

Direktørens stab  
Seksjon for samhandling  
Avd for samhandling og internasjonalt samarbeid

Klinikk for kirurgi og nevrofag  
Avdeling for nevrohabilitering

Vår ref.:                      Deres ref.:                      Saksbeh.: NOA                      Dato:  
15.8.2014

Oppgis ved all henvendelse

## Kommentarer til Høringsutkast Veileder til Forskrift om habilitering og rehabilitering, Individuell plan og koordinator.

### A

#### Innledning

##### Habilitering er *ikke* lik rehabilitering

En kortfattet punktvis oversikt over de viktigste målgrupper, aktuelle diagnoser og tilstander for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten finnes i ”Prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, IS 18-21”, denne oversikten kunne man med fordel gjengi i sin helhet i veilederen, for eksempel under avsnittet ”Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten. Den er slik:

- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autismespekterforstyrrelse)
- Omfattede språk/kommunikasjonsvansker i målgruppen
- Demens i målgruppen
- Psykisk utviklingshemning og/ eller kognitiv svikt
- Følgetilstander av tidlige skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer i målgruppen
- Atferdsvansker i målgruppen
- Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen
- Psykisk lidelse hos personer med alvorlig til moderat utviklingshemning.

”Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten” er et tverrfaglig kompetanseområde for personer med sykdommer og funksjonsvansker betinget i tidlig ervervede hjerneskader eller medfødte syndromer og utviklingsforstyrrelser. Rehabilitering er en mer uensartet virksomhet rettet mot tilstander som vanligvis er ervervet etter barne- og ungdomsårene.

##### Alle deler av spesialisthelsetjenesten skal habilitere og koordinere m.m.

Habilitering (”dyktiggjøring”) og koordinering m.m. er noe alle deler av spesialisthelsetjenesten skal tilby pasienter med kroniske og sammensatte tilstander. Dette kunne med fordel vært presisert i veilederen.

### Ambulante tjenester og fritt sykehusvalg/ fritt behandlingsvalg

På samme måte som at man har gitt plass til taushetsplikt, samarbeidsavtaler og samtykkeproblematikk, selv om det ikke er berørt i forskriften, burde veilederen berøre ambulante tjenester og fritt sykehusvalg.

### Rett til medvirkning, informasjon og taushetsplikt

Veilederen kunne illustrere spørsmål om informasjon, taushetsplikt og ansvar for behandling ved å ta utgangspunkt i situasjoner som erfaringsmessig kan oppstå i klinikken, vi har noen forslag under man evt kunne bruke.

### Koordinerende enhet og målgrupper for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

Opprettelse av en egen, ekstern koordinerende enhet for kompetanseområdet habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten virker uhensiktsmessig. Innen vårt eget felt utfører vi de fleste oppgaver en slik koordinerende enhet og koordinator evt skal gjøre.

### Diskriminering av psykisk utviklingshemmede

Veilederen bør være tydelig på at koordinering ved alvorlig sykdom og samhandling på tvers ikke må føre til ansvarspulverisering og diskriminering av personer i målgruppen for habilitering i spesialisthelsetjenesten.

### Hva betyr habilitering?

Ordet ”habilitering” er relativt nytt i norsk helsevesen og må ofte forklares både til kolleger og andre man samarbeider med. Ordet er avledet av det latinske ”habilis” og kan for praktiske formål oversettes med ”dyktiggjøring”. Det er slik vi ser det ikke unaturlig at ordets opprinnelse nevnes i en ”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator”.

## **B**

Detaljerte kommentarer til spesifiserte punkt i ”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Høringsforslag juni 2014”

## **Kapittel 1 Om habilitering og rehabilitering**

### Punkt 1.1.4 (side 18) Forholdet mellom habilitering og rehabilitering

”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” kan vise til veilederne ”Habiliteringstjenesten for voksne IS- 1739”, kap 4. og ”Prioriteringsveilederen IS- 1821” for nærmere orientering om hva habilitering i spesialisthelsetjenesten er til forskjell fra rehabilitering.

