

2010.5.6 Revidert før EKSTERN høring  
- Utkast til prioriteringsveileder

Samarbeidsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten

# Habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU)

## INNHOLDSFORTEGNELSE

Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten	Side 2
Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp	Side 3
Fagspesifikk innledning	Side 4
Juridiske spørsmål knyttet til habiliteringstjenestens behandling av henvisninger	Side 7
Veiledertabell for habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU)	Side 9
Juridiske spørsmål knyttet til habiliteringstjenestens behandling av henvisninger ved professor dr juris Aslak Syse, Universitetet i Oslo	Side 20

## Lovmessig grunnlag og ansvar for rettighetstildeling i spesialisthelsetjenesten

Alle henvisninger som mottas i spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup> skal vurderes i forhold til pasientrettighetslovens §§ 2-1, 2-2 og prioriteringsforskriften for å kunne avgjøre om:

- pasienten har rett til nødvendig ("prioritert") helsehjelp
- pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
- pasienten ikke har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasienten har rett til nødvendig ("prioritert") helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten når hvert av følgende vilkår er oppfylt:

- pasienten har et visst prognosetap med hensyn til levetid eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt

Pasienter som får rett til nødvendig ("prioritert") helsehjelp skal få en medisinsk forsvarlig **frist** for når helsehjelpen senest skal starte. Det er denne fristen som er angitt i veiledertabellen.

Veilederne er ment å dekke 75-80 % av henvisningene innenfor hvert av fagområdene. Andre tilstander skal også vurderes i forhold til prioriteringsforskriften, men de er ikke innbefattet i veiledertabellen.

**Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert.**

Helsehjelpen som er angitt i veiledertabellen er den som ligger til grunn for anbefalingen av rettighet og frist. Når helsehjelpen skal ytes, kan naturligvis også andre effektive tiltak benyttes. Veiledertabellen er ikke en faglig retningslinje, men en prioriteringsveileder.

Bak anbefalingene om rettighet og frist som er angitt for hver tilstand ligger det en vurdering og gradering av hvert av vilkårene i prioriteringsforskriften. Graderingen er gjengitt i veiledertabellen. Det er fire graderingsalternativer som angir styrken av oppfyllelsen av vilkårene:

---

<sup>1</sup> Gjelder som hovedregel ikke pasienter som allerede er i et forløp som forutsettes å være medisinsk forsvarlig, se utfyllende tekst i prioriteringsveiledere, generell del, kap. 4.

### Tilstanden/helsehjelpen

- *anses å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv*
- *anses sannsynligvis å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv*
- *anses under tvil å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv*
- *anses ikke å være alvorlig/nyttig/kostnadseffektiv*

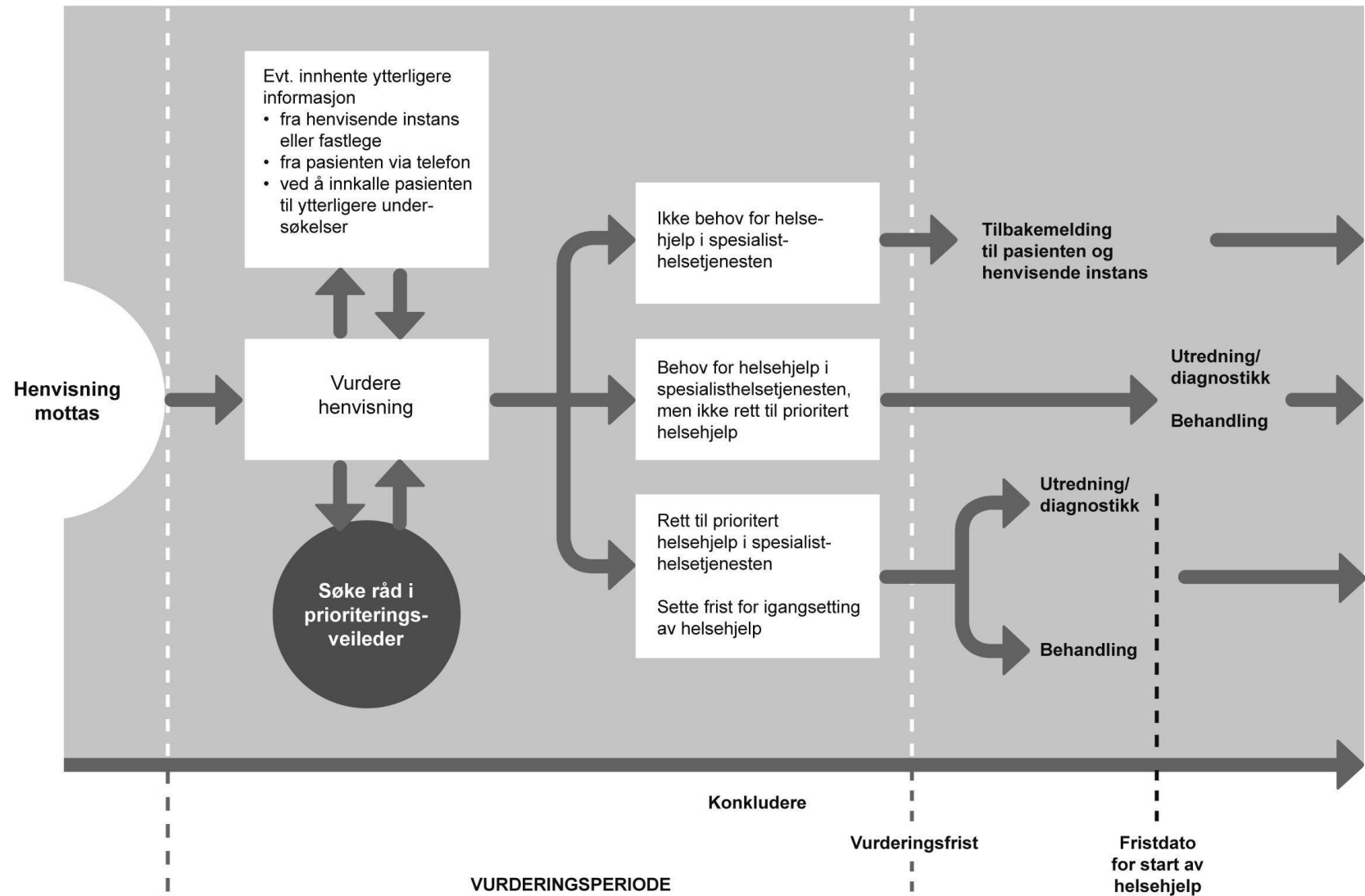
For hver tilstandsgruppe gir veiledertabellen en oversikt over mulige **individuelle forhold** som kan tillegges vekt utover dem som generelt beskriver tilstandsgruppen. Eventuelle andre relevante forhold skal også tas i betraktning. Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører.

