet til utvalgte nasjonale helsefaglige retningslinjer, som sammen med informasjon om generelle rutiner er benyttet til å kartlegge etablert praksis i regionen. I tillegg til de utvalgte retningslinjene, omtales enkelte problemstillinger knyttet til andre nasjonale retningslinjer.

### 4.2.1 Observasjoner

#### 4.2.1.1 Gjennomgang for utvalgte nasjonale helsefaglige retningslinjer

Totalt åtte nasjonale helsefaglige retningslinjer ble valgt ut til gjennomgang ved oppslag i arkivsystemene, intervju med ledere i Helsefagavdelingen i Helse Nord RHF og intervju med aktuelle ledere i klinisk virksomhet i helseforetakene. Gjennomgangen av disse ble fordelt mellom foretakene i regionen, jf. Tabell 2.

**Tabell 2,** Utvalgte retningslinjer og fordelingen mellom foretakene.

Retningslinje	RHF	UNN	NLSH	FIN	HSYK
Kreft hos barn – handlingsprogram	✓	✓	✓		
Maligne blodsykdommer – handlingsprogram	✓		✓	✓	
Gynekologisk kreft – handlingsprogram	✓		✓		✓
Kreft i tykk- og endetarm – handlingsprogram	✓	✓		✓	
Hjerneslag	✓			✓	✓
ADHD (høringsversjon)	✓	✓			✓
Diabetes	✓				
Spiseforstyrrelser	✓				

For hver av retningslinjene er det utarbeidet en oppsummerende tabell. Tabellene, samt enkelte utfyllende kommentarer, inngår i *Vedlegg 3 – Oppsummering for utvalgte retningslinjer*.

Når det gjelder kreft i tykktarm og endetarm, har vi valgt å utelate håndteringen av tykktarmkreftsaken i Helgelandssykehuset, da dette er undersøkt av Helsetilsynet.

#### 4.2.1.2 Etablert praksis i Helse Nord RHF

Hovedelementene i RHF-ets praksis knyttet til implementering av nasjonale retningslinjer, er vist i Figur 1.

**Figur 1.** Etablert praksis i Helse Nord RHF – hovedelementer fordelt på ulike faser



Nedenfor følger utdypende kommentarer til enkelte av elementene i Figur 1.

#### *Utarbeidelse:*

Internrevisjonen har ikke sett eksempler på at forespørsler om deltakelse er ubesvart, og vi konstaterer at det har vært deltakere fra regionen ved utarbeidelse av flere av retningslinjene, særlig fra UNN.

#### *Høring:*

Helsedirektoratets rutiner for utsending av retningslinjer på høring er varierende med hensyn på om bare RHF-et, eller også HF-ene, mottar disse. Handlingsprogrammene innen kreft sendes ikke på høring verken til RHF-ene eller HF-ene, men bare direkte til enkeltpersoner i aktuelle faggrupper. Helse Nord RHF har innarbeidet en praksis der Helsefagavdelingen videresender mottatte høringer til HF-enes postmottak, dersom det ikke framkommer at HF-ene har mottatt disse direkte fra direktoratet. Våre tester viste at RHF-et ba om kopi av eventuelle høringssvar fra HF-ene i ett av tilfellene, men ellers ikke har lagt opp til koordinerte høringsprosesser. Testene inkluderte ingen tilfeller der RHF-et har gitt høringssvar. Det framkom imidlertid et nylig tilfelle der to av HF-ene har sendt høringssinnspill til RHF-et, i stedet for direkte til Helsedirektoratet, uten at disse er

blitt videreformidlet. Vi har videre fått opplyst at det ikke ansees som relevant å involvere regionalt brukerutvalg i høringsprosesser for nasjonale retningslinjer.

Internrevisjonen har mottatt en intern prosedyre om høringer, som ikke er publisert i Docmap eller datert. Prosedyren angir ansvarsforhold og oppgaver knyttet til en prosess i fire trinn. Dagens praksis samsvarer ikke helt med beskrivelse i prosedyren. Diskrepansen gjelder særlig hvem som har ansvar for saksforberedelse om nye høringer til ledergruppemøtet, og hyppigheten av slike saker. Test 2 viste at det er lagt fram saker om høringer med inntil fire ukers mellomrom. Testen viste også at det ble overlatt til Helsefagavdelingen å vurdere om det skulle gis høringssvar. Vurderinger knyttet til høringer, ut over det som framkommer av ledermøtebehandlingen, blir ikke dokumentert.

#### *Regional implementering:*

Dersom Helse Nord RHF mottar informasjon om utgivelse av nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet, hvor det ikke framkommer at den også er sendt til HF-ene, videresender Helsefagavdelingen informasjonen til HF-enes postmottak. Det finnes en regional dokumentsamling i Docmap, *DS1280, Nasjonale Anbefalinger, Rundskriv, Retningslinjer og Veiledere*, hvor retningslinjer er publisert enkeltvis, via lenke til Helsedirektoratets versjonsuavhengige publikasjon. Det er imidlertid ikke etablert en praksis der nye nasjonale retningslinjer rutinemessig blir publisert i denne dokumentsamlingen eller annet internt nettsted. Test 3 viste at bare to av de utvalgte retningslinjene er publisert på regionalt nivå i Docmap, og bare én av disse, diabetes, i DS1280. Det framkom i intervjuene at det er ulike syn på behovet for regional publisering, ettersom retningslinjene er tilgjengelige på Helsedirektoratets nettside. Det ble også opplyst at vurderinger av behov for regionale implementeringstiltak ikke blir dokumentert, og det har framkommet få eksempler på at slike tiltak iverksettes. Implementeringen av retningslinjen for diabetes skiller seg positivt ut blant de utvalgte retningslinjene. Innen dette fagområdet var det både et aktivt fagråd, en regional fagplan og en regional koordinator da retningslinjen ble utgitt. Regional koordinator og fagrådet sørget for at en gjennomgang av retningslinjen inngikk i programmet i en regional nettverkskonferanse i diabetes i november 2016, to måneder etter publiseringen.

#### *Oppfølging:*

Helse Nord RHF oppfølging av om retningslinjer er implementert og etterleves, er i hovedsak basert på rapporteringer fra HF-ene om oppfyllelse av aktuelle krav i oppdrag-dokumenter, samt til tertialrapporter som omhandler nasjonale kvalitetsindikatorer. Arenaene for oppfølgingen er omtalt i kap. 4.1.1. Noen årsrapporter fra medisinske kvalitetsregistre blir diskutert i regionale fagsjefmøter, og vi har merket oss at dette er gjort i perioden 2020-2021 for rapporter fra Kreftregisteret og Norsk hjerneslagregister. Vi er også kjent med at regionalt fagråd for diabetes har en aktiv rolle i løpende oppfølging av aktuell retningslinje. Det har ikke framkommet informasjon om at etterlevelse av andre av de utvalgte retningslinjene følges opp i regionale fagråd. I

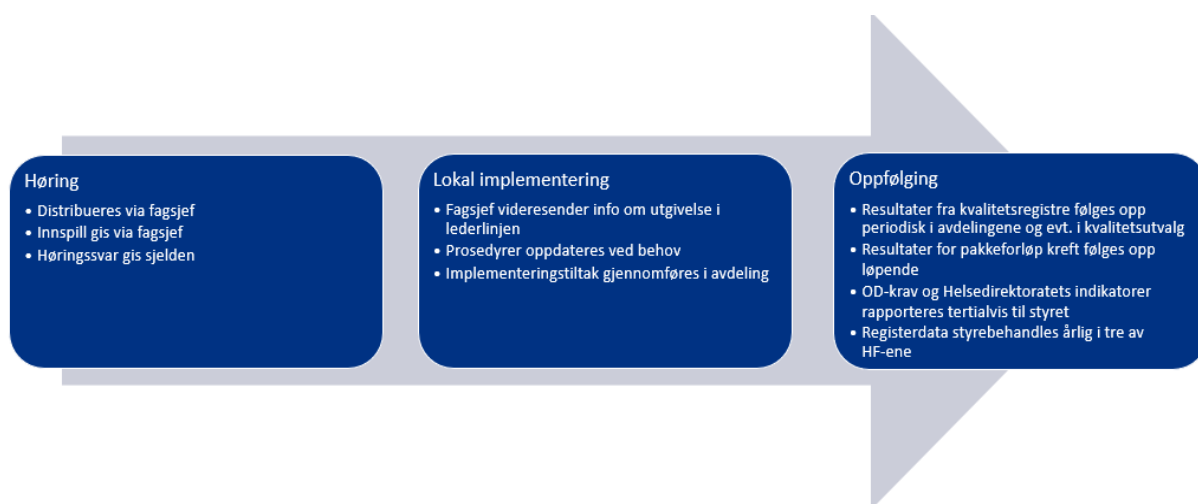


forbindelse med utarbeidelse, oppdateringer eller evalueringer av regionale fagplaner er det gjort statuskartlegginger som inkluderer hvorvidt retningslinjer etterleves. Siden 2020 er slike kartlegginger utført innen diabetes (styresak 157-2020) og for deler av retningslinjen om hjerneslag (styresak 138-2021). Det er gjennomført få kliniske fagrevisjoner i Helse Nord. Innen internrevisjonens utvalgte retningslinjer er det bare for kreft i tykktarm at det foreligger rapport fra gjennomført fagrevisjon (2018). Styret behandlet status for klinisk fagrevisjon i august 2020, og ba i vedtaket om å få framlagt ny status, samt at ordningen med klinisk fagrevisjon evalueres, innen sommeren 2021. Internrevisjonen har fått opplyst at en evaluering ikke vil bli gjennomført før 2022.

#### **4.2.1.3 Etablert praksis i sykehusforetakene**

Hovedelementene i HF-enes praksis knyttet til implementering av nasjonale retningslinjer, er vist i Figur 2.

**Figur 2.** Etablert praksis i HF-ene – hovedelementer fordelt på ulike faser



Nedenfor følger utdypende kommentarer til elementene i Figur 2.

