



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 53

(2006–2007)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold ...	5		
1.1	Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet	5	4.2	Rett til vurdering (pasientrettighetsloven § 2-2)
1.2	Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m.	6	4.2.1	Gjeldende rett og praksis
			4.2.2	Høringsnotatet
			4.2.3	Høringsinstansenes syn
			4.2.4	Departementets vurderinger og forslag
2	Bakgrunn	8	4.3	Rett til fornyet vurdering (pasientrettighetsloven § 2-3)
2.1	Bakgrunn for forslaget om ventetidsgaranti for barn og unge	8	4.3.1	Gjeldende rett og praksis
2.1.1	Oppnevning av arbeidsgruppe	8	4.3.2	Høringsnotatet
2.1.2	Arbeidsgruppens forslag	8	4.3.3	Høringsinstansenes syn
2.1.3	Høring	8	4.3.4	Departementets vurderinger og forslag
2.1.4	Hovedinntrykk av høringsuttalelsene	10	4.4	Rett til valg av sykehus m.m. (pasientrettighetsloven § 2-4)
2.1.5	Oppfølging av spørsmål i høringsnotatet som ikke forutsetter lovendring	11	4.4.1	Rett til valg av sykehus m.m. ved rusbehandling generelt
2.1.6	Forholdet mellom kommunalt helsearbeid og spesialisthelsetjeneste	11	4.4.1.1	Gjeldende rett og praksis
2.2	Bakgrunn for forslaget til lovendringer etter rusreformen m.m.	11	4.4.1.2	Høringsnotatet
2.2.1	Vedtaket av rusreformen	11	4.4.1.3	Høringsinstansenes syn
2.2.2	Pasientrettighetslovens anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk	12	4.4.1.4	Departementets vurderinger og forslag
2.2.3	Behov for justeringer i regelverket etter reformen	12	4.4.2	Særlig om rett til valg av sykehus m.m. ved inntak og tilbakeholdelse uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a
2.2.4	Høring	12	4.4.2.1	Gjeldende rett og praksis
			4.4.2.2	Høringsnotatet
			4.4.2.3	Høringsinstansenes syn
			4.4.2.4	Departementets vurderinger og forslag
3	Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet	15	4.4.3	Særlig om rett til valg av behandlingssted for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering
3.1	Gjeldende rett	15	4.4.3.1	Gjeldende rett og praksis
3.2	Prioriteringsordninger i andre land .	15	4.4.3.2	Høringsnotatet
3.2.1	Sverige	15	4.4.3.3	Høringsinstansenes syn
3.2.2	Danmark	16	4.4.3.4	Departementets vurderinger og forslag
3.3	Høringsinstansenes syn	16	4.4.4	Forskrift om gjennomføring av retten til valg av sykehus m.m.
3.4	Departementets vurderinger og forslag	19	4.4.4.1	Gjeldende rett
			4.4.4.2	Høringsnotatet
			4.4.4.3	Høringsinstansenes syn
			4.4.4.4	Departementets vurderinger og forslag
4	Endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen m.m.	22	4.5	Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1 og 3-1a)
4.1	Rett til nødvendig helsehjelp (pasientrettighetsloven § 2-1)	22		
4.1.1	Gjeldende rett og praksis	22		
4.1.2	Høringsnotatet	23		
4.1.3	Høringsinstansenes syn	23		
4.1.4	Departementets vurderinger og forslag	24		

4.5.1	Gjeldende rett	37	5	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene	45
4.5.2	Høringsnotatet	37	5.1	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget om innføring av ventetidsgaranti for barn og unge	45
4.5.3	Høringsinstansenes syn	37	5.2	Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget til endringer etter rusreformen m.m. ...	45
4.5.4	Departementets vurderinger og forslag	38	6	Merknader til endringene i pasientrettighetsloven	47
4.6	Gjennomføringsregler for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd)	38	7	Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven	49
4.6.1	Gjeldende rett	38		Forslag til lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)	51
4.6.2	Høringsnotatet	40			
4.6.3	Høringsinstansenes syn	40			
4.6.4	Departementets vurderinger og forslag	40			
4.7	Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)	41			
4.7.1	Gjeldende rett og praksis	41			
4.7.2	Evalueringsregler for LAR	41			
4.7.3	Høringsnotatet	42			
4.7.4	Høringsinstansenes syn	43			
4.7.5	Departementets vurderinger og forslag	43			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 53

(2006–2007)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 27. april 2007,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

1.1 Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet

Regjeringen legger med dette fram forslag til endringer i pasientrettighetsloven (lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter) med sikte på innføring av ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

Det foreslås å lovfeste en hjemmel for departementet til å innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige i forskrift.

Under forutsetning om lovfesting av en slik forskriftshjemmel, tas det sikte på at regler om en særskilt frist for vurdering av barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet fastsettes i prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd). Det tas også sikte på å fastsette en maksimalfrist for når spesialisthelse-

tjenesten skal oppfylle retten til nødvendig helsehjelp for disse gruppene, i prioriteringsforskriften.

Departementet vil fastsette i forskriften at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige får rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, og at fristen for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp for disse gruppene maksimalt kan settes til 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder). Disse særskilte fristreglene vil bli gjort gjeldende for barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet inntil de fyller 23 år.

Departementet legger vekt på at det i første omgang er viktig å innarbeide prinsippet om særskilt frist for vurdering av og maksimal frist for å yte helsehjelp til disse gruppene. Dette er imidlertid starten på en prosess hvor maksimalfristen vil bli vurdert satt lavere når forholdene ligger til rette for det.

Maksimalfristen innebærer at ingen rettighetspasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal vente mer enn 65 virkedager på helsehjelp. De skal fortsatt få en indivi-

duell vurdering, og de som trenger raskere hjelp skal få det. En nasjonal veileder som utarbeides av Sosial- og helsedirektoratet skal understøtte en mer ensartet forståelse av kriteriene i prioriteringsforskriften og forbedre kvaliteten på den individuelle vurderingen.

Forslaget om lovfesting av hjemmel for å innføre ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet behandles i punkt 3. Bakgrunnen for forslaget omtales i punkt 2.1.

1.2 Endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m.

Regjeringen legger også frem forslag til endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.) etter rusreformen. Forslagene til lovendringer er i hovedsak en tydeliggjøring av den tolkningen og praktiseringen av pasientrettighetsloven som er lagt til grunn etter at rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. I tillegg foreslås det noen endringer av lovteknisk karakter og to forskriftshjemler som åpner for å fastsette nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR) og om gjennomføringen av ordningen med fritt valg av sykehus.

I punkt 2.2.1 til 2.2.3 beskrives vedtakelsen av rusreformen og konsekvenser av reformen for reguleringen av rusbehandling.

Ved reformen ble behandling for rusmiddelmisbruk definert som en spesialisthelsetjeneste. Disse tjenestene er etter det regulert av helselovgivningen, blant annet pasientrettighetsloven.

Stortinget understreket i Innst. O. nr. 4 (2003-2004) at rusmiddelavhengige skal ha pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Etter dagens pasientrettighetslov forutsetter enkelte av rettighetene at helsehjelpen gis ved sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre, blant annet retten til fritt sykehusvalg. Rusbehandling ble etter reformen organisert inn i foretaksstrukturen på ulik måte. Rusbehandling tilbys derfor i dag både ved sykehus og andre typer institusjoner. For å sikre like rettigheter til alle pasienter som henvises til rusbehandling, uavhengig av institusjonstype, kreves derfor noen endringer i pasientrettighetsloven.

Punkt 4.1 omhandler endringer i pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp. Departementet foreslår en mer generell utforming av bestemmelsen i § 2-1 om fastsettelsen av behandlingsfrist for rettighetspasienter og rett til behandling i utlandet på grunn av manglende til-

bud i Norge. Behandlingsfristen skal etter gjeldende rett fastsettes ut i fra hva som er medisinsk forsvarlig. Det foreslås en endring slik at fristen skal settes ut i fra faglig forsvarlighet, uten å spesifisere dette til medisinskfaglig forsvarlighet. Rusbehandling skal være tverrfaglig – det vil si både helsefaglig og sosialfaglig. Behandlingsfristen for pasienter som henvises til rusbehandling, skal etter dette fastsettes etter en helsefaglig og/eller sosialfaglig forsvarlighetsvurdering, alt etter hvilket behandlingstiltak pasienten har behov for. Tilsvarende foreslås at retten til behandling i utlandet etter § 2-1 femte ledd skal utløses dersom det ikke finnes et adekvat tilbud i Norge, uten at dette spesifiseres til et adekvat *medisinsk* tilbud. For ruspasienter vil vurderingstemaet da bli om det finnes et adekvat helse- og/eller sosialfaglig tilbud i Norge.

I punkt 4.2 foreslås det endringer i pasientrettighetsloven § 2-2 om rett til vurdering innen 30 virkedager. Etter gjeldende rett gjelder retten til vurdering bare ved henvisning til sykehus eller spesialistpoliklinikk (for eksempel distriktpspsykiatriske sentre). Departementet foreslår at denne rettigheten skal gjelde for alle som henvises til rusbehandling, uavhengig av hvilken institusjonstype behandlingen skal gis ved. Dette er i tråd med slik bestemmelsen praktiseres i dag. Samtidig foreslås det at de regionale helseforetakene skal ha anledning til å bestemme hvilke rusinstitusjoner som skal vurdere henvisninger til rusbehandling og fastsette individuelle behandlingsfrister. Dette er i tråd med dagens praksis.

I punkt 4.3 foreslår departementet å endre pasientrettighetsloven § 2-3 slik at retten til fornyet vurdering ved henvisning til rusbehandling også skal gjelde etter henvisning fra sosialtjenesten. Etter gjeldende rett kreves henvisning fra allmennlege for at pasienten skal ha rett til fornyet vurdering.

Punkt 4.4 omhandler rett til valg av sykehus m.m. etter pasientrettighetsloven § 2-4. Det foreslås at valgretten skal gjelde ved henvisning til all rusbehandling i rusinstitusjon, uavhengig av institusjonstype. Dette er i tråd med dagens praksis. Etter gjeldende rett omfatter bestemmelsen bare henvisning til sykehus eller distriktpspsykiatriske sentre.

For pasienter som tas inn i institusjon med hjemmel i vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a, foreslår departementet at retten til å velge behandlingssted (herunder rett til å skifte behandlingssted) begrenses til å gjelde så langt en gjennomføring av valgretten ikke vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med tilbakeholdelsen. Den samme begrensningen foreslås overfor pasienter som er under legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Retten til valg av sykehus er i dag regulert utelukkende av den generelle og overordnede bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4. Departementet foreslår å supplere denne bestemmelsen med forskrifter som utdyper og presiserer nærmere hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg.

I punkt 4.5 foreslås det en lovteknisk forenkling (sammenslåing) av nåværende to forskriftshjemler om øyeblikkelig hjelp og om akutt behandling for rusmiddelmisbruk. I tillegg pålegges de regionale helseforetakene å utpeke på forhånd det nødvendige antall institusjoner (eller avdelinger i institusjoner) som skal ha plikt til å gi akutt rusbehandling. Plikten til å sørge for akutt rusbehandling følger allerede av bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

I punkt 4.6 er det foreslått endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 for å forbedre den lovtekniske reguleringen av området. § 3-14 fastsetter at

reglene i sosialtjenesteloven § 7-11, og nærmere gjennomføringsregler gitt i forskrifter med hjemmel i § 7-11, også gjelder for rusinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten. Denne bestemmelsen foreslås opphevet og erstattet med en ny lovhjemmel til å gi forskrifter med tilsvarende innhold som de någjeldende, men med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Punkt 4.7 inneholder forslag om oppfølging av evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I tillegg til utarbeidelsen av faglige retningslinjer som Sosial- og helsedirektoratet arbeider med, foreslår departementet en hjemmel til å gi forskrifter med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Hjemmelsbestemmelsen gir adgang til å fastsette regler blant annet om formålet med LAR, kriterier for inntak og utskrivning, ansvarsgrupper, krav om individuell plan for pasienter i LAR og krav om at pasienter i LAR avlegger urinprøve for kontrollformål.

2 Bakgrunn

De to forslagene om h.h.v. innføring av ventetidsgaranti og endringer som konsekvens av rusreformen er utarbeidet i to uavhengige prosesser. Det er blant annet gjennomført to separate høringer. Fordi begge forslagene består av endringer i pasientrettighetsloven, og fordi forslagene legges frem samtidig, har departementet valgt å fremme forslagene i en felles odelstingsproposisjon. Bakgrunnen for forslaget om innføring av ventetidsgaranti er nærmere omtalt nedenfor under punkt 2.1, mens bakgrunnen for forslagene til endringer etter rusreformen er omtalt under punkt 2.2.

2.1 Bakgrunn for forslaget om ventetidsgaranti for barn og unge

2.1.1 Oppnevning av arbeidsgruppe

I Soria Moria-erklæringen fremgår det at regjeringen vil bidra til at ventetiden i psykisk helsevern for barn og unge reduseres ved innføring av en særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser, samt at regjeringen vil etablere en garanti om rask behandling for rusmiddelavhengige under 23 år.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte 5. desember 2005 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å foreslå hvordan rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til de to gruppene kan styrkes, og hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres. Arbeidsgruppen var bredt sammensatt med kompetanse innen medisin, psykologi, jus, etikk og brukerkompetanse.

2.1.2 Arbeidsgruppens forslag

Arbeidsgruppen leverte rapporten *Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer* 15. juni 2006. Rapporten var enstemmig.

Arbeidsgruppen foreslo en «pakke» med tre hovedanbefalinger som understøtter hverandre:

Det ble foreslått å styrke pasientrettighetene i form av både en kortere vurderingsfrist og en særskilt behandlingsgaranti for å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kommer tidligere til.

Arbeidsgruppen foreslo at det for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år fastsettes en rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager etter at henvisning er mottatt. Gruppen foreslo også at det fortsatt fastsettes en individuell frist for behandling etter reglene i prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd), men at fristen ikke skal overskride 90 kalenderdager.

Arbeidsgruppen la til grunn at det er behov for å understøtte en mer ensartet forståelse av prioriteringsforskriften for å unngå ubegrunnede variasjoner i praksis og mente at ventetidsgaranti som virkemiddel derfor bør suppleres med nasjonale retningslinjer.

Videre anbefalte arbeidsgruppen å bedre samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, blant annet gjennom bedre henvisningsrutiner og mer konstruktiv oppfølging i ventetiden. Det ble anbefalt at virksomhetene gjennomgår og forbedrer innholdet i henvisningene. I tillegg anbefalte arbeidsgruppen at spesialisthelsetjenesten utarbeider rutiner for å gi individuelle tilbakemeldinger om videre oppfølging av barnet/ungdommen til den som har henvist og til pasienten etter endt vurdering.

Til sist foreslo arbeidsgruppen tiltak for å øke produktiviteten og effektivisere tidsbruken i poliklinikkene slik at flere barn og unge blir behandlet til riktig tid. For å legge til rette for at flere kan få behandling til riktig tid, anbefalte arbeidsgruppen at ledelsen ved virksomhetene analyserer tidsbruk og arbeidsoppgaver og fastsetter konkrete mål for hvordan flere barn kan få tidlig hjelp.

Det er bare forslaget om særskilt frist for vurdering og ventetidsgaranti (maksimalfrist) som forutsetter lovendring.

2.1.3 Høring

Departementet sendte arbeidsgruppens rapport på høring 15. juli 2006 med høringsfrist 1. november 2006.

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

I høringsbrevet peker departementet på at arbeidsgruppen ikke utformet et konkret forslag til lovendringer. Av hensyn til høringen av forslaget, formulerte departementet et lovutkast som viser hvordan arbeidsgruppens forslag til lovendringer eventuelt kan gjennomføres lovteknisk. Det presiseres at departementet ikke hadde tatt stilling til innholdet i lovutkastet.

Følgende instanser fikk arbeidsgruppens rapport på høring:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Barne- og likestillingsdepartementet
Finansdepartementet
Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Justis- og politidepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet
Kunnskapsdepartementet

Barneombudet
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barne-, ungdoms- og familieetaten, regionalt nivå
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål
Landets fylkesmenn
Landets regionale helseforetak
Landets pasientombud
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten
Sametinget
Sosial- og helsedirektoratet
Statens helsetilsyn
Statens råd for funksjonshemmede
Statens senter for rusmiddelforskning (SIRUS)
Stortingets ombudsmann for forvaltningen

KS (Kommunenenes sentralforbund)

ADHD-foreningen
Advokatforeningen
Angstringen
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblemer
Bergensklinikkene
Borgestadklinikken
Blå Kors Norge
Den norske lægeforening
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
Foreningen mot stoffmisbruk
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Landsorganisasjonen i Norge (LO)

Mental Helse Norge
Narkotikapolitisk forening
Norges Juristforbund
Norsk Forening for barne- og ungdomspsykiatri
Norsk Forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner
Norsk Pasientforening
Norsk Psykologforening
Norsk Psykiatrisk Forening
Norsk Sykepleierforbund
Norsk Vernepleierforbund
NOVA
Organisasjonen Voksne for Barn
Regionsentrene for barn og unges psykiske helse
ROS – Rådgivning om spiseforstyrrelser
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Rådet for psykisk helse
Senter for samfunnsforskning
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)
Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Ungdom mot narkotika
Veiledningssenteret for stoffmisbrukeres pårørende

Departementet mottok svar fra 33 høringsinstanser, hvorav følgende instanser har avgitt realitetsuttalelser til forslagene:

Barne- og likestillingsdepartementet
Justis- og politidepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet

Samtinget
Barneombudet
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
Fylkesmannen i Aust-Agder
Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Oslo og Akershus
Regionsenter for barn og unges psykiske helse - helseregion Vest
Sosial- og helsedirektoratet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Helse Vest RHF
Helse Sør RHF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Statens helsetilsyn
Pasientombudskollegiet
Pasientombudet i Nordland
Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten

Oslo kommune - Rusmiddeletaten
KS (Kommunenenes sentralforbund)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

Den norske lægeförening
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO)
Landsforbundet mot Stoffmisbruk
Mental Helse
Norsk forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner

2.1.4 Hovedintrykk av høringsuttalelsene

Et flertall av høringsinstansene støtter forslaget om innføring av særskilt ventetidsgaranti, herunder *Justisdepartementet, Helse Øst RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Nord RHF, KS (Kommunenes sentralforbund) og Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon*. Enkelte høringsinstanser, bl.a. *Sosial- og helsedirektoratet*, gir indirekte uttrykk for støtte til innføringen ved at de gir tilslutning til forslagene om 10 dagers vurderingsfrist og 90 dagers maksimumsfrist for behandling. Forslaget om nasjonale retningslinjer får allmenn tilslutning blant de høringsinstansene som har berørt dette.

Alle høringsinstansene stiller seg bak målsettingen om å styrke tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer, men 6 høringsinstanser er prinsipielt uenige i at det innføres en særskilt ventetidsgaranti for disse gruppene. Forslaget støttes ikke av *Helse Sør RHF, Statens helsetilsyn, Pasientombudskollegiet, Den norske lægeföreningen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Fylkesmannen i Hordaland*. Disse er skeptiske til at det skal fastsettes særregler for enkelte pasientgrupper i helsetjenesten som bryter med lovens system, og mener at gjeldende rett ivaretar gruppenes behov.

Av de høringsinstansene som støtter forslaget om innføring av særskilt ventetidsgaranti, er de fleste enige i en vurderingsfrist på 10 virkedager. *Sosial- og helsedirektoratet* peker på at lovfesting vil kunne styrke pasientenes rettigheter samtidig som det ikke antas å kreve større innsats for å få enhetene til å følge en praksis som allerede er implementert. *Barneombudet* mener maksimumsfristen kan settes til 15 dager for å involvere alle berørte, herunder fastlegen. Ombudet minner om barnekonvensjonen § 12 hvor det heter at barn har rett til å si sin mening og bli hørt.

Av de høringsinstanser som støtter forslaget om innføring av særskilt ventetidsgaranti, er det noe ulikt syn på en maksimalfrist på 90 dager før behandlingsstart. *Barne- og likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet*

mener 90 dagers ventetid er for lang, men tar ikke stilling til hvor lang den bør være. *Helse Øst RHF* støtter forslaget, men peker på at det på regionnivå vil bli satt en lavere frist allerede i 2007. *For Helse Vest RHF* vil 90 virkedager (i arbeidsgruppens utredning er virkedager/kalenderdager litt unøyaktig) være en stor utfordring pga av den lave dekningsgraden. *Mental Helse* mener hjelpen skal gis innen forsvarlig tid, uten å ta stilling til hvor lang denne er.

Sametinget peker på at samisk språk og kultur og flerkulturell forståelse må være sentrale momenter som vurderes når det gjelder å styrke samiske barn og unges pasientrettigheter. Når spesialisthelsetjenesten utarbeider rutiner for tilbakemelding, analyserer tidsbruk og arbeidsoppgaver og fastsetter konkrete mål, må samiske barn og unges rett til å bli møtt med samisk språk og kultur og flerkulturell forståelse ivaretas. Det er også viktig at dette ivaretas i arbeidet med å bedre samhandlingen mellom behandlingsnivåene.

I høringsbrevet ble høringsinstansene spesielt bedt om å kommentere arbeidsgruppens forslag til gode mål for produktivitet. Mange høringsinstanser peker på at aktiviteter som utdanningsaktivitet, samhandling, oppfølging av individuell plan og ambulant arbeid må inngå i produktivitetsbegrepet. Barneombudet peker på at effekt av innsats kan måles gjennom brukerundersøkelser hvor også barn bør si sin mening om behandlingen.