Veiledertabellen er ment som beslutningsstøtte. **Spesialisten/teamet er ansvarlig for vurderingene og avgjørelsene om rettighetsstatus og frist for start helsehjelp for den enkelte pasient.**

### *Slik bruker du veiledertabellen*

1. Vurder henvisningen.
2. Vurder om henvisende instans eller pasienten skal kontaktes for ytterligere opplysninger eller om pasienten skal innkalles til undersøkelser før beslutning om rettighetsstatus fattes. Dette må i så fall skje innen vurderingsfristenes utløp.
3. Finn den tilstandsgruppen som passer best for henvisningen.
4. Gjør en selvstendig vurdering av pasientens tilstand i forhold til alle tre vilkårene i prioriteringsforskriften og sammenlikne med veiledertabellen.
5. Foreta en helhetlig, individuell vurdering av pasienten og konkluder med ett av følgende utfall for hver pasient:
  - pasienten har rett til prioritert ("nødvendig") helsehjelp i spesialisthelsetjenesten
  - pasienten har behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, men ikke rett til prioritert helsehjelp
  - pasienten har ikke behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
6. Dersom det gis rett til prioritert helsehjelp, avgjør hva som er medisinsk forsvarlig frist for når helsehjelp senest skal starte.
7. Gi en dato for når pasienten skal møte opp. For rettighetspasienter må denne datoen være tidligere enn fristdatoen.

## Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp



## **Fagspesifikk innledning habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU)**

### **Målgruppe og definisjoner**

Habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU) har som målgruppe barn og unge i aldersgruppen 0-18 år med medfødt eller tidlig ervervet nevrologisk funksjonsnedsettelse som har behov for spesialiserte habiliteringstjenester.

Barn og unge som har funksjonsnedsettelser på grunn av psykiske lidelser eller annen somatisk sykdom enn nevrologi inngår ikke i denne prioriteringsveilederen. Dersom de har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten, må dette ivaretas i de avdelingene som yter helsehjelp til disse pasientgruppene og som har kompetanse på den aktuelle grunnlidelsen. Behovet for habilitering kan enten være beskrevet i henvisningen, eller det kan avdekkes etter at helsehjelpen er påbegynt. Dersom behovet for habilitering avdekkes etter at helsehjelpen har startet, skal det som hovedregel ikke gjøres en ny rettighetsvurdering. Den aktuelle avdelingen må sørge for forsvarlig oppfølging (også habilitering), og HABU bør kunne bistå ved behov

Habilitering er definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Det er en således en forutsetning at brukeren (barnet og foresatte) deltar aktivt i individuelle habiliteringsprosesser.

Symptombildet hos barn og unge er ofte sammensatt og krever en grundig og tverrfaglig vurdering, og kunnskap om hva som er virksomme tiltak. Barnet må vurderes i et utviklingsperspektiv. Tilstander hos barn kan påvirke vekst og utvikling på mange ferdighetsområder, ikke minst deres samspill med familie og nettverk. Det er derfor viktig at barn tidligst mulig får avklart sin tilstand og at det blir satt inn relevante tiltak for barnet og familien.

Mange virksomheter i kommunen skal bidra med ulike tiltak til den enkelte pasients habiliteringsprosess. Spesialisthelsetjenesten skal bidra ved behov. Fordeling av arbeidsoppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten vil variere med stedlig kompetanse og ressurstilgang. HABU har en viktig oppgave knyttet til opplæring, veiledning og kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten slik at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

### **HABU's oppgaver**

HABU's oppgaver er i samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten å bidra til diagnostikk, funksjonsutredning, behandling, igangsetting av tiltak, oppfølging, informasjonsformidling, råd, veiledning og opplæring. HABU må ha nødvendig kompetanse innenfor medisin, psykologi, pedagogikk og sosialvitenskap. Arbeidet foregår tverrfaglig, noe som betyr at aktuelle fagpersoner samarbeider om funksjonsvurderinger, rådgivning og tiltaksutforming. Habiliteringsbistand knyttes til alle arenaer som blir påvirket av funksjonsnedsettelsen, for eksempel hjem, barnehage/skole og fritid.

Barn og ungdom har på lik linje med voksne pasienter behov for å få informasjon om sin helsetilstand og funksjonsnedsettelse, og de følger dette har for muligheter og begrensninger. Noen tiltak vil være rettet mot andre enn pasienten selv. Tiltak ovenfor barnets familie og nettverk kan være en del av den helsehjelpen som ytes til barnet/ungdommen fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for utredning og ulike oppfølgingstiltak for pasienter med komplekse problemstillinger der krav til kompetanse overstiger det kommunene innehar.

### **Tilstandsgrupper i veiledertabellen**

Prioriteringsveilederen for HABU er ment å dekke ca. 80 % av dagens henvisninger innen dette fagområdet. Andre tilstander som ikke er nevnt i veiledertabellen skal vurderes på samme måte i forhold til pasientrettighetslovens §§ 2-1, 2-2 og prioriteringsforskriften. Det betyr ikke at pasienter med disse tilstandene er lavere prioritert. Ved vurdering av henvisninger vil det ofte forekomme problemstillinger som ikke er omfattet av veiledertabellen. I slike tilfeller må man skjønnsmessig sammenligne med den tilstanden som ligner mest. Individuelle forhold kan

tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes enn for tilstandsgruppen pasienten tilhører.

Spesialisten/teamet som er gitt et ansvar for å vurderer henvisninger, tar avgjørelser om rettighetsstatus og frist for start helsehjelp for den enkelte pasient. Prioriteringsveilederen gir faglige anbefalinger for prioritering innenfor fagområdet til HABU.