#### *Høring:*

Alle de fire sykehusforetakene har opplyst at fagsjef (eller rådgiver i fagsjefs stab) er den som mottar høringer om nasjonale retningslinjer, videresender disse internt og sammenfatter eventuelle høringssvar. Test 1 viste ingen tilfeller der HF-ene har gitt høringssvar, og vi fikk opplyst at dette sjeldent gjøres. UNN har opplyst at deres helsepersonell ofte er involvert i utarbeidelsen av retningslinjer, og at innspill dermed gis i løpet av prosessen, og ikke i egne høringssvar. UNN er eneste HF som har utarbeidet egen prosedyre for håndtering av eksterne høringer (PR27494), og mottatte opplysninger tyder på at foretakets praksis i hovedsak samsvarer med denne.

#### *Lokal implementering:*

Mottatt informasjon om at Helsedirektoratet har publisert nye/oppdaterte retningslinjer, distribueres via fagsjef, som videresender slik informasjon i lederlinjen.

Finnmarkssykehuset har egen prosedyre (PR45305) som fastslår at medisinsk fagsjef har ansvar for å registrere slike retningslinjer i Docmap og å varsle klinikksjefene. Registreringen i Docmap er håndtert ved at foretaket har utgitt et eget dokument (RL9609) som er direkte lenket til Helsedirektoratets nettside med alle nasjonale retningslinjer. Foretaket har i tillegg innarbeidet et krav i kompetanseportalen til den enkelte om å skaffe seg kunnskap om aktuelle retningslinjer. Helgelandssykehuset henviser i sitt styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring (MS0987) til Helsebibliotekets oversikt over retningslinjer. Det framkommer også at krav om at alle ansatte skal ha dokumentert via kompetansemodule, at de er kjent med relevant regelverk, retningslinjer og veiledere. Dette skal dokumenteres årlig. Slikt krav var ikke innarbeidet i kompetanseportalen i de avdelingene vi hadde intervjuer. UNN har i sitt styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring (RL6936) oppgitt lenke til Helsebiblioteket, som sin oversikt over relevante retningslinjer og veiledere. UNN har videre utarbeidet en prosedyre som beskriver selve implementeringsprosessen for nye og reviderte nasjonale helsefaglige retningslinjer, herunder ulike oppgaver og ansvarsforhold. Nordlandssykehuset har i sitt styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring (RL2341) oppgitt den regionale dokumentasjonen, DS1280, som sin oversikt over relevante retningslinjer og veiledere. RL2341 lister opp relevante kommunikasjonstiltak og typer dokumenter som skal sørge for at medarbeidere har kunnskap om aktuelle retningslinjer etc.

Vår test 3 viste at ingen av sykehusforetakene har publisert noen av de utvalgte retningslinjene som selvstendige dokumenter på HF-nivå. Fire av disse er publisert på avdelingsnivå i ett av foretakene, som lenke til Helsedirektoratets eller til Helsebibliotekets publikasjon. Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling i UNN har ikke erstattet den nasjonale retningslinjen om spiseforstyrrelser som ble utgitt i år 2000 (RL2007), med gjeldende versjon fra 2017.

I intervjuene i de kliniske enhetene ble det opplyst at behovet for informasjon eller andre implementeringstiltak vurderes ut fra innholdet i retningslinjen og egen avdelings rolle i behandlingsforløpet. Flere trakk fram at endringer diskuteres i interne møter, og at det vurderes om interne prosedyrer bør oppdateres. I Finnmarkssykehuset fikk vi opplyst at foretaket tilstreber å ha flest mulig av prosedyrene på HF-nivå, og at disse forvaltes av fagsjefen. Fra de andre foretakene ble det i all hovedsak opplyst om interne prosedyrer i den enkelte avdeling. Klinikerne vi har snakket med er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes.

#### *Oppfølging:*

Mange av lederne og overlegene i de kliniske enhetene har i intervjuer gitt uttrykk for at de kjenner egne resultater fra aktuelle kvalitetsregistre og vurderer eventuelle endringsbehov. Videre har de opplyst at egen lederlinje eller stabsfunksjoner i foretaket i liten grad etterspør hvorvidt nasjonale retningslinjer etterleves.

UNN og Finnmarkssykehuset har kvalitetsutvalg på foretaksnivå som har hatt en aktiv rolle i oppfølging av kvalitetsregisterdata og resultater for kvalitetsindikatorer de siste par årene. Finnmarkssykehuset har systematisert dette slik at et utvalg av registrene gjennomgås i hvert møte. I Nordlandssykehuset har kvalitets-/skadeutvalg for henholdsvis somatikk og psykiatri ikke en rolle i oppfølging av kvalitetsregisterdata. I foretakets styringssystem beskrives at overordnet kvalitetsutvalg, RL0026, har oppgaver med oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer og registerdata, men dette utvalget er ikke aktivt. I Helgelandssykehuset har både foretakets kvalitetsutvalg og lokale kvalitetsråd ligget brakk de siste årene, og vi har fått opplyst at kvalitetsarbeidet ikke har fungert optimalt. Etter innføringen av ny klinikkstruktur er kvalitetsråd og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg på HF-nivå under reetablering ved årsskiftet 2021/2022. Resultater fra medisinske kvalitetsregistre blir årlig lagt fram for behandling i styret i tre av foretakene.

Forskjeller i HF-enes overordnede styring og kontroll med implementering av nasjonale retningslinjer, framkommer i oppsummeringen i Tabell 3 nedenfor.

**Tabell 3.** Oppsummering for enkelte elementer knyttet til HF-enes implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer

Sjekkpunkt	UNN	NLSH	FIN	HSYK
Prosedyre om høring av nasjonale retningslinjer	JA	NEI	NEI	NEI
Prosedyre om implementering av nasjonale retningslinjer	JA	NEI	NEI	NEI
Krav i kompetanseportalen til kunnskap om aktuelle nasjonale retningslinjer	NEI	NEI	JA	NEI
Kvalitetsindikatorer/registerdata behandles i kvalitetsutvalg (HF)	JA	NEI	JA	NEI
Regelmessig sak til styret med oversikt over registerdata	Årlig	Årlig	Årlig	NEI

#### **4.2.1.4 Problemstillinger knyttet til andre nasjonale retningslinjer**

I løpet av revisjonen framkom det informasjon om problemstillinger knyttet til andre nasjonale retningslinjer enn de åtte vi hadde valgt ut. Vi valgte å inkludere i revisjonen følgende områder med behov for regionale prosesser og/eller beslutninger:

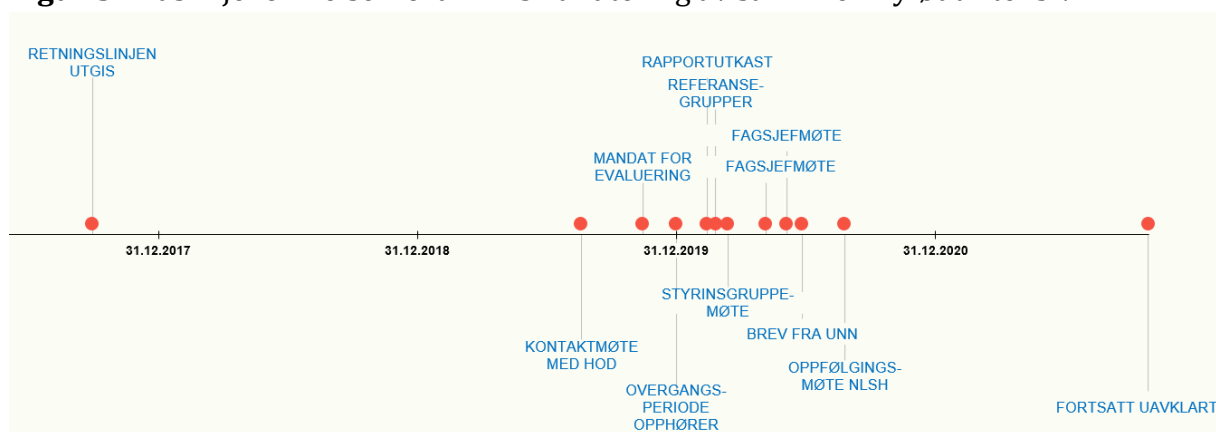
- Nyfødttintensiv
- Lymfomdiagnostikk
- Eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD-behandling)

#### 4.2.1.4.1 Nyfødtintensiv

Problemstillingen gjelder at Helse Nord RHF-et må beslutte om ekstremt premature barn født i uke 26 og 27, fortsatt kan behandles i Nordlandssykehuset. Bakgrunnen for problemstillingen er at den nasjonale retningslinjen, *Nyfødtintensivavdelinger – kompetanse og kvalitet*, utgitt i 2017, anbefaler at de regionale helseforetakene bør vurdere om nyfødtintensivavdelinger med et lavt antall ekstremt premature i uke 26 og 27 bør samles til én høyintensiv nyfødtavdeling, etter en overgangsperiode fram til og med 2019.

Internrevisjonen har ikke intervjuet representanter fra klinisk virksomhet ved noen av foretakene, men har gjennomgått skriftlig dokumentasjon i RHF-et. Våre observasjoner om håndteringen av problemstillingen er framstilt i form av en tidslinje i Figur 3, med nærmere beskrivelser nedenfor.

**Figur 3.** Tidslinje for Helse Nord RHF's håndtering av sak innen nyfødtintensiv



Beskrivelser vedrørende aktivitetene i tidslinjen:

- Høsten 2019 ble det rettet en forespørsel fra Helse Nord RHF til HOD (sak 150-19 i interregionalt fagdirektørmøte) med ønske om avklaring av hvorvidt anbefalingene i retningslinjen fra Helsedirektoratet er å anse som absolutte, eller om det er rom for å videreføre regionale tilpasninger. Det er gjengitt følgende konklusjon fra møtet: *Dette er en retningslinje som ideelt sett skal følges, og det må gode grunner til for å fravike retningslinjen. Dersom regionene har ordninger som fungerer godt er det ikke et absolutt krav at disse må avvikles. HOD ber fagdirektørene komme tilbake med en sak som evaluerer tjenesten de siste tre årene, og beskriver dagens løsninger for videre oppfølging.*
- Etter dette nedsatte Helse Nord RHF en arbeidsgruppe med representanter fra Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) med mandat å «evaluere tjenesten ved nyfødtintensivavdelingene slik den har vært de siste tre årene, og komme med forslag til fremtidig organisering». Arbeidsgruppa leverte et utkast til rapport den 13.02.2020. Internrevisjonen konstaterer at kriteriene i den regionale veilederen, Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester (RL7587), er benyttet i arbeidet (test 4).