Arbeidsgruppens forslag om å bedre samhandlingen blant annet ved bedre henvisningsrutiner og mer konstruktiv oppfølging i ventetiden, får allmenn tilslutning blant de høringsinstanser som har uttalt seg om dette. I tillegg er det flere som understreker behovet for å øke den helhetlige kompetansen i å vurdere sammensatte lidelser både innen barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.

Arbeidsgruppen la til grunn at forslagene skal gjennomføres innenfor rammen av økninger som allerede er lagt inn i vekst i *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*.

Av de fire regionale helseforetakene som støtter innføring av ventetidsgaranti, er det bare styret i *Helse Vest RHF* som berører økonomiske konsekvenser. Etter Helse Vest RHF's vurdering er det lite sannsynlig at innføring av ventetidsgaranti med 90 dagers maksimalfrist for behandling kan oppfylles uten en kraftig ressursmessig styrking. Helse Vest RHF har lavest dekningsgrad av regionene. Det fremgår av høringsuttalelsen at Helse Vest RHF har satt et generelt ventetidsmål på 70 dager (gjennomsnittlig ventetid) og at ingen med rett til

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

helsehjelp skal vente lengre enn i 6 måneder. Ingen av de regionale helseforetakene har drøftet forholdet til tverrfaglig spesialisert behandling av unge rusmiddelavhengige.

Kommunal- og regionaldepartementet peker på at det er viktig at det gjøres kostnadsberegninger som tydelig får frem hvorvidt midler utover Opptrappingsplanen er nødvendig. *Statens helsetilsyn* peker på at behandlingsfristen på 90 dager sannsynligvis må forutsette en betydelig ressursøkning og/eller at pasientene får mindre omfattende behandling.

KS (Kommunenes sentralforbund) peker på at arbeidsgruppens forslag vil innebære en betydelig ressursfordeling på flere nivåer. KS er derfor uenig med arbeidsgruppen i at dette er tiltak som kan finansieres innenfor rammen av økninger som allerede er lagt inn i Opptrappingsplanens vekst. Der som det ikke blir tilført ytterligere ressurser, er det ifølge KS stor fare for at «tiltakene blir møtt av utiliktede tilpasninger i behandlingsapparatet, tilpasninger som tilsynelatende gir økt produktivitet, men som i realiteten innebærer effektivitets- og kvalitetstap.»

Den norske lægeforening mener konsekvensene knyttet til vurderings- og behandlingsgaranti må være bedre kartlagt for at det skal være mulig å vurdere og motvirke faren for uønskede vridninger som følge av garantien.

2.1.5 Oppfølging av spørsmål i høringsnotatet som ikke forutsetter lovendring

Foruten forslag som forutsetter lovendring, som innføring av ventetidsgaranti, fremmet arbeidsgruppen en rekke andre forslag for å effektivisere poliklinikkene og redusere ventetiden. En rekke av disse forslagene er allerede fulgt opp gjennom oppdragsbrev til de regionale helseforetakene og tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet. Temaer som samhandling, bedre henvisningsrutiner, mer konstruktiv oppfølging i ventetiden og mål for produktivitet, vil bli behandlet i veileder for psykisk helsevern for barn og unge og unge rusmiddelavhengige som Sosial- og helsedirektoratet utarbeider i 2007.

2.1.6 Forholdet mellom kommunalt helsearbeid og spesialisthelsetjeneste

Barn, unge og familiers behov for spesialisthelsetjenester må sees i sammenheng med styrking av kommunalt psykisk helsearbeid. Etterspørselen etter spesialisthelsetjenester er i betydelig grad avhengig av tilgjengelig tilbud til barn og unge i

kommunene. Tidligere har barn og unge med psykiske vansker i hovedsak fått behandling kun i spesialisthelsetjenesten. *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008)* vektlegger tjenester og tilbud nærmere folks bosted. Utvikling av egnede lavterskeltilbud i kommunene med sikte på utredning, behandling og oppfølging av barn og unge med psykiske problemer og lidelser blir derfor særlig viktig framover. Dette fordrer en omfattende kompetanseheving av kommunale tjenester som omfatter bl.a. rekruttering av psykologer og høyskoleutdannet personell med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge. Spesialisthelsetjenesten skal bistå der det er behov for mer spesialisert utredning og behandling.

Evalueringen av rusreformen viser at på tross av økt samhandling mellom 1. og 2. linjetjenestene, er det fortsatt mangler i oppfølgingen i kommunene og i samhandlingen mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette er forhold som vil bli omtalt i den kommende opptrappingsplanen for rusfeltet.

2.2 Bakgrunn for forslaget til lovendringer etter rusreformen m.m.

2.2.1 Vedtakelsen av rusreformen

Denne odelstingsproposisjonen er en oppfølging av Stortingets vedtakelse av rusreformen og erfaringer fra iverksettelsen av reformen. Stortinget vedtok rusreformen ved behandlingen av Ot. prp. nr. 3 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere), jf. Innst. O. nr. 51 (2002-2003), og behandlingen av Ot. prp. nr. 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan), jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004). Reformen trådte i kraft fra 1. januar 2004. Fylkeskommunenes ansvar etter sosialtjenesteloven § 7-1 ble dermed overført til staten ved de regionale helseforetakene. Ansvaret omfattet etablering og drift av institusjoner med spesialisttjenester for omsorg og behandling av rusmiddelavhengige. Tjenestene ble samtidig endret fra å være tjenester etter sosialtjenesteloven til å defineres som spesialisthelsetjeneste etter spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk betegnelsen «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Det vil si tjenester med både sosialfaglig og helsefaglig innhold. De regionale helseforetakenes ansvar for

å sørge for spesialisthelsetjenester omfatter etter dette også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

Ved reformen ble samtidig eiendomsretten til de fylkeskommunalt eide institusjonene overført til de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene trådte også inn i fylkeskommunenes avtaler med private tjenesteytere. Behandlingstiltak for rusmiddelmissbruk er etter dette en helse-tjeneste regulert av spesialisthelsetjenesteloven og den generelle helselovgivningen.

2.2.2 Pasientrettighetslovens anvendelse på tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk

Når de tidligere fylkeskommunale behandlingstiltakene for rusmiddelavhengige defineres som spesialisthelsetjenester og ytes av spesialisthelsetjenesten, innebærer dette blant annet at pasientrettighetsloven kommer til anvendelse ved denne type tjenester. En person som anmoder om, tilbys eller mottar tverrfaglig spesialisert behandling for sitt rusmiddelmissbruk, vil være en pasient etter pasientrettighetsloven og vil i utgangspunktet være omfattet av lovens bestemmelser. Behandlingen som tilbys vil være helsehjelp etter loven. I hvilken grad den enkelte rusmiddelavhengige har rettigheter etter loven, vil følge av en konkret fortolkning av den enkelte aktuelle bestemmelse med de nærmere vilkår som der er satt, og av en vurdering av hvorvidt disse vilkårene er oppfylt i det aktuelle tilfellet.

2.2.3 Behov for justeringer i regelverket etter reformen

Ved behandlingen av reformen fremhevet den daværende sosialkomiteen betydningen av at rusmiddelavhengige som trenger behandling for sitt rus- og avhengighetsproblem, likestilles med og gis samme rettigheter som andre pasientgrupper, jf. (Innst.O.nr.4 (2003-2004) side 20. Det ble imidlertid ikke foretatt en full gjennomgang av helselovgivningen for å vurdere behov for justeringer i dette regelverket som konsekvens av overføringen av tjenestene til helselovgivningen. Det ble blant annet ikke vedtatt endringer i pasientrettighetsloven. I forbindelse med iverksettingen av reformen foretok departementet en gjennomgang og fortolkning av pasientrettighetslovens anvendelse på de overførte tjenestene, jf. rundskriv *I-8/2004 Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Ved disse fortolkingene la departementet stor vekt på Stortingets føringer om

like rettigheter. Ut i fra likhetshensyn anbefalte departementet også de regionale helseforetakene å gi alle rusmiddelavhengige rett til vurdering innen 30 virkedager uavhengig av institusjonstype. I tillegg påla departementet de regionale helseforetakene, i styringsbrevene for 2004, å praktisere en ordning der rusmiddelavhengige som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus. De regionale helseforetakene ble bedt om å sette ordningen i verk fra 1. januar 2004. Etter departementets vurderinger bør rettstilstanden for denne pasientgruppen fremgå klart av lovgivningen på linje med det som gjelder for andre pasientgrupper. Det er i tillegg behov for enkelte presiseringer og endringer i pasientrettighetsloven for å sikre fulle pasientrettigheter og for å hindre utilsiktet forskjellsbehandling. Blant annet bør retten til valg av behandlingssted innarbeides i lovverket. Dette har også betydning for tilsynsmyndighetenes mulighet til å føre tilsyn med praktiseringen av disse rettighetene og for deres kompetanse til å reagere overfor eventuell manglende etterlevelse av lovverket. Det er også behov for noen endringer i spesialisthelsetjenesteloven av hovedsakelig lovteknisk karakter.

2.2.4 Høring

Helse- og omsorgsdepartementet sendte høringsnotat om endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m. på høring 19. juli 2006. Høringsnotatet ble sendt til følgende høringsinstanser:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
 Barne- og likestillingsdepartementet
 Finansdepartementet
 Fiskeri- og kystdepartementet
 Fornyings- og administrasjonsdepartementet
 Forsvarsdepartementet
 Justis- og politidepartementet
 Kommunal- og regionaldepartementet
 Kultur- og kirke departementet
 Kunnskapsdepartementet
 Landbruks- og matdepartementet
 Miljøvern departementet
 Nærings- og handelsdepartementet
 Olje- og energidepartementet
 Samferdselsdepartementet
 Utenriksdepartementet

Barneombudet
 Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
 Datatilsynet

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)	Blå Kors Norge
De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk	Den Norske Advokatforening
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål	Den norske Dommerforening
Fagrådet for psykiatri	Den norske lægeforening
Fylkesnemndene for sosiale saker	Fagforbundet
Helsetilsynet i fylkene	Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Koordineringsutvalget for psykiatriske ungdomsteam	Familieterapi Instituttet
Landets sentre for legemiddelassistert rehabilitering (LAR-sentre)	Fampo
Landets regionale helseforetak	Farmasi Forbundet
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)	Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere
Landets pasientombud	Flerfaglig Fellesorganisasjon
Landets universiteter	Forbundet mot rusgift
Nasjonalt folkehelseinstitutt	Foreningen mot stoffmisbruk
Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten	Frelsesarmeen
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Norges forskningsråd	Galebevegelsen
Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	Gatejuristen
Regjeringsadvokaten	Handels-og Servicenæringens Hovedorganisasjon
Riksadvokaten	Helseansattes Yrkesforbund
Riksrevisjonen	Helsetjenestens Lederforbund
Sametinget	HivNorge
Sosial- og helsedirektoratet	Informasjonscenteret Hieronimus
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	Institutt for samfunnsforskning
Statens helsetilsyn	KFO
Statens Helsepersonellnemnd	Kirkens Bymisjon
Statens legemiddelverk	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Statens råd for funksjonshemmede	Landsforeningen for etterlatte v/ selvmord
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende
Fylkesrådet for funksjonshemmede	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
KS (Kommunenenes Sentralforbund)	LAR Nett Norge
Landets kommuner	Legeforeningens forskningsinstitutt
Actis	Legemiddelindustriforeningen
Akademikerne	Marborg
ADHD-foreningen	Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
Amnesty International Norge	Mental Helse Norge
Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Angstringen	Norges Farmaceutiske Forening
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem	Norges Juristforbund
Autismeforeningen i Norge	Norsk Forbund for Psykoterapi
Ambulansehelsetjenesten KFO	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Apotekforeningen	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Arbeidsgiverforeningen NAVO	Norsk Helsesekretærforbund
	Norsk Pasientforening
	Norsk Presseforbund
	Norsk Psykologforening
	Norsk Psykiatrisk Forening
	Norsk Psychoanalytisk Institutt
	Norsk Redaktørforening
	Norsk senter for menneskerettigheter
	Norsk Sykepleierforbund
	Norsk Tjenestemannslag (NTL)

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

Norsk Tourette Forening
 Norsk Vernepleierforbund
 NOVA
 OMOD (Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering)
 Organisasjonen Voksne for Barn
 Rettspolitisk forening
 Rusinstitusjoner
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
 Rådet for psykisk helse
 Samarbeidsforum for norske kollektiv
 Samfunnsviternes fagforening
 Senter for samfunnsforskning
 Senter for medisinsk etikk, SME
 SINTEF Helse
 Statstjenestemannsforbundet
 Stiftelsen Kraft
 Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
 Stiftelsen Støttecenter mot Incest - Oslo
 Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
 We shall overcome
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Høringsfristen var 1. november 2006. Departementet har mottatt svar fra 55 høringsinstanser, herunder 12 som uttaler at de ikke avgir uttalelse eller ikke har merknader. Følgende instanser har avgitt realitetsuttalelse:

Akershus universitetssykehus
 Aker universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet
 Aker universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse, LAR ØST
 Barneombudet
 Blå Kors Norge
 Datatilsynet
 Diakonhjemmet sykehus AS
 Fylkesmannen i Aust Agder og Helsetilsynet i Aust Agder (felles uttalelse)
 Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Helsetilsynet i Oslo og Akershus (felles uttalelse)
 Helse Midt-Norge RHF
 Helse Sør RHF

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag
 Helse Vest RHF
 Helse Øst RHF
 Høgskolen i Bergen
 Lovisenberg Diakonale sykehus AS
 Nordnorsk Kompetansesenter - Rus
 Pasientombudskollegiet
 Psykiatrien i Vestfold HF, Vestfoldklinikken
 Sosial- og helsedirektoratet
 Statens helsetilsyn
 Sykehuset Innlandet HF, Divisjon Psykisk helsevern
 Sykehuset Østfold HF
 Ullevål sykehus universitetssykehus HF
 Universitetet i Oslo, Farmasøytisk institutt
 Asker kommune
 Drammen kommune
 Lier kommune
 Os kommune
 Oslo kommune
 Stavanger kommune

Apotekforeningen
 Den norsk lægeforening
 Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
 Frelsesarmeens sosialtjeneste
 Gatejuristen
 HivNorge
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS)
 Landsorganisasjonens distriktskontor i Aust-Agder
 Norges Farmaceutiske Forening
 Norsk Psykologforening
 Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RIO)
 Samarbeidsforum for norske kollektiv

Flertallet av høringsinstansene er i hovedsak positive til gjennomgangen av lovverket og forslagene i høringen. En del instanser uttaler at endringene vil forenkle reglene og styrke rettighetene til rusavhengige. Høringsuttalelsene vil bli kommentert nærmere nedenfor i tilknytning til de enkelte punktene i lovforslaget.

3 Ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet

3.1 Gjeldende rett

Pasientrettighetsloven skal sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten.

Pasientrettighetsloven § 2-2 fastsetter at når en pasient er henvist til sykehus eller spesialistpoliklinikk, herunder distriktpspsykiatrisk senter, har pasienten rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager etter at henvisning er mottatt. Vurderingen innen denne fristen skal både omfatte en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling og en vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dersom pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, skal det også fastsettes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal gis.

Fristen på 30 virkedager er en maksimumsfrist. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Utover dette er vurderingsfristen generell og gjelder likt for alle grupper av pasienter, uansett for eksempel alder.

Pasientrettighetsloven § 2-1 fastsetter når en pasient har rett til helsehjelp. Bestemmelsen gir i annet ledd første punktum rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Pasientens rett til nødvendig helsehjelp bestemmes av hva som faller inn under begrepet helsehjelp, og hvilken helsehjelp som er nødvendig. Begrepet helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Etter at de regionale helseforetakene overtok ansvaret for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere fra 1. januar 2004 (Rusreformen), omfatter begrepet spesialisthelsetjeneste også tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

Etter bestemmelsens annet ledd annet punktum gjelder retten til helsehjelp kun dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Om en pasient har rett til nødvendig helse-

hjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. Det er gitt nærmere regler om kriteriene for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp i prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd) som er nærmere omtalt i punkt 4.1.1. Etter forskriften er verken diagnose eller pasientens alder i seg selv prioriteringskriterium.

Etter bestemmelsens annet ledd tredje punktum skal spesialisthelsetjenesten fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient med rett til nødvendig helsehjelp, senest skal få oppfylt sin rettighet. Fristen skal fastsettes på grunnlag av en konkret, individuell vurdering av den aktuelle pasientens tilstand. Når det gjelder pasienter som henvises for behandling for rusmiddelmisbruk, har departementet tolket denne bestemmelsen slik at fristen skal settes etter helsefaglig og/eller sosialfaglig forsvarlighetsvurdering. Det vil si at alder i seg selv ikke er angitt som et særskilt vurderingstema.

Behovet for endringer i nåværende bestemmelser i pasientrettighetsloven §§ 2-1 og 2-2 på grunn av rusreformen er nærmere omtalt i punkt 4.1 og 4.2.

Barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet har rett til vurdering av helsetilstanden innen 30 virkedager og rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen en fastsatt frist på lik linje som resten av befolkningen. Det er ikke fastsatt særskilte rettigheter eller vurderingskriterier for disse gruppene.

3.2 Prioriteringsordninger i andre land

3.2.1 Sverige

I budsjettproposisjonen for 2007 har den svenske regjeringen uttalt at tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser skal styrkes, og at ventetiden på

utredning aldri bør overstige en måned. 1. november 2005 ble det vedtatt en generell behandlingsgaranti for alle pasienter. Formålet er at pasienten skal få kontakt med helsetjenesten innen rimelig tid. Den gjelder all planlagt behandling som er offentlig finansiert (også fra private aktører) og innebærer blant annet at pasientene har rett til å treffe en primærlege innen 7 kalenderdager, rett til vurdering av spesialist innen 90 kalenderdager etter at henvisningen er sendt, og rett til behandling så snart som mulig og senest innen 90 kalenderdager etter vurdering hos spesialist.

I sluttrapporten fra den nasjonale psykiatrisamordneren (SOU 2006:100 *Ambisjon och ansvar*) ble det fremmet forslag om en forsterket behandlingsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser som innebærer at pasientene vurderes innen spesialisthelsetjenesten innen 30 kalenderdager, og at behandling skal igangsettes innen 30 kalenderdager etter at vurderingen er foretatt. Sosialdepartementet arbeider med oppfølging.

I SOU 2005:82 *Personer med tungt missbruk – stimulans til bättre vård och behandling* ble det foreslått at personer med tungt misbruk skal ha en lokal behandlingsgaranti for lengste ventetid (2-3 dager) til en første samtale med sosialtjenesten og til en individuell behandlingsplan innen ca 4 uker. Forslaget er foreløpig ikke fulgt opp.

3.2.2 Danmark

Danmark har ingen ventetidsgaranti for behandling av psykiske lidelser. Bare ca 0,8 prosent av danske barn henvises til barne- og ungdomspsykiatri, mens Sundhedsstyrelsen har anslått at det behov for oppbygning av kapasiteten slik at den kan dekke 2 prosent av barnebefolkningen. Indenrigs- og Sundhedministeriet har i januar 2007 satt i gang et prosjekt om bla skal vurdere behov og kapasitet både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

En behandlingsgaranti for stoffmisbruk som trådte i kraft i 2003, sikrer stoffmisbrukere rett til å få tilbud om behandling innen 14 dager etter at henvendelsen med ønske om behandling er sendt. En tilsvarende garanti for alkoholmisbrukere trådte i kraft i 2005.

3.3 Høringsinstansenes syn

Som det fremgår av sammendraget av høringsuttalelsene i punkt 2.1.4, er de fleste høringsinstansene enige i at barn og unge med psykiske lidelser

og unge rusmiddelbrukere bør ha rett til vurdering av spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager.

Barne- og likestillingsdepartementet uttaler at:

«Arbeidsgruppens anbefaling er at fristen for vurdering av barn og unge bør gjøres innen 10 dager. BLD er enig i at fristen for barn og unge bør være kortere enn for andre grupper. Blant annet fordi barn og unge selv ofte ikke er i stand til å ivareta sine behov. Som gruppe betraktet er derfor barn og unge særlig sårbare.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet uttaler at:

«Dette ser direktoratet som et viktig virkemiddel for å sikre barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelbrukeres rett til helsehjelp.»

Helse Øst RHF uttaler at:

«Helseforetakene i Helse Øst har ulike oppfatninger om hvor hensiktsmessig det er å sette 10 dager som grense for akseptabel ventetid før første vurdering. Dette begrunnes både med at noen pasienter ut fra en faglig vurdering bør kunne vente 30 dager, bekymring ift dagens kvalitet på henvisningene som nødvendiggjør innhenting av supplerende opplysninger samt knapphet på ressurser. Helse Øst RHF slutter seg likevel til at akseptabel ventetid til vurdering settes til 10 dager. Det understrekes viktigheten av å bedre kvaliteten på henvisningene, noe som vil kunne oppnås ved å gjennomføre forslaget om å innføre et felles henvisnings-skjema.»

Helse Vest RHF uttaler at de:

«vil ut fra en helhetsvurdering av situasjonen for den aktuelle pasientgruppen støtte forslaget om en vurderingsfrist på 10 virkedager.»