Veilederen skriver uten nærmere presisering at det er flere felles prinsipper for habilitering og rehabilitering. Dette kan gi inntrykk av at fagfeltene er svært like, noe de ikke er. Setningen bør slik vi ser det fjernes<sup>1</sup>.

#### Punkt 1.1.4.1 Habilitering (side 19) og 3.1.5 (side 84)

I omtalen av og også i illustrasjonen av hva habilitering i spesialisthelsetjenesten er, bør det føyes til ”*tverrfaglig utredning, diagnostikk og behandling*”. Dette er kjerneoppgaver for alle yrkesgrupper i habilitering av voksne i spesialisthelsetjenestens virksomhet. Omtalen i ”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” vil ellers være vanskelig å kjenne seg igjen i for fagfolk i virksomheten og den vil fremstå som lite veiledende og i beste fall ufullstendig for andre lesere. Jfr kommentar til 3.1.5 og 3.1.7.5 under.

#### Pkt 1.1.5.1 (side 20) Om Habilitering og rehabilitering vis av vis ”opptrening”.

Habilitering kan ikke sidestilles med ”opptrening”. Setningen bør utgå. Hvis noe kan det bidra til å vedlikeholde feilaktige oppfatninger om og assosiasjoner til hva habilitering i spesialisthelsetjenesten er.

#### Punkt 1.2.2.3 (side 23) Medvirkning gjennom hele forløpet

Pasient og pårørende har rett til å medvirke i et behandlingsforløp, de siste som representant for pasienten/ brukeren hvis denne ikke har samtykkekompetanse. Av og til kan det være ulike syn mellom spesialisthelsetjeneste, kommune og pårørende om diagnostikk, valg av behandling og hvilke miljøbaserte tiltak som er riktige. Muligens kunne veilederen berøre kort hvordan retten til medvirkning i må avveies i forhold til hvem som har ansvar for at behandling og tiltak er faglig forsvarlige.

#### Punkt 1.3 og 1.3.1 (side 26- 28) ”Taushetsplikt” og ”Unntak fra taushetsplikt”

”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” kunne med fordel berøre forhold fra klinikken hvor man erfaringsmessig ser at det kan være tvil om hvor grensen for brudd på taushetsplikt i henhold til gjeldende lovgivning går.

Kan tjenesteytere i boliger for psykisk utviklingshemmede og fastleger informeres løpende om relevante utredninger og behandling fra spesialisthelsetjenesten? Hvilke begrensninger gjelder?<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> For det første er det, men noen få unntak, andre yrkesgrupper og fagfolk i habilitering enn i rehabilitering. Fagmedarbeidere og –grupper i det første domineres av psykologer, ofte spesialister i nevropsykologi og habilitering, leger, oftest spesialister i nevrologi og/ eller psykiatri, vernepleiere ofte med veilederkompetanse/ videreutdanning innen målrettet miljøarbeid og fagkonsulenter med ulike sosialfaglige utdannelse.

For det andre vil det for noen målgrupper være en likhet med prinsipper og metoder i psykiatri (for eksempel ved problemadferd og psykisk utviklingshemning), for andre målgrupper vil det kunne være likhet med prinsipper og metoder fra helt andre organspesialiteter (for eksempel hjerte- og lunge ved oppfølging av progredierende muskelsykdommer), i noen målgrupper tilfeller vil det være likhet med rehabilitering og fysioterapi (for eksempel ved cerebral parese, ryggmargsbrokk etc), men det er en mindre del av virksomheten innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten.

For det tredje er kompetanseområdet ”Habilitering i spesialisthelsetjenesten” fokusert mot tidlig ervervede patologiske tilstander assosiert til kognitiv svikt. Det er ikke rehabilitering hvor skade eller sykdom vanligvis inntre i voksen alder.

Kan en av partene motsette seg at sensitive opplysninger fra spesialisthelsetjenesten sendes ut, for eksempel i form av kopi av journalnotater osv. Hvilke regler gjelder?

