



## Retningslinjer for prioritering og ventetidsgaranti i KNF.

Retningslinjene er behandlet i årsmøtet 24.11.2010 og godkjent av styret 14.01.2011 etter høring blant medlemmene i Norsk forening for klinisk nevrofysiologi.

Skriv gjerne ut tabellen på side 3 og 4 (eller kortversjonen på side 5) og legg den på skrivebordet til bruk i det daglige arbeidet med prioritering.

Takk for alle bidrag og diskusjon i prosessen!

Trond Sand (styreleder)

### **Hensikt**

Retningslinjen skal på nasjonalt nivå sikre lik og forsvarlig vurdering av henvisninger til fagområdet Klinisk Nevrofysiologi (KNF) i henhold til pasientrettighetslovens bestemmelser om ventetidsgaranti.

Som et ledd i revisjonen har vi også vurdert prioriteringsveiledninger for kliniske fag fra SHDIR fra 2008-9. En del tilstander er nå prioritert med kortere ventetid i tråd med kliniske retningslinjer fra SHDIR. Entrapment prioriteres som nevropatiutredning og gis normalt rettighet (i motsetning til veiledertabell ortopedi og plast.kir. - som ikke anbefaler rettighet for kirurgisk behandling).

### **Informasjon om regelverk og praktisk gjennomføring**

- Fagansvarlig overlege, eller annen spesialist som oppgaven er delegert til, har ansvar for vurdering av ventetidsgaranti.
- Garantidato er juridisk og økonomisk bindende. Reglene er iverksatt fra 1/9 2004. SHDIR har i 2008-9 laget prioriteringsveiledere med tilsvarende retningslinjer for kliniske fag.
- Vurdering (med prioritering) skal som foretas innen 30 dager, normalt er dette basert på søknaden alene.
- Ventetidsgarantitiden gjelder fra dato henvisningen ble mottatt og omfatter tiden fram frem til første undersøkelse ved avdelingen.
- Spesialisten beslutter garantidato ved å angi maksimal medisinsk forsvarlig ventetid. Denne kan for eksempel være 6 eller 9 mnd selv om forventet time er om 2 eller 3 mnd ved god kapasitet.
- Det må vektlegges at prioritering blir så riktig og enhetlig (rettferdig) som mulig. Det skal ikke gis kortere garanti enn det som er medisinsk nødvendig men heller ikke lengre.

- Spesialisten tar stilling til nødvendigheten av å innhente mer opplysninger fra henvisende lege (telefon/brev) og/eller be om at andre u.s. rekvireres.
- For viderehenvisning fra en spesialitet til en annen spesialitet opprettholdes normalt den opprinnelige prioriteringen.
- Rett til nødvendig helsehjelp er knyttet til at samtlige tre vilkår er oppfylt (unngå "et viss prognosetap av livslengde eller "ikke ubetydelig tap av livskvalitet", forventet nytte, kostnadseffektivitet). De fleste pasienter henvist til KNF oppfyller krav til kostnadseffektivitet. Det må bli en individuell vurdering av "forventet nytte" og "ikke ubetydelig tap av livskvalitet", men de fleste som henvises vil kunne tilfredsstillere kravene. Det er noen diagnosegrupper der de fleste pasienter ikke har slik rett (jfr. kliniske veiledere fra SHDIR), men den individuelle vurdering må veie tyngst
- Prioriteringen skal resultere i følgende kategorier er aktuelle:
  - A) **Pasienter som avvises.**  
 Dette gjelder for det første pasienter med tilstander som ikke trenger behandling i spes. helsetjenesten eller som åpenbart hører hjemme innenfor en annen spesialitet. Hvis det er tvil bør det innhentes supplerende opplysninger. Returner henvisning med følgebrev inkl. evt. rådgivning. Det gjelder for det andre mange pasienter bosatt utenfor egen region som henvises på grunnlag av fritt sykehusvalg, så lenge vår venteliste er så lang at man må prioritere egne rettighetspasienter. Det kan også gjelde pasienter som henvises for (lovhjemlet) "second opinion" der hvor fritt sykehusvalg er lagt til grunn.
  - B) **Pasienter med BEHOV for spesialisthjelp uten rett til nødvendig helsehjelp.**  
 Hvis det er tvil bør det innhentes supplerende opplysninger før rettighet vurderes. Disse bør stå på uprioritert venteliste og gis behandling innen 12 mnd.
  - C) **Pasienter med RETT til nødvendig helsehjelp.**  
 Dette kan også gjelde pasienter utenfor egen region og ved "second opinion" der det er klar faglig begrunnet for konsultasjon ved denne institusjonen.
- Ved forventet brudd på garantitid kontaktes pasienten skriftlig så snart som mulig. Det må administreres videre henvisning til annen instans.
- Noen sykehus opererer med begrepet "sekundærhenvisning", henvisninger fra en spesialistkonsultasjon til KNF for å avslutte en utredning eller sikre en diagnose. Spesialistkonsultasjonen antas å ha innfridd retten til påbegynt utredning. For å unngå at pasienter da automatisk går til uprioritert venteliste og for å kunne oppfylle pasientens medisinske behov og derav følgende (eventuelle) rett til nødvendig helsehjelp innen forsvarlig tidsramme anbefaler Norsk forening for klinisk nevrofysiologi at det da foretas en ny reell rettighetsvurdering av spesialist i KNF.