- Utkast til rapport ble behandlet i de oppnevnte referansegruppene (fagråd for gynekologi og fødselshjelp, samt regional perinataalkomite) i løpet av februar 2020.
- Styringsgruppen ga sin tilslutning til rapporten den 13.03.2020. Tre av fagsjefene fra sykehusforetakene hadde forfall i dette møtet, og det ble derfor tatt inn i konklusjonen at disse fagsjefene fikk mulighet til å gi skriftlige innspill i ettertid.
- I fagsjefmøtet 06.05.2020 ble det fremmet mange innspill til rapporten, og i det påfølgende møtet 04.06.2020 ble det klart at ett av foretakene ikke støtter konklusjon i rapporten, fordi de anser at konklusjonen ikke er i tråd med de nasjonale faglige retningslinjene.
- Saken, som var satt på agendaen til direktørmøtet 11.06.2020, ble trukket.
- 26.06.2020 mottok Helse Nord RHF et brev fra UNN med anbefaling om ny prosess.
- RHF-et orienterte Nordlandssykehuset om status i saken i oppfølgingsmøte 28.08.2020.
- Problemstillingen er fortsatt uavklart mer enn fire år etter at retningslinjen ble utgitt.

#### 4.2.1.4.2 Lymfomdiagnostikk

Problemstillingen gjelder hvorvidt Nordlandssykehuset håndterer biopsier ved mistanke om lymfom i samsvar med *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med maligne lymfomer* (utgitt i 2008, sist oppdatert i 2021). Retningslinjene anbefaler at: «Ettersom lymfopatologi kan være krevende, bør det diagnostiske biopsimaterialet der det er begrunnet mistanke om lymfom, sendes direkte til spesialavdeling for lymfomdiagnostikk». Det har i tillegg framkommet at Nordlandssykehuset har sendt slike biopsier til spesialavdeling utenfor regionen, noe som har medført at UNN Tromsø, når de er behandlende sykehus, ikke har hatt tilgang til å se disse biopsien selv.

Temaet ble diskutert i intervjuer i Nordlandssykehuset. Internrevisjonen har også gjennomgått skriftlig dokumentasjon i RHF-et. Internrevisjonens observasjoner om håndteringen av problemstillingen er framstilt i form av en tidslinje i Figur 4, med nærmere beskrivelser nedenfor.

**Figur 4.** Tidslinje for Helse Nord RHF's håndtering av sak innen lymfomdiagnostikk

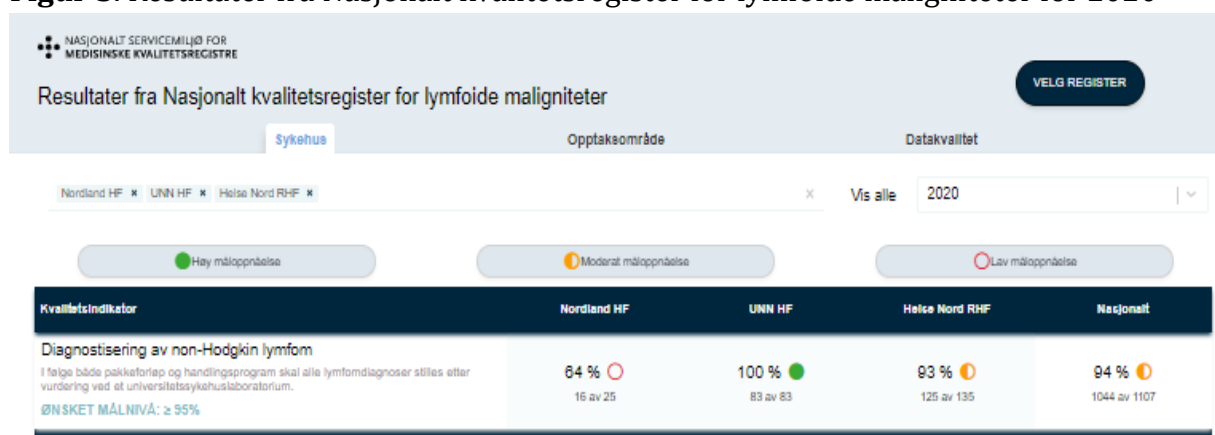


Beskrivelser vedrørende aktivitetene i tidslinjen:

- Ved implementering av pakkeforløp lymfom i 2015 hadde Helse Nord RHF dialog med Helsedirektoratet om arbeidsdelingen mellom UNN og Nordlandssykehuset. Helse Nord RHF har opplyst at direktoratet ga tilbakemelding om at pakkeforløpene ikke skulle føre til endringer i gjeldende oppgavedeling dersom krav til kvalitet og tidsbruk i forløpene ble overholdt.
- I Helse Nord RHF's styremøte i oktober 2017 ble det reist spørsmål om fordeling av arbeidsoppgaver og investeringer innenfor klinisk patologi (Styresak 122-2017 Eventuelt, B.), og styret vedtok å be adm. direktør om å legge frem en oversikt over fordeling av arbeidsoppgaver/ funksjonsfordeling innen klinisk patologi i foretaksgruppen, i tillegg til en vurdering av behovet for en regional fagplan og eventuelt et regionalt fagråd.
- I mars 2018 mottok Helse Nord RHF et brev fra UNN om problemstillingen.
- Organisering av klinisk patologi ble diskutert i direktørmøte 06.09.2018.
- I september 2019 mottok Helse Nord RHF en henvendelse der det ble uttrykt bekymring over overlevelsestall for lymfomer og fremmet forslag til tiltak.
- Helse Nord RHF hadde dialog med representanter fra Nordlandssykehuset og UNN i møte 20.12.2019.
- Styret i Nordlandssykehuset gjennomgikk resultater fra kvalitetsregistrene for kreft for 2019 den 18.02.2021. Her ble det orientert om at rutine for lymfomdiagnostikk er endret.

Figur 5 nedenfor viser kvalitetsregisterdata for lymfoide maligniteter for 2020. Effekten av endret rutine ved Nordlandssykehuset vil først kunne vurderes når det foreligger data for 2021.

**Figur 5.** Resultater fra Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter for 2020



#### 4.2.1.4.3 Eksponeringsterapi ved tvangslidelser (OCD-behandling)

Problemstillingen gjelder hvor det i framtiden skal tilbys OCD-behandling i regionen, og den er knyttet til Helsedirektoratets *Tvangslidelse (OCD) – Pakkeforløp*. Bakgrunnen for problemstillingen er at det tidligere er etablert regionale tilbud om OCD-behandling for

voksne (fra 2013) og for barn og unge (fra 2016) i UNN. Internrevisjonen har gjennomgått skriftlig dokumentasjon i RHF-et. I fagsjefmøte 07.01.2021 ble framtidig dimensjonering av tilbudet, herunder behov for opptrapping av regionalt OCD-team for voksne, diskutert. Fagsjefene konkluderte ikke. Temaet ble videre diskutert i fagsjefmøte 02.09.2021, og det ble konkludert med at «RHF-et bes legge til rette for en faglig diskusjon i fagmiljøet». Internrevisjonen er ikke kjent med RHF-ets videre plan for avklaring av problemstillingen. Vi konstaterer at det ikke foreligger veileder/kriterier for funksjonsdelingen innen psykisk helsevern og rusbehandling, til støtte i slike beslutningsprosesser.

#### **4.2.2 Internrevisjonens vurderinger**

Internrevisjonen vurderer at det er svakheter i den etablerte praksisen knyttet til implementering og oppfølging av nasjonale retningslinjer, både i Helse Nord RHF og i sykehusforetakene.

Vi anser de viktigste svakhetene i Helse Nord RHF å være:

- Manglende vurderinger (og/eller manglende dokumentasjon av vurderinger) av behovet for regionale beslutninger og implementeringstiltak ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
- At regional dokumentsamling med nasjonale retningslinjer ikke holdes oppdatert.
- At det ikke formidles forventninger til helseforetakene om implementering når nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer utgis.
- Mangelfull systematikk i oppfølgingen av måleresultater som indikerer status for HF-enes etterlevelse av nasjonale retningslinjer (i hovedsak medisinske kvalitetsregistre).
- At det i liten grad innhentes og referatføres informasjon om hvilke konkrete forbedringstiltak som iverksettes i HF-ene, med hvilke tidsfrister.
- At det ikke gjøres periodiske evalueringer av om nasjonale retningslinjer etterleves.
- At avvik fra retningslinjer ikke har blitt rettidig håndtert, og i noen tilfeller har forblitt uavklart i flere år. Med håndtering av slike avvik mener vi enten å sørge for at retningslinjen etterleves, eller å ta en vurdert og begrunnet beslutning om å avvike fra retningslinjen. Vurderingene i slike saker omfatter gjerne spørsmål om funksjonsdeling.
- At det ikke foreligger veileder/kriterier for funksjonsdelingen innen psykisk helsevern og rusbehandling, tilsvarende som for somatiske spesialisthelsetjenester.

Vi anser de viktigste svakhetene i sykehusforetakene å være:

- Manglende vurderinger av behovet for en implementeringsprosess i foretaket ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer, herunder informasjon, kommunikasjon og oppdateringer av foretaksvisse/lokale prosedyrer.
- At det ikke innhentes tilbakemeldinger gjennom lederlinjen på at nye/endrede retningslinjer er implementert.

- At Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset ikke følger opp kvalitetsregisterdata og resultater for kvalitetsindikatorer i et kvalitetsutvalg på foretaksnivå.

Svakhetene innebærer at det er vanskelig for ledelser og styrever i Helse Nord å vite om nasjonale helsefaglige retningslinjer etterleves. Dette medfører en risiko for at helsetjenestene i regionen ikke ytes i samsvar med det myndighetene anser for å være god faglig praksis.