Helse Sør RHF forutsetter:

«(...) at de kravene til vurderingsprosessen som er gjengitt i brev fra HOD av 21.05.06 til Helse Øst RHF fortsatt skal gjelde barn og unge med psykisk lidelser og/eller rusproblemer, og tror det vil kunne by på praktiske problemer å utføre dette innen 10 dager. Videre følger det allerede av bestemmelsen i dag at 30 dagers fristen er en maksimumsfrist, og det er gitt klare føringer om at vurderingen skal gjennomføres raskere der det er mistanke om en alvorlig tilstand. Gjeldende rett bør derfor være tilstrekkelig til å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer som trenger det blir vurdert raskt.»

Sosial- og helsedirektoratet peker på at:

«(...) ventetiden til vurderingssamtalen er en viktig indikator i forhold til tidlig identifisering av debuterende vansker og påfølgende intervensjon. Lovfesting av denne plikten vil derved kunne styrke pasientens rettigheter samtidig som det ikke antas å kreve større innsats for å få enhetene til å følge en praksis som allerede i stor grad er implementert. SHdir anbefaler at 10 dagers vurderingsgaranti i psykisk helsevern til barn og unge lovfestes.»

Fylkesmannen i Oslo og Akershus er uenig i forslaget og mener:

«(...) det kan være grunn til engstelse for at dette tiltaket vil ha begrenset virkning på produktivitet og effektivitet ved BUP-poliklinikkene. Tiltaket vil kunne føre til at listen for å bli rettighetspasient blir hevet - derved vil en pasientgruppe av ukjent størrelse miste rettigheter som den har i dag. Det vil også kunne føre til flere fristbrudd og derved til en økt belastning på poliklinikkene som må behandle et større antall klagesaker og dermed får redusert sin kapasitet til å behandle pasienter.

Fordelen med dagens system er at det gir mulighet for stor grad av individuell vurdering ved at det åpner for å prioritere enkelte diagnosegrupper/problemstillinger. Med en frist på 10 dager vil denne muligheten trolig falle helt eller delvis bort. Vi mener pasientrettighetslovens og prioriteringsforskriftens bestemmelser, i kombinasjon med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven, er tilstrekkelig til å sikre pasientrettighetene også i BUP-poliklinikkene. Fylkesmannen i Oslo og Akershus vil derfor ikke tilrå at man innfører en vurderingsfrist på 10 virkedager.»

Fylkesmannen i Aust-Agder slutter seg til forslaget om at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusavhengige under 23 år, gis rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager etter at henvisning er mottatt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt uttaler:

«Arbeidsgruppens forslag om en vurderingsgaranti; vurdering innen 10 dager, synes hensiktsmessig. Dette fordrer imidlertid bedre henvisningsrutiner der man sikrer at det foreligger nødvendige og tilstrekkelige opplysninger om barnet og familien.»

Barneombudet mener:

«(...) det ikke er tilstrekkelig å foreta en vurdering ut fra den foreliggende skriftlige henvisningen. Det bør i tillegg foretas en vurderingssamtale med den henviste. Dette vil gi en bedre oversikt over hva barnet/ungdommen sliter

med, kartlegge behov, samt sjekke ut om det er riktig at vedkommende skal ha hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hensikten er at barn/ungdom så tidlig som mulig skal få uttale seg om det som plager dem og oppleve å få et eierforhold til dette, jf Barnekonvensjon kapittel 12 hvor det heter at barn har rett til å si sin mening og bli hørt. En vurderingssamtale er videre en god anledning til å iverksette øvrige undersøkelser i påvente av at behandlingen skal påbegynne. Barnet kan henvises til en somatisk undersøkelse, PP-tjenesten, eller en annen instans hvis vurderingssamtale gir grunnlag for å iverksette denne type utredning. Ideelt sett bør vurderingssamtalen gjennomføres innen 10 virkedager, men for å øke sjansen for å få med alle involverte, eksempelvis fastlegen, kan maksimumsfristen være 15 virkedager. Uansett vil det være viktig at det foreligger en invitasjon til en vurderingssamtale nokså umiddelbart etter henvisningen. Under forutsetning av at det ikke lar seg gjøre å sette en frist på 15 virkedager for å gjennomføre en vurderingssamtale, støtter Barneombudet forslaget om at fristen for å vurdere en henvisning settes til 10 virkedager.»

Mental Helse mener:

«(...) det ikke bør gå lenger tid enn 10 virkedager fra Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har mottatt henvisning fra fastlege/førstelinjetjenesten, til pasienten kommer inn til en vurderingssamtale ved BUP. I vurderingssamtalen må behovet for behandling kartlegges; det bør også være en samtale med de pårørende. Barnets eller den unges foreldre/verge/andre pårørende har ofte et behov for en samtale med fagpersonell, samtidig vil pårørende kunne komme med informasjon som ikke kommer frem under samtale med den unge selv. En vurderingssamtale er fornuftig bruk av ressurser, siden en slik samtale ikke nødvendigvis betyr at det foreligger behov for videre behandling. Det vil dermed ikke føre til overbehandling av personer som ikke har behov for hjelp ved BUP/DPS. Imidlertid vil en slik samtale bidra til å kartlegge om det trengs bedret samarbeid mellom hjem/skole/PPT/barnevern/andre.»

Som det fremgår av sammendraget av høringsuttalelsene i punkt 2.1.4, er det noe ulikt syn blant høringsinstansene på hvor lang maksimumsfristen for å oppfylle retten til nødvendig helsehjelp for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelbrukere bør være.

Helse Øst RHF slutter seg til at maksimal ventetid før behandlingsstart settes til 90 dager og uttaler følgende om dette:

«Det vil i den forbindelse være viktig å intensivere arbeidet med å lage nasjonale retningslinjer for vurdering av hvilke pasientgrupper som har rett til nødvendig helsehjelp, samt hvilke tidsfrister som skal settes for seneste oppstart av behandling. Helse Øst er i ferd med å ferdigstille arbeidet med tiltaksplan psykisk helsevern for 2007. I planen vil det foreligge regionalt mål for gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen psykisk helsevern for barn og unge. Dette målet vil være lavere enn det nasjonale målet for maksimal ventetid for hele pasientgruppen.»

Helse Vest RHF peker på at:

«(...) det er klart ønskelig å redusere ventetiden for barn og unge i Helse Vest. Det er satt et generelt ventetidsmål på 70 dager (gjennomsnittlig ventetid) og at ingen med rett til nødvendig helsehjelp skal vente lenger enn 6 måneder. Med utviklingen i ventetider innen barne- og ungdomspsykiatrien i Helse Vest vil likevel 90 virkedager være en stor utfordring. Helse Vest har lavest dekningsgrad i barne- og ungdomspsykiatrien av regionene. Det skyldes at utgangspunktet var lavest og at de relative forskjellene i stor grad består. Det er grunn til å anta produktiviteten kan bedres. Det er imidlertid lite sannsynlig at en slik maksimalfrist kan oppfylles uten en kraftig ressursmessig styrking.»

Helse Sør RHF synes det er uheldig å lage særregler for enkeltgrupper som bryter med lovens system og uttaler følgende om dette:

«Vi kan heller ikke se at dette burde være nødvendig, og mener det heller bør tas opp i forbindelse med arbeidet med utarbeidelse av veilederne for prioritering av ulike pasientgrupper som er igangsatt.»

Barne- og likestillingsdepartementet mener at:

«Målet må være å sikre et likeverdig tilbud uavhengig av pasientens bosted. 90 dagers ventetid for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer er for lang. Ventetiden bør være kortest mulig for denne gruppen. Ved en individuell vurdering av ventetid mener departementet at det, i tillegg til pasientens egen tilstand, bør tas hensyn til i hvor stor grad foreldrene er i stand til å håndtere problemene og i hvor god stand de er til å være gode omsorgspersoner. Det bør også tas hensyn til i hvor stor grad lokalt hjelpeapparat er i stand til å gi barnet og familien nødvendig oppfølging i ventetiden. Etter BLDs oppfatning bør det vurderes om slike forhold også bør framkomme i eventuelle nasjonale retningslinjer. fastsettes. Forsk-

ning på blant annet registerdata, viser at barnevernsbarn er særlig sårbare. Dette også fordi foreldrene noen ganger er i dårlig stand til å ivareta barnets behov for omsorg og oppfølging. Det betyr at det offentlige, og også helsetjenestene, må ta et større ansvar i slike tilfeller for å sikre at barnet får både nødvendig behandling og omsorg. BLD mener dette understreker at foreldrenes muligheter til å hjelpe barnet i ventetiden bør være gjenstand for vurdering når individuell frist settes. Dette forutsetter en god dialog med barnevernet, og også at barnevernets synspunkter blir tatt alvorlig. Derfor bør samarbeid med lokalt hjelpeapparat fremheves som viktige kriterier for produktivitet og kvalitet.»

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet ser det som positivt at pasientene skal sikres behandling innen 90 virkedager, men uttaler:

«Direktoratet ønsker likevel å påpeke at en ventetid på 90 virkedager kan være for lang, særlig sett i forhold til at arbeidsgruppen refererer til at fagpersoner påpeker at de har erfaring med at jo tidligere man kommer til med adekvat rusbehandling, desto større er sannsynligheten for at behandlingen har effekt. I tillegg kan ventetiden for noen føre til at problemene eskalere slik rapporten beskriver.

Arbeidsgruppen poengterer at begrepet akseptabel ventetid ikke må forveksles med forsvarlig ventetid. Arbeidsgruppen legger til grunn at innføring av begrepet «akseptabel» ventetid vil kunne indikere en differensiering eller en presisering av forsvarlighetsbegrepet, og ser dette som uheldig. Direktoratet deler denne bekymringen. Bruk av begrepet akseptabel kan flytte fokuset vekk fra opplevd lidelse og redusert livskvalitet, samt at ventetiden kan føre til en eskalering av vanskene. Dette må særlig sees i forhold til selvmordshyppigheten blant barn og unge, og særlig den høye forekomsten av selvmord blant barn og unge som mottar barneverntiltak.»

Sosial- og helsedirektoratet uttaler:

«(...) vurderer innføring av 90 dagers ventetidsgaranti som et sannsynlig effektivt tiltak for å korte ned ventetiden for pasientgruppen under forutsetning av at innføringen skjer som en del av flerspektrede tiltak med tett oppfølging. Tatt ut av sin sammenheng vil en slik endring sannsynlig bli møtt med betydelig skepsis og dårlig compliance fra fagfeltets side.»

Fylkesmannen i Oslo og Akershus peker på at ulike diagnosegrupper i dag har til dels sterkt forskjellig ventetid på behandling ved BUP-poliklinikkene og uttaler at:

«Dette er forskjeller som for en stor del virker godt faglig fundert. Dersom maksimal ventetid skal reduseres til 90 dager uten at poliklinikkene tilføres flere ressurser, vil det enten måtte føre til at en mindre del av ressursene kan benyttes til de sykeste, at listen for å bli rettighetspasient heves, eller at man aksepterer at det blir flere fristbrudd. En absolutt frist på 90 dager vil heller ikke utløse noen reell rettighet ved fristbrudd, bare merarbeid i form av økt klagebehandling, idet det ikke finnes aktuelle behandlingsalternativer. Fylkesmannen i Oslo og Akershus vil derfor heller ikke tilrå at man innfører en maksimal ventetid på 90 dager.»

Fylkesmannen i Aust-Agder peker på at for foreldre og barn skal det ikke undervurderes betydningen av at en maksimalfrist vil gi større grad av forutsigbarhet og ha en betydelig signalverdi og uttaler:

«Det er viktig at reell behandling blir iverksatt innen maks. 90 dager, og at man da ikke blir satt på en ny liste et sted. Dette må veies opp mot faren for vridningseffekt innen pasientgruppen og i forhold til andre pasientgrupper. Setter en frist kortere enn 90 dager er det fare for at en i mindre grad tar individuelle hensyn og at en ikke sørger for at pasienter som trenger det mest får hjelp først. Når det gjelder tilbudet til unge rusavhengige er det særlig fare for vridningseffekter ikke minst for aldersgruppen 18 til 23 år. En har en lite kunnskap om tilbudet til unge rusavhengige.»

Fylkesmannen har flere ganger uttrykt bekymring når det gjelder spesialisthelsetjenestens rusbehandlingstilbud som en mener er mangelfullt særlig i forhold til kapasiteten. Når det gjelder barnevernsbarn er det helt åpenbart et underforbruk av psykiske helsetjenester. Her må det gjøres særskilte grep i forhold til å heve kompetansen og utvikle samhandlingsstrategier på alle nivåer. Fylkesmannen slutter seg etter til utvalgets vurdering om en maksimal ventetidsgaranti på 90 dager for å bli tatt under behandling.»

Barneombudet støtter forslaget og uttaler:

«Det ideelle ville naturligvis være at alle fikk hjelp etter behov, men det kan være vanskelig å gjennomføre i praksis slik situasjonen er i dag. I tillegg er det ikke alltid en fordel å operere med korte frister. Da får man ofte ikke foretatt de nødvendige utredninger før en behandling iverksettes. En vurderingssamtale nokså umiddelbart etter henvisning vil være en god mulighet til å sortere ute hvilke barn som bør komme raskt til behandling og hvilke som kan vente noe lenger.»

Nasjonalt folkehelseinstitutt mener at:

«(...) en generell behandlingsgaranti som innebærer oppstart innen 90 virkedager er akseptabel kun dersom man gjennomfører arbeidsgruppens forslag, om bedre samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i form av mer konstruktiv oppfølging i ventetiden.»

Fellesorganisasjonen av barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere støtter ikke at start på helsehjelp skal skje innen 90 virkedager (18 uker), men foreslår at det skal skje innen 60 virkedager (12 uker). De uttaler:

«60 virkedager er 3 måneder i et barns liv, og det er 1/3 av et skoleår eller barnehageår. Helsehjelp som gis innenfor et slikt tidsperspektiv kan bidra til forutsigbarhet og kontinuitet i hjelpetilbudet, både for barnet, den unge, familien og øvrig hjelpeapparat.»

Mental Helse uttaler:

«Dersom vurderingssamtalen viser at barnet eller den unge har behov for videre hjelp, skal denne hjelpen gis innen en forsvarlig tid. Vi ønsker å påpeke at hva som vil være forsvarlig vil være ytterst varierende. Det er viktig at denne vurderingen foretas av en spesialist innen psykiatri/psykologi.»

3.4 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt foran under punkt 2.1.2, foreslo arbeidsgruppen at det for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige under 23 år, fastsettes en rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt. I tillegg foreslo arbeidsgruppen at det fastsettes en maksimumsfrist for ventetid på 90 dager for barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Arbeidsgruppen pekte på at dette vil kreve en lovendring.

Barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige er utsatte og sårbare grupper. Erfaring viser at disse hittil ikke alltid har fått et tilfredsstillende tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er derfor et særskilt behov for å prioritere disse gruppene. Hjelpen bør gis så tidlig at det er mulig å forebygge psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet hos barn og unge. I likhet med arbeidsgruppen ser departementet det som viktig at barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige slipper tidlig til allerede i vurderingsfasen. Kortere frist for vurdering gir kortere

ventetid for pasienten og gir et klart signal om betydningen av å komme tidlig til. Videre vil en kortere frist for vurdering sikre at det gis raskere tilbakemelding til pasient og henvisende instans om hvordan problemet blir tatt hånd om.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2007 har departementet allerede stilt krav om at ventetid for vurdering i psykisk helsevern for barn og unge skal være mindre enn 10 virkedager.

Departementet mener at arbeidsgruppens forslag om å regelfeste rett til vurdering innen 10 virkedager bør følges opp gjennom forskriftsfesting. Ved at pålegget som er gitt i form av eierstyring i Oppdragsdokumentet 2007, blir forskriftsfestet, får barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige styrket sin rettsstilling.

Det fremgår av arbeidsgruppens utredning at antall pasienter med rett til helsehjelp innen psykisk helsevern for barn og unge 1. halvår 2005 var ca 66 prosent. Det er regionale forskjeller. Det finnes ikke tilsvarende tallmateriale fra rusfeltet for 2005. For ca 25 prosent av rettighetspasientene ble den individuelle fristen satt til ca 90 kalenderdager. Bare halvparten av pasientene fikk satt en individuell behandlingsfrist kortere enn 100 dager. I samme periode var helsehjelpen påbegynt etter 60 dager for halvparten av de pasientene som hadde rett til helsehjelp. Innen 100 dager hadde 70 prosent fått et behandlingstilbud.

Tall fra Norsk pasientregister viser at ventetiden i 3. tertial 2006 varierte fra 0 til 221 kalenderdager på poliklinisk behandling innen psykisk helsevern for barn og unge. Gjennomsnittlig ventetid var 88 dager.

For 3. tertial 2006 ble i alt 5984 rettighetspasienter under 23 år innen psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige ordinært ferdigbehandlet. Av disse var det 2481 pasienter eller 41 prosent som hadde ventet mer enn 90 dager.

Departementet mener at ventetiden for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige er for lang, og at den varierer alt for mye mellom helseregionene. Dette medfører at tilgjengeligheten til tjenestene blir avhengig av bosted. Det medfører at det overordnede helsepolitiske prinsippet om lik tilgang til helsehjelp uansett bosted ikke ivaretas. Både for de unge selv og for familiene er det en påkjenning ikke å kunne få rask og adekvat hjelp. Rask og tidlig behandling kan bidra til å hindre et langt liv med sykdom, rus og kriminalitet. Manglende behandlingstilbud kan der-

for ha store menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser.

Departementet legger vekt på at det i første omgang er viktig å innarbeide prinsippet om en særskilt frist for vurdering og en maksimalfrist for oppfyllelse av rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige slik arbeidsgruppen foreslår. Dette er starten på en prosess hvor maksimalfristen vil bli vurdert satt lavere når forutsetningene ligger til rette for det. Departementet ønsker derfor i første omgang å forskriftsfeste arbeidsgruppens forslag om en maksimalfrist på 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder). Det foreslås derfor å lovfeste en hjemmel for departementet til å innføre særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige i forskrift.

En slik maksimalfrist endrer ikke det forhold at spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at de omtalte rettighetspasientene senest skal få oppfylt sin rettighet. En slik behandlingsfrist skal fortsatt fastsettes på grunnlag av en konkret, individuell vurdering av pasientens tilstand. En maksimalfrist vil imidlertid innebære at behandlingsfristen ikke kan settes lengre enn 65 virkedager (90 kalenderdager). Ingen rettighetspasienter skal vente lengre enn 65 virkedager (90 kalenderdager) på helsehjelp. Pasientene som trenger helsehjelp raskere, skal fortsatt ha rett til det.

Ved å innføre et maksimum for hvor lang behandlingsfrist som kan settes, styrkes pasientenes rettsstilling i helsevesenet. Dersom behandlingsfristen oversittes, har pasienten rett til behandling ved andre helseforetak, private behandlingssteder eller i utlandet. Oppgaven med å skaffe nytt/alternativt behandlingstilbud er lagt til NAV.

Arbeidsgruppens rapport er noe upresis når det gjelder bruk av begrepet «virkedager» og «kalenderdager». Ingen høringsinstanser har kommet med forslag om hvilken tellemåte som bør brukes i forskriften.

Pasientrettighetsloven § 2-2 gir henviste pasienter rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt. 30 virkedager tilsvarer normalt 42 kalenderdager. Norsk pasientregister teller bare kalenderdager når det gjelder ventetid slik at alle «røde dager (dvs. bevegelige helligdager/søndager) samt lørdager også telles med.

Ideelt sett burde bestemmelsene i pasientrettighetsloven og registreringen i Norsk pasientregister være sammenfallende når det gjelder bruk

av tellemåte. Departementet forutsetter at bruk av virkedager er så godt innarbeidet i pasientrettighetsloven at denne tellemåten fortsatt bør benyttes når det gjelder vurderingsfrist - og i tillegg ved fastsettelse av maksimalfrist for å oppfylle rett til nødvendig helsehjelp. Dette vil innebære at Norsk pasientregister må legge om sin registrering slik at den dokumenterer oppfylling av fristene selv om det på grunn av dataregistrering vil være vanskelig for Norsk pasientregister å gå over til virkedager med nåværende system.

Avgrensning av ventetidsgaranti i forhold til alder er ikke drøftet i arbeidsgruppens rapport.

I Soria Moria-erklæringen har regjeringen uttalt at den vil etablere en garanti for rask behandling for rusmiddelavhengige under 23 år og innføre en særlig ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser. Det er ikke satt noen aldersbegrensning ved innføring av ventetidsgaranti for den siste gruppen.

Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) arbeider som regel med ungdom opp til 18 år. Departementet finner det ikke naturlig og hensiktsmessig å innføre ulike aldersgrenser når det gjelder rett til særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige, fordi de dels har sammenfallende problemer. Begge grupper bør få rett til vurdering innen samme frist og rett til helsehjelp innen samme maksimumsfrist før de fyller 23 år. Retten bør

gjelde for pasienter som ikke er fylt 23 år på det tidspunkt henvisningen sendes.

Spørsmålet om hvorvidt ventetidsgaranti skal omfatte både poliklinisk behandling og behandling ved innleggelse, er ikke drøftet av arbeidsgruppen eller høringsinstansene.

Ca 95 prosent av all behandling innen psykisk helsevern for barn og unge er poliklinisk behandling. Det finnes ca 330 døgnplasser for barn og unge. Det er regionale variasjoner i døgn- og dagtilbudet, blant annet på grunn av ulik vektlegging av polikliniske tilbud eller døgn- og dagtilbud. Medisinske vurderinger ligger til grunn for valg av behandlingstilbud. I 2. tertial 2006 varierte ventetiden fra 28 til 87 dager. Tallene kan være usikre fordi registreringspraksis varierer.