## **Tabell for veiledende maksimale ventetider basert på henvisningsdiagnose.**

Revidert etter Årsmøtet i Norsk forening for klinisk nevrofysiologi 24/11 2010.

I den generelle innledningen til SHDIs prioriteringsveiledere står bl.a. følgende som er relevant for klinisk nevrofysiologisk utredning: "*Dersom tilgjengelig informasjon gir grunn til å tro at det er en realistisk sannsynlighet for at pasienten har en alvorlig tilstand og vilkårene i prioriteringsforskriften er oppfylt, skal pasienten gis rett til prioritert helsehjelp i form av utredning.*"

De angitte ventetider er ment å være veiledende maksimale ventetider for den *typiske* pasient med angitt lidelse. Kortere ventetider kan benyttes ved sterke eller hyppige symptomer, sikre kliniske utfall og/eller rask progresjon av symptomer og funn. Lengre ventetid kan benyttes ved lette symptomer uten funn eller progresjon.

Medisinsk faglig skjønn er avgjørende. Det må utføres en individuell vurdering av "forventet nytte" og "ikke ubetydelig tap av livskvalitet", men de fleste som henvises vil kunne tilfredsstille kravene.

---

	<b>Typisk maks. ventetid ved rett (mnd)</b>
<b>Epilepsi og anfall</b>	
Feberkramper	3
Epilepsi (mistanke om)/anfall	1
Synkope	2
Epilepsi (etablert) – kontroll	4
Epilepsi (langtidsregistrering/24 timer EEG)	3
Epilepsi (LTM/preoperativ vurdering)	6
<b>Mentale symptomer</b>	
Forsinket utvikling, regresjon, og epilepsimistanke	3
Adferdsproblem eller lærevansker uten sterk mistanke om somatisk årsak	behov (12)
Psykiatrisk sykdom (mistanke om somatisk årsak)	3
Mistanke om demens/kognitiv svikt	3
<b>Andre sykdommer i CNS</b>	
Forbigående CNS-utfall (TGA/TIA/usikre anfall)	3
Multipel sklerose	3
Annen CNS-sykdom uten rask progresjon eller sikre nevrologiske tegn	6
<b>Søvn sykdommer</b>	
Lett/middels søvnapné	6
Alvorlig søvnapné/med kjent hjertekarsykdom	2
Narkolepsi	3
Annen hypersomni	6
Sekundær insomni/parasomni/RLS	6
Annen søvn sykdom	behov (12)
Primær insomni	behov (12)
<b>Øre øyesykdommer</b>	
Nedsatt syn/hørsel uten diagnose (barn og voksne)	3
Optikusnevridd (akutt)	1