Kan spesialisthelsetjenesten legge til grunn at pasienter har ”objektive interesser” som rettferdiggjør at prinsipielt sensitive opplysninger sendes til fastlege og omsorgspersonell uavhengig av samtykke eller medvirkning fra pårørende? (For eksempel legemiddelbehandling av epilepsi for å forebygge anfall, eller målrettede miljøbaserte tiltak for å forebygge selvskadning? ).

### Punkt 1.6. Samarbeidsavtaler

Veilederen kunne spesifikt nevne ”områdeplaner” som de senere år er etablert og har vist seg å være en velegnet form for samarbeidsavtale mellom helseforetak og kommune.

RHF over hele landet har plikt til å sørge for at det inngås samarbeidsavtaler mellom kommunen og RHF/ HF innen flere felt, blant annet innen habilitering i spesialisthelsetjenesten<sup>3</sup>.

## **Kapittel 3 Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

### Punkt 3.1.5 Ansvarsavklaring

Tegningen på side 84 viser forskjell på kommune og spesialisthelsetjeneste inneholder som nevnt over ikke ”Utredning, diagnostikk og behandling” i sistnevntes del av feltet, jfr kommentar til punkt 1.1.4.1 og 3.1.5 over. Siden dette i realiteten er helt sentralt for alle avdelinger som arbeider med habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, bør det tilføyes i illustrasjonen.

### Punkt 3.1.7.5, Habilitering, side 86

Ordet ”tiltak” som utkastet konsekvent bruker bør suppleres med ”utredning, behandling og diagnostikk”. Mesteparten av virksomheten i habilitering i spesialisthelsetjenesten baseres på ”utredning, diagnostikk og behandling”. Jfr. tidligere kommentar til 1.1.4.1 og 3.1.5.

### Punkt 3.1.7.5 Habilitering, side 87

Det gis her inntrykk av at all pasientrettet virksomhet fra spesialisthelsetjenesten er ”rehabilitering” eller ihvertfall at det registreres som det. Fra 2014 registreres imidlertid egen virksomhet i ”habilitering i spesialisthelsetjenesten” som ”habilitering”. Sentrale registre kan her hente ut

---

<sup>2</sup> Forsvarlig behandling og kvalitetssikret oppfølging av pasienter med psykisk utviklingshemning og mangelfull samtykkekompetanse vil ofte være helt avhengig av en åpen og løpende kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste, tjenesteytere fra kommunen og fastlege.

<sup>3</sup> Avdeling for nevrohabilitering, OUS leverer årlig revidert ”Områdeplaner for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten”. Disse utarbeides av en arbeidsgruppe med deltagere fra kommune, brukerrepresentanter og spesialisthelsetjenesten i helseforetaket. En eller flere ganger i året er det møte mellom spesialisthelsetjenesten fra OUS med kommunens overordnede hvor også ledere fra samtlige bydeler møter. Der tar man opp eventuelle udekkede behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og diskuterer hensiktsmessige samarbeidsformer.

informasjon for administrative formål (i tillegg til at sykehusene har mer eksakte tall over ”produksjon”)<sup>4</sup>.

Sosial og helsedirektoratet innførte 2008 som en prøveordning et såkalt ”Tverrfaglig prosedyrekodeverk for spesialisthelsetjenesten”. Dette ble blant annet utprøvet innenfor habilitering i spesialisthelsetjenesten (Sosial og helsedirektoratet 14.01.2008, ”Habilitering”, ”Rehabilitering”, ”Psykisk helsevern” og ”Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk” (HRRP)-kodeverk). Dette er dessverre lite egnet for habilitering i spesialisthelsetjenesten, noe som har vært tatt opp med myndighetene en rekke ganger. Først og fremst fordi det ikke slik de ulike punkter og kategorier er laget, gir et godt bilde av virksomheten, spesielt ikke av legevirksomheten.