Langsiktig døgnbehandling (over 6 måneder) utgjør omlag halvparten av den totale kapasiteten innen døgnbehandling for rusmiddelavhengige. 2. tertial 2006 varierte ventetiden for pasienter under 23 år som mottok langsiktig døgnbehandling mellom 50 og 162 dager. Tallet omfatter bare nyhenviste etter 1. januar 2006, og registreringspraksis varierer.

Etter departementets vurdering bør rettighetspasienter under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet ha samme rett til maksimumsfrist uavhengig om de behandles poliklinisk eller innlegges.

4 Endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen m.m.

4.1 Rett til nødvendig helsehjelp (pasientrettighetsloven § 2-1)

4.1.1 Gjeldende rett og praksis

Pasientrettighetsloven § 2-1 regulerer når en pasient har et materiellrettslig krav på helsehjelp. Rett til spesialisthelsetjeneste utover øyeblikkelig hjelp er regulert i andre ledd, som lyder som følgende:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.»

Om en pasient har en materiell rettighet til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, må avgjøres etter en konkret, individuell vurdering av vedkommende pasients helsetilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt. I tillegg må de forventede resultatene stå i et akseptabelt forhold til kostnadene. De materielle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd) gitt med hjemmel i pasientrettighetsloven § 2-1 sjette ledd. Etter prioriteringsforskriften § 2 har en pasient rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten dersom følgende kumulative vilkår er oppfylt:

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

Disse vilkårene er i samme bestemmelse utdypet videre:

«Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.»

Som omtalt ovenfor vil en rusmiddelavhengig som har behov for tverrfaglig spesialisert behandling for sitt rusmiddelmissbruk, være en pasient i pasientrettighetslovens forstand og behandlingen som tilbys, vil være helsehjelp etter pasientrettighetsloven, jf. § 1-3 første ledd bokstav a og c, jf. helsepersonelloven (lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.) § 3 første og tredje ledd. Retten til nødvendig helsehjelp gjelder etter dette også rusmiddelavhengige som har behov for behandling for sitt rusmiddelmissbruk. Hvorvidt en rusmiddelavhengig har en materiell rett til behandling for sitt rusmiddelmissbruk, vil følge av en konkret vurdering av om vedkommendes tilstand fyller de nærmere vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd og prioriteringsforskriften § 2.

Etter § 2-1 andre ledd andre punktum skal spesialisthelsetjenesten fastsette en konkret frist for når medisinsk forsvarlighet krever at rettighetspasienter, senest skal få nødvendig helsehjelp. Dersom det regionale helseforetaket ikke har sørget for at rettighetspasienter får den nødvendige helsehjelpen innen det tidspunktet som er fastsatt, har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold, om nødvendig fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket. Fordi tilbudet om behandling for rusmiddelmissbruk skal være tverrfaglig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5, har departementet tolket denne bestemmelsen slik at fristen skal settes etter helsefaglig og/eller sosialfaglig forsvarlighetsvurderinger.

Etter § 2-1 femte ledd har rettighetspasienter rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket, dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp innen fristen fordi det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket. For behandling for rusmiddelmisbruk er bestemmelsen tolket slik at retten til behandling i utlandet inntreder dersom det regionale helseforetaket ikke kan tilby helsehjelp innen fristen fordi det ikke finnes et adekvat tverrfaglig spesialisert tilbud i Norge.

4.1.2 Høringsnotatet

Etter ordlyden i § 2-1 andre ledd skal behandlingsfristen for pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp settes ut i fra når *medisinsk forsvarlighet* krever at helsehjelpen gis. Behandlingstilbudet for rusmiddelmisbruk skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5 være tverrfaglig. Det vil si tjenester med både helsefaglig og sosialfaglig innhold. Departementet har derfor tolket § 2-1 andre ledd slik at fastsettelsen av behandlingsfrist ved henvisning til rusbehandling skal skje etter en tverrfaglig forsvarlighetsvurdering. I høringsnotatet foreslår departementet å endre § 2-1 andre ledd slik at denne fortolkningen kommer klart fram av bestemmelsens ordlyd.

Etter § 2-1 femte ledd har rettighetspasienter rett til behandling i utlandet dersom det aktuelle regionale helseforetaket ikke kan yte nødvendig helsehjelp innen den fastsatte behandlingsfristen fordi det ikke finnes et *adekvat medisinsk tilbud* i riket. Etter rusreformen har departementet tolket denne bestemmelsen slik at retten til behandling for rusmiddelmisbruk i utlandet på grunn av manglende tilbud i Norge gjelder dersom det mangler et tverrfaglig spesialisert tilbud her i landet. I høringsnotatet foreslår departementet å endre § 2-1 femte ledd slik at denne fortolkning fremgår direkte av bestemmelsens ordlyd.

4.1.3 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstanser som uttaler seg om disse endringene, støtter forslagene. Blant andre *Blå Kors Norge*, *Den norske lægeforening*, *Fagrådet innen Rusfeltet i Norge*, *Landsforbundet mot stoffmisbruk*, *Nordnorsk Kompetansesenter – Rus*, *Norsk Psykologforening*, *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*, *Statens helsetilsyn*, *Stavanger kommune*, *Sykehuset Østfold HF*, *Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern*, *Helse Midt-Norge RHF*, *Helse Vest RHF* og *Helse Øst RHF*.

Støtten blir hovedsakelig begrunnet med betydningen av at vurderingene som gjøres er

tverrfaglige. Det vil si at både de medisinske, psykologiske og sosialfaglige aspekter blir ivaretatt, og at regelverket gjenspeiler dette.

Blant annet uttaler *Helse Midt-Norge RHF*:

«Departementets nye forslag innebærer viktige forbedringer i forhold til å ivareta tverrfaglige aspekter på en bedre måte. Lovtekst og forskrifter bærer noe preg av å ha sitt utgangspunkt i den somatiske/medisinske del av spesialisthelsetjenesten. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er psykologiske og sosialfaglige aspekter like viktige som de medisinske. Lovtekst og forskrifter bør også gjenspeile dette.»

Sosial- og helsedirektoratet og *Helse Sør RHF* ser positivt på et lovarbeid for å tilpasse lovverket bedre til rusreformen, men er uenig i den tekniske løsningen som er foreslått. De støtter ikke at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk nevnes spesielt i pasientrettighetsloven i den utstrekning som er foreslått i høringsnotatet.

Sosial- og helsedirektoratet uttaler om dette:

«I høringsnotatet, som nå foreligger, har man ønsket å tilpasse dagens lovverk på en bedre måte til rusreformen. Direktoratet ser positivt på at et slikt lovarbeid blir gjort, men støtter ikke at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet omtales i pasientrettighetsloven som en særskilt del av spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at pasientrettighetsloven er så generell og overordnet som mulig. Dette er god lovteknikk, men også nødvendig for å unngå stadige endringer som følge av endringer i tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Viktigheten av å synliggjøre tverrfaglig behandling må likevel ikke undervurderes.

Direktoratet vurderer at en del av de foreslåtte endringer ikke er nødvendige for å inkludere tverrfaglig rusbehandling i pasientrettighetsloven. Å inkludere tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk kan i noen utstrekning gjøres med små og få grep uten å utforme lovteksten spesielt for denne type behandling.»

I § 2-1 andre ledd foreslår *direktoratet* følgende:

«Vi foreslår at «medisinsk forsvarlighet» tas ut av bestemmelsen og erstattes med det mer nøytrale begrepet «faglig forsvarlighet». Faglig forsvarlighet er et grunnleggende krav i forhold til all ytelse av helsehjelp, også tverrfaglig spesialisert behandling. Siste punktum om hvordan fristen skal fastsettes for pasienter som har rett til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, kan da utgå.»

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

I § 2-1 femte ledd foreslår *direktoratet* følgende:

«Man kan i femte ledd forenkle begrepsbruken ved å sløyfe «medisinsk eller tverrfaglig spesialisert». Formuleringen «adekvat tilbud» er, etter vår vurdering, tilstrekkelig.»

Noen instanser uttaler seg om bruken av kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp etter prioriteringsforskriften for rusbehandling.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder viser til at det er store forskjeller i vurderingene av henvisninger til rusbehandling og mener det er behov for retningslinjer som operasjonaliserer prioriteringsforskriften for denne pasientgruppen: *Fylkesmannen* uttaler:

«Erfaringer etter landsomfattende tilsyn med rusbehandlingsinstitusjonene viste at det er store forskjeller innen samme regionale helseforetak hva gjelder vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er tidligere rapportert om store forskjeller mellom den enkelte vurderingsinstans både hva gjelder andelen henviste pasienter som blir vurdert til å ha rett på tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og hvilken forsvarlighetsfrist som settes. Forslag til endring vil i noen grad kunne bidra til en likere praksis hva gjelder fastsetting av forsvarlighetsfrist, men tar etter vår vurdering ikke høyde for at dagens praksis ikke i tilstrekkelig grad er ensartet hva gjelder vurdering av retten til helsehjelp. Vi vil i den forbindelse også påpeke at det er et åpenbart behov for retningslinjer som operasjonaliserer prioriteringsforskriften for denne pasientgruppen.»

Den norske lægeforening uttaler seg også om kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp i prioriteringsforskriften og mener det er grunn til å reise spørsmål om det er behov for egne kriterier for rusbehandling og psykiatrien. *Den norske lægeforening* uttaler om dette:

«Legeforeningen vil imidlertid bemerke at de kriterier som ligger til grunn for vurderingen av om pasienten materielt sett har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven i realiteten er rettet mot somatiske lidelser. Det er grunn til reise spørsmål ved om det er behov for egne kriterier når det gjelder behandling av rusmiddelmissbrukere og eventuelt også i psykiatrien. I disse tilfellene kan det være andre forhold er som bør tas inn i vurderingen, for eksempel hensynet til pårørende. Departementet har imidlertid ikke diskutert om de foreliggende kriterier etter pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er hensiktsmessige i disse tilfellene. Etter Legeforeningens oppfatning bør dette spørsmålet utredes ytterligere.»

Også *Norsk Psykologforening* tar opp denne problemstillingen og uttaler:

«Norsk Psykologforening vil benytte anledningen til å kommentere at det bør diskuteres om kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp egner seg for vurdering av behandlingsbehov for psykiske lidelser, rusavhengighet og kroniske somatiske lidelser. Diskusjonen, blant annet i Fagrådet for rusfeltet, rundt helseforetakenes forslag til retningslinjer for vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, viste at kriteriene er vanskelig å tolke. Spesielt gjelder dette personer som har behov for helsehjelp gjentatte ganger over tid, og der man ikke uten videre kan forvente bedring av helsetilstanden. Spesielt er alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet vanskelig å konkretisere, noe som fører til ulik praksis. Hensynet til for eksempel pasientenes sosiale situasjon, ansvar for barn, og andre nære pårørendes behov bør inngå som en mer tydelig del av vurderingene. Norsk Psykologforening håper dette blir tatt med i videre drøftinger.»

4.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Under behandlingen av rusreformen understrekte sosialkomiteen betydningen av at tilbudet om behandling for rusmiddelmissbruk skal gi mulighet for både en sosialfaglig og en helsefaglig tilnærming, jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004) side 14. Når tjenestetilbudet også skal gi mulighet for behandling med en sosialfaglig tilnærming, skiller dette seg etter departementets vurdering fra det som stort sett er situasjonen for annen spesialisthelsetjeneste. Dette var grunnen til at departementet i høringsnotatet foreslo å tydeliggjøre i ordlyden i § 2-1 at vurderingene skal være tverrfaglige og at retten til behandling i utlandet etter femte ledd gjelder dersom det mangler et adekvat tverrfaglig tilbud i Norge. *Sosial- og helsedirektoratet* og *Helse Sør RHF*s forslag til endringer i § 2-1 andre og femte ledd er lovteknisk gode. Pasientrettighetsloven regulerer en rekke tjenestetilbud av ulik karakter. Loven bør derfor være så generell og overordnet som mulig. Dersom rusbehandling - uten for store uklarheter - kan innfortolkes i lovens generelle bestemmelser, bør en unngå særskilt regulering av disse tjenestene.

Dersom bestemmelsen endres i tråd med direktoratets forslag, vil begrepene «faglig forsvarlig» og «adekvat tilbud» i pasientrettighetsloven måtte fortolkes i lys av bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 som definerer rusbehandling som en spesialisthelsetje-

neste. Forarbeidene til denne bestemmelsen understreker at tverrfaglig i denne sammenheng omfatter både helse- og sosialfaglig. Departementet mener det derfor vil være tilstrekkelig klart at begrepene «faglig forsvarlig» og «adekvat tilbud» for denne pasientgruppen betyr både sosialfaglig og helsefaglig forsvarlig og et adekvat sosial- og helsefaglig tilbud. Det foreslås derfor å endre pasientrettighetsloven § 2-1 andre og femte ledd i tråd med forslagene fra *direktoratet* og *Helse Sør RHF*.

4.2 Rett til vurdering (pasientrettighetsloven § 2-2)

4.2.1 Gjeldende rett og praksis

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-2 regulerer pasienters rett til å få sin helsetilstand vurdert og til å få vurdert om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp. Den lyder som følger:

«Pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.

Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Det skal vurderes om pasienten har en slik rettighet overfor spesialisthelsetjenesten som omtalt i § 2-1 annet ledd, og eventuelt fastsettes en slik frist som omtalt i samme ledd annet punktum. Pasienter som har en slik rettighet, skal underrettes om dette og om fristen. I underretningen skal pasienten også gis opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage. Henvisende instans skal også underrettes.

Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.»

Bestemmelsen pålegger sykehus og spesialistpoliklinikker, herunder distriktpsykiatriske sentre, å foreta en vurdering innen 30 virkedager etter henvisningen er mottatt. Vurderingen skal både omfatte en vurdering med hensyn til videre undersøkelse og behandling av pasienten og en vurdering av om vedkommende er en rettighetspasient som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter § 2-1. Dersom pasienten vurderes som en rettighetspasient, skal det fastsettes en frist for når helsehjelpen senest skal gis. Vurderingen skal i utgangspunktet skje på grunnlag av

henvisningen. Dersom det er nødvendig, må det imidlertid innhentes supplerende opplysninger eller pasienten må innkalles til undersøkelse. 30-dagersfristen løper selv om det må innhentes supplerende opplysninger eller pasienten må innkalles for undersøkelse. Det er et vilkår for rett til vurdering etter denne bestemmelsen at institusjonen som mottar henvisningen enten er offentlig eid eller har avtale med et regionalt helseforetak om fritt sykehusvalg, jf. § 2-4. Etter § 2-2 andre ledd skal pasienter som får fastsatt en behandlingsfrist, gis underretning om at de er vurdert å ha rett til helsehjelp, hvilke frist som er fastsatt, og mulighetene for å klage. Underretning skal også sendes henvisende instans.

Bestemmelsen i § 2-2 omfatter også pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, men den gir bare pasienten rettigheter dersom tjenesten tilbys ved sykehus eller spesialistpoliklinikk, offentlig eid eller privat med avtale om fritt sykehusvalg, jf. § 2-4. I rundskriv I-8/2004 *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven* uttaler departementet at alle pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, bør gis vurdering etter § 2-2 innen 30 virkedager av likhetshensyn. De regionale helseforetakene har også etablert en praksis hvor alle pasienter som henvises til rusbehandling, gis rett til vurdering i tråd med reglene i § 2-2.

4.2.2 Høringsnotatet

Av likhetshensyn foreslår departementet i høringsnotatet å endre bestemmelsen i § 2-2 slik at alle pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ved offentlig eide institusjoner eller private institusjoner som tilbyr tjenester etter avtale med regionale helseforetak, får rett til vurdering etter reglene i pasientrettighetsloven § 2-2. Det vil si at pasienter som henvises til rusbehandling får lik rett til vurdering uavhengig av hvilke institusjonstype den aktuelle behandlingen skal gis ved. Reglene blir da de samme uansett om tjenesten tilbys ved spesialistpoliklinikker eller sykehus eller om tjenesten tilbys ved private rusinstitusjoner eller omtjenesten tilbys av et helseforetak uten at tjenesten er lagt organisatorisk inn under et sykehus.

Departementet foreslår også en endring i § 2-2 første ledd som presiserer at de regionale helseforetakene kan bestemme hvilke instanser som skal foreta vurdering og fastsette behandlingsfrist i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 for pasienter som henvises til rusbehandling.

4.2.3 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstansene som kommenterer endringene i § 2-2, støtter forslagene. Blant andre *Blå Kors Norge, Fagrådet innen Rusfeltet, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Norsk Psykologforening, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Stavanger kommune, Statens helsetilsyn, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF, Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern, Aker universitetssykehus HF Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet, Sykehuset Østfold HF, Diakonhjemmet sykehus og Asker kommune.*

Helse Midt-Norge RHF støtter forslaget og uttaler følgende om forholdet til dagens henvisningspraksis:

«Vi støtter departementets forslag til endringer i pasientrettighetsloven § 2-2 slik at denne rettigheten skal gjelde for alle som henvises til rusbehandling, uavhengig av hvilken institusjonstype behandlingen skal gis ved. I tillegg presiseres at RHFene skal ha anledning til å bestemme hvilke rusinstitusjoner som skal vurdere henvisninger til rusbehandling og fastsette individuelle behandlingsfrister.

Begge disse presiseringene vil i så fall være i tråd med dagens praksis. Det har vært arbeidet mye med optimalisering av henvisning/vurderingsarbeidet i Midt-Norge. Vi ser nå etter hvert resultater av dette arbeidet og tror, som også departementet påpeker, at det er viktig å unngå nye endringer som krever nye omstillinger så vidt kort tid etter at dagens rutiner er utarbeidet og implementert.»

Landsforbundet mot stoffmisbruk er uenig i en frist på 30 virkedager og uttaler:

«Vi er uenig i en frist på 30 virkedager og mener den ikke bør overstige 10 virkedager. Men vi er enig i at ansvaret for vurdering og frist bør legges til HFene for å sikre helhetlig vurdering av pasientens tilstand og behov.»

Barneombudet understreker viktigheten av at barn og unge raskt gis utredning og hjelp og uttaler:

«Ang § 2-2 vil vi understreke nødvendigheten av at barn og ungdom tilbys rask utredning og hjelp når de er avhengige av rusmidler. Vi vil her vise til den utsendte rapporten «Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer» fra Helse- og omsorgsdepartementet, også denne med høringsfrist 01.11. 2006. En av tre hovedanbefalinger i denne rapporten er å styrke barn og unges pasientrettigheter ved en vurderings- og behandlingsgaranti for å sikre at barn og unge

med psykiske lidelser og/eller rusproblemer kommer tidligere til. Det forslås at pasientene skal sikres en vurdering innen 10 virkedager, og start på helsehjelp innen 90 virkedager. Rapporten anbefaler at ventetidsgaranti som virkemiddel suppleres med nasjonale retningslinjer som forankres i forskrift. Barneombudet støtter dette forslaget som skal bidra til å sikre at barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer får tidligere hjelp. Vi viser til vår høringsuttalelse for en nærmere utredning på dette punktet. Vi vil anmode om at departementet ser de foreslåtte endringene i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven etter rusreformen i sammenheng med de endringene som anbefales i høringsnotatet «Tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer».

4.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder forslaget i høringsnotatet om å utvide retten til vurderinger etter pasientrettighetsloven § 2-2 til å gjelde ved henvisning til alle offentlig eide rusinstitusjoner og private institusjoner som tilbyr rusbehandling etter avtale med regionale helseforetak. Likhets hensyn tilsier at retten til vurdering bør gjelde for alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten for behandling for sitt rusmiddelmissbruk, uavhengig av hvilken type institusjon som skal gi den aktuelle rusbehandlingen.

Departementet opprettholder også forslaget fra høringsnotatet om å presisere at de regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal foreta vurdering og fastsette behandlingsfrist i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 for pasienter som henvises til rusbehandling.

De regionale helseforetakene har utpekt enkelte rusinstitusjoner som såkalte vurderingsinstanser for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Henvisninger til rusbehandling skal etter praksis ikke sendes direkte til ønsket behandling sinstitusjon, men til en av vurderingsinstansene. Vurderingsinstansen skal foreta vurderingen av henvisningen i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 og henvisse videre til aktuelt behandlingssted der helsehjelpen skal gis. Enkelte av de private institusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene, har fått såkalt vurderingsrett. Det vil si at disse institusjonene kan motta henvisninger og foreta vurderinger etter § 2-2, herunder vurdere og beslutte på vegne av det regionale helseforetaket, om pasientene har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven

§ 2-1 og, i tilfelle, fastsette den individuelle behandlingsfristen. Disse private institusjonene fungerer da også som vurderingsinstanser.

Opprettelsen av egne vurderingsinstanser vil kunne bidra til at vurderingene av henvisningene blir mer enhetlige og kvalitativt bedre. Det vil også kunne bidra til at henvisningene i større utstrekning blir vurdert i forhold til hele spekteret av ulike behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert behandling. Det er viktig for kvaliteten av vurderingene at den instansen som vurderer, har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å kunne gjøre en helhetlig og tverrfaglig vurdering av pasientens behandlingsbehov, vurdere hele spekteret av aktuelle behandlingstilbud og finne det tilbudet som passer best for vedkommende pasient ut fra dennes behov.