Optikusnevritt (kronisk)	3
Kjent retinitis pigmentosa/retinasykdom	behov (12)
Andre øyesykdommer	behov (12)
<hr/>	
<b>Perifere nervesykdommer</b>	
Karpaltunnelsyndrom (med smerter/-søvnproblem)	3
Karpaltunnelsyndrom (med parese/atrofi)	1
Karpaltunnelsyndrom (kun parestesier og kort sykehistorie)	behov (6)
Ulnarisentrapment	3
Radialisparese (akutt)	3
Peroneusparese (akutt)	3
Andre entrapments uten pareser	6
Traumatisk nerve eller plexus-skade	2
Traumatisk nerve eller plexus-skade (kontroll)	6
Polynevropati	3
Polynevropati uten objektive funn	6
Polynevropati kontroll	behov(12)
Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - akutt)	2
Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - kronisk/kontroll)	6
Radikulopati	3
ALS eller annen MND	1
<hr/>	
<b>Muskelsykdommer</b>	
Muskelsvakhet (parese) ( <i>raskt progredierende</i> )	1
Inflammatorisk muskelsykdom	1
Muskeldystrofi	3
Myastenia gravis/myastent syndrom	1
Muskelsmerter uten svakhet	behov (12)
<hr/>	
<b>Symptomer</b>	
Hodepine eller smerter uten nevrologiske funn eller vesentlig mistanke om somatisk sykdom	behov (12)

**Tabell (kortversjon) for veiledende maksimale ventetider i KNF basert på henvisningsdiagnose.**

<b>Epilepsi og anfall</b>		<b>Perifere nervesykdommer</b>	
Feberkramper	3	Karpaltunnelsyndrom (med smerter/-søvn)	3
Epilepsi (mistanke om)/anfall	1	Karpaltunnelsyndrom (med parese/atrofi)	1
Synkope	2	Karpaltunnelsyndrom (kun parestesier og kort sykehistorie)	behov (6)
Epilepsi (etablert) – kontroll	4	Ulnarisentrapment	3
Epilepsi (langtidsregistrering/24 timer EEG)	3	Radialisparese (akutt)	3
<u>Epilepsi (LTM/preoperativ vurdering)</u>	<u>6</u>	Peroneusparese (akutt)	3
<b>Mentale symptomer</b>		Andre entrapments uten pareser	6
Forsinket utvikling, regresjon, og epilepsimistanke	3	Traumatisk nerve- eller plexus-skade	2
Adferdsproblem eller lærevansker uten sterk mistanke om somatisk årsak	behov (12)	Traumatisk nerve- eller plexus-skade (kontroll)	6
Psykiatrisk sykdom (mistanke om somatisk årsak)	3	Polynevropati	3
Mistanke om demens/kognitiv svikt	3	Polynevropati uten objektive funn	6
<b>Andre sykdommer i CNS</b>		Polynevropati kontroll	behov (12)
Forbigående CNS-utfall (TGA/TIA/usikre anfall)	3	Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - akutt)	2
Multipel sklerose	3	Nevralgisk amyotrofi (pleksusnevritt - kronisk/kontroll)	6
Annen CNS-sykdom uten rask progresjon eller sikre neurologiske tegn	6	Radikulopati	3
<b>Søvn sykdommer</b>		<u>ALS eller annen MND</u>	<u>1</u>
Lett/middels søvnapné	6	<b>Muskelsykdommer</b>	
Alvorlig søvnapné/med kjent hjertekarsykdom	2	Muskelsvakhet (parese) (raskt progredierende)	1
Narkolepsi	3	Inflammatorisk muskelsykdom	1
Annen hypersomni	6	Muskeldystrofi	3
Sekundær insomni/parasomni/RLS	6	Myastenia gravis/myastent syndrom	1
<u>Annen søvn sykdom</u>	<u>behov (12)</u>	<u>Muskelsmerter uten svakhet</u>	<u>behov (12)</u>
<u>Primær insomni</u>	<u>behov (12)</u>	<b>Symptomer</b>	
<b>Øre øyesykdommer</b>		Hodepine/smerter uten funn eller vesentlig mistanke om somatisk sykdom	behov (12)
Nedsatt syn/hørsel uten diagnose (barn og voksne)	3		
Optikusnevritt (akutt)	1		
Optikusnevritt (kronisk)	3		
Kjent retinitis pigmentosa/retinasykdom	12		
<u>Andre øyesykdommer</u>	<u>behov (12)</u>		