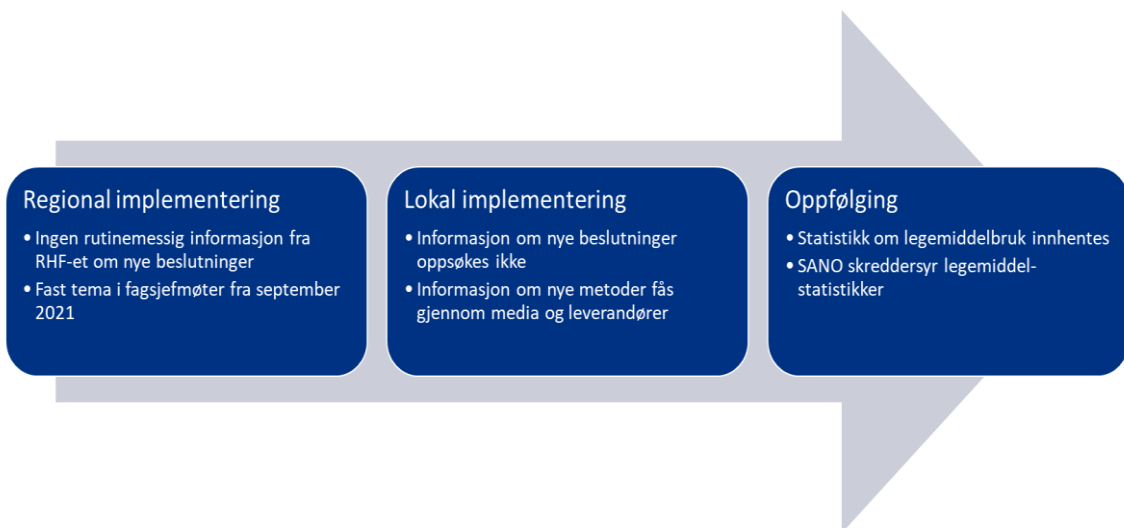
### 4.3 Implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*

Dette fokusområdet omfatter implementering og oppfølging av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*. For å kartlegge etablert praksis i regionen er det innhentet informasjon om generelle rutiner, samt om implementeringen av tre utvalgte beslutninger som krever regionale prosesser.

#### 4.3.1 Observasjoner

Den klart største andelen av beslutninger i *Beslutningsforum* gjelder legemidler. Hovedelementene i etablert praksis knyttet til implementering av denne typen beslutninger, er vist i Figur 6.

**Figur 6.** Etablert praksis i Helse Nord – hovedelementer ved implementering av beslutninger om legemidler, fordelt på ulike faser



Implementeringsoppgaver som ivaretas av Sykehusinnkjøp HF er ikke inkludert i denne framstillingen.

Internrevisjonen konstaterer at det ikke er etablert en rutine for implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum* i Helse Nord, og at RHF-et ikke rutinemessig informerer HF-ene om nye beslutninger. Verken lederne eller klinikerne vi har



intervjuet oppsøker informasjon om nye beslutninger. Beslutninger som gjelder legemidler, gjøres imidlertid ofte kjent via media eller direkte fra leverandør. I regionalt fagsjefmøte 02.09.2021 ble det konkludert med at de viktigste sakene etter møter i Beslutnings- og Bestillerforum skal settes opp som orienteringssak, for at vedtak kan bli diskutert og fulgt opp i regionen. For å følge opp beslutninger om nye legemidler innhenter foretakene statistikker over legemiddelbruk, og vi har fått opplyst at Sykehusapotek Nord skreddersyr statistikker på forespørsel fra foretakene.

Noen beslutninger i *Beslutningsforum* har et innhold som medfører at det kreves regionale prosesser for å implementere disse. Vi har gjennomgått implementeringen av tre slike beslutninger som gjelder henholdsvis: embolektomi ved akutt hjerneinfarkt (24.04.2017), eMeistring (28.01.2019) og akromionreseksjon (26.04.2021).

#### **4.3.1.1 Embolektomi/trombektomi ved akutt hjerneinfarkt**

I april 2017 ble det besluttet at mekanisk trombektomi<sup>2</sup> kan videreføres til behandling ved truende eller manifest hjerneslag, og at hver helseregion som følge av dette skal utrede organiseringen av hjerneslagbehandlingen og den prehospitale tjenesten for å ivareta sitt «sørge-for»-ansvar.

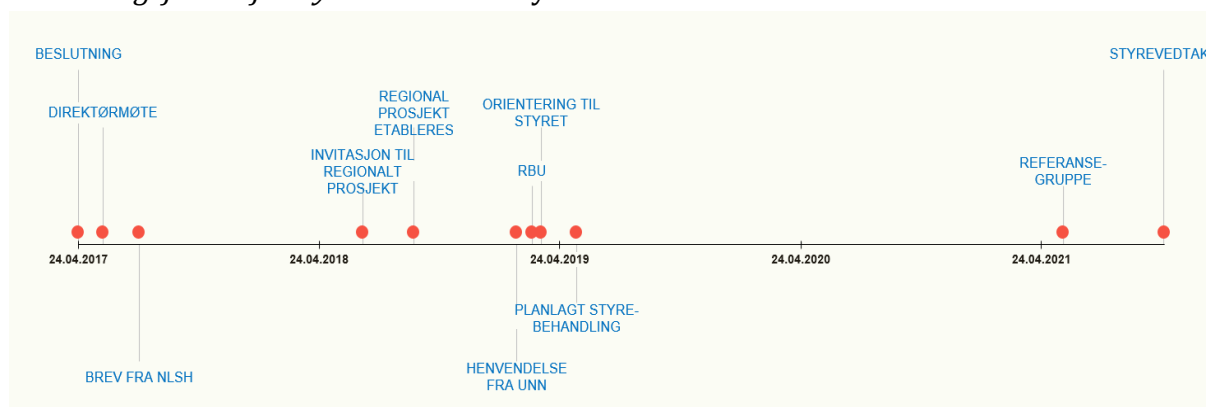
Helse Nord RHF utarbeidet et mandat og nedsatte en arbeidsgruppe i september 2018. I sak 40-2019 ble styret orientert om prosjektet og at utkast til rapport var planlagt til styrebehandling i mai 2019. I fagsjefmøte den 27.05.2021, sak 44-2021, behandlet fagsjefene rapporten, som referansegruppe. Referansegruppen stilte seg bak hovedanbefalingene i rapporten med enkelte presiseringer. Den 27.10.2021 behandlet styret sak 138-2021 om framtidig organisering av tilbudet om mekanisk trombektomi, og sluttet seg til anbefalingen om å videreføre tilbudet ved UNN Tromsø som det eneste tilbudet i Helse Nord.

Internrevisjonen konstaterer at kriterier fra veilederen om funksjonsdeling (RL7587) er kommentert i rapporten, uten direkte referanse til veilederen (test 4). Videre konstaterer vi at det har gått om lag fire og et halvt år fra beslutningen i *Beslutningsforum* til styrets vedtak i oktober 2021, jf. Figur 7.

---

<sup>2</sup> Begrepene embolektomi og trombektomi benyttes synonymt

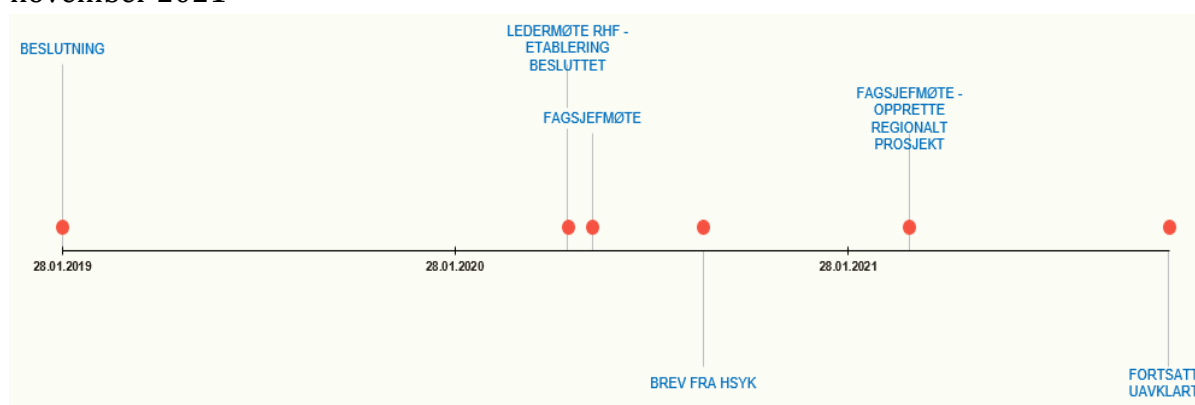
**Figur 7.** Tidslinje fra beslutning om embolektomi ved akutt hjerneinfarkt i *Beslutningsforum for nye metoder* til styrevedtak i Helse Nord RHF



#### 4.3.1.2 eMeistring

I januar 2019 ble det besluttet at terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser kan tas i bruk når det er hensiktsmessig. En regional etablering av eMeistring som behandlingsmetode ble behandlet i ledergruppen i Helse Nord RHF den 12.05.2020, og helsefagavdelingen fikk i oppdrag å gå videre med arbeidet og løfte saken til fagsjefmøtet og direktørmøtet. Den 04.06.2020 ble eMeistring som behandlingsform, med foreslått oppstart ved UNN, diskutert i det regionale fagsjefmøtet, og UNN var positiv til å starte prøveprosjekt høsten 2020. Fagsjefene ved de øvrige foretakene ønsket også behandlingsformen i sine foretak. Saken ble igjen diskutert i fagsjefmøte den 26.03.2021, hvor fagsjefene ga sin tilslutning til at det dannes et regionalt prosjekt og et regionalt faglig nettverk for eMeistring. Det framkom i intervjuer at etableringen fortsatt er uavklart, nesten tre år etter at metoden ble godkjent, jf. Figur 8.