Også når det gjelder vurdering av rettighets spørsmålet og fastsetting av behandlingsfrist, er det etter departementets vurdering, behov for en enhetlig utvikling. Det er i dag store forskjeller i praktiseringen av disse bestemmelsene og i andel pasienter som vurderes som rettighetspasienter. At vurderingsenhetene spesialisere seg på å treffe slike beslutninger, vil også kunne bidra til en mer enhetlig praktisering av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og fastsettelse av behandlingsfrister. Departementet ønsker dessuten å unngå nye endringer som krever nye omstillinger relativt kort tid etter at ny rutiner er utarbeidet og implementert.

Departementet foreslår at pasientrettighetsloven § 2-2 endres slik at retten til vurdering innen 30 virkedager gjelder ved henvisning til rusbehandling uavhengig av hvilke institusjonstype helsehjelpen skal gis ved. Departementet foreslår også at de regionale helseforetakene skal kunne bestemme hvilke rusinstitusjoner som skal vurdere henvisninger til rusbehandling og fastsette individuelle behandlingsfrister.

4.3 Rett til fornyet vurdering (pasientrettighetsloven § 2-3)

4.3.1 Gjeldende rett og praksis

Pasientrettighetsloven § 2-3 gir regler om rett til fornyet vurdering og lyder som følger:

«Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand.»

Pasientens rett til fornyet vurdering gjelder også rusmiddelavhengige som henvises til behandling for sitt rusmiddelmisbruk. Bakgrunnen for kravet kan for eksempel være at man er uenig i vurderingen av alvorlighetsgraden eller det behandlingsopplegget som er skissert. Retten til å få en ny vurdering gjelder bare en gang og er også begrenset til å gjelde de tilfeller der henvisende instans er enig i at det er behov for en ny vurdering.

4.3.2 Høringsnotatet

Etter ordlyden i § 2-3 gjelder retten til fornyet vurdering bare dersom det foreligger henvisning fra allmennlege. Henvisning til behandling for rusmiddelmisbruk kan også foretas av sosialtjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12. Departementet foreslår i høringsnotatet å endre bestemmelsen i § 2-3 slik at retten til fornyet vurdering ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk også gjelder etter henvisning fra sosialtjenesten.

4.3.3 Høringsinstansenes syn

Alle høringsinstansene som uttaler seg om dette forslaget, støtter endringen som er foreslått i høringsnotatet, blant andre *Sosial- og helsedirektoratet, Blå Kors Norge, Den norske lægeforening, Drammen kommune, Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, Norsk Psykologforening, Stavanger kommune, Statens helsetilsyn, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Helse Øst RHF, Sykehuset Østfold, Diakonhjemmet sykehus og Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern.*

4.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Endringen i § 2-3 som ble foreslått i høringsnotatet er etter departementets vurdering, en naturlig følge av at henvisning til rusbehandling kan foretas av både lege og sosialtjenesten. Når henvisning fra sosialtjenesten er likestilt med henvisning fra lege for disse tjenestene, bør dette også gjelde ved henvisning til fornyet vurdering. På bakgrunn av dette og resultatet av høringen, opprettholder departementet forslaget i høringsnotatet.

4.4 Rett til valg av sykehus m.m. (pasientrettighetsloven § 2-4)

4.4.1 Rett til valg av sykehus m.m. ved rusbehandling generelt

4.4.1.1 Gjeldende rett og praksis

Pasientrettighetsloven § 2-4 gir regler om fritt valg av sykehus m.m. Bestemmelsen lyder som følgende:

«Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at sykehuset eller det distriktpspsykiatriske sentret eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om slike avtaler som er omtalt i første ledd.»

Etter denne bestemmelsen har pasienter rett til å velge på hvilket offentlig eller privat sykehus eller distriktpspsykiatriske senter de skal få behandling. For privat sykehus og distriktpspsykiatriske senter er det et vilkår for valgrett at den ønskede institusjonen har avtale med regionalt foretak som gir rett til fritt sykehusvalg. Valgretten er ikke begrenset til institusjoner tilhørende pasientens bostedsregion, men gjelder sykehus og distriktpspsykiatriske sentre over hele landet. Valgretten omfatter også offentlige poliklinikker dersom disse er en organisatorisk del av et sykehus. Retten gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp.

Ordningen er uavhengig av diagnose eller hva slags behandling som er aktuell for pasienten. Valgretten foreligger allerede når henvisningen foretas av legen eller sosialtjenesten og gjelder på alle trinn av behandlingen. Det vil si at pasienten f.eks. kan la seg undersøke ved ett sykehus, få utført en operasjon ved et annet sykehus og motta rehabilitering ved et tredje sykehus. Pasienter som benytter retten til fritt sykehusvalg, kan imidlertid ikke bestemme nivået på behandlingen. Dersom en pasient vurderes å ha behov for poliklinisk behandling, kan pasienten ikke velge å bli innlagt og behandlet ved et sykehus.

Som nevnt ovenfor i punkt 2.2.3 påla departementet i styringsbrevene for 2004, de regionale helseforetakene å praktisere en ordning der rus-

middelavhengige som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus. De regionale helseforetakene ble bedt om å sette ordningen i verk fra 1. januar 2004. Følgende formulering ble brukt i styringsbrevet:

«De regionale helseforetakene skal fra 1. januar 2004 praktisere en ordning der rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus.»

De regionale helseforetakene har etter dette praktisert en slik ordning.

4.4.1.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslår departementet å utvide virkeområdet for bestemmelsen i § 2-4, slik at valgretten skal gjelde ved henvisning til all tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk - uavhengig av hvordan tjenesten er organisert og uavhengig av hvilken institusjonstype behandlingen skal gis ved. Retten skulle etter forslaget bare gjelde overfor institusjoner som er eiet av et regionalt helseforetak eller som har avtale med et regionalt helseforetak som gir en slik rett.

4.4.1.3 Høringsinstansenes syn

De fleste av høringsinstansene som uttaler seg om dette forslaget er enige i endringene som foreslås. Blant andre *Den norsk lægeforening*, *Frelsesarmeens sosialtjeneste*, *Nordnorsk Kompetansesenter – Rus*, *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*, *Sosial- og helsedirektoratet*, *Statens helsetilsyn*, *Helse Midt-Norge RHF*, *Helse Vest RHF* og *Helse Øst RHF*.

Asker kommune, *Helsetilsynet i Sør-Trøndelag* og *Psykiatrien i Vestfold HF* uttaler at valgretten etter deres erfaring i hovedsak har vært praktisert som en valgrett innad i pasientens bostedsregion. *Psykiatrien i Vestfold HF* uttaler følgende om praktiseringen av valgretten og forslaget til endringer i høringsnotatet:

«Det står beskrevet i teksten at de regionale helseforetakene har praktisert en ordning med fritt valg av sykehus også for rusmiddelmissbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling. Vi stiller spørsmål ved hvordan denne ordningen har blitt fulgt i praksis, og hvorvidt pasientene opplever at dette valget er en realitet. Det er vår vurdering at for liten behandlingsskapitet innen rusfeltet og uhenksmessige økonomiske oppgjørordninger

mellom helseregionene, har medført at valgfriheten for pasientene i all hovedsak har blitt begrenset til valg innad i regionen. Rusfeltet er særpreget av at det er store variasjoner i behandlingssinnholdet på de ulike institusjonene. Dette tilsier at valgfriheten reelt har større betydning for rusmiddelmissbrukere enn for øvrige pasientgrupper, som for eksempel pasienter med behov for kneoperasjoner.»

4.4.1.4 Departementets vurderinger og forslag

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tilbys i dag ved flere ulike institusjonstyper. Da de regionale helseforetakene overtok ansvaret for disse tjenestene etter rusreformen, valgte de som nevnt ulike måter å organisere tjenestene på. Innenfor foretaksstrukturen er disse tjenestene nå delvis organisert som en del av et sykehus og delvis som enheter/avdelinger innunder helseforetak, uten å ligge organisatorisk til et sykehus. I tillegg tilbys rusbehandling også i relativt stor grad ved private institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak. Disse institusjonene er ikke godkjent som sykehus. I hvilken utstrekning rusbehandling tilbys ved sykehus eller ved andre offentlige eller private institusjoner, varierer derfor mellom de ulike helseregionene.

Pasientenes rettigheter bør ikke være avhengig av hvordan tjenesten er organisert, når forskjellene i valg av organisering ikke er begrunnet ut i fra tjenestens innhold. Likhets hensyn tilsier at retten til å velge behandlingssted bør gjelde ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk uavhengig av hvordan tjenesten er organisert. Departementet foreslår derfor å opprettholde forslaget i høringsnotatet om å utvide virkeområdet for bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4, slik at denne valgretten gjelder ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk uavhengig av hvilken institusjonstype behandlingen skal gis ved.

4.4.2 Særlig om rett til valg av sykehus m.m. ved inntak og tilbakeholdelse uten eget samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

4.4.2.1 Gjeldende rett og praksis

Etter sosialtjenesteloven § 6-2 kan rusmiddelavhengige mot sin vilje, tas inn i institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling uten eget samtykke dersom de utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende

misbruk. Vedkommende kan holdes tilbake i opptil tre måneder.

Etter sosialtjenesteloven § 6-2 a kan gravide rusmiddelavhengige tas inn i institusjon selv om de ikke samtykker, og holdes der under hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Fylkesnemndas vedtak om tilbakeholdelse kan bare settes i verk dersom institusjonen faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen. Sosialtjenesten er ansvarlig for å vurdere om en institusjon er egnet til å ta imot vedkommende. Fylkesnemnda kan sette som vilkår for tvangsvedtaket at plasseringen skal skje i en bestemt institusjon dersom den finner grunn til det.

Etter rusreformen skjer tilbakeholdelsen i spesialisthelsetjenesten med hjemmel i sosialtjenesteloven, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd nr. 5. De regionale helseforetakene er pålagt å peke ut institusjoner som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd. Etter pasientrettighetsloven § 2-4 har pasienten rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter behandlingen skal foretas. Det er ikke gjort unntak for inntak med tvang med hjemmel i sosialtjenesteloven. Dersom plassering skjer i sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, gjelder derfor valgretten også her.

Dersom plassering skjer i annen rusinstitusjon enn sykehus eller distriktpspsykiatrisk senter, vil dette omfattes av instruksjonen til de regionale helseforetakene om å praktisere en tilsvarende rett til valg av behandlingssted som retten etter § 2-4.

4.4.2.2 Høringsnotatet

Departementet foreslår i høringsnotatet å innføre likelydende regler for rett til valg av behandlingssted ved tilbakeholdelse, med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, som de nye reglene om rett til valg av behandlingssted for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern som trådte i kraft fra 1. januar 2007, jf. nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 2-4. Etter disse reglene har pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3 ikke rett til å velge sykehus dersom en slik valgt rett vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Eksempler på slike tilfeller vil være hvor pasienten med stor sannsynlighet vil bli sykere av en flytting eller hvor pasientens

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

tilstand tilsier et særskilt sikkerhetsnivå som ikke kan tilbys på den institusjon pasienten henvender seg til. Pasienten selv skal i utgangspunktet ikke behøve å grunngi sitt valg.

For øvrig gjelder rett til valg av sykehus også for disse pasientgruppene.

4.4.2.3 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstanser som uttaler seg om dette forslaget støtter begrensningen i valgretten som ble forelått i høringsnotatet, blant andre *Asker kommune, Blå Kors Norge, Den norske lægeforening, Drammen kommune, Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, Oslo kommune, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Sosial- og helsedirektoratet, Statens helsetilsyn, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør RHF, Helse Vest RHF, Sykehuset Østfold, Diakonhjemmet sykehus og Aker universitetssykehus HF Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet.*

Helse Øst RHF går imot forslaget om å begrense valgretten for pasienter som er tatt inn med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Flertallet i *Pasientombudskollegiet* går også imot forslaget, men ser at det er en viss logikk i harmonisering med reglene for pasienter under tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. *Pasientombudskollegiet* (flertallet) uttaler følgende om forslaget i høringsnotatet:

«Retten til valg av sykehus har i flere steder i landet vært praktisert i mye lengre tid enn den har vært lovfestet. Å kunne velge på hvilket sykehus/DPS man skal behandles, oppfattes i dag som en grunnfestet rettighet og tas som en selvfølge av pasientene. At mange pasienter ikke benytter seg av denne valgmuligheten, betyr ikke at det er behov for å innskrenke rettigheten. Pasientombudene registrerer, uten å applaudere, at lovgiver innskrenker pasientenes valgmuligheter når det gjelder pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern. Endringen er vedtatt, men ikke trådt i kraft. Vi leser at det kun er i helt spesielle tilfeller at rettigheten innskrenkes - det gjelder ikke enhver pasient på tvang.

Vi frykter imidlertid at unntakene i praksis gjøres til hovedregel.

Pasientombudene har erfaring med at personell i psykiatrien har prøvd å begrense pasienters valgfrihet «av faglige grunner», også i tilfeller der det var åpenbart at skifte av behandler/behandlingssted var påkrevd for å fortsette behandling av pasienten. Pasientombudene er redd en innskrenking i valgfriheten

signaliserer en prinsipiell endring: «Faglige grunner» overordnes pasientens rett til selv å velge.

Nå foreslås tilsvarende innskrenkning for LAR- pasienter og pasienter som er henvist etter sosialtjenestelovens §§ 6-2 og 6-2a. For sistnevnte pasienters vedkommende er det en viss logikk i at disse gis samme presisering ift valgfrihet som tvangsinnlagte, psykiatriske pasienter, dersom begrensninger i det hele tatt skal innføres.»

Blå Kors Norge går imot valgrett for pasienter som er tatt inn med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a og uttaler følgende om dette:

«En tvangsinnleggelse er et alvorlig inngrep i menneskets selvbestemmelsesrett. Når samfunnet ser det nødvendig å ta et slikt ansvar for et menneske som av en eller flere grunner selv ikke er i stand til å ta ansvar for eget liv og helse, følger det også et ansvar for å fastsette et godt egnet gjennomføringssted. Dette ansvar kan ikke etter vår vurdering, overføres til personer som ofte vil være i en følelsesmessig labil situasjon og preget av ambivalens. Det ansvaret må andre ta. Departementet foreslår da også å innskrenke pasientens valgrett, og det legges inn en forutsetning om at det skal gjøres en vurdering av plasseringens forsvarlighet. I praksis vil pasientens valgrett være minimal av forvarlighetshensyn.»

Om retten til å skifte behandlingssted underveis i behandlingen uttaler *Blå Kors Norge* følgende:

«Pasienten skal også ifølge departementets forslag ha rett til å velge å skifte institusjon underveis, uten at pasienten må grunngi det. Pasienter som er innlagt på tvang, er preget av ambivalens til endring, behandling og til selve tilbakeholdet. Ambivalens med hensyn til å gå inn i en samarbeidsallianse eller ikke, vil være en del av en naturlig prosess. Å introdusere en rett til å skifte behandlingsinstitusjon er å tilføre motivasjonsarbeidet nok en ambivalensutfordring - som kan gjøre det vanskelig for pasienten å knytte seg an til behandlingsmiljøet. Det er en stor risiko for at pasienten kan ønske å skifte behandlingssted i krevende faser av tvangsoppholdet. Selv om institusjonen skal vurdere forsvarligheten av et skifte ser vi faren for at pasientens fokus uheldig kan rettes mot om han/hun skal velge en annen institusjon.

Dette kan i verste fall komme til å prege store deler av tvangsoppholdet, noe som vil være meget ødeleggende for intensjonen med tilbakeholdet. Vi erfarer at før et midlertidig vedtak er stadfestet, er det ofte vanskelig å komme i behandlingsposisjon. Dette endrer

seg når vedtaket er stadfestet. Situasjonen er da avklart og pasienten vet hva han/hun har å forholde seg til. På samme måte ser vi at en avklaring av hvor tilbakeholdelsen skal finne sted, er helt vesentlig for å komme i posisjon med motivasjonsarbeid. Vi ser det lite realistisk at en vurderer det som forsvarlig å gi støtte til pasientens evt ønske om å skifte behandlingssted under hovedoppholdet av tvangsoppholdet. Valgretten gjelder da ikke. Pasientens valgrett om å skifte institusjon vil i praksis være illusorisk. Det vil skape forventninger om noe som ikke kan innfris. Innføring av en slik rett står dermed i klar fare for undergrave pasientens tillit til hjelpeapparatet. Det er særlig alvorlig for pasienter i en så sårbar situasjon som tvangsinnlagte.»

Om samarbeidsforholdet mellom rusinstitusjonen og sosialtjenesten uttaler *Blå Kors Norge* følgende:

«Når det gjelder tilbakeholdelse ved tvang etter LOST står et tett samarbeid mellom pasient, sosialtjeneste og institusjon sentralt. Kontinuiteten står sentralt. Det er vesentlig at en får samarbeidet om en plan for oppholdet og tilrettelegging for tiltak etter tvangsoppholdet. Skal sosialtjenesten få en ny institusjon å forholde seg til som følge av pasientens valgrett og som vil forstyrre det løpet en sammen har forsøkt å arbeide fram, vil det være meget uheldig for formålet. Etablering av ny samarbeidsrelasjon og tilpasning til ny institusjon er prosesser som krever tid og kontinuitet. Her igjen ser vi for oss at forsvarlighetshensyn vil sette stopper for valgrett. Igjen er argumentet at det er fagetisk betenkelig å åpne opp for en valgrett som sannsynligvis vil bli minimal i realiteten.»

Nordnorsk Kompetansesenter - Rus peker på at valgretten også må begrenses til å omfatte de institusjoner som kan gi tilbud innen fristene for når vedtaket om tilbakeholdelse faller bort, jf. sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

4.4.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Pasienter som er innlagt mot sin vilje, bør i størst mulig grad gis like rettigheter og muligheter for selvbestemmelse og medbestemmelse som pasienter som er til frivillig behandling. Hensynet til pasientens personlige integritet tilsier at bruk av tvang ikke bør medføre større begrensninger i pasientens medbestemmelse/selvbestemmelse enn det som er strengt tatt nødvendig ut i fra formålet med inntaket og en forsvarlig gjennomføring av tilbakeholdelsen.

Dersom pasienten velger en institusjon som ligger geografisk langt unna hjemstedet, vil det imid-

lertid kunne bli vanskeligere for sosialtjenesten ved hjemstedet å følge opp pasienten under institusjonsoppholdet. Det vil også kunne gjøre det vanskeligere å få til et godt samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenestene. Dette gjelder generelt både ved frivillig og tvungen innleggelse til rusbehandling dersom pasienten velger behandlingssted langt unna. Sosialtjenesten har imidlertid etter sosialtjenesteloven et særlig ansvar for oppfølging av pasienten og samarbeid med spesialisthelsetjenesten under tvangsopphold. Ved inntak etter § 6-2a skal sosialtjenesten i samråd med institusjonen vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse minst hver tredje måned, jf. sosialtjenesteloven § 6-2a tredje ledd. Sosialtjenesten skal utarbeide tiltaksplan for alle rusmiddelavhengige som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i §§ 6-2 eller 6-2a, jf. § 6-1 femte ledd. Videre skal sosialtjenesten planlegge og forberede utskrivningen av pasienter etter tvangsopphold, jf. § 6-1 fjerde ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-15, i samarbeid med institusjonen.

Tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a kan gjennomføres enten i institusjoner som bare tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk eller i psykiatriske institusjoner. Blant institusjonene som er utpekt av de regionale helseforetakene til å ta imot pasienter etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, er både institusjoner innen det psykiske helsevernet og andre institusjoner som tilbyr rusbehandling. Reguleringen av rett til valg av behandlingssted, herunder rett til å skifte behandlingssted, bør være felles for alle pasienter som tas inn for tilbakeholdelse med hjemmel i vedtak etter sosialtjenesteloven. Reguleringen bør være uavhengig av om tilbakeholdelsen skjer i en institusjon etter psykisk helsevernloven eller en rusinstitusjon. Samtidig bør reglene om rett til å skifte behandlingssted være like for alle pasienter som er innlagt på tvang i en og samme institusjon.

Departementet foreslår derfor å harmonisere reglene for rett til valg av behandlingssted ved tilbakeholdelse, med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, med reglene om rett til valg av behandlingssted for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern, jf. nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 2-4. Retten til å velge behandlingssted for pasienter som tas inn i institusjon med hjemmel i §§ 6-2 og 6-2a foreslås dermed å gjelde med mindre gjennomføring av en valgrett i det konkrete tilfellet vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med tilbakeholdelsen. I praksis vil pasientenes valgmulighet også være begrenset til de

institusjoner som er utpekt av regionale helseforetak til å ta imot denne pasientgruppen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd, og til de institusjoner som etter sosialtjenestens vurdering, er faglig og materielt i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen.

Dersom pasienten ønsker å velge behandlingssted og fremsetter dette ønsket forut for inntak i institusjonen, vil dette ønsket måtte vurderes av sosialtjenesten. Det er sosialtjenesten som er ansvarlig for å bringe pasienten til institusjonen (iverksette tvangsvedtaket). Sosialtjenesten må da vurdere om den ønskede institusjonen «faglig og materielt er i stand til å tilby vedkommende tilfredsstillende hjelp sett i forhold til formålet med inntaket i institusjonen». Sosialtjenesten må også vurdere om vilkårene for rett til valg av behandlingssted etter pasientrettighetsloven er oppfylt. Dersom pasienten ønsker å klage på sosialtjenestens beslutning, skjer dette etter reglene i pasientrettighetsloven kapittel 7. Klageinstans er da Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-2. Dersom pasienten fremsetter ønske om å skifte institusjon etter inntak, må dette vurderes av institusjonen. Dersom pasienten ikke gis anledning til å skifte institusjon, kan dette også påklages til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-1 og 7-2.