## **Appendiks: Utdrag fra prioriteringsveilederne fra SHDIR**

18.11.2010 Trond Sand (Norsk forening for klinisk nevrofysiologi)

Dette appendiks inneholder utdrag fra prioriteringsveilederens tekst (forklaring) og utdrag fra prioriteringstabeller utarbeidet for kliniske fag (diagnoser relevant for KNF). Det er kun kliniske spesialiteter og noen fagområder (eks smertetilstander) som har deltatt. KNF-relevante tilstander finnes derfor omtalt i mange forskjellige dokumenter (nevrologi, ortopedi, plastikk, pediatri, revma, osv). *Norsk forening for KNF har avgitt høringsuttalelse i 2008 via DNLF (som ikke er tatt til følge vedrørende KTS).*

### **Fra SHDIR prioriteringsveiledere 2008-9:**

Veiledertabellene er utarbeidet av nasjonale arbeidsgrupper, med én gruppe for hvert av de fagområdene som har inngått i prosjektet. Hver arbeidsgruppe har bestått av spesialister fra ulike typer sykehus, og alle helseregionene var representert. I tillegg har arbeidsgruppene bestått av en lege fra en annen spesialitet, en allmennlege og en brukerrepresentant. Arbeidet har i hovedsak foregått på tre til fire samlinger, over 2 dager.

Arbeidsgruppens arbeid har vært til høring i aktuelle fag- og brukermiljøer, og justeringer er gjort på bakgrunn av høringsuttalelsene.

Den samlede vurderingen kan gi ett av følgende utfall:

- pasienten har rett til prioritert helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:
- pasienten har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men har ikke rett til prioritert helsehjelp:
- pasienten har ikke behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:

I tilfeller der pasientens tilstand ikke kan avklares i løpet av vurderingsperioden (30 DAGER), skal fristen indikere hva som er seneste faglig forsvarlige start på en videre utredning. Fristen må da settes ut fra en vurdering av hvilke alvorlige tilstander som kan bli avdekket ved utredningen, slik at det vil kunne gis forsvarlig helsehjelp i hele det videre forløpet.

Dersom opplysningene i henvisningen, pluss eventuell tilleggsinformasjon eller undersøkelse, ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å vurdere hva som er pasientens tilstand, er pasientens tilstand *uavklart*. Å anse at en pasients tilstand er uavklart, kan bare gjøres etter at det har vært gjort adekvate tiltak for å frambringe opplysninger om pasienten.

Når en setter frist, skal det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning, behandling eller andre tiltak, verken i det foretaket hvor henvisningen vurderes eller for øvrig i spesialisthelsetjenesten.

Som hovedregel skal det bare settes én frist. Selv om en pasient vil få et behandlingsforløp som består av flere ledd (ved ulike avdelinger eller helseforetak), skal det i utgangspunktet ikke settes nye juridiske frister når en mottar en intern henvisning fra annen avdeling eller annet HF.