**Figur 8.** Tidslinje fra beslutning om eMeistring i *Beslutningsforum for nye metoder* til november 2021

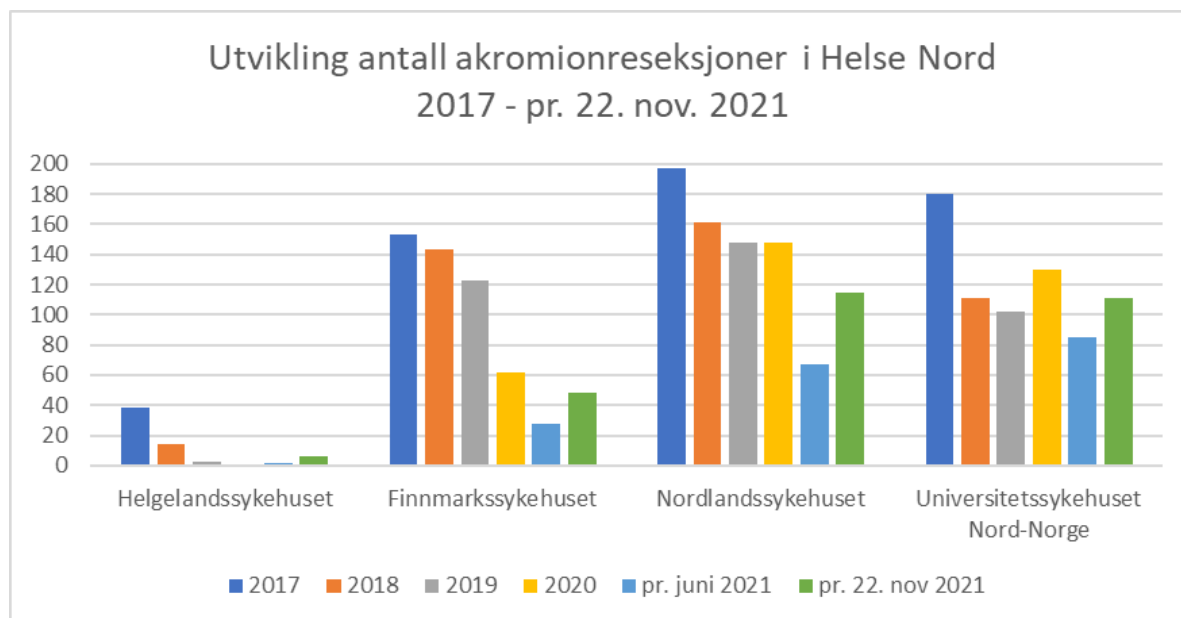


### 4.3.1.3 Akromionreseksjon (skulderkirurgi)

I april 2021 ble det besluttet at akromionreseksjon som hovedregel ikke skal tilbys som behandling for impingementsyndrom<sup>3</sup>, og fagdirektørene i de regionale helseforetakene ble bedt om å følge opp beslutningen. Skulderkirurgi som behandlingsform var allerede et tema i OD 2020 fra Helse Nord RHF, hvor Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset fikk krav om at antallet akromionreseksjoner i 2020 skulle være lavere enn 50 per 100 000 innbyggere i opptaksområdet. Finnmarkssykehuset ba i oppfølgingsmøte den 19.08.2020 om at dette kravet måtte utsettes i påvente av resultatet fra klinisk fagrevisjon om temaet. RHF-et ga tilbakemelding om at de ville komme med en avklaring om dette i løpet av kort tid. Internrevisjonen konstaterer at rapport fra fagrevisjonen ikke er utgitt.

Den 19.05.2021 ble beslutningen fra *Beslutningsforum* kommunisert i epost fra fagdirektør i Helse Nord RHF til de fire fagsjefene i regionen. Internrevisjonen har ikke sett skriftlige spor av videre oppfølging fra RHF-et. Figur 9 viser at antallet akromionreseksjoner i Finnmarkssykehuset ble halvert i 2020, sammenlignet med 2019, men var uendret i Nordlandssykehuset. I UNN er antallet økt etter 2019. UNN har imidlertid opplyst at alle inngrepene i 2020 ble gjennomgått manuelt, og at gjennomgangen viste at de aller fleste hadde gode indikasjoner for inngrepet. Helgelandssykehuset har hatt et svært lite antall av slike operasjoner siden 2018, og har opplyst at de benytter konservativ behandling uten kirurgi.

**Figur 9.** Utvikling i antall akromionreseksjoner i de fire sykehusforetakene fra 2017 fram til november 2021



Kilde: Bearbejdede data fra Helse Nord LIS

<sup>3</sup> Innklemming, irritasjon og betennelse av skulderleddets muskelsener og slimposer.

### 4.3.2 Internrevisjonens vurderinger

Internrevisjonen vurderer det som en svakhet at Helse Nord RHF ikke har etablert en rutine for implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*, herunder en avklaring om hvilke oppgaver som skal ivaretas av RHF-et og hvilke oppgaver som tilligger det enkelte HF. Dette medfører at det er tilfeldig om informasjon om beslutninger når fram til berørte ansatte og ledere, og at det i liten grad vurderes og kommuniseres om behovet for implementeringstiltak i regionen. Vi anser det derfor som et viktig tiltak at regionalt fagsjefmøte høsten 2021 konkluderte med å ha dette temaet som fast punkt på sakslisten i møtene framover.

Internrevisjonen konstaterer at det tar lang tid før vedtak fattes, når implementering av beslutninger krever regionale prosesser. Opplysninger i aktuelle saksdokumenter tyder på at andre regioner har iverksatt disse beslutningene tidligere enn Helse Nord RHF, og vi vurderer at det er potensiale for mer komprimerte implementeringsprosesser også i vår region.

## 5 Oppsummering, konklusjon og anbefalinger

### 5.1 Oppsummering

I dette kapittelet oppsummeres internrevisjonens observasjoner og vurderinger opp mot relevante punkter i *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024*.

- *desentralisere det vi kan, og samle det vi må*  
Avvik fra retningslinjer blir ikke alltid håndtert når dette avdekkes, og spørsmål om funksjonsdeling har i noen tilfeller forblitt uavklart i flere år. Vedtatt veileder for funksjonsdeling somatikk er tatt i bruk, men det mangler tilsvarende for psykisk helsevern og rusbehandling.
- *sikre at tjenestene leveres i tråd med nasjonale retningslinjer og veiledere*  
Klinikere er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes, men det er ingen systematikk for å sikre dette i dag, jf. svakheter omtalt i kap. 4.2.
- *bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultater*  
RHF-et bruker slike data i vurderinger om funksjonsdeling. Det er færre spor av at resultatene brukes til forbedringstiltak.
- *videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder*  
Det er mangelfull forvaltning av gjeldende regionale prosedyrer, herunder MS0175, Strategi for Helse Nord (fra 2007), og mangelfull distribusjon av nasjonale retningslinjer. Roller og strukturer for utvikling, videreutvikling, godkjenning og iverksetting, er uklare.

## 5.2 Konklusjon

Internrevisjonens konklusjon er at det ikke er etablert en helhetlig styring og kontroll i Helse Nord, verken med implementeringen av nasjonale helsefaglige retningslinjer, eller med at beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder* blir kommunisert og iverksatt. Slik styring og kontroll framstår både som fragmentert, lite systematisert og lite formalisert. Personell i klinisk virksomhet er opptatt av at retningslinjer skal følges og at avvik skal begrunnes, men mangelfull styring og kontroll medfører en risiko for at helsetjenester i regionen ikke ytes i samsvar med det myndighetene anser som god faglig praksis.

## 5.3 Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Stille formelle krav til helseforetakene om implementering og etterlevelse av nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for regionale implementeringstiltak og/eller beslutninger ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
3. Sørge for at regional dokumentsamling med nasjonale helsefaglige retningslinjer holdes oppdatert, som kilde til bruk i øvrige interne dokumentsamlinger og prosedyrer.
4. Systematisere oppfølgingen av foretakenes resultater i medisinske kvalitetsregistre, inkludert hvilke konkrete forbedringstiltak foretakene iverksetter med hvilken frist.
5. Sørge for at det gjøres periodiske evalueringer av om nasjonale helsefaglige retningslinjer etterleves.
6. Sørge for at avvik fra nasjonale helsefaglige retningslinjer, som krever regionale beslutninger, blir rettidig håndtert.
7. Utarbeide egen veileder for funksjonsdeling innen psykisk helsevern og rusbehandling, tilsvarende som for somatiske spesialisthelsetjenester, eller innarbeide fagområdene i den eksisterende veilederen.
8. Innføre en regional rutine for implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder*.
9. Sørge for at implementering av beslutninger fra *Beslutningsforum for nye metoder* som krever regionale vedtak, blir rettidig håndtert.

Internrevisjonen anbefaler alle sykehusforetakene å:

1. Gjøre konkrete vurderinger av behovet for implementeringstiltak i foretaket ved nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer.
2. Rutinemessig innhente tilbakemeldinger gjennom lederlinjen på at nye/endrede nasjonale helsefaglige retningslinjer er implementert.

I tillegg anbefaler internrevisjonen Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset å:

3. Følge opp kvalitetsregisterdata og resultater for kvalitetsindikatorer i kvalitetsutvalg på foretaksnivå.

## Vedlegg 1 – Revisjonskriterier

Følgende fokusområder og kriterier er lagt til grunn for internrevisjonens arbeid og vurderinger:

1. Involvering ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer
  - a. Helse Nord RHF sørger for at regionen, på forespørsel, er hensiktsmessig representert ved utarbeidelse av nasjonale retningslinjer, slik at relevant kunnskap og erfaring benyttes.
  - b. Helse Nord RHF har oversikt over pågående høringer av nasjonale retningslinjer og planlegger og koordinerer hvordan disse håndteres og besvares.
  - c. Helse Nord RHF tar stilling til om pasienter, brukere og pårørende skal involveres i høringsprosessen.
  
2. Regional implementering av nasjonale retningslinjer
  - a. Helse Nord RHF vurderer og beslutter om det er behov for regionale tilpasninger eller presiseringer av den nasjonale retningslinjen, og om det skal iverksettes en regional implementeringsprosess.
  - b. Helse Nord RHF informerer HF-ene om den nye retningslinjen og om eventuelle regionale beslutninger i tilknytning til denne.
  - c. Krav/forventninger om implementering av retningslinjen er innarbeidet i aktuelt oppdragsdokument.
  - d. Helse Nord RHF vurderer om det er behov for å utarbeide, oppdatere eller slette regionale prosedyrer eller annen skriftlig informasjon.
  - e. Helse Nord RHF vurderer om det skal gjøres målinger, inkludert hvordan data evt. skal presenteres, for å følge opp HF-enes implementering og effekten av dette.
  - f. Det er avklart hvordan nasjonale retningslinjer skal gjøres lett tilgjengelig i foretaksgruppen, og hvordan oversikten skal holdes oppdatert.
  - g. Relevante nasjonale retningslinjer er tilgjengelig i foretaksgruppen.
  