Prioritering av nyhenviste må ikke gå på bekostning av barn med kjent nevrologisk sykdom som har behov for langvarig oppfølging i spesialisthelsetjenesten, og nyhenviste må ikke fortrenge pasienter med behov for langvarig oppfølging. Begge gruppene skal følges opp innenfor rammene av medisinsk faglig forsvarlighet. Barn med nedsatt funksjonsevne har selvsagt samme rett til helsehjelp som andre barn.<sup>2-3</sup>

### **Vurdering av rettighetsstatus**

Vurdering av rettighetsstatus og frist for helsehjelp skal primært omfatte forhold ved barnet/ungdommen som henvisningen inneholder. Forhold som vektlegges er barnets alder, symptombelastning, symptomenes varighet, funksjonsnivå, tilleggsproblematikk (komorbiditet) og psykiske forhold. Det er individets tilstand og belastning som skal tillegges vekt. Enkelte symptomer er særlig alvorlige, som hurtig vekttap, tap av ferdigheter, utviklingsmessig stagnasjon, betydelige funksjonsutfall eller store atferdendringer. Samme tilstand vil med bakgrunn i individuelle forhold kunne gis ulik prioritet som for eksempel ved ulik alder eller utviklingstrinn.

En del pasienter som henvises til HABU, vil være internhenvist og allerede være rettighetsvurdert ved barneavdeling eller poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge. Helsehjelpen ved HABU skal da gis i henhold til hva som er faglig forsvarlig, og det skal ikke foretas ny rettighetsvurdering.

Hjernens plastisitet og dermed barns nevrologiske og ferdighetsmessige utvikling er størst i tidlig alder. Behandlingen er mest kostnadseffektiv,

---

<sup>2</sup> Prioriteringsveiledere i barnesykdommer

<sup>3</sup> IS-1419 (2007) Faglig retningslinje for oppfølging av for tidlig fødte barn.

resultatspesifikk og virksom når den settes inn i spe- og småbarnsår. Ved manglende tidlige tiltak vil konsekvensene kunne bli en forsinket eller manglende ferdighetsutvikling for det enkelte barnet, en betydelig merbelastning for foreldrene og behov for mer omfattende hjelpetiltak senere i livet.

### **Omfang av helsehjelpen**

Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har rett til individuell oppfølging uavhengig av diagnose.

For å kunne planlegge et forsvarlig habiliteringsopplegg, er det nødvendig at pasienten får en tverrfaglig vurdering og undersøkelse i spesialisthelsetjenesten. Funksjonsutredning og diagnostisering utløser for noen pasienter et habiliteringsforløp med gjentatte tverrfaglige vurderinger i HABU som utløser nye tiltak/endring av tiltak slik at barnet/ungdommen skal kunne fortsette å utvikle seg og oppnå best mulig mestring og deltakelse. Noen forløp avsluttes etter en eller noen få kontakter med HABU.

Omfanget vil avhenge av grad og komplikasjoner knyttet til funksjonsnedsettelsen, barnets alder, behov og lokal organisering og kompetanse. Foreldres trygghet i sin omsorgsutøvelse må understøttes. Bekymringer og usikkerhet må møtes, og nødvendige tiltak på kommune- eller spesialisthelsetjenesten må iverksettes.

### **Individuell plan**

Barn og unge med funksjonsnedsettelse vil som hovedregel ha behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, og dermed har rett til å få utarbeidet en individuell plan (IP). Individuell plan er en rettighet og en arbeidsform som er innført for å styrke tjenestetilbudet til den enkelte pasient gjennom koordinering og samhandling. Som hovedregel vil det være kommunen som organiserer og koordinerer arbeidet med individuell plan. Spesialisthelsetjenesten er pliktig til å bidra i arbeidet, og har et selvstendig ansvar for at arbeidet med individuell planen igangsettes. Innenfor alle tilstandsgruppene i denne veilederen vil det være behov for at det utarbeides en individuell plan for å sikre at aktuell helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten blir videreført i et samarbeid med kommunen og andre aktuelle samarbeidspartner. Koordinerende enheter for habilitering og

rehabilitering er viktige for samhandling mellom de ulike tjenestene og individet.

### **Psykisk helsevern/HABU**

De ulike helseforetakene har ulik arbeidsfordeling mellom det psykiske helsevernet for barn og unge og HABU i forhold til ansvar for utredning, diagnostikk og behandling av psykiske lidelser for:

- barn med autismespekterforstyrrelser
- barn med ADHD som komorbid tilstand til HABU's målgruppe

I helseforetak hvor HABU har et definert ansvar for tilstander/diagnoser som er nevnt ovenfor, vil det være prioriteringsveilederen for habiliteringstjenesten for barn og unge i spesialisthelsetjenesten (HABU) som vil være best egnet. Det bør utvikles klare samarbeidsformer mellom habiliteringstjenesten og psykisk helsevern. For henvisninger som kan inneholde tilstander med behov for helsehjelp fra flere spesialiteter, bør disse inngå som ledd i en mer overordnet vurdering av pasienten, og at dette best kan videreformidles ved henvisning fra habiliteringstjenesten til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Her må både habiliteringstjenesten og psykisk helsevern kunne utvise fleksibilitet ut fra lokale forutsetninger, samarbeidsformer, tidligere kjennskap til pasientens problemer mv. Det vil uansett påligge spesialisthelsetjenesten som sådan å sikre at det samlet blir foretatt en forsvarlig utredning og oppfølging av de ulike symptomene som pasienten er henvist for.

## **Juridiske spørsmål knyttet til habiliteringstjenestens behandling av henvisninger**

### **Særlige forhold innen habilitering**

De fleste henvisningene til spesialisert habilitering i spesialisthelsetjenesten vurderes i forhold til nødvendig (prioritert) helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. Det mottas også henvisninger knyttet til sosialtjenesteloven kapittel 4A. Enkelte særlige juridiske problemstillinger oppstår i denne forbindelse. Prof. dr. juris Aslak Syse har beskrevet slike problemstillinger i veiledertabellen side 20. I utredningen omtales sosialtjenesteloven kapittel 4A, pasienter som ikke ønsker nødvendig helsehjelp, "blandede henvisninger", fritt sykehusvalg, og situasjonen for barn og unge som har særlig kort vurderings- og behandlingsfrist.