Når det gjelder begrensning av valgretten til institusjoner som kan gi et tilbud innen fristene for når vedtaket om tilbakeholdelse faller bort, jf. uttalelsen fra *Nordnorsk Kompetansesenter – Rus*, er dette et forhold som departementet mener det er naturlig å vurdere å ta med i en eventuell forskrift om nærmere regler om fritt sykehusvalg.

Departementet foreslår altså en tilføyelse i § 2-4 slik at retten til å velge behandlingssted også skal gjelde for pasienter som er tatt inn på institusjon etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a med mindre gjennomføring av valgretten «vil være uforvarselig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket». Valgretten og begrensningen gjelder også for retten til å skifte behandlingssted underveis i behandlingen.

4.4.3 Særlig om rett til valg av behandlingssted for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering

4.4.3.1 Gjeldende rett og praksis

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) består av både kommunale helsetjenester (oppfølging av fastlegen) og sosiale tjenester (tjenester fra den kommunale sosialtjenesten) i tillegg til tjenester

fra spesialisthelsetjenesten/LAR-sentrene. Enkelte pasienter kan også i perioder ha behov for annen spesialisert behandling som ledd i LAR-behandlingen, for eksempel i form av innleggelse ved døgninstitusjon som tilbyr rusbehandling. Retten til å velge behandlingssted vil kunne gjelde for spesialisthelsetjenestedelen av LAR- tilbudet. Det vil si LAR-sentrene, eventuelt innleggelse i døgninstitusjon eller oppfølging fra andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Hvorvidt pasienter under LAR- behandling har rett til å velge behandlingssted etter dagens bestemmelse om rett til valg av sykehus avhenger av om tjenestene tilbys ved et sykehus eller et distriktpspsykiatrisk senter. Det vil si om LAR-sentrene eller døgninstitusjonen er organisert som en del av et sykehus eller som et distriktpspsykiatrisk senter. De enkelte LAR-sentrene er per i dag noe ulikt organisert. I hovedsak er imidlertid sentrene organisert som en del av sykehus og dermed omfattet av bestemmelsen. De private sentrene er imidlertid ikke organisert innunder et sykehus. I hvilken grad LAR-sentre og døgninstitusjoner som ikke er organisert innunder et sykehus, skal omfattes av instruksjonen om å praktisere rett til valg av behandlingssted ved all tverrfaglig spesialisert behandling, er ikke særskilt omtalt i rundskrivet om pasientrettigheter etter rusreformen (I-8/2004).

4.4.3.2 Høringsnotatet

Departementet foreslår i høringsnotatet å gjøre begrensninger i retten til å velge behandlingssted for pasienter som henvises til legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Retten til å velge LAR-senter skulle etter forslaget bare gjelde dersom gjennomføringen av en slik valgrett ikke vil være uforvarselig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen. Forøvrig skal valgretten gjelder også for LAR-pasienter.

4.4.3.3 Høringsinstansenes syn

Flertallet av høringsinstansene som uttaler seg om dette forslaget, støtter de begrensningene som ble foreslått i høringsnotatet. Av instanser som er for begrensningene er blant andre *LAR Øst*, *Apotekforeningen*, *Asker kommune*, *Den norske lægeforening*, *Frelsesarmeens sosialtjeneste*, *Blå Kors Norge*, *Nordnorsk Kompetansesenter – Rus*, *Oslo kommune*, *Drammen kommune*, *Lier kommune*, *Stavanger kommune*, *Psykiatrien i Vestfold HF*, *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*, *Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder*, *Helsetilsynet i Sør-Trøndelag og Helse Vest RHF*. De som støtter begrensninger viser i hovedsak til samme argumenter som

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

er presentert i høringsnotatet – særlig de praktiske problemer som kan oppstå for samarbeidet om oppfølgingen av pasienten.

For eksempel uttalte *Aker universitetssykehus HF, Klinikk for psykisk helse, LAR ØST* følgende om forslaget:

«LAR ØST antar at en viss grad av ulik profil ved enkelte LAR sentre og tiltak kan gjøre at en pasient kan ønske et bestemt senter. Full selvbestemmelse vil imidlertid lett kunne føre til uheldige konsekvenser for pasienten og betydelig ulemper for behandlingstiltakene. LAR er en flerårig behandling som bygger på tett samarbeid mellom sosialtjenesten, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet forutsetter nært samarbeid i oppstartfasen og deltakelse i ansvarsgrupper og andre samarbeidsformer i et langvarig perspektiv. I praksis kan det vanskelig gjøre oppfølging av pasientens behandlingsbehov i betydelig grad. Behandlingen vil kunne bli sterkt vanskelig gjort dersom det ikke er utviklet rutiner for slikt samarbeid mellom aktuell LAR-instans og innsøkende fastleger og sosialsentre. Et aktuelt scenario vil kunne bli at behandlingen ikke bare bli komplisert å gjennomføre, men i mange tilfelle også få svekket kvalitet. Vi har erfaring med vanskeligheter dette fører til ved overføring mellom regioner i dag. Dersom pasienten skal kunne velge fjerntliggende sentre eller sentre med stor belastning, vil det dessuten bli svært kostbart og medføre store reisekostnader. I tillegg vil fritt valg av sentre kunne føre til økt mengde saksbehandling og fristbrudd som også er uheldig. De grunnleggende vurderinger er dessuten så vidt like i de ulike tiltak at nytteverdien for pasienten av å velge et annet tiltak, oftest vil bli svært liten.»

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag uttaler at kontrollen med et sidemisbruk og lekkasje til illegalt marked vil bli vanskelig gjort dersom pasienten skal kunne velge LAR senter uavhengig av bosted.

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Gatejuristen, Høgskolen i Bergen, Pasientombudskollegiet (flertallet), Norsk Psykologforening, Statens helsetilsyn, Diakonhjemmet sykehus, Aker universitetssykehus HF Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF går imot forslaget til begrensinger i valget for LAR pasienter.

Gatejuristen uttaler følgende om forslaget:

«Gatejuristen legger til grunn at bare et fåtall av pasientene vil ønske å velge LAR-sentre utenfor det geografiske området de oppholder seg i, siden det er upraktisk også for pasientene å reise langt til møter og behandling. Gatejuris-

ten forutsetter derfor at de pasientene som ønsker behandling ved et annet LAR-senter vil ha gode grunner for dette, på lik linje med pasienter med andre sykdommer som benytter retten til fritt sykehusvalg.

Det kan tenkes en rekke grunner til å velge et annet LAR-senter. En grunn kan være at pasienten planlegger å flytte til den kanten av landet der LAR-senteret ligger, og dermed velger LAR-senteret på tilflyttingsstedet for å unngå en senere overføring til dette. Når en flytting skjer vil den nye oppholdskommunen være ansvarlig for tjenestetilbudet etter sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven (bl.a.), og samtidig vil det for de fleste være naturlig å bytte fastlege når de flytter. For enkelte pasienter kan nettopp det å få geografisk avstand til tidligere miljø være viktig i en rehabiliteringsprosess.

En annen grunn kan være at det er kortere saksbehandlingstid på enkelte LAR-sentre, noe som gjør at pasienten kan ønske å reise noe lengre for å komme raskt i gang med substitusjonsbehandling.

En tredje grunn til at pasienten kan ønske et annet LAR-senter, kan være at pasienten foretrekker den behandlingen som gis ved dette LAR-senteret, for eksempel fordi pasienten vurderer muligheten til å få et bestemt substitusjonsmedikament som større ved dette senteret (praksis mellom LAR-sentrene mht. andel pasienter med hhv. subutex og metadon varierer jo, som kjent).

De rent praktiske utfordringene vedrørende møter, forskrivning av medikamenter mv., antar vi i de fleste tilfeller lar seg løse i praksis. Gatejuristen har tro på at både LAR-senteret, fastlegen, sosialtjenesten, pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, NAV, utdanningsinstitusjonene og andre som har ansvar for ulike deler av behandlingen og rehabiliteringsprosessen er i stand til å komme fram til samarbeidsformer som fungerer i de få sakene dette vil gjelde, selv om det blir noe uvant med andre samarbeidsparter enn de er vant til.»

Norsk Psykologforening uttaler:

«Norsk Psykologforening kan ikke se at det er grunn til å ha en spesielle unntak for LAR-pasienter når det gjelder sykehusvalg. Valg av behandlingssted for rusavhengighet må det alltid arbeides individuelt med, og det er ingen spesiell grunn til at pasienter i LAR skal ha mer generelle unntaksbestemmelser enn andre pasientgrupper. Av de to alternativene i § 2.4, mener vi alternativ en er mest tydelig. Det fastholder retten til fritt sykehusvalg, og tydeliggjøre unntak fra dette i selve lovteksten. Norsk Psykologforening foreslår at det leddet i forsla-

get som handler om unntak for pasienter i LAR tas ut.»

Sosial- og helsedirektoratet mener det bare bør være begrensninger i en tidsavgrenset oppstartsfasen under avgiftning og stabilisering på substitusjonsmedikamentet. *Direktoratet* peker også på at det kan være behov for å fastsette nærmere regler om en slik begrensning i forskrift.

4.4.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Likhets hensyn tilsier at LAR-pasienter i størst mulig grad likestilles med andre pasientgrupper, og gis samme rettigheter. Forskjellsbehandling bør være godt begrunnet - fortrinnsvis ut i fra hensynet til pasientene. Departementet støtter anbefalingen fra *Sosial- og helsedirektoratet* etter evalueringen av LAR, (jf. omtale nedenfor under punkt 4.7.2) om at LAR-behandlingen bør bli mest mulig alminneliggjort og integrert som en del av den øvrige rusbehandlingen/spesialisthelsetjenesten. Spesielle regler kan motvirke en slik integrering. Utgangspunktet må derfor være at retten til å velge behandlingssted skal gjelde også ved henvisning til LAR-sentre og dersom opphold i en døgninstitusjon gjennomføres som ledd i LAR-behandlingen.

Evalueringen av LAR viser at rehabiliteringsinnsatsen er vesentlig for å oppnå gode resultater av behandlingen. Et tett og godt samarbeid mellom LAR-sentrene, sosialtjenesten og fastlegen er viktig for å oppnå best mulig rehabilitering. Dersom pasienten velger å være tilknyttet et senter som geografisk er langt unna oppholdskommunen, vil det kunne vanskeliggjøre dette samarbeidet. De enkelte LAR-sentrene har etablert et samarbeidsforhold med lokal sosialtjeneste og fastlege. Evalueringen av LAR viser at det har utviklet seg ulik praksis i regionene når det gjelder ansvars- og rollefordelingen i dette samarbeidet. Det kan være krevende å få etablert et godt samarbeid med nye kommuner i forbindelse med enkeltpasienter. Det kan også medføre økt belastning for sosialtjenesten å følge opp en pasient som blir tilknyttet et senter som ligger langt unna pasientens oppholdskommune.

Dersom det er store geografiske avstander mellom LAR-senteret som ønskes valgt og pasientens oppholdssted, kan det bli problematisk å gjennomføre valgretten i praksis. Dette gjelder både i forhold til gjennomføringen av samarbeidet med bostedskommunen, for eksempel deltakelse i ansvarsgrupper, og i forhold til den direkte klientrettede polikliniske virksomheten som drives ved sentrene. I hvilken grad senteret deltar i aktiv klientrettet virksomhet, varierer mellom sentrene, i

ulike faser av behandlingen og ut i fra pasientenes individuelle behov for oppfølging. I tillegg til deltakelse i pasientens ansvarsgruppe, driver enkelte av sentrene i dag relativt mye aktiv klientrettet virksomhet i form av forskrivning av substitusjonsmedikamentet, utdeling av medikament og kontroll av urinprøver. Alt dette taler for å gjøre et unntak fra retten til å velge behandlingssted for denne pasientgruppen når det gjelder mulighet for å velge LAR-senter.

For å bidra til å sikre målet om å gi LAR-pasienter helhetlig og god medisinsk behandling og sosialfaglig rehabilitering og oppfølging, foreslår departementet å opprettholde forslaget i høringsnotatet om begrensninger i muligheten for å velge LAR-senter. Retten til å velge behandlingssted foreslås å gjelde også ved henvisning til LAR-senter med mindre gjennomføringen av en slik valgrett ville være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen. Slik begrensningen er formulert, vil det kreve en del for at pasienten ikke skal kunne velge LAR-senter, jf. at bruken av begrepene «uforsvarlig» og «betydelig grad».

Departementet mener at begrensningene i valgretten sannsynligvis vil være mest aktuelle i oppstartsfasen når pasienten er under avgiftning og stabilisering på substitusjonsmedikamentet, men er ikke enig i *Sosial- og helsedirektoratets* forslag om å begrense unntaket til en bestemt tidsperiode av behandlingen.

Ut over den foreslåtte begrensningen i retten til å velge LAR-senter, foreslås retten til å velge institusjon å gjelde også for LAR-pasienter. LAR-pasienter vil ikke være avskåret fra å velge behandlingssted dersom opphold i døgninstitusjon er aktuell som ledd i LAR-behandlingen. Departementet vil også understreke at reglene om valg av behandlingssted etter pasientrettighetsloven § 2-4 med de begrensninger som er foreslått her, ikke regulerer situasjoner der LAR-pasienter trenger å bytte LAR-senter i forbindelse med flytting.

4.4.4 Forskrift om gjennomføring av retten til valg av sykehus m.m.

4.4.4.1 Gjeldende rett

Ordningen med rett til valg av sykehus m.m. er i dag regulert i pasientrettighetsloven § 2-4. Bestemmelsen lyder som følger:

«Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpsykiatrisk senter, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at

sykehuset eller det distriktpspsykiatriske senteret eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om slike avtaler som er omtalt i første ledd.»

Retten til fritt sykehusvalg gjelder alle pasienter som henvises til sykehus, distriktpspsykiatriske sentre eller til behandlingssteder i slike institusjoner. Den omfatter ikke andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten. Etter den nye bestemmelsen i § 2-4 nytt tredje ledd, som trådte i kraft fra 1. januar 2007, gjelder valgretten for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre dette vil være uforvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

Pasientrettighetsloven gir ikke hjemmel til å gi forskrifter med nærmere regler om innholdet i retten til fritt sykehusvalg.

4.4.4.2 Høringsnotatet

I høringsnotatet foreslås en ny forskriftshjemmel som gir adgang til å fastsette nærmere regler om gjennomføringen av retten til valg av sykehus m.m.

Det skisseres to alternative lovtekniske løsninger.

Etter alternativ 1 foreslås begrensningene i valgretten overfor LAR-pasienter og pasienter tatt inn i institusjon etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a innarbeidet i gjeldende bestemmelse. I tillegg foreslås det en hjemmel til å gi utfyllende regler om gjennomføringen av valgretten. Denne hjemmelen forutsettes ikke å gi grunnlag for å gjøre ytterligere begrensninger eller innskrenkninger i valgretten i forskrifter enn de begrensningene som følger av forslag til lovbestemmelse.

Etter alternativ 2 foreslås en generell regel om rett til fritt sykehusvalg ved henvisning til sykehus som eies av et regionalt helseforetak eller som har avtale med et regionalt helseforetak. Dette er en videreføring av gjeldende rett når det gjaldt retten til valg av sykehus. Samtidig foreslås det å gi hjemmel til å fastsette det nærmere innholdet av denne valgretten i forskrift. Det kan blant annet gis regler om hvilke andre institusjonstyper som skal være omfattet av valgretten ut over sykehus. Det forutsettes i høringsnotatet at det i forskriften skal fast-

settes at valgretten også skal gjelde ved henvisning til distriktpspsykiatriske sentre og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dette for å videreføre gjeldende rett mht hvilke institusjoner som er omfattet. Det er også forutsatt at forslagene i høringsnotatet om å utvide valgretten til å omfatte ved henvisning til alle typer rusinstitusjoner, jf. punkt 4.4.1.4 ovenfor skal fastsettes i forskriften.

Den foreslåtte forskriftshjemmelen er i alternativ 2 utformet slik at den også gir hjemmel for å gjennomføre i forskrift de begrensninger i valgretten som gjelder etter dagens bestemmelse. Dette gjelder begrensningene i valgretten for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven, unntaket fra valgretten når det gjelder valg av behandlingsnivå og for øyeblikkelig hjelp. Hjemmelen gir også anledning til å gjennomføre forslagene i høringsnotatet om begrensninger i valgretten for pasienter som er innlagt eller holdes tilbake med tvang og for pasienter i LAR. Forskriften vil i tillegg kunne inneholde nærmere regler om den praktiske gjennomføringen av valgretten.

4.4.4.3 Høringsinstansenes syn

21 høringsinstanser uttaler seg om forslaget om regulering av fritt sykehusvalg i forskrift. 13 av disse støtter at det er behov for en hjemmel for å gi forskrifter om fritt sykehusvalg. Blant andre *Den norske lægeforening, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Oslo kommune, Lier kommune og Asker kommune, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Sosial- og helsedirektoratet, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Sykehuset Østfold HF og Diakonhjemmet sykehus*. I tillegg tar 7 instanser stilling til alternativ for lovteknisk løsning uten uttrykkelig å støtte behovet for en forskrift. Ingen instanser går direkte imot en forskriftsregulering.

Lovteknisk løsning alternativ 1 støttes av *Apo-tekteforeningen, Den norske lægeforening, Drammen kommune, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, Norsk Psykologforening og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)*. Begrunnelsene for å ønske alternativ 1 er hovedsakelig at de viktigste prinsippene og begrensningene for valgretten bør fremgå av lovteksten. Blant annet uttaler *Den norske lægeforening* følgende om dette:

«Legeforeningen er enig i at det er hensiktsmessig å supplere bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4 med forskrift som regulerer det nærmere innholdet av valgretten, herunder

en nærmere fastsetting av når det kan gjøres unntak fra valgretten. En forskriftsregulering er mer egnet til å sikre forutsigbarhet og rettssikkerhet enn presiseringer i mindre tilgjengelige forarbeider. Legeforeningen er imidlertid av den oppfatning at de viktigste prinsippene for valgretten bør tas inn i selve lovteksten, og mener derfor at endringene i § 2-4 bør følge løsningen i det foreslåtte alternativ 1. Dette samsvarer også lovteknisk best med de øvrige endringer som foreslås i høringsnotatet.»

Asker kommune, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder, Oslo kommune, Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern og Lovisenberg Diakonale sykehus ønsker alternativ 2 til lovteknisk løsning.

Om behov for regulering i forskrift og valg av lovteknisk løsning uttaler *Oslo kommune* følgende:

«Oslo kommune er enig med departementet i nødvendigheten av en nærmere presisering av hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg. En utvidelse av retten til også å gjelde valg av rusinstitusjon medfører at ordningen gjelder for ennå flere ulike pasientgrupper som igjen fordrer ulike behandlingstyper. En nærmere regulering av hva som ligger i bestemmelsen vil føre til mindre tvil om tolkningen av pasientrettighetsloven § 2-4 og bedre tilgjengeligheten og forståelsen for de som skal gjennomføre ordningen. Det vil også bidra til å sikre at pasientgruppene får sine rettigheter best mulig ivare tatt samt bidra til en større nasjonal likhet ved gjennomføring av ordningen.

Når det gjelder den lovtekniske løsningen for gjennomføring av ordningen støtter kommunen departementets alternativ 2. Oslo kommune ser det som en fordel at bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4 fastsetter en overordnet og generell rett for pasientgruppene til fritt valg sykehus m.m., mens både begrensninger, presiseringer og nærmere regler om den praktiske gjennomføringen samles i en egen forskrift med hjemmel i ny § 2-4.»

Flertallet i *Pasientombudskollegiet* går imot forslaget i alternativ 2 og uttaler følgende om dette:

«I forslaget alternativ 2 til endring av pasientrettighetslovens § 2-4 foreslås det en generell bestemmelse der det kan gis forskrift om nærmere presiseringer av avgrensningen ift hvilke institusjonstyper som omfattes. Pasientombudene i Norge mener at det faller innenfor lovgivers oppgaver å foreta slike avgrensninger. Vi er imot at dette arbeidet skal overtas av departementet.»

4.4.4.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener det er behov for å supplere bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4 med forskrifter som utdyper og presiserer nærmere hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg. Dagens bestemmelse i § 2-4 er generell og kortfattet og gir regler av overordnet karakter. Rettigheten skal imidlertid gjennomføres for et spekter av ulike pasientgrupper, mange ulike behandlingsformer, ulike institusjonstyper og forskjellige behandlingsforløp. Bestemmelsen gjelder ved korte planlagte sykehusopphold (for eksempel ved kirurgiske inngrep). Den gjelder også for fødende som skal tildeles fødeplass på sykehus, for pasienter under tvungent psykisk helsevern og for gravide rusmiddelavhengige som holdes tilbake med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2a.

Det har vært reist flere spørsmål om fortolkningen av § 2-4. Ordlyden gir få holdepunkter for hvordan ordningen nærmere skal gjennomføres. Forarbeidene til bestemmelsen gir noen nærmere forklaringer av hva som ligger i bestemmelsen. Blant annet at valgretten gjelder hele landet og at pasienten kan velge både ved vurdering og behandling, men ikke ved øyeblikkelig hjelp. Dette følger av de generelle merknadene til bestemmelsen, jf. Ot. prp. nr. 12 (1998-99) pkt. 4.6.6. Det er der også presisert at valgretten gjelder både ved innleggelser og polikliniske konsultasjoner innen sykehusets organisasjon. Unntaket for valg av behandlingsnivå innebærer at pasienten ikke har rett til å velge mer spesialisert behandling enn den vedkommende er henvist for, jf. Ot. prp. nr. 12 (1998-99) pkt. 4.6.6.