3. Lokal implementering av nasjonale retningslinjer
  - a. HF-ene vurderer og beslutter om det er behov for en lokal implementeringsprosess, herunder å utarbeide, oppdatere eller slette lokale prosedyrer.
  - b. HF-ene informerer internt om den nye retningslinjen og om eventuelle regionale og lokale beslutninger i tilknytning til denne.
  - c. Besluttede implementeringstiltak gjennomføres.
  
4. Etterlevelse og oppfølging av nasjonale retningslinjer
  - a. HF-ene innhenter tilbakemelding gjennom lederlinjen på at retningslinjen er implementert.
  - b. Helse Nord RHF innhenter tilbakemelding fra HF-ene på at retningslinjen er implementert.

- c. HF-ene evaluerer etterlevelsen av retningslinjene, herunder eventuelle måleresultater.
  - d. Helse Nord RHF vurderer eventuelle måleresultater for HF-enes implementering og effekten av dette.
  - e. Det iverksettes forbedringstiltak dersom oppfølgingen viser at dette er nødvendig.
5. Implementering av beslutninger i *Beslutningsforum for nye metoder*
- a. Helse Nord RHF sørger for at regionen er representert i *Bestillerforum for nye metoder* og i *Beslutningsforum for nye metoder*, i samsvar med beskrivelse av de ulike aktørenes rolle på nettstedet, nyemetoder.no.
  - b. Helse Nord RHF tar stilling til behovet for regionale føringer, og evt. iverksetter en regional implementeringsprosess.
  - c. HF-ene tar stilling til behovet for lokale implementeringstiltak, som evt. gjennomføres som planlagt.
  - d. HF-ene og RHF-et følger opp at beslutningene etterleves.

## Vedlegg 2 – Dokumentoversikt

Oversikt over dokumenter som er gjennomgått i forbindelse med revisjonen.

Dokumentsamlinger i Helse Nord RHF:

- Styremøter (sakliste, samt evt. saksframlegg og protokoll) i Helse Nord RHF i perioden 2020-oktober 2021
- Oppdragsdokumenter fra Helse Nord RHF til helseforetakene for årene 2016-2021
- Referater fra Helse Nord RHF's oppfølgingsmøter med helseforetakene i perioden 2020-oktober 2021
- Referater fra direktørmøter i Helse Nord i perioden januar 2020-september 2021
- Referater fra regionale fagsjefmøter i perioden 2020-september 2021
- Referater fra fagråd for gynekologi og fødselshjelp 2020-2021 (arkivert pr 25.10.2021)
- Kommunikasjon om involvering, høring og publisering av utvalgte nasjonale faglige retningslinjer, som er arkivert i foretakenes arkivsystem (søk).
- Saksframlegg om høringer til ledergruppemøtene i Helse Nord RHF uke 18-40/2021, og tilhørende referater

Enkeltdokumenter i Helse Nord RHF:

- Styresak 36-2019, Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord, til møte 27.03.2019, og tilhørende protokoll
- Saksnotat 83-2018 til direktørmøte 06.09.2018, Klinisk patologi – organisering, og tilhørende oppsummering fra møtet
- Prosedyre - høringer, Helse Nord RHF, udatert, mottatt 07.09.2021
- Saksframlegg til ledergruppemøte 12.05.2020, Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling i Helse Nord – etablering av eMeistring, og møtereferat
- Rapport fra klinisk fagrevisjon om adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft i Helse Nord, gjennomført august til november 2017
- Regional kreftplan 2014-2021, Helse Nord RHF, 02.09.2013
- Sak 76-2021 i fagsjefmøte 23.09.2021, Kreftregisteret-Presentasjon av resultater for 2020-, og tilhørende møtereferat
- Nettverkskonferanse i diabetes, Fagseminar, 09.11.2016-10.11.2016
- Referat fra møte i Fagråd for diabetes, 28.05.2021
- Referat fra møte i Fagråd kreft, 21.06.2019
- Prosjektmandat Regional kreftplan 2022- 2029, godkjent 01.10.2019
- Brev fra Helse Nord RHF, Mandat for arbeid med evaluering av nyfødttintensivavdelinger i Helse Nord, datert 14.11.2019
- Saksframlegg 69-2020, Utredning av funksjonsdeling av ekstremt premature uke 26-27 ved nyfødttintensivavdelinger i Nord-Norge, rapport med vedlegg, til direktørmøte 11.06.2020



- Brev fra Universitetssykehuset Nord-Norge, Vedrørende sak om behandling av ekstremt premature nyfødte i Helse Nord, datert 26.06.2020
- Protokoll fra styringsgruppemøte 13.03.2020, nyfødtintensiv
- Oppsummering fra direktørmøte 31.05.2017, sak 71-2017, Trombektomi
- Brev fra Nordlandssykehuset 25.07.2017 vedr. trombektomi
- Brev fra Helse Nord RHF til sykehusforetakene 29.06.2018, Invitasjon til å delta i arbeidsgruppe vedr. trombektomi
- Styringsdokument – Utredning av fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneslag i Helse Nord, v. 1.0, saksnr. 2017/444
- Henvendelse fra UNN 18.02.2019 vedr. trombektomi
- Svar fra Helse Nord RHF 25.02.2019 på henvendelse fra UNN 18.02.2018 vedr. trombektomi
- RBU-sak 20–2019, Fremtidig organisering av tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneslag i Helse Nord – utredning, til møte 13.03.2019
- Styresak 40-2019/3, Orienteringssak - Tilbud om mekanisk trombektomi ved akutt hjerneslag i Helse Nord - fremtidig organisering, til styremøte 27.03.2019
- Saksframlegg 185-2020, Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling i Helse Nord – etablering av eMeistring, til ledergruppemøte 12.05.2020, og tilhørende referat
- Saksframlegg 58-2020, Innføring av eMeistring i Helse Nord, til fagsjefmøte 04.06.2020
- Brev fra Helgelandssykehuset 15.09.2020 vedr. innføring av eMeistring i Helse Nord
- Saksframlegg 30-2021, Innføring av eMeistring i Helse Nord, til fagsjefmøte 26.03.2021
- Epost 19.05.2021 fra fagdirektør i Helse Nord RHF til de fire fagsjefene om beslutningen i Beslutningsforum for nye metoder 26.04.2021 vedr. akromionreseksjon
- Tilbakemelding fra UNN 19.05.2021 vedr. akromionreseksjon
- Intern epostkorrespondanse i Helgelandssykehuset 19.5. og 13.06.2021 vedr. akromionreseksjon

Dokumenter fra Helse Nord RHF utarbeidet til internrevisjonen:

- Oversendelse av etterspurte dokumenter fra Helse Nord RHF, brev datert 07.09.2021
- Oversendelse av flere etterspurte dokumenter fra Helse Nord RHF, inkludert oversikt over aktuelle dokumenter i arkivsystemet, brev datert 25.10.2021

Regionale dokumenter i dokumentstyringssystemet Docmap:

- MS0175, Strategi for Helse Nord, v. 1 (fra 2007)
- MS0293, Kvalitetsstrategi Helse Nord 2016-2020, inkl. styrets vedtak
- FB0730, Funksjonsfordeling av kreftkirurgien i Helse Nord, v. 3
- RL7587, Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord, v. 1.1, veileder for vurdering og saksgang

- PR34515, Hemikraniektomi ved hjerneslag, v. 1.4
- PR43695, Regional prosedyre for endovaskulær intervensjon ved akutt hjerneinfarkt/trombektomi, v. 2.6
- PR54093, Behandling av Gynekologisk kreft, v. 1

#### Interne dokumenter i Finnmarkssykehuset:

- Styresaker i Finnmarkssykehuset, 2020-oktober 2021
- PR45305, Hvordan sikre informasjon om nye og endrede lover forskrifter og retningslinjer i Finnmarkssykehuset HF, v. 1
- RL9609, Nasjonale faglige retningslinjer, v. 3
- DS11616, Slagbehandling, med underliggende dokumenter per 22.09.2021
- Saksframlegg til møte i kvalitetsutvalget 12.04.2021, Sak 16/21, Norsk register for gastrokirurgi (NoRGast)
- Referat fra møte i kvalitetsutvalget 12.04.2021
- Referat fra møte i kvalitetsutvalget 06.09.2021

#### Interne dokumenter i Universitetssykehuset Nord-Norge:

- Styresaker i Universitetssykehuset Nord-Norge, 2020-oktober 2021
- RL6936, Styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring – håndbok, v. 2
- PR27490, Høringer - eksterne - rutine i Elements, v. 4
- PR27494, Eksterne høringer i UNN, v. 2.1
- PR44041, Innkomne høringer - for høringssekretariatet, v. 1.1
- PR56595, Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i UNN, v. 1
- Referater fra Kvalitetsutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Jan-okt 2021

#### Interne dokumenter i Nordlandssykehuset:

- Styresaker i Nordlandssykehuset, 2020-oktober 2021
- Styresak 111-2021, Nordlandssykehusets resultater i de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i 2020
- RL2341, Styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring, v. 3.2
- RL0026, Kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalget for Nordlandssykehuset HF, v. 5
- DS6726, Elements, med underliggende dokumenter per 06.10.2021
- DS7647, Fagprosedyrer NLSH, med underliggende dokumenter per 06.10.2021
- PR38109, Cytostatika rutiner Kvinneklinikken, v. 16

#### Interne dokumenter i Helgelandssykehuset:

- Styresaker i Helgelandssykehuset, 2020-oktober 2021
- MS0987, Styringssystem ledelse og kvalitetsforbedring, v. 1
- PR19365, Navneregler for saksmapper, v. 3
- DS14306, Hjerneinfarkt trombolysse, med underliggende dokumenter per 01.10.2021
- DS16333, Slagenheten i Sandnessjøen, med underliggende dokumenter per 01.10.2021

- PR42579, Hjerneslag; Pasientforløp, Sandnessjøen, v. 3
- Presentasjon for internrevisjonen, implementering og etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje om hjerneslag, Medisinsk avdeling Sandnessjøen, 1.oktober 2021
- PR47996, Utredning og behandling av ADHD, v. 2

## Vedlegg 3 – Oppsummering for utvalgte helsefaglige retningslinjer

### Innledning

Totalt åtte nasjonale helsefaglige retningslinjer ble valgt ut til gjennomgang ved oppslag i arkivsystemene, intervju med ledere i Helsefagavdelingen i Helse Nord RHF og intervju med aktuelle ledere i klinisk virksomhet, jf. kap. 4.2.1.1, Tabell 2. For hver av retningslinjene er det utarbeidet en oppsummerende tabell med de viktigste sjekkpunktene. Hvert sjekkpunkt er besvart JA, NEI eller Ikke Aktuelt (I.A.). JA er alltid positivt, men NEI er ikke nødvendigvis negativt. Videre er det satt farge på noen av punktene vi ønsker å framheve. Grønn indikerer positive observasjoner, mens rød indikerer mangler/svakheter.