#### Habiliteringstjenester for voksne i spesialisthelsetjenesten (HAVO) side 88.

”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” bør tydeliggjøre hva som er målgrupper og hovedprioriteringer i ”Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten”, jfr innledningen over. Direktoratet har alt gitt en klar oversikt over hoveddelen av feltet i ”Prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, IS 18-21”:

Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autismespekterforstyrrelse)

Omfattede språk/kommunikasjonsvansker i målgruppen

Demens i målgruppen

Psykisk utviklingshemning og/ eller kognitiv svikt

Følgetilstander av tidlige skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer i målgruppen

Atferdsvansker i målgruppen

Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen

Psykisk lidelse hos personer med alvorlig til moderat utviklingshemning

#### Vedrørende ”Samhandling på tvers i spesialisthelsetjenesten”, side 88.. jfr kommentar til IP og koordinator, side 8 nedenfor.

Krav til samhandling på tvers av fagområdene i spesialisthelsetjenesten kan komme til å møte motstand og trenering fra deler av spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig at veilederen uttrykker seg entydig og presist om hva dette ansvaret innebærer slik at ansvaret for den enkelte pasient ikke pulveriseres i den gode hensikts navn<sup>5</sup>.

Når det gjelder medisinske, psykiatriske og kirurgiske sykdommer i målgruppene for habilitering av

---

<sup>4</sup> Tall for virksomhet i habilitering i spesialisthelsetjenesten har vært vanskelig å samle inn og dagens system er dessverre heller ikke dekkende for virksomheten, ettersom denne er vesentlig større. Det er særlig virksomhet fra leger i kompetanseområdet som underrapporteres.

<sup>5</sup> Sykehusledelser bør uttrykkelig pålegges ansvar for at alle avdelinger som har pasienter med sammensatte og kroniske tilstander (det gjelder for eksempel nevrologiske pasienter, psykiatriske pasienter, pasienter fra lungeavdelinger, hjerteavdelinger, personer som er operert og trenger oppfølging når de er utskrevet, geriatriske osv) tar ansvar for slik samhandling og ikke skyver ansvaret over på hverandre. Ord som i punkt 4.6.3 ”operativt ansvar” er utydelige og avklarer lite om ansvar.

voksne i spesialisthelsetjenesten, må helsetjenesten følge de behandlingslinjer som gjelder for den øvrige befolkning, nemlig at oppfølging av sykdom først og fremst skjer i en behandlingslinje mellom aktuelle organspesialitet (er), fastlege og sykepleiertjeneste i kommunen.

Samhandling må dokumenteres, enten i journal eller et eget informasjonssystem, dette kan berøre taushetsplikt. Hva er rimelig informasjon å gi ved ”samhandling på tvers” om en pasient til en annen avdeling, evt til kommunen? Jfr. For øvrig kommentar til punkt 4.1.4.

### Punkt 3.1.8 Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten side 89

Veilederen referer til at sykehus og helseregioner i følge regelverk er forpliktet til å henvise pasienter til de godkjente nasjonale og flerregionale behandlingstjenester der slike er etablert. Dette har etter vår erfaring liten eller ingen betydning for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten<sup>6</sup>. Hvis mulig bør det tilføyes ”der hvor det er hensiktsmessig” eller noe lignende. Evt kan hele punktet utgå. Det er et ledelsesansvar fra sykehuseier ned til avdelingsledelse at alle som arbeider i spesialisthelsetjenesten skal ha toppkompetanse på alle relevante kliniske forhold knyttet til sine pasientgrupper. Veilederen kunne evt. minne om det.

### Punkt 3.3 ”Melding” om mulig behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (side 96); punkt 4.3.1.1 ”Spesialisthelsetjenestens ansvar for å utarbeide individuell plan” (side 113), punkt 4.6.3 ”Meldeplikt i spesialisthelsetjenesten” side 121).

Sett fra habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er det for våre målgrupper neppe behov for å opprette en slik ”koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten”. Man kan komme i skade for å opprette et overflødig og forsinkende ledd eller instans.

Av og til vil en bydel ikke kunne følge de råd og veiledninger som spesialisthelsetjenesten gir for en enkeltbruker, for eksempel pga interne prioriteringer. Andre ganger kan det avdekkes at tjenester kommunen har kjøpt for eksempel av private bo- og omsorgsaktør (etter ”anbudsutsetning”) viser seg ikke å være forsvarlige<sup>7</sup>. I slike tilfeller vil spesialisthelsetjenesten kunne komme til å stå i en avmaktsposisjon og man kan sende en ”bekymringsmelding” til bydelens ansvarlige med kopi til Fylkesmannen og Helsetilsynet.