For noen symptombilder/kliniske bilder kan det være en viss sannsynlighet for at pasienten kan ha en svært alvorlig sykdom. Skal en verstefallstenkning ubetinget legges til grunn for rettighetstildeling, vil mange av dem med uavklarte tilstander kunne tildeles rett til prioritert helsehjelp. Dette er neppe hensikten. Hensikten er å sikre at pasienter med en realistisk sannsynlighet for alvorlig sykdom får *tilgang* til spesialisthelsetjenesten, slik at det kan avklares om det foreligger alvorlig sykdom eller ikke. Dersom det foreligger alvorlig sykdom, skal pasienten gis behandling innenfor et medisinsk forsvarlig tidsrom.

Dersom tilgjengelig informasjon gir grunn til å tro at det er en realistisk sannsynlighet for at pasienten har en alvorlig tilstand og vilkårene i prioriteringsforskriften er oppfylt, skal pasienten gis rett til prioritert helsehjelp i form av utredning.

Det kan være en risiko for at pasienten har en tilstand som krever operasjon eller annen type behandling innen et visst antall måneder. Da må fristen til prioritert helsehjelp i form av utredning settes så kort at det operative inngrepet eller annen type behandling som eventuelt viser seg å være nødvendig, kan organiseres i løpet av denne tiden.

At en pasient har fått rett til utredning, gir ikke nødvendigvis vedkommende rett til videre behandling. Dersom det viser seg at pasienten ikke har en alvorlig tilstand, kan retten til helsehjelp være innfridd gjennom utredningen. Dersom utredningen viser at pasienten har en alvorlig tilstand, skal pasienten i det videre forløpet prioriteres som rettighetspasient

### ***Utdrag fra fagspesifikke prioriteringsveiledere som er relevant for KNF***

Som hovedregel gjelder følgende (individuelle forhold skal alltid tillegges vekt og kan gi en annen prioritering:

#### **Nevrologi**

rettighet innen 12 uker for alle nevrologiske tilstander inkl polynevropati med unntak av:

- epilepsi 4 uker
- nakke/ryggsmerte med nerverotsmerte eller nevrologiske utfall 4 uker

#### **Ortopedi/Fys med/plastikkir.**

- Rygg smerter med utstråling+prolaps: rettighet innen 4 mdr
- Rygg smerter med utstråling uten prolaps: rettighet innen 26 uker
- Rygg smerter uten radiologisk verifisert årsak: Behov
- Akutt rygg/nakkesmerter med og uten utstråling (Fys Med): Rettighet 12 uker
- Langvarige smertetilstander (avklart eller uavklart årsak): Rettighet 16 uker (smertesenter) eller (+sammensatte problemer) 12 uker (Fys. med.)
- Nervekompresjon hånd: Behov (Ortopedi og plastikk-kirurgi)

#### **Revmatologi**

- Muskelsmerter uten leddhevelse, med inflammasjonstegn: Rettighet 4 uker
- Muskelsmerter uten inflammasjonstegn/Lokaliserte muskelsmerter: Behov

## Nevrokirurgi

- Spinalkirurgi: Rettighet innen 12 uker

## Pediatri

- Psykomotorisk utviklingsavvik somatisk årsak: Rettighet 12 uker
- Søvnforstyrrelser: Behov
- Nevromuskulær sykdom: Rettighet 12 uker
- Kronisk utmattelse: Rettighet 12 uker
- Anfall (epilepsi/synkope/uklare): Rettighet 12 uker

## Geriatrici

- Kognitiv svikt: Rettighet 12 uker

## Lunge

- OSAS Rettighet 24 uker

## ØNH

- Søvnapne alvorlig Rettighet 13 uker
- Søvnapnoe mindre alvorlig: Rettighet 26 uker
- Svimmelhet moderat: Rettighet 26 uker

## Øyesykdommer

- Retinitis pigmentosa o.l. : ingen anbefaling
- Makulalidelse med synssvekkelse og behandlingsmulighet: Rettighet 6 uker
- Tørr makuladegenerasjon: Behov