Det blir sjelden sendt høringsbrev fra Helsedirektoratet ved oppdatering av handlingsprogram for kreft. I tabellene er det derfor satt I.A. for sjekkpunkt nummer to og tre. Handlingsprogrammer for kreft sendes på høringer bare i definerte grupper innenfor Legeforeningen, og de fleste av disse oppdateres nokså ofte. Dermed er det ingen dokumentasjon i Helse Nord's arkiver om høringsprosesser.

### Kreft hos barn

Handlingsprogram oppdatert 26. mai 2020	RHF-et	NLSH	UNN
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI	NEI	JA
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	I.A.	I.A.	I.A.
Har avgitt hørings svar	I.A.	I.A.	I.A.
Har mottatt info om utgivelse fra Hdir/RHF-et	NEI	NEI	NEI
Har publisert retningslinjen i Docmap	NEI	NEI	JA
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI	NEI	NEI
Har etterspurt etterlevelse	NEI	NEI	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA	I.A.	JA
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	NEI	NEI	NEI

*Utarbeidelse:* UNN har ledet redaksjonskomiteen for siste oppdatering, på forespørsel fra nasjonal kompetansetjeneste, og har også hatt andre involverte.

*Høring:* Dette handlingsprogrammet var på høring blant alle overleger i barnekreftmiljøet i Norge.

*Implementering:* Det har ikke vært behov for implementeringstiltak.

Handlingsprogrammet oppdateres for å være i samsvar med nasjonale behandlingsprotokoller som oppdateres løpende. Vi har fått opplyst at det er felles prosedyrer mellom UNN og NLSH.

*Indikatorresultater:*

Resultater fra kvalitetsregistrene for kreft for 2020 ble presentert i regionalt fagsjefmøte i sak 76-2021. Resultatene viste at dekningsgrad innen barnekreft var 100 % både for utredning og behandling i UNN, og at andelen barn som var inkludert i studieprotokoller var på 50 %. UNN lå høyest i landet i 2020 på dekningsgrad og inkludering i protokoller. Fagsjefene tok gjennomgangen til orientering.

Resultater fra kvalitetsregistrene for kreft ble også behandlet i kvalitetsutvalget i UNN i sak 20/21, hvor kvalitetsutvalget tok saken til orientering og ba om at klinikkene gjennomgår årsrapportene og iverksetter nødvendige forbedringstiltak. Barnekreft ble ikke spesifikt nevnt.

Resultater for pakkeforløp ble rapportert til styret i UNN, sist i kvalitets- og virksomhetsrapport for august, sak 77-2021. Her framkom det: «*Andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav.*» Kreft hos barn inngikk i tabell med røde tall for kirurgisk behandling og strålebehandling.

## Maligne blodsykdommer

Handlingsprogram oppdatert 27. mai 2020	RHF-et	NLSH	FIN
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI	NEI	NEI
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	I.A.	I.A.	I.A.
Har avgitt hørings svar	I.A.	I.A.*)	I.A.
Har mottatt info om utgivelse fra Hdir/RHF-et	JA	JA	JA
Har publisert retningslinjen i Docmap	NEI	NEI	NEI
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI	JA	NEI
Har etterspurt etterlevelse	NEI	NEI	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA	JA	I.A.
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	NEI	NEI	NEI

*Utarbeidelse:* Leukemiforeningen forespurte om deltakelse fra NLSH innenfor hypothyreose og kronisk lymfatisk leukemi, men foretaket måtte takke nei av kapasitetsårsaker.

*Høring:* \*) Fagmiljøet i NLSH har fått mulighet til å avgi høringsinnspill til Norsk selskap for hematologi.

*Implementering:* Fra FIN fikk vi opplyst at de ikke var kjent med endringene i siste oppdatering av retningslinjen, og at dette ikke har vært tema i dialogen med UNN. I NLSH var endringene, bl.a. om bruk av FISH-analyser og nye medikamenter, gjennomgått i internt møte.

*Indikatorresultater:*

I styresak 111-2021 i NLSH ble årsrapportene fra kreftregisteret for 2020 behandlet. Resultater fra kvalitetsregistrene for kreft for 2020 ble også presentert i regionalt fagsjefmøte i sak 76-2021. I presentasjonen ble det oppsummert for «lymfoide maligniteter» at «Andelen pasienter der diagnosen er stillet av, eller konsultert med et sykehus med nødvendig undersøkelsesmetoder, ligger under det anbefalte målet. Det må utføres FISH på flere pasienter med myelomatose». UNN hadde en andel på 61,1 % (lavest i landet) og NLSH en andel på 81 % i 2020.

Helsedirektoratet avviklet pakkeforløp for maligne blodsykdommer den 1. mai 2021.

*Forbedringstiltak:* Internrevisjonen har fått opplyst at NLSH vurderer forbedringstiltak for å øke andel av benmargsprøver ved mistanke om kreft.

## Gynekologisk kreft

Handlingsprogram oppdatert 28. juni 2021	RHF-et	NLSH	HSYK
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI	NEI	NEI
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	I.A.	I.A.	I.A.
Har avgitt hørings svar	I.A.	I.A.	I.A.
Har mottatt info om utgivelse fra Hdir/RHF-et	JA	JA	JA
Har publisert retningslinjen i Docmap	NEI	NEI	NEI
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI	NEI	NEI
Har etterspurt etterlevelse	NEI	NEI	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA	NEI	NEI
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	NEI	NEI	NEI

*Utarbeidelse:* UNN har deltatt aktivt. Gynekologisk avdeling ved NLSH ble ikke forespurt, men hadde ønsket å delta.

*Utgivelse:* Ansvarlige i HSYK Sandnessjøen ble først kjent med utgivelsen ved varselet om internrevisjon, men vi har fått opplyst at retningslinjene i «Helsebiblioteket» benyttes som oppslagsverk.

*Implementering:* Klinikerne i NLSH bruker gynekologiforeningens veileder (app), som er opplyst å samsvare med Helsedirektoratets retningslinje.

De ansvarlige i HSYK forventer at UNN vil informere om eventuelle vesentlige endringer i retningslinjer som påvirker samarbeidet mellom foretakene, men det er ikke etablert informasjonsrutiner om dette.

*Etterlevelse:* I HSYK Sandnessjøen fikk internrevisjonen opplyst at det er kultur i legegruppa for å diskutere om retningslinjer følges. Vi har videre fått opplyst at det i liten grad blir etterspurt om retningslinjene følges.

*Indikatorresultater:*

Resultater fra kvalitetsregistrene for kreft for 2020 ble presentert i regionalt fagsjefmøte i sak 76-2021. I presentasjonen ble det oppsummert for «gynekologisk kreft» at andelen kvinner som har blitt operert i Helse Nord lå lavt sammenlignet med øvrige regioner, 69,0 % mot 75,8 % på landsbasis, men at en nasjonal diskusjon om inklusjonskriterier for operasjon pågikk. For pasienter i HSYK sitt opptaksområde lå andelen på 59,1 %. Tilsvarende tall for NLSH var på 73,2 %. Fagsjefene tok gjennomgangen til orientering.

## Kreft i tykktarm og endetarm \*)

8. utgave, utgitt 12. januar 2021	RHF-et	UNN	FIN
Har deltatt i utarbeidelsen	IA	JA	NEI
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	I.A.	I.A.	I.A.
Har avgitt hørings svar	I.A.	I.A.	I.A.
Har mottatt info om utgivelse fra Hdir/RHF-et	NEI	NEI	NEI
Har publisert retningslinjen i Docmap	NEI	JA	NEI
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI	NEI	JA
Har etterspurt etterlevelse	NEI	NEI	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA	JA	JA
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	*)	JA	JA

\*) Når det gjelder kreft i tykktarm og endetarm, har internrevisjonen valgt å utelate håndteringen av tykktarmkreftsaken på HSYK.

*Utarbeidelse:* Representanter fra UNN deltar i fast arbeidsgruppe. Det var få endringer i den 8. utgaven. Større endringer er underveis knyttet til volum- og robusthetskrav.

*Utgivelse:* Informasjon om utgivelse har gått gjennom fagmiljøet.

*Implementering:* Det ble ikke gjennomført implementeringstiltak knyttet til denne retningslinjen i UNN, men FIN har foretatt oppdatering av prosedyrer i samarbeid med UNN.

*Etterlevelse:* Internrevisjonen har fått opplyst at det ikke er noen som har etterspurt eller kontrollerer om retningslinjene følges. Videre, at det noen ganger er nødvendig å avvike fra retningslinjene, og da argumenteres det for dette.

*Indikatorresultater/forbedringstiltak:*

Resultater fra kvalitetsregistrene for kreft for 2020 ble presentert i regionalt fagsjefmøte i sak 76-2021. I presentasjonen ble det oppsummert for «tykk- og endetarmskreft» at dekningsgrad for rapportering til de to kvalitetsregistrene er høyere enn landsgjennomsnittet. For tykktarmskreft var andelen pasienter operert med laparoskopi ved UNN Harstad, lavere enn det anbefalte målet, 47,6 % mot 70 %. Tilsvarende tall for FIN Hammerfest var 86,4 %, som var vesentlig høyere enn landsgjennomsnittet. Fagsjefene tok gjennomgangen til orientering.

I styresak 21-2021 om pakkeforløp for kreft, ble forløpstidene knyttet til tykk- og endetarmskreft for Helse Nord for 2020 presentert. Ingen spesielle forhold ble framhevet for kreftformen.