Hvis det skulle avdekkes uløste behov, vil likevel det mest nærliggende være å forsøke å finne løsninger i et godt samarbeid med kommunens bydeler og deres vedtaksansvarlige, pårørende og fastleger<sup>8</sup>.

---

<sup>6</sup> Kompetansetjenester og -miljøer tar vanligvis ikke i mot pasienter, de gir bare informasjon og gjennomfører ”prosjekter”. Hvordan skal et miljø opparbeide seg relevant klinisk kunnskap om et felt man bare leser om eller kanskje gjennomfører avgrensede forskningsprosjekter i? Veilederen kan evt minne om at alle pasienter må utredes individuelt, diagnostiseres og deretter tas klinisk ansvar for gjennom tilrettelagt behandling og oppfølging.

<sup>7</sup> Jfr. feks Fylkesmannens tilsynsrapporter fra august 2014 som blant annet kritiserer private aktørers utstrakte bruk av ufaglærte tjenesteytere m.m., ”Tilsynsrapporter BAB Omsorg”, ”Tilsynsrapporter Aleris Ungplan” og ”Tilsynsrapport BOI AS”

<sup>8</sup> Det er en løpende og tett relasjon mellom habilitering i spesialisthelsetjenesten og kommunen. Et normalt ”pasientforløp”/ behandling involverer oftest veiledning av fagpersonell knyttet til pasientens bolig- og omsorgstilbud (nærhet til pasienten) og dessuten samarbeid og informasjon til deres pårørende (rett til medvirkning).

Punkt 3.5.3 Råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltpasienter (side 101).

Veiledning av og kompetanseoverføring til personell kan foregå som ”workshops” på sykehuset eller der hvor pasienten oppholder seg og personellet arbeider. Ved OUS, registrerer vi årlig flere tusen kontakter/ konsultasjoner for veiledning og kompetanseoverføring knyttet til pasienter som bor i 12 av Oslos 15 bydeler (tre bydeler i Oslo er lagt til Ahus).

Kommunen har et selvstendig ansvar for å kvalitetssikre forsvarlighet av de tjenester de gir eller kjøper til en bruker, likevel kan det av og til uklart hvor ansvaret for løpende kompetanseoverføring og opplæring ligger. Kan for eksempel en bydel i Oslo kjøpe omsorgstjenester etter anbud (hvor en kombinasjon av pris og kvalitet avgjør hvilken anbyder som får oppgaven) og vise til at spesialisthelsetjenesten i Oslo er ansvarlig for løpende faglig veiledning til boligpersonal? Burde spesialisthelsetjenesten ha en rolle i kvalitetssikring av anbud? Evt ved vurdering av hvem som kan gi fritt behandlingsvalg innen dette feltet?

Punkt 3.6.1- 3 (side 104- 5) Ambulante tjenester, Ambulante tjenester i habilitering.

Oslo kommune kjøper pr juni 2014 bo- og omsorgstilbud for 50 personer innen habilitering utenfor Oslo universitetssykehus sitt opptaksområde. En betydelig andel av disse har alvorlig grad av problemadferd og krever omfattende tjenester fra spesialisthelsetjenesten<sup>9</sup>.

Ingen avdelinger for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er dimensjonert for eller tilpasset til å gi omfattende tjenester til enkeltpersoner utenfor eget område. Ambulante tjenester som leveres krever høy grad av tilstedeværelse av spesialisthelsetjenestens fagfolk i boliger og vil pga mangelfulle ressurser raskt kunne støte an mot forsvarlighetskrav og kvalitetssikring av tjenester.

”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” ville være et egnet sted å berøre retten til fritt sykehusvalg av ambulante tjenester innen habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten holdt opp mot krav til kvalitetssikring og forsvarlighet. Slik vi ser det er det problematisk hvis rett til fritt sykehusvalg/ fritt behandlingsvalg uavkortet skal gjelde også ambulante tjenester.