### **Henvisninger etter sosialtjenesteloven kapittel 4A**

Ved mottak av henvisninger må habiliteringstjenesten ta stilling til hva henvisningen etterspør. Det må vurderes om spesialisthelsetjenesten anmodes om pliktig bistand for å redusere bruk av tvang og makt i den kommunale tjenesteytingen, eller om det er behov for helsehjelp. I Syses utredning utdypes vanskelige avgrensningsspørsmål, og det tydeliggjøres at pasienten skal ivaretas selv om henvisningen ikke kommer fra fastlegen.

### **Pasienter som ikke ønsker nødvendig helsehjelp**

Rettslig sett er det en lavere terskel for å kunne gi nødvendig helsehjelp til samtykkende pasienter, og til pasienter som passivt avfinder seg med behandlingen etter at nødvendig informasjon er gitt, enn det er for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, se pasientrettighetsloven § 4-6 tredje ledd. Helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan bare gis dersom det medfører fare for «vesentlig helseskade» om behandling ikke blir gitt, se pasientrettighetsloven § 4A-3 andre ledd. NB! Pasientrettighetsloven kapittel 4A gjelder bare pasienter som ikke har samtykkekompetanse.

### **Særlig om «blandede henvisninger»**

Pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten skal møte spesialisthelsetjenesten som et helhet Spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste må være oppmerksom både på sin generalist- og

spesialistfunksjon. I Syses utredning utdypes det handlingsrommet helseovgivningen gir i disse situasjonene.

### **Fritt sykehusvalg**

Reglene om fritt sykehusvalg gjelder i dag for alle pasientgrupper. På habiliteringsfeltet kan pasienters rett til fritt sykehusvalg støte an mot forsvarlighetskravet, og ha direkte betydning for utformingen av et tjenestetilbud. I utredningen omtales hvilke forhold som er relevante i den sammenheng.

### **Tidsfrister for habiliteringspasienter under 23 år med psykiske problemer eller rusproblemer**

En særlig vurderingsfrist (10 virkedager) og behandlingsfrist (65 virkedager) gjelder for pasienter under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Vurdering og oppfølging foregår vanligvis i regi av poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, distriktpsykiatrisk senter (DPS), ruspoliklinikk eller lignende. I utredningen klargjøres at habiliteringstjenesten i noen situasjoner må være oppmerksom på at pasienter de har ansvar for kan ha krav på psykiatrisk/psykologisk vurdering innen 10 dager. Slike vurderinger må gis fra enheter som har relevant kompetanse.

## **Tilstandsgrupper/kliniske bilder**

1. Omfattende kommunikasjons- og språkvansker i målgruppen?
2. Mistanke om, eller påvist, utviklingsforstyrrelse/forsinkelse av kognitiv funksjon
3. Mistanke om omfattende motorisk utviklingsforsinkelse / forstyrrelse
4. Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autismespekterforstyrrelser)
5. Omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet hos personer i målgruppen
6. Omfattende atferdsvansker i målgruppen
7. Ervervet hjerneskade
8. Mistanke om progredierende sykdom i hjerne, nervesystem eller muskulatur
9. Mistanke om eller påvist syndrom som påvirker barnets funksjon og utvikling
10. ADHD som komorbid tilstand hos barn og ungdom i målgruppen
11. Omfattende og sammensatte spise/ernæringsvansker hos barn med nedsatt funksjonsevne

**Totalt 11 tilstandsgrupper/kliniske bilder**



<b>1. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b>	<b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>  Andre effektive utrednings- og behandlingsmetoder kan være aktuelle.	<b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b>	<b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b>	<b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b>  Listen er ikke uttømmende
<b>Omfattende kommunikasjons- og språkvansker i målgruppen</b>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, språk og kommunikasjon</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpersoner og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfase</li> <li>• kognitivt funksjonsnivå</li> <li>• sansetap</li> <li>• adferdsvansker</li> <li>• komorbiditet</li> <li>• igangsatte tiltak lokalt</li> </ul>

<p><b>2. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive utrednings- og behandlingsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Mistanke om, eller påvist utviklingsforstyrrelse/ forsinkelse av kognitive funksjoner</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk;</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, kommunikasjon og språk</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpersoner og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfase (overganger er kritisk perioder, f eks fra barn til voksen)</li> <li>• sansetap</li> <li>• grad av forsinkelse</li> <li>• komorbiditet</li> <li>• igangsatte tiltak lokalt</li> </ul>
		<p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p>		
		<p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>		

<p><b>3. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive utrednings- og behandlingsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Mistanke om, eller påvist omfattende motorisk utviklingsforsinkelse / forstyrrelse</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, kommunikasjon og språk, motorikk og ergonomi</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpå personer og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfase</li> <li>• sansetap</li> <li>• funksjonsnivå (motorikk, kognisjon, kommunikasjon)</li> <li>• psykososiale forhold</li> <li>• grad av CP</li> <li>• atferdsvansker</li> <li>• tågang</li> <li>• medisinske forhold hos personen</li> <li>• progredierende lidelse</li> <li>• fare for klinisk forverring bør gi kortere frist</li> <li>• komorbiditet</li> </ul>
		<p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p>		
		<p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p>		

<p><b>4. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, kommunikasjon og språk, genetikk og metabolsk screening, utviklingshistorie og ferdigheter</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpå personer og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfase (vansker ifm pubertet bør gis høyere prioritet)</li> <li>• kognitivt funksjonsnivå</li> <li>• sansetap</li> <li>• grad av utviklingshemning</li> <li>• adferdsvansker</li> <li>• risiko for alvorlig selvskading</li> <li>• komorbiditet</li> </ul>