RHF-et følger opp måloppnåelse innen kreftpakkeforløp i oppfølgingsmøter med foretakene, og tykk- og endetarmskreft har vært tema i disse. I felles oppfølgingsmøte med foretakene den 08.10.2021 ga FIN tilbakemelding om god måloppnåelse innen tykktarmskreft i Hammerfest.



Det ble gjennomført en klinisk fagrevisjon som omhandlet adjuvant kjemoterapi etter operasjon for tykktarmskreft i Helse Nord i 2017. Rapporten inneholdt en rekke anbefalinger til forbedringer.

Kvalitetsutvalget i FIN har i sak 15/21 gjennomgått tallene for kvaliteten ved koloskopi for 2019, som viste at spesielt Hammerfest sykehus har registrert for få koloskopier.

Utvalget har vedtatt tiltak, bl.a. om økt registrering.

I sak 16/21 har kvalitetsutvalget gjennomgått resultatene fra kvalitetsregisteret for tarmkreftkirurgi for 2019, som viste god utvikling i resultater sett opp mot måltall.

Utvalget har tatt informasjonen til orientering.

Kvalitetsutvalget i UNN har gjennomgått nasjonale kvalitetsindikatorer i sak 17/21 og resultater fra kvalitetsregistre for kreft for 2020 i sak 20/21. Utvalget har tatt resultatene til orientering, men med tillegg i siste sak om at klinikkene bes iverksette nødvendige forbedringstiltak og at handlingsplan blir forelagt utvalget.

Resultater for pakkeforløp rapporteres til styret i både FIN og UNN. I styresak 62-2021 i FIN er det ikke framkommet spesielle utfordringer knyttet til pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft. I styresak 77-2021 i UNN framkommer det at *«andel kreftpakkeforløp innen standardisert forløpstid er for lav, og i hovedsak relatert til lang tid fra beslutning om kirurgi til kirurgi utføres for brystkreft, prostatakreft og tykk- og endetarmskreft»*. Det står videre at det pågår tiltak om å sikre en mer dynamisk prioritering av kreftkirurgi, men i august og september ble situasjonen forverret, og flere kreftoperasjoner har blitt strøket eller utsatt.

## Hjerneslag

Oppdatert 27. april 2020	RHF-et	HSYK	FIN
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI	NEI	NEI
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	JA	JA	JA
Har avgitt hørings svar	NEI	NEI	NEI
Har mottatt info om utgivelse fra Hdir/RHF-et	JA	JA	JA
Har publisert retningslinjen i Docmap	JA	JA*)	JA*)
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI	NEI	NEI
Har etterspurt etterlevelse	NEI	NEI	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA	NEI	JA
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	JA	NEI	JA

*Utarbeidelse:* Ingen av disse foretakene har deltatt i utarbeidelsen.

*Publisering:* RHF-et har publisert retningslinjen på regionalt nivå (lenke), og denne er inkludert i lokale dokumentsamlinger \*) i HSYK og FIN. Det foreligger to regionale prosedyrer innen behandling av hjerneslag med noe uklart gyldighetsområde og/eller ansvar. Det er utarbeidet interne prosedyrer både i FIN og HSYK. Vi har fått opplyst at legenes prosedyre i HSYK Sandnessjøen er utarbeidet med inspirasjon fra FIN.

*Indikatorresultater/forbedringstiltak:* Regionalt fagsjefmøte behandlet resultater fra Hjerneslagregisteret den 27.05.2021, som del av sak om trombektomi behandling i Helse Nord. I styresak 138-2021 ble regional funksjonsdeling av trombektomi vedtatt. Se kap. 4.3.1. for ytterligere informasjon.

I felles oppfølgingsmøte med foretakene den 08.10.2021 ga HSYK og FIN tilbakemelding om god måloppnåelse innen trombolysebehandling, mens NLSH og UNN ga tilbakemelding om at måloppnåelsen er svak, og at korrigerende tiltak er iverksatt/skal iverksettes.

I HSYK er årsrapport 2020 fra det nasjonale kvalitetsregisteret gjennomgått i den enkelte enhet, men ikke etterspurt i lederlinjen ut over dette. I FIN er årsrapport 2020 gjennomgått i kvalitetsutvalg i september 2021, hvor spesielt Klinikk Hammerfest ble anmodet om å se på forbedringstiltak.

## ADHD

Oppdatering høringsutkast: 19.05.2021	RHF-et	UNN	HSYK
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI	JA	NEI
Har mottatt høringsbrev fra Hdir/RHF-et	JA	JA	JA
Har avgitt hørings svar	NEI	NEI	NEI

På tidspunktet for dokumentgjennomgang, intervjuer og tester er oppdatert retningslinje ikke utgitt.

*Utarbeidelse:* UNN har deltatt i utarbeidelsen.

*Høring:* På grunn av deltagelse i utarbeidelsen fra BUP i UNN har de ikke gitt hørings svar. HSYK vurderte at det ikke var behov for å gi innspill.

En gjennomgang viser at det er mange hørings svar fra de andre helseregionene, men ingen fra Helse Nord.

## Diabetes

Publisert 14. september 2016	RHF-et
Har deltatt i utarbeidelsen	JA
Har mottatt og videresendt høringsbrev fra Hdir	JA
Har avgitt hørings svar	NEI
Har mottatt (evt. og videresendt) informasjon om utgivelse fra Hdir	NEI
Har publisert retningslinjen i Docmap	JA
Har gjennomført implementeringstiltak	JA
Har etterspurt etterlevelse	JA
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	JA
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	JA

*Utarbeidelse:* RHF-et deltok i referansegruppen, og NLSH deltok i arbeidsgrupper.

*Utgivelse:* RHF-et har ikke journalført informasjon om utgivelsen eller informert HF-ene om denne.

*Publisering:* Retningslinjen er publisert på regionalt nivå (lenke), RL1585. Ingen av HF-ene har inkludert dokumentet i lokale dokumentsamlinger.

*Implementering:* Ved implementeringen var det allerede opprettet ett aktivt fagråd, regional handlingsplan for diabetes var oppdatert (2014-2019) og det var tilsatt en regional koordinator.

Det ble arrangert en regional nettverkskonferanse i diabetes i november 2016, hvor gjennomgang av ny retningslinje inngikk i programmet.

*Indikatorresultater:* Evaluering av regional handlingsplan for diabetes 2014-2019 ble behandlet i fagsjefmøtet den 04.06.2020, hvor fagsjefene tok saken til orientering. I styresak 157-2020 den 25.11.2020 ble hovedfunn fra evalueringen, med videre tiltak, behandlet. På side 3 i evalueringsrapporten står det følgende: «*Norsk Diabetesregister for voksne (NDV) viser at prosedyrer og retningslinjer følges i stor grad mht. aktivitet (måling av blodtrykk og blodprøver, taking av urinprøver, undersøkelse av føtter, henvisning til øyelege). Det har skjedd en forbedring siden forrige planperiode, og vi ligger godt an sammenliknet med andre regioner*». Nasjonal faglig retningslinje av 2016 er oppgitt som referanse for evalueringen. Styret ba adm. direktør om å sørge for at en rekke tiltak ble gjennomført, i tillegg til å understreke viktigheten av samhandling mellom nivåene på diabetesområdet. I fagråd for diabetes den 28.05.2021 ble det diskutert problemstillinger relatert til etterlevelse av retningslinjen, blant annet mangel på leger, resultater fra diabetesregisteret og kostnader til behandlingshjelpemidler. I fagsjefmøte den 17.06.2021 oppfordret fagdirektøren foretakene til å motivere fagpersoner til å ha diabetes som hovedområde, og årsaker til merforbruk av insulinpumper og materiell ble diskutert.

## Spiseforstyrrelser

Utgitt 25. april 2017	RHF-et
Har deltatt i utarbeidelsen	NEI
Har mottatt og videresendt høringsbrev fra Hdir	JA
Har avgitt hørings svar	NEI*)
Har mottatt (og videresendt) informasjon om utgivelse fra Hdir	NEI
Har publisert retningslinjen i Docmap	NEI
Har gjennomført implementeringstiltak	NEI
Har etterspurt etterlevelse	NEI
Har vurdert aktuelle indikatorresultater	I.A.
Har besluttet/gjennomført forbedringstiltak	JA

*Utarbeidelse:* I utarbeidelsesfasen har det vært deltaker fra både UNN og NLSH.

*Høring:* \*) RHF-et har ikke avgitt hørings svar, men det er avgitt svar fra NLSH.

*Utgivelse:* Det er ikke dokumentert at RHF-et har mottatt informasjon om utgivelse fra Hdir.

*Publisering:* RHF-et har ikke publisert retningslinjen i Docmap. UNN har den nasjonale retningslinjen fra år 2000 i Docmap (RL2007), og NLSH refererer også til denne utgaven i Virksomhetsplanen for RESSP (MS0394).

*Implementering og etterlevelse:* Vi er ikke kjent med regionale implementeringstiltak eller at RHF-et har etterspurt etterlevelse.

*Indikatorresultater:* Årsrapporten fra Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser for 2020, som er utgitt av Regionalt senter for behandling av spiseforstyrrelser ved NLSH den 15. juni 2021, er ikke behandlet i regionalt fagsjefmøte eller styremøte i RHF-et. Per i dag presenterer ikke registeret data om deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer. Dette har registeret angitt som et forbedringstiltak i 2021.

Det er innført pakkeforløp for spiseforstyrrelser hos barn og unge under 23 år, som i hovedsak bygger på den nasjonale faglige retningslinjen, men det foreligger ikke pakkeforløpsdata for spiseforstyrrelser.

*Forbedringstiltak:* I agendaer til oppfølgingsmøter i 2021 er ikke spiseforstyrrelser spesifikt nevnt, men i referatet fra møte med HSYK den 29.04.2021 er foretaket bedt om å vurdere behov for kompetansehevende tiltak for å håndtere første konsultasjon i eget foretak før henvisning videre til NLSH. Fra møte med NLSH den 26.08.2021 refereres det at foretaket bidrar med veiledning til HSYK, og vil bidra til at HSYK overtar basalutredning selv når kompetansen er på plass.