Sosial- og helsedirektoratet har fortolket bestemmelsen i rundskriv IS-12/2004 *Lov om pasientrettighetsloven*.

I rundskrivet er det blant annet lagt til grunn at retten til å velge gjelder under hele behandlingsforløpet, og at pasienten også har rett til å skifte behandlingssted. Et skifte forutsetter at det er faglig forsvarlig å flytte pasienten.

På bakgrunn av den kortfattede bestemmelsen som i dag regulerer valgretten og spørsmålene som har vært reist om forståelsen av bestemmelsen når det gjelder det nærmere innholdet i valgretten, har departementet kommet til at det kan være hensiktsmessig med en forskriftsregulering. En forskrift med nærmere regler om innholdet og gjennomføringen av valgretten vil kunne gjøre innholdet i ordningen mer forutsigbart og lettere tilgjengelig for både pasientene og helsetjenesten. Dette vil styrke pasientenes rettssikkerhet og legge bedre til rette for en mest mulig lik praktisering av valgretten.

Departementet foreslår den lovtekniske løsnin- gen i alternativ 1. Forslagene til endringer i retten til fritt sykehusvalg som er omtalt ovenfor i punk- tene 4.4.1.4, 4.4.2.4 og 4.4.3.4 gjennomføres lovtek- nisk som endringer i dagens § 2-4 første og tredje ledd. I tillegg foreslås en utvidelse av nåværende forskriftshjemmel i § 2-4 fjerde ledd slik at denne også gir adgang til å gi nærmere regler om innhol- det og gjennomføringen av retten til fritt valg av sykehus m.m. På denne måten vil hovedregelen om valgtrett og de viktigste unntakene fremgå av lovbestemmelsen.

4.5 Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1 og 3-1a)

4.5.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a kan det gis forskrift om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk. Slike forskrifter er ikke gitt. Bestemmelsen ble vedtatt i forbindelse med rusreformen og var en overføring av tilsvarende bestemmelse i davæ- rende sosialtjenestelov § 7-13 som gav hjemmel for en tilsvarende plikt for fylkeskommunen. Overfø- ringen var ikke ment å medføre endringer i hjem- melens innhold utover endringen av pliktsubjektet. Det var heller ikke gitt forskrift med hjemmel i denne bestemmelsen. Å sørge for plasser for akutt behandling av rusmiddelavhengige var imidlertid en del av det ansvaret fylkeskommunene hadde for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg for og behandling av rusmiddelavhengige etter daværende sosialtjenes- telov § 7-1. Det er således også en del av det ansva- ret de regionale helseforetakene nå har etter spesi- alisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 til å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

4.5.2 Høringsnotatet

Departementet foreslår i høringsnotatet en tilføy- else i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som påleg- ger de regionale helseforetakene å utpeke akutt- plasser for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. De regionale helseforetakene skal etter forslaget ha samme plikt, innen rusbe- handling som innen psykiatrien, til å utpeke på for- hånd det nødvendige antall institusjoner eller avde- linger i institusjoner som skal ha plikt til å gi akutt hjelp. Hjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven §

3-1a til å gi forskrifter blir etter dette overflødig og foreslås opphevet. Etter § 3-1 femte ledd kan det gis forskrifter om det nærmere innholdet i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Denne hjemmelen ville etter forslaget også omfatte nærmere regler om plikt til å gi akutt behandling for rusmiddelmiss- bruk.

4.5.3 Høringsinstansenes syn

13 høringsinstanser uttaler seg om forslaget. For- slaget støttes av *Sosial- og helsedirektoratet, Den norske lægeforening, Asker kommune, Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, Rusmisbrukernes interesse- organisasjon (RIO), Stavanger kommune, Sykehu- set Østfold HF, Diakonhjemmet sykehus og Helse Øst RHF.*

Høringsinstansens begrunnelse for å støtte for- slaget er stort sett dagens manglende tilbud av akuttplasser. Blant annet uttaler *Sykehuset Østfold HF*:

«Utbredelsen og omfanget av akuttplasser for behandling av rusmiddelavhengige, er per i dag både svært begrenset og mangelfull. Føl- gelig bifalles forslaget som innebærer en syn- liggjering og understrekning av de regionale helseforetakenes ansvar for etablering av slike tiltak.»

Datatilsynet stiller spørsmål om en tilfredsstil- lende oppfyllelse av denne oppgaven forutsetter at de regionale helseforetakene har tilgang til en rekke pasientopplysninger. *Tilsynet* etterlyser en generell tilnærming til denne problemstillingen og ber om en vurdering fra departementet av hvordan de regionale helseforetakene skal oppfylle dette ansvaret. *Tilsynet* uttaler:

«Datatilsynet stiller spørsmål ved hvorvidt til- fredsstillende oppfyllelse av denne oppgaven forutsetter at også RHF'ene, i administrasjons- øyemed, har oversikt over antall rusmiddelav- hengige i regionen, herunder hvem den enkelte rusmiddelavhengige er og deres tidli- gere behandlingshistorie. Etter Datatilsynets oppfatning er dette opplysninger som tradisjo- nelt kun skal håndteres av det helseforetak, eventuelt den institusjon, som yter eller har ytt den rusmiddelavhengige helsehjelp.

Datatilsynet har gjennom sin virksomhet blitt gjort klar over at RHF'ene blir pålagt flere og flere oppgaver som er nært knyttet til den direkte ytelse av helsehjelp, til tross for at denne oppgaven ikke ligger hos disse foreta- kene. (...)

Datatilsynet er av den oppfatning at det er uheldig at også RHF'ene i større grad ser seg

nødt til å behandle helseopplysninger til tross for at disse foretakene ikke direkte yter pasientene helsehjelp. Disse opplysningene er som hovedregel taushetsbelagte, og folk flest oppfatter de også som svært følsomme og private. Datatilsynet benytter derfor anledning til å etterlyse en generell tilnærming til denne problemstillingen, herunder en vurdering av hvorledes departementet ser for seg at RHF'ene skal oppfylle dette ansvaret.»

4.5.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet mener det er viktig å synliggjøre og understreke de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for akutt hjelp til rusmiddelavhengige som trenger rusbehandling, f. eks kriseinntak eller akutt avrusning. Flertallet av høringsinstansene støtter også dette forslaget og viser til at dagens akutttilbud er mangelfullt.

Departementet foreslår derfor - som i høringen - å innføre en plikt for de regionale helseforetakene til å utpeke det nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som skal ha plikt til å motta pasienter som trenger akutt/øyeblikkelig rusbehandling. De regionale helseforetakene avgjør selv hvordan dette akutttilbudet skal organiseres - om dette skal samles i egne atskilte tjenester, eller skal være en integrert del av det ordinære tjenestetilbudet. De regionale helseforetakene må vurdere hvilke og hvor mange institusjoner eller avdelinger det er behov for å utpeke til å ha denne beredskapsfunksjonen.

Forslaget innebærer at institusjonene eller avdelingene som utpekes skal ha tilsvarende plikt til å yte akutt/øyeblikkelig rusbehandling, som somatiske sykehus i dag har til å gi øyeblikkelig/akutt somatisk helsehjelp. Plikten er også tilsvarende den plikt som de psykiatriske institusjoner eller avdelinger som er utpekte til dette, har til å gi akutt/øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp. At en institusjon eller avdeling utpekes til å gi akutt/øyeblikkelig rusbehandling etter forslaget til tilføyelse i § 3-1 andre ledd, innebærer ikke at denne institusjonen er forpliktet til også å ha beredskap til å gi øyeblikkelig/akutt somatisk helsehjelp etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 første ledd til rusmiddelavhengige.

Plikten til å gi akutt/øyeblikkelig rusbehandling innebærer at pasienten skal tas imot straks dersom det ut i fra de foreliggende opplysninger må antas at den hjelpen som institusjonen eller avdelingen som er utpekt kan gi, er påtrengende nødvendig. Det vil si at pasienten har et akutt/øyeblikkelig behov for helsehjelp for sin rusavhengig-

het og det ikke vil være forsvarlig at pasienten henvises til å følge de ordinære prosedyrene for inntak. De ordinære prosedyrene for inntak vil si at pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten for rusbehandling fra lege eller sosialtjenesten i kommunen eller fra lege innen den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vurderer henvisningen og pasientens helsetilstand og fastsetter eventuelt en behandlingsfrist, jf. pasientrettighetsloven § 2-2.

Om - og i tilfelle, i hvilket omfang - den utpekte institusjonen i tillegg til å motta og undersøke pasienten, også skal gi pasienten akuttbehandling, avhenger av en vurdering av hva som er faglig forsvarlig. Institusjonen plikter ikke å ferdigbehandle pasienten, men må gi tilstrekkelig helsehjelp til at det ansees forsvarlig å skrive pasienten ut.

De regionale helseforetakene skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a sørge for et tilbud om spesialisthelsetjenester som dekker behovet hos befolkningen innen de respektive helseregionene. Herunder skal de sørge for et tilstrekkelig tilbud om behandling for rusmiddelmisbruk, blant annet akutt hjelp. Organisering, planlegging og dimensjonering av tjenestetilbudet slik at det dekker befolkningens behov, er en sentral del av dette ansvaret når det gjelder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk så vel som somatikk og psykisk helsevern. Denne oppgaven forutsetter ikke at de regionale helseforetakene har konkrete opplysninger om de enkelte rusmiddelavhengige i regionen eller deres behandlingshistorie. Planleggingen må skje på grunnlag av mer overordnet data over befolkningsgrunnlaget, samt baseres på tidligere erfaringer i regionen. Departementet mener derfor at forslaget om å identifisere hvilke deler av tjenestetilbudet som skal dekke behovet for akutt hjelp ikke innebærer at de regionale helseforetakene pålegges nye oppgaver som medfører at disse får økt behov for å behandle helseopplysninger, jf. høringsuttalelsen fra *Datatilsynet*.

4.6 Gjennomføringsregler for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd)

4.6.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd gjelder bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter gitt med hjemmel i denne bestemmelsen også for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Bestemmelsen ble vedtatt

ved rusreformen og skulle sikre at disse reglene om beboernes rettigheter og bruk av tvang under opphold i rusinstitusjoner ble videreført også etter at tjenestene ble overført til spesialisthelsetjenesten og helselovgivningen.

Sosialtjenesteloven § 7-11 gir regler om rusmiddelavhengiges rettigheter under opphold i rusinstitusjoner, blant annet rett til selvbestemmelse i personlige spørsmål og rett til å bevege seg i og utenfor institusjonen. Bestemmelsen setter også forbud mot fysisk refs. Fjerde ledd gir hjemmel til å fastsette regler om bruk av tvangsmidler, om urinprøvetaking, om tiltak for å forhindre at rusmidler eller farlige gjenstander tas inn i institusjonen og regler om forvaring av beboernes midler. Slike regler er gitt i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5 og gjelder også under opphold i rusinstitusjoner.

Forskriftens § 5-2 gir regler om vern av beboernes integritet, blant annet regler om respekt for beboernes livssyn og kulturelle bakgrunn, mulighet for å dyrke private interesser og hobbyer og mulighet for samvær med utenforstående og andre beboere etter eget ønske. Etter § 5-3 skal institusjonen sørge for nødvendig medisinsk tilsyn og behandling til beboerne under oppholdet i institusjonen. § 5-4 gir regler om sensur og kontroll av beboernes post. Kontroll av post er tillatt dersom det foreligger begrunnet mistanke om at forsendelsen inneholder berusende eller bedøvende midler eller gjenstander som kan føre til skade på person eller ting. § 5-5 gir institusjonene hjemmel til å sette forbud mot alkoholholdige drikkevarer, legemidler og andre berusende midler i institusjonen.

§ 5-6 gir adgang til kroppsvisitasjon og ransaking av beboernes rom og eiendeler ved begrunnet mistanke om at beboeren oppbevarer rusmidler, medikamenter eller farlige gjenstander. Etter § 5-7 kan rusmidler, herunder legemidler, og farlige gjenstander beslaglegges og tilintetgjøres. § 5-8 gir regler om adgang til å ta urinprøver. Ved frivilling innleggelse, kan den rusmiddelavhengige samtykke til at det kan tas urinprøve. Ved inntak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a kan urinprøve bare tas dersom dette følger av fylkesnemndas vedtak.

§ 5-9 gir regler om adgang til tilbakeføring - ved rømming - av beboere som kan holdes tilbake i institusjon uten eget samtykke, jf. sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Etter § 5-10 kan beboerne nektes besøk dersom dette er nødvendig av hensyn til behandlings- og rehabiliteringsopplegget og det ikke er urimelig.

§§ 5-11 og 5-12 gir regler om fravær fra institusjonen. Kortere fravær og permisjoner kan nektes

dersom det er nødvendig for opplegget at beboeren er tilstede. § 5-13 pålegger institusjonen å ha et tilbud om oppbevaring av økonomiske midler dersom beboerne ønsker det. §§ 5-14 og 5-15 regulerer bruk av tvang hhv som ledd i behandlingen og som straff. Tvangsmedisinering eller fysisk tvang som ledd i behandlingen er ikke tillatt. Tvungen arbeidsinnsats er imidlertid tillatt dersom dette inngår som en del av rehabiliterings- eller behandlingsopplegget. Bruk av kroppslig refsing, isolasjon, mekaniske tvangsmidler, permisjonsnekting, utgangsforbud, arbeidspålegg, økonomiske sanksjoner eller tvangsmedisinering er ikke tillatt som straff. § 5-16 gir regler om bruk av tvang i nødssituasjoner basert på alminnelige nødretts- og nødvergebetraktninger. Nødvendig tvang kan benyttes dersom det er uomgjengelig nødvendig for å avverge øyeblikkelig fare for skade på person eller vesentlig skade på eiendom. Blant annet er det gitt regler om bruk av isolering.

Forskriften inneholder også prosessuelle regler for postkontroll, kroppsvisitasjon, ransaking, beslaglegging, tilintetgjørelse, besøksnekt og bruk av tvangsmidler i nødssituasjoner. Vedtak om slike tiltak skal begrunnes, protokollføres og legges frem for tilsynsmyndigheten.

Forskriften § 5-17 gir regler om klage på beslutninger fattet i henhold til forskriften. Klageinstans etter disse reglene var tidligere fylkesmannen (daværende tilsynsmyndighet for tjenestene). Etter at tjenestene ved rusreformen ble definert som spesialisthelsetjenester og tilsynsansvaret overført til Helsetilsynet i fylket, tolker departementet bestemmelsen i § 5-17 slik at klageinstansen er nåværende tilsynsmyndighet, Helsetilsynet i fylket.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tilbys i dag også ved institusjoner etter psykisk helsevernloven. Etter ny § 1-1a andre ledd i psykisk helsevernloven (i kraft fra 1. januar 2007), gjelder gjennomføringsreglene i psykisk helsevernloven §§ 4-1- 4-3, 4-5 - 4-7 og § 4-8 for gjennomføring av opphold i en psykiatrisk institusjon også når institusjonen er ansvarlig for opphold som skjer i medhold av en annen lov. Disse reglene gjelder da for alle pasientene som er ved institusjonen, også pasienter som tilbys frivillig behandling for rusmiddelmissbruk eller rusmiddelavhengige som et tatt inn på grunnlag av vedtak om tilbakeholdelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a. Dette er regler om individuell plan (§ 4-1), om vern om personlig integritet (§ 4-2), om skjerming (§ 4-3), om forbindelse med omverdenen (§ 4-5, med unntak av andre ledd), om undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon

(§ 4-6), om beslag (§ 4-7) og om bruk av tvangsmidler i institusjon (for døgnopphold) (§ 4-8). I disse tilfellene gjelder ikke tilsvarende regler i kapittel 5 i forskrift til sosialtjenesteloven, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd.

4.6.2 Høringsnotatet

Departementet foreslår i høringsnotatet å oppheve gjeldende bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd slik at gjennomføringsreglene etter sosialtjenesteloven § 7-11 og dens forskrifter, ikke lenger kommer til anvendelse ved opphold på rusinstitusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig foreslås en ny hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 nytt andre ledd til å gi forskrifter med tilsvarende regler. Denne forskriften ville da være hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og gjelde ved opphold i rusinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

4.6.3 Høringsinstansenes syn

Forslaget støttes av blant annet *Asker kommune, Den norske lægeforening, Fagrådet innen Rusfeltet, Fylkesmannen i Oslo og Akershus og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Helsetilsynet i Sør-Trøndelag, Dia-konhjemmet sykehus, Sosial- og helsedirektoratet, Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder og Statens helsetilsyn*. Ingen høringsinstanser går imot forslaget. *Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO) og Samarbeidsforum for norske kollektiv støtter* forslaget under forutsetning av at det gis regler med tilsvarende innhold som dagens regler.

Blant andre *Den norske lægeforening* uttaler at forskriftshjemmelen raskt må følges opp med ny forskrift og at de rusavhengiges rettigheter etter sosialtjenesteloven § 7-11 må gjelde frem til ny forskrift er trådt i kraft.

Statens helsetilsyn mener Kontrollkommisjonen bør ha samme rolle overfor pasienter innlagt for behandling for sitt rusmiddelmissbruk som for psykiatriske pasienter, og at ruspasientene gis samme rett til å la seg bistå med en advokat. *Tilsynet* ber departementet ta disse synspunktene med i det videre arbeid med iverksettelse av de nye bestemmelsene i lov om psykisk helsevern.

Psykiatrien i Vestfold HF peker på at ruspasienter har et dårligere rettsvern enn pasienter innen psykisk helsevern og uttaler følgende:

«I beskrivelse av gjeldende rett, vises det til at tvangsprotokoller skal legges fram for tilsynsmyndigheten. Før rusreformen ble dette gjennomført ved fylkesmannens tilsynsbesøk. Etter rusreformen er tilsyn med rusinstitusjoner nå

overført Helsetilsynet, som driver revisjonstilsyn. Det vurderes at revisjonstilsyn ikke sikrer at pasientrettighetene blir ivaretatt i tilstrekkelig grad, med tanke på bruk av tvang og protokollføring av dette. Generelt må det også bemerkes at et revisjonstilsyn heller ikke inkluderer spesifikt tilsyn knyttet til håndtering av pasienter innlagt i hht. LOST § 6-2. Pasienter innlagt i hht. LOST § 6-2 har således et betydelig dårligere rettsvern enn pasienter innlagt på tvang i hht. psykisk helsevernlov, hvor kontrollkommisjonene har en viktig rolle i denne sammenheng.»

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust- Agder understreker at reglene enten må gjøres gjeldende for, eller harmoniseres med regler for beboere som er plassert i ulike rusomsorgsinstitusjoner etter sosialtjenesteloven.

Sosial- og helsedirektoratet mener opplystingen i lovhjemmelen må gjøres uttømmende.

4.6.4 Departementets vurderinger og forslag

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd ble gitt for å sikre en videreføring av reglene om beboernes rettigheter og bruk av tvang i rusinstitusjoner som gjaldt før ikrafttredelsen av rusreformen. Det er imidlertid ikke en hensiktsmessig lovteknisk løsning at tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven reguleres av en bestemmelse i sosialtjenesteloven og forskrifter gitt med hjemmel i denne. Av lovtekniske og pedagogiske grunner foreslår departementet derfor å oppheve spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd og erstatte den med en hjemmel til å gi forskrifter med regler om gjennomføring av opphold i rusinstitusjoner.

Departementet støtter det syn at det er viktig at det ikke oppstår lovtomme tidsrom, og tar derfor sikte på å sette disse endringene i kraft først når nye forskrifter er fastsatt. Departementet foreslår derfor en hjemmel for delt ikrafttredelse av endringene som foreslås i denne proposisjonen slik at opphevelsen av § 3-14 andre ledd ikke settes i kraft før ny forskrifter er fastsatt.

Departementet er også enig med *Sosial- og helsedirektoratet* at rettssikkerhetshensyn tilsier at lovhjemmelen uttømmende lister opp hvilke tvangstiltak som kan reguleres i forskriften.

Når det gjelder Kontrollkommisjonens rolle overfor ruspasienter, har vi merket oss synspunktene fra høringsinstansene. Det ligger imidlertid utenfor dette konkrete lovarbeidet å utrede og foreslå endringer i dette regelverket.

4.7 Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

4.7.1 Gjeldende rett og praksis

Legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelavhengige er regulert gjennom egne retningslinjer gitt i rundskrivene I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003. I tillegg reguleres legers rett til forskrivning i utleveringsforskriften (forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek). Utleveringsforskriften er hjemlet blant annet i lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler. Det følger av forskriftens § 2-1 tredje ledd bokstav d at legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk, bare kan rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av departementet. Departementet har godkjent LAR-sentre med hjemmel i denne bestemmelsen.