<p><b>5. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Omfattende vansker knyttet til pubertet, seksualitet og identitet hos personer i målgruppen</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk</b></p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> forhold knyttet til kropp, pubertet og seksualitet, identitet, ved genital dysfunksjon knyttet til funksjonshemmingen</p> <p><b>Vurdere behov for prevensjon</b></p>	<p>Tilstanden anses sannsynligvis å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 24 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mistanke om og risiko for seksuelle overgrep</li> <li>• ukritiske seksualisert atferd</li> <li>• risiko for uønsket svangerskap</li> <li>• genitale misdannelser og genital dysfunksjon</li> </ul>

<b>6. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b>	<b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>  Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.	<b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b>	<b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b>	<b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b>  Listen er ikke uttømmende
<b>Omfattende atferdsvansker hos målgruppen<sup>4</sup></b>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> naturlige funksjoner, søvn, sanseutredning, infeksjoner, smerte/ubehag, annen sykdom, syndrom, bivirkninger av medikament/feilmedisinering</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer, psykiatrisk/psykologisk vurdering, familie/nettverk</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker, familie/nettverksarbeid, atferdsregulerende tiltak</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpå personer og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen forventes å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses sannsynligvis som kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 6 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sansetap</li> <li>• akutte/nyoppståtte atferdsvansker</li> <li>• selvskading</li> <li>• alvorlig utagerende atferd</li> <li>• mistanke om syndrom</li> <li>• mistanke om underliggende sykdom/plager</li> </ul>

<sup>4</sup> Se Fagspesifikk innledning og Juridiske spørsmål om sosialtjenesteloven kapittel 4A

<p>7. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Ervervet hjerneskade</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> av skadens omfang og følger, sanseutredning</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker: medikamentell behandling, psykoedukativ tilnærming, intensiv trening, trening og tilrettelegging</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpersoner og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden ansees å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelp anses å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen forventes sannsynligvis å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 8 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfase</li> <li>• sansetap</li> <li>• barnets psykososiale miljø</li> <li>• funksjonsnivå</li> <li>• type og omfang av skade</li> <li>• epilepsi</li> <li>• kjent sykdom før skaden og som er av betydning for hjernens fungering</li> </ul>

<p><b>8. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b> Andre effektive behandlingsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Mistanke omprograderende sykdom i hjerne, nervesystem eller muskulatur</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk;</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, kommunikasjon og språk utredning, genetikk og metabolsk screening, utviklingshistorie og ferdigheter</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpåsoner og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen forventes å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses under tvil å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 6 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfasen</li> <li>• sansetap</li> <li>• symptomer og progresjon</li> <li>• risiko for arvelig sykdom</li> <li>• epilepsi</li> </ul>



<p><b>9. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Mistanke om eller påvist syndrom som påvirker barnets funksjon og utvikling</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk;</b> barnenevrologisk undersøkelse, sanseutredning, kognitiv vurdering, kommunikasjon og språk utredning, genetikk og metabolsk screening, utviklingshistorie og ferdigheter</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpersoner og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen forventes å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	<p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sansetap</li> <li>• funksjonsnivå</li> <li>• adferdsvansker</li> <li>• velfungerende pasient med ukomplisert syndromforløp vil redusere alvorlighetsgraden</li> <li>• mistanke om progresjon</li> <li>• risiko for å utvikle komplikasjoner</li> <li>• behov for genetisk veiledning</li> <li>• komorbiditet</li> </ul>

<b>10. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b>	<b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>  Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.	<b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b>	<b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b>	<b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den</u> <u>enkelte pasient</u></b>  Listen er ikke uttømmende
<b>ADHD som komorbid tilstand hos barn og ungdom i målgruppen</b>	<b>Utredning og diagnostikk</b>  <b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker  Medikamentell behandling i kombinasjon med miljøtiltak og psykoedukative tilbud til voksne som omgås barnet hyppig, atferdsregulerende tiltak  <b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpersoner og personell i 1 linje tjenesten  <b>Initiering av IP</b>	<p>Helsehjelpen anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	Som hovedregel:  <b>Rett</b> til prioritert helsehjelp  <b>Maksimumsfrist:</b> 12 uker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kognitivt funksjonsnivå</li> <li>• grad av utviklingshemning</li> <li>• atferdsvansker</li> <li>• stor samlet symptombelastning</li> <li>• komorbiditet</li> </ul>

<p><b>11. Tilstandsgruppe/ klinisk bilde</b></p>	<p><b>Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b></p> <p>Andre effektive behandlings- og utredningsmetoder kan være aktuelle.</p>	<p><b>Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften</b></p>	<p><b>Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører</b></p>	<p><b>Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for <u>den enkelte pasient</u></b></p> <p>Listen er ikke uttømmende</p>
<p><b>Omfattende og sammensatte spise/ernæringsvansker hos barn med nedsatt funksjonsevne</b></p>	<p><b>Utredning og diagnostikk:</b> barnenevrologisk undersøkelse, metabolsk screening, motorisk og ergonomisk utredning ift munnmotorikk, svelgfunksjon og sittestilling, psykologisk vurdering, samspillsvurdering, kognitiv vurdering</p> <p><b>Kartlegging:</b> av funksjon og miljøfaktorer, og klinisk ernæringsfysiolog</p> <p><b>Behandling:</b> avhengig av omfanget av barnets vansker</p> <p><b>Veiledning og opplæring:</b> av foresatte, nærpå personer og personell i 1 linje tjenesten</p> <p><b>Initiering av IP</b></p>	<p>Tilstanden anses å være alvorlig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være nyttig</p> <hr/> <p>Helsehjelpen anses å være kostnadseffektiv</p>	<p>Som hovedregel:</p> <p><b>Rett</b> til prioritert helsehjelp</p> <p><b>Maksimumsfrist:</b></p> <p>Barn 0-2 år: 4 uker</p> <p>Barn over 2 år: 12 uker</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alder/livsfasen</li> <li>• ernæringsstatus</li> <li>• manglende spiseferdigheter</li> <li>• grad av traume/smerte/ubehag knyttet til spising over tid f eks refluks, aspirasjon</li> <li>• grad av familiestress knyttet til måltider/spising</li> <li>• uavklart medisinsk problematikk, for eks mage/tarm lidelser, allergi, misdannelser</li> <li>• komorbiditet</li> </ul>

## Juridiske spørsmål knyttet til habiliteringstjenestens behandling av henvisninger ved professor dr juris Aslak Syse, Universitetet i Oslo

### Utgangspunkt

Når spesialisthelsetjenesten mottar en henvisning, skal tjenesten vurdere pasientens helsetilstand, behandlingsbehov og om det foreligger en rett til «nødvendig helsehjelp», se pasientrettighetsloven § 2-2, jf. § 2-1 andre ledd og prioriteringsforskriften. Dette utgangspunktet gjelder også ved henvisning til habilitering/rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten kan i tillegg stå overfor enkelte særlige juridiske problemstillinger som stort sett bare oppstår ved henvisning til spesialisert habilitering.