---

I de fleste tilfeller vil habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten samarbeide med kommunens ”vedtaksansvarlige” om pasienter som har døgntilbud og sammensatte og komplekse tilstander. Vedtaksansvarlige tildeler for praktiske formål ressurser. Samarbeidet er vanligvis uproblematisk.

Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten samarbeider daglig med fastleger, for eksempel om oppfølging av epilepsi. Hvis man skulle avdekke mangelfull utredning eller behandlingstilbud, vil man i fra spesialisthelsetjenesten evt kunne avtale med fastlege å henvise pasienten til rette vedkommende (for eksempel en spesialitet eller annet).

<sup>9</sup> Ambulante tjenester krever ofte stor grad av tilstedeværelse i boligen til pasient. Oftest vil man først gjøre en systematisk observasjon for eksempel av en ”problemadferd”, deretter iverksette et miljøbasert behandlingstiltak, gi bistand og løpende veiledning av boligpersonal ved gjennomføringen av dette og senere bistå ved evalueringen av tiltaket. Dette er et typisk forløp ved problematikk knyttet til bruk av makt og tvang overfor psykisk utviklingshemmede, jfr. kommunal helse og omsorgstjenestelov kap 9 (KHOL 9). Det kan ta mange måneder.



## Kapittel 4 Individuell plan og koordinator

”Veileder for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator” kan som nevnt innledningsvis presisere at alle avdelinger i spesialisthelsetjenesten har ansvar for koordineringen av pasienter med komplekse, kroniske tilstander som de behandler. Man må unngå at dette ansvaret skyves over på andre, spesielt kommunen.

Når det gjelder personer innen målgrupper for habilitering i spesialisthelsetjenesten som blir alvorlig syke og må innlegges, må behandlingslinjen også for disse forankres i et samarbeid mellom rette organspesialitet og fastlege/ kommune. Noe annet ville være diskriminering av psykisk utviklingshemmede og uhensiktsmessig<sup>10</sup>.

Koordinerende enhet og målgrupper for habilitering i spesialisthelsetjenesten

### Punkt 4.3.1.2 Spesialisthelsetjenestens ansvar for å utarbeide individuell plan (IP), side 113

Det virker overflødig og uhensiktsmessig å skulle rapportere vedrørende IP til en nyopprettet koordinerende enhet ved helseforetaket. Spesielt bestemmelsen om å rapportere også dem som ikke vil ha IP virker unødvendig<sup>11</sup>.

### Punkt 4.5.2 Koordinator i spesialisthelsetjenesten, side 118

Henvisninger på pasienter i målgrupper for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten gjelder oftest sykdommer, tilstander eller adferdsproblematikk som faglig sett ligger i et grensesnitt mellom nevrologi, psykiatri, psykologi og vernepleierfag. Koordinering innenfor disse fagområdene i varetas på en tverrfaglig måte innen avdelingen. Dette er velfungerende og det er ikke behov for endringer av dette for eksempel i form av oppgaver for en ny koordinerende enhet for vårt kompetanseområde.

Pasienter som krever tverrfaglig oppfølging over mange år, for eksempel pga tilbakevendende adferdsproblematikk, følges i et samarbeid mellom på den ene side vernepleierfaglige veiledere og psykologer, konsulenter og legespesialister og på den andre side tjenesteytere i bydel, fastlege og pårørende. Der det er behov for det vil også Fylkesmannen kunne være involvert (ved bruk av makt og tvang).

---

<sup>10</sup> Leger i habilitering har ikke nødvendig kompetanse til å kunne ta ansvar for å koordinere alle sider ved behandlingsforløp utenfor deres spesialitet (de er oftest nevrologer eller psykiatere), selv om de naturligvis bistår hvis det avdekkes behov som ikke varetas. Hovedansvaret for oppfølging av alvorlige og behandlingstrengende tilstander må også for psykisk utviklingshemmedes vedkommende primært ligge hos den organspesialitet som sitter med den faktiske spesialistkompetansen og samarbeider med fastlege. Noe annet vil være uhensiktsmessig, jfr for øvrig kommentar til ”Samhandling på tvers”, side 5 over.