Én slik særlig juridisk problemstilling er hvorvidt den henviste pasientens problemer helt eller delvis faller innenfor virkeområdet til sosialtjenesteloven kapittel 4A. Sosialtjenesteloven kapittel 4A regulerer bruk av tvang og makt og gjelder bare for personer med psykisk utviklingshemning og utfordrende atferd. Kommunens henvisning kan i slike tilfeller ha dette som eneste utgangspunkt, mens utfordrende atferd andre ganger kan framstå som ett av flere aspekter ved henvisningen.

En annen spesiell problemstilling er at mange pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, ved habiliteringstjenesten, har behov for langvarige og koordinerte tiltak fra ulike deler av hjelpeapparatet i tillegg til habiliteringstjenesten. I slike tilfeller er det en plikt å sikre at det utarbeides en *individuell plan* (IP) i samarbeid med pasienten eller eventuelt nærmeste pårørende, dersom ikke pasienten motsetter seg dette. Hjemmel for plikten til å utarbeide individuell plan i henhold til *forskrift 23. desember 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og*

*sosialtjenesteloven* finnes i kommunehelsetjenesteloven (lov nr. 66/1982) § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven (lov nr. 61/1999) § 2-5, psykisk helsevernloven (lov nr. 62/1999) § 4-1, pasientrettighetsloven (lov nr. 63/1999) § 2-5 og sosialtjenesteloven (lov nr. 81/1991) § 4-3a. Om det ikke fra kommunen er tatt initiativ til å utarbeide IP for en henvist pasient med behov for langvarige og koordinerte tiltak fra ulike deler av hjelpeapparatet, vil dette være en plikt for helseforetaket, se spesialisthelsetjenesteloven § 2-5. Formålet med IP er å skape en helhetlig tenkning i forhold til mennesker med behov for tjenester av et visst omfang. Det vil som hovedregel være behov for samarbeid om helsetjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det kan også være nødvendig for habiliteringstjenesten å trekke inn andre etater som for eksempel opplæringsmyndighetene og NAV/sosialtjenesten. Dette forutsetter etablerte samarbeidsrutiner mellom de aktuelle tjenesteyterne.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, *forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering*, er gitt med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven (lov nr. 66/1982) §§ 1-3 og 1-4 og spesialisthelsetjenesteloven (lov nr. 61/1999) § 2-1a. Denne forskriften gir ingen juridisk forpliktende føringer ut over det som følger av de allerede nevnte reglene i spesialisthelsetjenesteloven og kommunens plikt til å «sørge for» kommunale habiliterings- og rehabiliteringstilbud, se kommunehelsetjenesteloven § 1-3 første ledd nr. 3. Forskriften avgrenser heller ikke virkeområdet til spesialisthelsetjenesten.

Faglige vurderinger i spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) må alltid bygge på at de ulike tiltakene som foreslås og utarbeides skal være forsvarlige, se helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Videre skal pasienten og/eller nærmeste pårørende gis tilstrekkelig informasjon, se pasientrettighetsloven §§ 3-2 flg., og rett til medvirkning i valget mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder, se pasientrettighetsloven § 3-1. Virkeområdet for reglene om forsvarlighet, informasjonsplikter og medvirkning er hele helsetjenesten.

## Henvisninger etter sosialtjenesteloven kapittel 4A

I sosialtjenesteloven § 4A-13 om *Spesialisthelsetjenestene* framgår at «Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved tiltak etter reglene i dette kapitlet». De nærmere regler om denne lovbestemte bistandsplikten, altså hvilke oppgaver som er tillagt spesialisthelsetjenesten i slike saker, blir ikke nærmere omtalt i denne veilederen.

En anmodning om bistand for å redusere bruk av tvang og makt i den kommunale tjenesteytingen trenger ikke å medføre en utredningsplikt overfor enkeltklienter eller -pasienter. Noen ganger kan henvendelsen til habiliteringstjenesten være basert på et ønske om generell rådgivning overfor kommunens helse- og sosialtjeneste for å tilrettelegge for minsket tvangsbruk. Det kan for eksempel gjelde vurdering av aktuelle bo- og tjenesteforhold for enkeltpersoner i samlokaliserte boliger, spørsmål om veiledning til personalet, eller alminnelig rådgivning om regelverk, faglige tilnæringsmetoder mv.

Det kan være et vanskelig avgrensningsspørsmål å avgjøre når slik generell rådgivning får karakter av et utrednings- og/eller behandlingsforhold mellom spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste og den enkelte beboer/pasient. Dette er et spørsmål av mer allmenn karakter som må løses ut fra definisjonene av helsehjelp i pasientrettighetsloven § 1-3 og helsepersonelloven § 3.

Dersom det som etterspørres framstår som helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til enkeltpasienter, gjelder alminnelige krav til forsvarlighet, journalføring mv. i tillegg til særreglene i sosialtjenesteloven kapittel 4A.

Når det er behov for helsehjelp, må det vurderes om det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd flg., og det må da i tilfelle fastsettes en frist for når hjelpen senest skal kunne gis. I slike saker følges de generelle retningslinjene i denne veilederen. Enkeltpasienter som henvises i forbindelse med tvangsproblematikk kan således ikke «fratas» rettigheter

de ville hatt krav på dersom de var blitt henvist til spesialisthelsetjenesten på vanlig måte.

En henvisning til spesialisthelsetjenesten skal normalt komme fra kommunehelsetjenesten (fastlegen), men regelverket åpner for unntak. Et slikt unntak gjelder ved henvendelser fra kommunen om behov for bistand etter kravene i sosialtjenesteloven kapittel 4A, der den vedtaksansvarlige i kommunen (§ 4A-7) er gitt selvstendig henvisningsrett. Vedtaksansvarlig er – utenfor nødssituasjoner – den som har det overordnede faglige ansvarlige for tjenesten. Når kommunen ber om bistand i forbindelse med mulige tvangstiltak for personer med psykisk utviklingshemning etter sosialtjenesteloven kapittel 4A, vil det være formålstjenlig at henvisningen er medunderskrevet av fastlegen. En involvering av fastlegen kan sikre at mulige helseproblemer som ligger til grunn for den utagerende atferden, får en forsvarlig utredning enten i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Selve henvisningsspørsmålet er ikke behandlet i Rundskriv IS-10/2004 *Lov om sosiale tjenester kapittel 4A – Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*. I punkt 4.5.2.4 om «Krav til kartlegging og analyse» framgår at kommunens henvisning til spesialisthelsetjenesten må bygge på en spesifisering av den utfordring det søkes bistand i forhold til. For å komme fram til en slik spesifisering må kommunen gjennomføre en kartlegging av tjenestemottakerens totale livssituasjon og tjenestetilbud. I kartleggingen må vedkommendes interesser, ressurser og problemer framkomme. I rundskrivet er det samme sted framhevet: «Hvis kommunen ikke har nødvendig kompetanse til å gjennomføre kartlegging og analyse selv, skal spesialisthelsetjenesten bistå i dette arbeidet.»

I rundskrivet framgår videre at «Den faglig ansvarlige for gjennomføringen av tiltaket skal være bindeledd mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten». Fastlegens rolle er ikke omtalt i dette rundskrivet.

## **Når pasienten ikke ønsker nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten**

Et annet spørsmål oppstår dersom habiliteringstjenesten oppfatter at det foreligger en rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, men der pasienten ikke ønsker slik hjelp eller direkte motsetter seg helsehjelpen.

Rettslig sett er det en lavere terskel for å kunne gi nødvendig helsehjelp til samtykkende pasienter, og til pasienter som passivt avfinder seg med behandlingen etter at nødvendig informasjon er gitt, enn det er for å gi helsehjelp som pasienten motsetter seg, se pasientrettighetsloven § 4-6 tredje ledd. Helsehjelp som pasienten motsetter seg, kan bare gis dersom det medfører fare for «vesentlig helseskade» om behandling ikke blir gitt, se pasientrettighetsloven § 4A-3 andre ledd. Pasientrettighetsloven kapittel 4A gjelder bare for pasienter som ikke har samtykkekompetanse.

Utenfor øyeblikkelig hjelp-situasjoner kan det altså bare gis helsehjelp til pasienter som motsetter seg hjelpen dersom det foreligger særlige inngrepshjemler. Slike hjemler finnes for eksempel når det skal gis sosiale tjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2 til personer med utviklingshemming som har utfordrende atferd (sosialtjenesteloven kapittel 4A), og for somatisk behandling av personer uten samtykkekompetanse (pasientrettighetsloven kapittel 4A). For behandling av alvorlige psykiske lidelser finnes inngrepshjemlene i psykisk helsevernloven. Det blir ikke redegjort nærmere for de ulike tvangshjemlene i denne veilederen.

## **Fritt sykehusvalg**

Reglene om fritt sykehusvalg gjelder i dag for alle pasientgrupper. De tidligere unntakene som gjaldt for eksempel for barne- og ungdomspsykiatri, ble fjernet i 2004 (endringslov nr. 110/2003). Selv om det kan by på praktiske problemer – både med hensyn til vurdering, utredning og oppfølging – er det ikke unntak fra reglene om fritt sykehusvalg for habilitering og rehabilitering, verken for barn eller voksne. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten (habiliteringstjenesten) må overholde *vurderingsfristen* dersom pasienten kommer fra egen helseregion. Habiliteringstjenesten kan imidlertid, som andre deler av spesialisthelsetjenesten, raskt tilbakesende en henvisning om vurdering for

en pasient fra en annen helseregion, dersom vurderingen ikke kan foretas innenfor fristen.

Reglene om fritt sykehusvalg kan medføre overbelastning og fristbrudd ved enkelte enheter i spesialisthelsetjenesten. I slike tilfeller gjelder likevel alminnelige prioriteringskriterier, herunder retten til «nødvendig helsehjelp» og frister fastsatt som følge av denne retten. Er det åpenbart at habiliteringstjenesten er overbelastet, og derfor ikke kan motta pasienter som ønsker seg dit etter reglene om fritt sykehusvalg, må dette umiddelbart meldes tilbake til henvisende instans. Dersom dette ikke gjøres, vil reglene om fristbrudd og subsidiær oppfyllelsesrett etter pasientrettighetsloven kunne komme til anvendelse.

På habiliteringsfeltet kan pasienters rett til fritt sykehusvalg etter dagens regler støte an mot forsvarlighetskrav vedrørende mulighet for tilstrekkelig faglig oppfølging mv. Dette kan dels gjelde spørsmålet om tjenesten har nødvendig faglig kompetanse, men det kan dels også gjelde manglende faktiske muligheter til å følge opp pasienten lokalt pga. store avstander, transportmuligheter og andre praktiske forhold. Det vil da i enkelte tilfeller ikke være mulig å oppfylle pasientens ønske om ambulante tjenester på oppholdsstedet uten å bryte med forsvarlighetskravet. Slike forhold må klargjøres fra spesialisthelsetjenesten så tidlig som mulig i vurderings- og oppfølgingsprosessen.

## **Særlig om «blandede henvisninger»**

Spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste har både en generalist- og en spesialistfunksjon. Generalistfunksjonen inntreffer når symptomer fra ulike organsystemer tas opp i én og samme henvisning. Det kan være en sammenheng mellom de ulike symptomene, for eksempel fordi det foreligger en hjerneskade som gir både somatiske og psykiske funksjonsnedsettelse. I slike tilfeller utfordres både spesialist- og generalistfunksjonen. Habiliteringstjenesten kan i slike situasjoner nyttiggjøre seg av kompetansen i de mer organspesifikke delene av spesialisthelsetjenesten, for eksempel ved nedsatte sansefunksjoner. Dette vil kunne være nødvendig for å oppfylle kravet til forsvarlighet. Andre ganger synes det ikke å være noen klar sammenheng mellom de forskjellige problemene som begrunner den sammensatte henvisningen.