<sup>11</sup> Pasienter som henvises til en avdeling for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten, vil svært ofte ha en IP og et opplegg i kommunen som inkluderer bo- og omsorgstjenester, fritid, relasjon til behandlere m.m. Individuell plan revideres regelmessig i kommunen, noen ganger er den mangelfull, andre ganger er den for detaljert, atter andre ganger vil ikke pasient eller pårørende ha en sliklenger. Hvis en pasient ønsker IP eller revisjon av dette og kontakter spesialisthelsetjenesten, tar vi det opp med kommunen og meddeler behovet, ved behov vil vi også medvirke til utarbeidelsen.



Generelt følger avdelingens personale pasienter til disse på en forsvarlig måte kan ivaretas av kommunen og fastlege (for eksempel epilepsibehandling). Samarbeidet med kommune og med fastleger er vanligvis godt og har et felles fokus.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten kan som nevnt over ikke ta et overordnet medisinsk ansvar for spesialistbehandling av kompliserte enkelttilstander eller sykdommer hvor behandlingen naturlig ligger innenfor en annen spesialitets kompetanseområde, selv om pasienten for eksempel er psykisk utviklingshemmet. Det er viktig at normale behandlingslinjer gjelder selv om det gjelder en person i våre målgrupper.<sup>12</sup> Se for øvrig kommentarer over, bl.a. til 3.1.7.5 og 4.1.4.

#### Punkt 4.5.4, Koordinatorens arbeidsoppgaver (side 119 og 120).

Det som er nevnt her (og i pkt 2.4.3 under kommunens oppgaver vedrørende koordinerende enhet) er i realiteten svært likt oppgaver medarbeidere i et tverrfaglig sammensatt behandlingsteam ved en avdeling for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten ivaretar overfor våre målgrupper. Det er ikke noe behov for å opprette en koordinerende enhet for å ivareta dette.

Som nevnt over kan på den annen side ikke en avdeling for habilitering i spesialisthelsetjenesten koordinere pasientforløp som hører til andre avdelinger (eller institusjoner) selv om en bruker er psykisk utviklingshemmet. Hvis man kommer i skade for å innføre en slik ordning, vil ansvar for oppfølging fra ulike deler av spesialisthelsetjenesten bli pulverisert, det vil dessuten bli dårligere, det vil være diskriminering av gruppen.

#### Punkt 4.6.3 Meldeplikt i spesialisthelsetjenesten (side 121).

Spesialisthelsetjenesten skal melde om behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i helseforetaket iflg helsepersonelloven § 38. Veilederen skriver at det er den avdelingen som har ”det operative ansvaret for pasienten” som bør ivareta denne oppgaven. Man burde presisere nærmere hva man mener med ”det operative ansvaret”.

Avdeling for nevrohabilitering,  
Klinikk for kirurgi og nevrofag,  
Oslo universitetssykehus

Nils Olav Aanonsen  
Avdelingsoverlege

Lise Eriksen  
seksjonsleder

Peter Zachariassen  
sjefpsykolog

---

<sup>12</sup> En og samme pasient vil kunne ha behov for tett oppfølging fra ulike spesialistavdelinger (lunge, hjerte, ortopedi, urologi, øye osv.). Slike avdelinger oppretter sine ”pasientforløp” i samarbeid med fastlege. Habilitering i spesialisthelsetjenesten vil imidlertid også følge opp slike pasienter regelmessig (oftest fire ganger årlig ved for eksempel Duchennes muskeldystrofi) og bistår der hvor det måtte avdekkes mangelfull oppfølging (for eksempel gjennom å be om tidligere kontroller, fornye resepter i ukompliserte tilfeller osv). Habilitering i spesialisthelsetjenesten kan imidlertid ikke stå ansvarlig for spesifikke behandlingsvalg fra andre avdelinger.