Pasienter med en motorisk utviklingsforstyrrelse som hovedproblem kan – enten som følge av underliggende problemer eller uten noen påviselig grunn – utvikle psykiske problemer eller rusproblemer som kommer i tillegg til det som er hovedgrunnen til henvisningen. Om det i slike situasjoner sendes en uspesifikk anmodning til habiliteringstjenesten om vurdering/utredning av pasientens sammensatte tilstand, oppstår problemer som andre deler av spesialisthelsetjenesten ikke står overfor på tilsvarende måte.

Enkelte ganger er det hensiktsmessig at pasientens problemer, for eksempel med en grunnliggende hjertelidelse, eller med nedsatt syn og/eller hørsel, henvises fra fastlegen direkte til den tilhørende delen av spesialisthelsetjenesten. Andre ganger er det mer naturlig at slike problemer inngår som ledd i en mer overordnet vurdering av pasienten, og at dette best kan videreformidles ved henvisning fra habiliteringstjenesten til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Her må habiliteringstjenesten kunne utvise fleksibilitet ut fra lokale forutsetninger, samarbeidsformer, tidligere kjennskap til pasientens problemer mv. Det vil uansett påligge spesialisthelsetjenesten som sådan å sikre at det samlet blir foretatt en forsvarlig utredning av de ulike symptomene som pasienten er henvist for. Dette følger av «sørge for»-ansvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og forsvarlighetskravet i samme lov § 2-2.

Dette tilsier at habiliteringstjenesten, etter mottak av en henvisning av en pasient med sammensatte utfordringer/problemer, må foreta en rask første vurdering av om det er habiliteringstjenesten som skal vurdere pasientens totale tilstand, eller om enkelte deler av henvisningen skal videreformidles direkte til andre deler av spesialisthelsetjenesten. Hovedregelen bør være at habiliteringstjenesten selv foretar denne videreformidlingen. Unntaksvis bør videreformidlingen også kunne gjøres fra fastlegen, som da må få umiddelbar beskjed om dette. Tilbakemelding fra den delen av spesialisthelsetjenesten det er henvist til, må skje til både habiliteringstjenesten og til henvisende lege (fastlegen). Vurderingsfristen må overholdes også for de vurderingene som ut fra forsvarlighetskrav blir foretatt av andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Dersom det av kapasitetshensyn er nødvendig å avgrense habiliteringstjenestens virksomhet, må dette være basert på kompetansevurderinger og på en måte som er hensiktsmessig for

pasientene. Habiliteringstjenesten må være i stand til å utføre sin faglige kjernevirksomhet, dvs. kunne prioritere de diagnostiske, utrednings- og behandlingmessige tiltak som habiliteringstjenesten selv er den naturlige instans til å foreta. En slik avgrensning må samtidig tydeliggjøre hvilke utredninger som *bedre* kan foretas av andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Nødvendige ansvarsoppganger bør også avklares og tydeliggjøres. Dersom en ung pasient både har alvorlige nevrologiske og psykiske problemer, er det naturlig at det framtidige ankerfestet for pasienten klargjøres til *enten* å ligge i psykiatrien *eller* i habiliteringstjenesten, og at det samtidig utvikles klare samarbeidsformer.

### **Særlig om tidsfrister når en pasient under 23 år har psykiske problemer eller rusproblemer som en del av problemstillingen**

Det er en særlig vurderingsfrist (10 virkedager) og behandlingsfrist (65 virkedager) for pasienter under 23 år med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Lovhjemmelen ble gitt uten klargjøring av hvordan fristen skulle forstås når de psykiske problemene eller rusproblemene ikke utgjør pasientens *hovedproblem*, men bare en del av en mer kompleks problemstilling. Den nærmere bestemmelsen om fristfastsettingen i prioriteringsforskriften § 4a gir heller ingen avklaring.

En naturlig retningslinje må være at dersom de psykiske lidelser eller rusproblemene framstår som alvorlige og aktuelle, vil dette måtte avgjøre fristfastsettingen for vurdering og senest oppstart av behandling. Hovedregelen bør være at en slik vurdering og oppfølging foregår i regi av poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, distriktpsikiatrisk senter (DPS) ruspoliklinikk eller lignende innenfor fristene i prioriteringsforskriften § 4a. Når de psykiske problemene/rusproblemene er avklart og forsøksvis ivarettatt, vil habiliteringstjenestens bidrag være å klargjøre underliggende eller parallelle utfordringer som fordrer annen type kompetanse.

Ved et mer komplekst sykdoms- eller tilstandsbilde som ikke domineres av psykiske problemer eller rusproblemer, vil det være rimelig å vurdere grunntilstanden opp mot veiledertabellen. Dette gjelder for eksempel der en generell utviklingsforstyrrelse eller en annen sammensatt fysisk/psykisk

funksjonsnedsettelse synes å være det sentrale, men der den sentrale problemstillingen samtidig har medført psykiske problemer, eventuelt rusproblemer. Alvorligheten av tilleggsproblemene kan da eventuelt tilsi en kortere frist før oppstart av behandling. En tidlig første konsultasjon i psykisk helsevern, ruspoliklinikk eller lignende, basert på henvisning fra habiliteringstjenesten, vil kunne være et godt utgangspunkt for planlegging av et mer helhetlig utrednings- og behandlingsforløp.

I de fleste situasjoner vil fastlegens vurdering av hvilken problemstilling som er den primære, gi føringer for spesialisthelsetjenestens vurdering av hvilken frist som skal legges til grunn. Om derimot habiliteringstjenesten finner at en ung pasient under utredning har alvorlige psykiske problemer, eventuelt rusproblemer, bør psykiatrisk/psykologisk vurdering skje innenfor den samme korte fristen som om henvisningen hadde kommet utenfra og direkte til psykisk helsevern, ruspoliklinikk eller lignende. Hensynet til den korte fristen krever derfor at det utvikles klare samarbeidsformer mellom habiliteringstjenesten og psykisk helsevern.