LAR-sentrene vurderer henvisninger til LAR-behandling, godkjenner plan for helhetlig rehabiliteringsopplegg for den enkelte rusmiddelavhengige og fatter beslutninger om inntak i og utskrivning fra LAR-behandling. LAR-sentrene skal også utvikle og veilede det lokale hjelpeapparatet innenfor sine respektive regioner. I henhold til retningslinjene (I-35/2000) er målgruppen for LAR rusmiddelavhengige som har hatt et langvarig, opiattdominert misbruk uten at andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak har forhindret at tilstanden domineres av opiatavhengighet. Målet med bruk av legemidler er å bistå de aktuelle misbrukerne med å:

- komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen
- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og
- så langt mulig - yrkesmessig og sosial rehabilitering

I retningslinjene er det gitt særskilte inntaks- og utskrivningskriterier – noe som skiller LAR-tilbudet fra annen spesialisthelsetjeneste. Pasienten skal som hovedregel være fylt 25 år og ha en langvarig «narkotikamisbrukskarriere» bak seg. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiattdominert. Pasienten skal i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider før inntak i LAR. Det kan gjøres unntak fra disse inntakskriteriene dersom den rusmiddelavhengige har en kro-

nisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det. Som en del av grunnlaget for inntaksvurderingen, skal det foreligge en tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg. Henvisningen til LAR-behandling skal inneholde opplysninger om eventuell rekvirerende lege.

Retningslinjene gir også særskilte kriterier for utskrivning. Ved omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette, og ved bruk av vold og/eller trusler om vold, skal klienten skrives ut. Dette gjelder likevel ikke dersom utskrivning vil fremstå som en uforholdsmessig reaksjon. Vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen, fusk med urinprøver eller legemiddelinntak, manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel og samarbeidsvegning i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt. Slike forhold kan derfor gi grunnlag for utskrivning i henhold til retningslinjene.

Virksomheten ved LAR-sentrene er etter sitt innhold å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk og LAR-sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. LAR består både av spesialisthelsetjenester fra LAR-sentrene, kommunale rehabiliteringstjenester etter sosialtjenesteloven og kommunale helsetjenester.

Tjenestene ved LAR-sentrene er regulert av spesialisthelsetjenesteloven og den generelle helselovgivningen, blant annet pasientrettighetsloven. De kommunale tjenestene er regulert i sosialtjenesteloven (bolig, støttekontakt m.m.) og kommunehelsetjenesteloven (forskrivning/oppfølgning fra fastlege).

Ved henvisning av pasienter til LAR gjelder pasientrettighetslovens regler om rett til vurdering innen 30 virkedager og rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt behandlingsfrist.

4.7.2 Evaluering av LAR

Sosial- og helsedirektoratet fikk våren 2003 i oppdrag av (daværende) Helsedepartementet å gjennomføre en uavhengig og helhetlig evaluering av LAR. På grunnlag av resultatet fra evalueringen ble direktoratet bedt om å vurdere gjeldende regelverk og organisering av tilbudet og foreslå eventuelle endringer.

Direktoratet gav evalueringsoppdraget til AIM ResearchBasedConsulting. Universitetet i Oslo v/ Seksjon for kliniske rusmiddelproblemer fikk i opp-

drag å levere en delrapport med analyse av klientdata.

Et av hovedfunnene i evalueringen – som kom 3. november 2004 - var at LAR gir gode resultater og redder liv. Mange opplever bedre livskvalitet, bedre fungering - fysisk og sosialt - og kommer ut av rusmiljøene. AIM sier «Vi vurderer LAR som en langt på vei vellykket strategi for rehabilitering av opiatavhengige». Samtidig peker evalueringen på et stort forbedringspotensiale. Feltet har fått utvikle seg i til dels ulike retning slik at LAR ikke fremstår som et likeverdig tilbud i hele landet.

I følge evalueringen er det regionale variasjoner når det gjelder:

- ventetid (svært lang ventetid noen steder)
- rehabiliteringsinnsats (til dels manglende)
- medikamentbruk
- organisering (oppgavefordeling mellom LAR-sentre og lokalnivå)

Direktoratet presenterte sine anbefalinger om fremtidig forankring og regulering i mai 2005. Hovedanbefalingene var:

- Å integrere LAR-sentrene organisatorisk i helseforetakene (i tverrfaglig spesialisert behandling).
- Tjenesten bør reguleres av ordinære regler om pasientrettigheter kombinert med faglige retningslinjer.
- Indikasjon for igangsettelse av LAR bør baseres på ren faglig vurdering i forhold til en egnet definisjon av opiatavhengighet og erstatte inntakskriteriene (alder, misbrukskarriere og gjennomført medikamentfri behandling).
- Utskriving bør bare skje på medisinskfaglig grunnlag eller etter pasientens ønske.
- Gjeldende retningslinjer med blant annet egne inntaks- og utskrivningskriterier oppheves.

Direktoratet anbefalte at de faglige retningslinjene skulle omfatte blant annet følgende tema:

- prosedyrer for inn- og utskrivning
- valg av medikament og dosering
- kunnskapsbasert metodikk for rehabiliteringsarbeidet
- verktøy for målstyring av LAR-arbeidet
- samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner
- samarbeid mellom ulike tjenester i kommunene

Departementet avholdt 22. august 2005 en høringskonferanse om evalueringen og direktoratets anbefalinger. Høringsmøtet hadde bred deltakelse fra tjenestene, brukerrepresentanter og organisa-

sjoner. Høringsinstansene var gjennomgående opptatt av betydningen av kommunal deltakelse i LAR. Instansene framsto imidlertid delt når det gjelder framtidig regulering av tilbudet og direktoratets anbefalinger. Om lag halvparten ønsket integrering i helselovgivningen, mens halvparten så det som viktig å beholde dagens retningslinjer. I statsbudsjettet for 2006 (St. prp. nr. 1 (2005-2006)) ble det foreslått å utarbeide faglige retningslinjer for LAR og eventuelt fastsette en forskrift.

Sosial- og helsedirektoratet har etter dette fått i oppdrag å utarbeide slike retningslinjer for LAR, og er nå i gang med dette arbeidet.

4.7.3 Høringsnotatet

I høringsnotatet slutter departementet seg i hovedsak til anbefalingen fra *Sosial- og helsedirektoratet* om at LAR bør følge pasientrettighetslovens regler, kombinert med faglige retningslinjer. Departementet foreslår å oppheve dagens retningslinjer med blant annet særskilte inntakskriterier og regler om utskrivning og erstatte disse med faglige retningslinjer. Departementet mener imidlertid at det kan være behov for å vurdere om det på noen områder er behov for å fastsette særskilte regler for LAR i forskrift. Departementet foreslår derfor en hjemmel til eventuelt å fastsette nærmere regler om:

- formål med legemiddelassistert rehabilitering,
- kriterier for inntak og utskrivning,
- krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering,
- når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger,
- hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- adgang til å kreve urinprøver

Opplistingen i forslaget var ikke ment å være uttømmende.

I høringsnotatet foreslås også en bestemmelse som fastsetter at det i forskriftene kan gis regler om vilkår for inntak og utskrivning i LAR som kan være i motstrid med pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Det kan for eksempel forskriftsfestes en aldersgrense for inntak tilsvarende dagens 25-års grense, krav om at det skal foreligge en individuell plan før pasienten henvises til LAR, eller noen av de andre inntakskriteriene etter dagens retningslinjer. Det kan også forskriftsfestes at følgende forhold kan gi grunnlag for utskrivning:

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

- omsetting av illegal narkotika og/eller vane-dannende legemidler
- bruk av vold og/eller trusler om vold
- vedvarende alkohol- og/eller narkotikamis- bruk ved siden av behandlingen
- fusk med urinprøver eller legemiddelinntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av lege- middel
- samarbeidsvegving i forhold til avtaler, regel- verk og/eller tiltaksplan.

Den foreslåtte hjemmelen åpner også for at det kan gis regler om hvilke konsekvenser det skal få for behandlingen at det ikke er utarbeidet individuell plan.

4.7.4 Høringsinstansenes syn

27 høringsinstanser uttaler seg om forslaget om en hjemmel til å fastsette regler i forskrift om legemid- delassistert rehabilitering. Av disse støtter føl- gende instanser vurderingene i høringsnotatet om behov for forskrift: *LAR Øst, Legeforening, Dram- men kommune, Frelsesarmeens sosialtjeneste, Fyl- kesmannen og Helsetilsynet i Oslo og Akershus, Lier kommune, Nordnorsk Kompetansesenter – Rus, Oslo kommune, Norsk Psykologforening, Rusmisbruker- nes interesseorganisasjon (RIO), Sosial- og helsedi- rektoratet, Statens helsetilsyn, Psykiatrien i Vestfold HF, Helse Midt-Norge RHF, Sykehuset Østfold HF, Diakonhjemmet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF Divisjon Psykisk helsevern.*

Landsforbundet mot stoffmisbruk, Flertallet av Pasientombudskollegiet, Helse Øst RHF, og Aker universitetssykehus HF Klinikk for psykisk helse, Avdeling rus og avhengighet går imot en regulering i forskrift. *Helse Øst RHF, og Aker universitetssyke- hus* mener det er tilstrekkelig at tjenesten regule- res av pasientrettighetsloven i kombinasjon med faglige retningslinjer og faglige forsvarlighetsvur- deringer.

Flertallet i *Pasientombudskollegiet* uttaler:

«Departementet foreslår å gi adgang til å fast- sette nærmere regler om LAR. Rusmiddel- misbrukere, herunder LAR-pasienter, har krav på samme rettssikkerhet og pasientrettigheter som alle andre pasientgrupper, jfr også hva som av høringsnotatet fremgår som departe- mentets formål med endringsforslagene. Flertallet av pasientombud i Norge er ikke enige med departementet i at det er behov for egne regler når det gjelder LAR-pasienter. Dette gjø- res ikke for andre grupper pasienter, og strider dermed mot hensynet til likebehandling og lik rettssikkerhet for pasientgrupper. Vi oppfatter

forskriftsforslaget som et forsøk på å inn- skrenke rettighetene til akkurat denne pasient- gruppen, og et forslag som er direkte i motstrid til uttalt ønske om likeverdighet og lik rettssik- kerhet for rusmiddelmisbrukere som for andre pasienter. «Forholdene» som listes opp i merk- nadene til bestemmelsen er til dels oppdra- gende i formen - noe som gir andre assosiasjo- ner enn ønske om å gi et adekvat, tverrfaglig til- bud til personer med rusmiddelmisbruk.

Departementet anmodet sitt eget fagdirek- torat om å vurdere regelverk og organisering av LAR-tilbudet og foreslå endringer. Vi minner om direktoratets anbefalinger, som er sitert i høringsnotatet s. 24. Her fremgår tydelig at tje- nester til rusmiddelmisbrukere bør reguleres etter pasientrettighetsloven, det anbefales å integrere LAR-sentrene og at innskriving og utskrivning baseres på faglig grunnlag, osv. Pasientombudene i Norge slutter seg til disse anbefalingene.

Det er åpenbart at vurderinger vedrørende inntak i LAR må baseres på en tverrfaglig vur- dering av hver enkelt pasient. Vi kan ikke se noen grunn til at det skal gjelde særlige, inn- skrenkende regler for akkurat denne pasient- gruppen. Når pasienter skal vurderes ift behov for spesialisert hjelp, skal prioriteringsforskrif- ten legges til grunn.

To av landets pasientombud er uenige i fler- tallets vurderinger og slutter seg til departe- mentets forslag på dette punktet.»

Den norske lægeforening uttaler at forskriften også må regulere overvåket inntak av legemiddel, urinprøvekontroller, sikkerhet for helsepersonel- let, oppbevaring av medikamenter m.m.

Helsetilsynet i Sør-Trøndelag mener lovhjemme- len også bør gi adgang til å regulere muligheten for å kreve blodprøver i tillegg til urinprøver.

Fylkesmannen og Helsetilsynet i Aust Agder utta- ler at hjemmelen også bør omfatte regler om sam- handling mellom spesialisthelsetjenesten og henvi- sende kommune.

4.7.5 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er i hovedsak enig med anbefalin- gen fra *Sosial- og helsedirektoratet* om at dagens ret- ningslinjer for LAR med blant annet særskilte inn- takskriterier og regler om utskrivning, bør opphe- ves. LAR bør i hovedsak følge pasientrettighetslovens regler, kombinert med fag- lige retningslinjer. Det vil si at spørsmålet om en pasient skal tas inn i LAR avgjøres ut i fra en faglig vurdering av pasientens behov for helsehjelp, hvil- ken type behandling pasienten bør gis og en vurde-

ring av om kriteriene i prioriteringsforskriften er oppfylt. På samme måte vil avgjørelse om utskrivning baseres på faglige vurderinger av om det er grunn til å avslutte behandlingen og eventuelt om pasienten bør tilbys annen type behandling. Det vil si en faglig vurdering av pasientens behov for helsethjelp og hvilken behandling som er den beste for vedkommende.

På noen områder kan det imidlertid være behov for å vurdere om det bør fastsettes særskilte regler for LAR i forskrift.

LAR er en behandling med sterke avhengighetsskapende medikamenter – en behandling som ofte er livslang. Det bør derfor vurderes å gi regler som sikrer at LAR som hovedregel ikke er førstevalg av behandling for opiatavhengige.

Faren for lekkasje av metadon/subutex til illegalt marked er stor. Det må derfor være mulig for behandlingsapparatet å ta forholdsregler for å minske risikoen for lekkasje. Det kreves i dag at pasientene i LAR avgir overvåket urinprøve for kontroll av eventuell bruk av rusmidler/rusing. Av hensyn til behandlingen (den medisinske oppfølgingen) av pasienten og faren for lekkasje til det illegale markedet, mener departementet at adgangen til kontroll av urinprøver må opprettholdes. Kontrollen baseres i dag på forhåndssamtykke fra pasientene. Det kan stilles spørsmål ved den reelle frivilligheten ved slike samtykker. Departementet mener

derfor at adgangen til kontroll bør hjemles i forskrift.

En helhetlig rehabiliteringsinnsats er vesentlig for et godt behandlingsresultat i LAR. Legemidler i LAR i kombinasjon med rehabilitering har dokumentert effekt. Individuell plan framstår i dag som det viktigste virkemiddel for å sikre helhetlig rehabilitering for pasienter i LAR. Departementet mener derfor det kan være grunn til å vurdere å stille krav om at alle pasienter i LAR skal ha utarbeidet en tiltaksplan (individuell plan) for rehabilitering.

Departementet foreslår derfor en ny hjemmel til å gi nærmere regler om LAR som åpner for å vurdere eventuelt å gi nærmere regler om blant annet:

- formål med legemiddelassistert rehabilitering
- kriterier for inntak og utskrivning
- krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering
- når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger
- ansvarsgrupper
- hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- adgang til å kreve urinprøver og blodprøver for kontrollformål

5 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene

5.1 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget om innføring av ventetidsgaranti for barn og unge

De foreslåtte endringene i pasientrettighetsloven som er omtalt i punkt 3 medfører i seg selv ikke økonomiske eller administrative konsekvenser.

Gjennomsnittlig ventetid for barn og unge opp til 23 år med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er i overkant av 80 kalenderdager. Av ca 21 000 nyhenviste rettighetspasienter under 23 år med rus og psykiske lidelser i hele 2006, ventet ca 7.500 barn og unge med rett til nødvendig helsehjelp mer enn 90 kalenderdager på behandling. Ved utgangen av 2006 stod ca 4400 barn og unge med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet under 23 år på venteliste. Av disse hadde ca 1200 ventet mer enn 90 kalenderdager. De aller fleste er henvist til psykisk helsevern for barn og unge. Tallene kan være usikre pga av varierende registreringspraksis.

Innføring av ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten vil skje gjennom endringer i prioriteringsforskriften (forskrift 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd), og økonomiske og administrative konsekvenser forutsettes håndtert innenfor budsjettammen for de regionale helseforetakene og den ressursstyrking av spesialisthelsetjenesten som er lagt til grunn for *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)*. Innføring av ventetidsgaranti betyr ikke at et økt antall pasienter skal behandles, men at det gis raskere hjelp til de som hittil har ventet lengst. I tråd med arbeidsgruppens forslag, legger departementet til grunn at dette i hovedsak skal skje ved økt produktivitet og endringer av praksis. I tillegg kan departementet i oppdragsbrevet til regionale helseforetak for 2008 markere at innføring av ventetidsgaranti må prioriteres innenfor tildelte rammer.

I Nasjonal helseplan, i bestillerdokumentet for 2006 og i oppdragsdokumentet for 2007 til regio-

nale helseforetak er det varslet at særskilt ventetidsgaranti for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelavhengige er under innføring. I oppdragsdokumentet for 2007 er det stilt krav om at ventetid til vurdering i BUP skal være mindre enn 10 virkedager, og at antall tiltak pr årsverk skal økes. Det er videre stilt krav om redusert ventetid innen psykisk helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Det forventes ikke direkte økonomiske konsekvenser for kommunene som resultat av innføringen av ventetidsgaranti.

Flere av arbeidsgruppens ikke rettslige forslag vil kunne bedre tilretteleggingen i førstelinjetjenesten, bla styrket samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten, bedret henvisningsrutiner og rutiner for bedre oppfølging i ventetiden med individuelle tilbakemeldinger i pasient/pårørende og behandler. I St.prp.nr.1 (2006-2007) er kommunale tilbud til barn og unge med psykiske vansker et prioritert område som er finansiert gjennom øremerket tilskuddet fra *Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008)* i 2007 og 2008.

5.2 Økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget til endringer etter rusreformen m.m.

Forslagene til endringer i pasientrettighetsloven som er omtalt i punkt 4.1 til 4.3 og 4.4.1 innebærer presiseringer av allerede gjeldende rett og lovfesting av dagens praksis. Disse forslagene som i hovedsak er av lovteknisk karakter, anses derfor ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser.

I punkt 4.5 foreslås en lovteknisk forenkling av nåværende forskriftshjemler for forskrifter om øyeblikkelig hjelp og akutt behandling for rusmiddelmissbruk. I tillegg foreslås det å pålegge de regionale helseforetakene å utpeke på forhånd hvilke institusjoner eller avdelinger i institusjoner som har plikt til å gi akutt rusbehandling. Plikten til å

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

sørge for disse tjenestene følger allerede av bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Selve utpekingen av hvilke steder slik behandling skal gis, innebærer ikke administrative konsekvenser av betydning.

Forslagene i punkt 4.6 til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 er endringer for å forbedre den lovtekniske reguleringen av området. Forslagene har ikke økonomiske konsekvenser.

Departementet foreslår i punkt 4.7 en lovhjemmel som gir adgang til å gi nærmere regler om

legemiddelassistert rehabilitering. En slik lovhjemmel har i seg selv ikke økonomiske eller administrative konsekvenser. Dersom det blir utarbeidet en slik forskrift, vil de økonomiske og administrative konsekvensene bli utredet på vanlig måte i forbindelse med høringen av utkastet til forskrift. Det samme gjelder forslaget i punkt 4.4.4 om en lovhjemmel til å fastsette nærmere regler om gjennomføringen av retten til fritt sykehusvalg.

6 Merknader til endringene i pasientrettighetsloven

Til § 2-1 andre ledd:

Bestemmelsen er foreslått endret slik at det fremgår at fastsettelsen av behandlingsfrist skal skje etter en vurdering av faglig forsvarlighet uten at det er begrenset til alltid å være en ren medisinsk-faglig vurdering. Hvorvidt vurderingen av forsvarligheten skal være medisinskfaglig, psykologfaglig og/eller annen helsefaglig, vil avhenge av hvilken helsehjelp som er aktuell for den enkelte pasient.

Behandlingstilbudet for behandling av rusmidelmisbruk skal være tverrfaglig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Det vil si at tjenestetilbudet skal bestå både av tjenester med helsefaglig innhold og tjenester med sosialfaglig innhold. Begrepet faglig forsvarlighet i § 2-1 andre ledd må fortolkes i lys av denne bestemmelsen. Ved vurdering av henvisninger til rusbehandling og fastsettelse av behandlingsfrist, må dette derfor skje etter en medisinskfaglig, psykologfaglig, annen helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering. Hvilke faglige vurderinger som skal være med vil også her avhenge av hvilke behandling som er aktuell for den enkelte pasient.

Til § 2-1 femte ledd:

§ 2-1 femte ledd er foreslått endret slik at retten til behandling i utlandet skal være avhengig av at det ikke finnes et faglig adekvat tilbud i Norge, i motsetning til tidligere der retten var avhengig av at det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud.

Behandlingstilbudet for behandling av rusmidelmisbruk skal være tverrfaglig. Dette følger av definisjonen av disse tjenestene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. For pasienter som har rett til nødvendig rusbehandling, vil retten til behandling i utlandet etter femte ledd inntre dersom det ikke finnes et adekvat helsefaglig (for eksempel medisinskfaglig og/eller psykologfaglig) tilbud - og/eller adekvat sosialfaglig tilbud. Hvorvidt tilbudet skal være helsefaglig og/eller sosialfaglig avhenger av den enkelte pasients behov.

Til § 2-1 syvende ledd

Bestemmelsen gir hjemmel for å fastsette i forskrift en særlig maksimalfrist for rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som har rett til helsehjelp etter annet ledd.

Til § 2-2 første ledd:

Retten til vurdering innen 30 virkedager er foreslått utvidet slik at den skal gjelde ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmidelmisbruk, uavhengig av hvilken institusjonstype helsehjelpen skal gis ved. På samme måte som ved annen type helsehjelp, skal retten bare gjelde ved henvisning til institusjoner som eies av et regionalt helseforetak eller som har avtale med et regionalt helseforetak som gir rett til fritt sykehusvalg, jf. § 2-4.

Det er foreslått presisert i bestemmelsen at det enkelte regionale helseforetak kan avgjøre hvilke institusjoner som skal kunne vurdere henvisninger til rusbehandling og fastsette behandlingsfrister. Dette innebærer at de regionale helseforetakene kan begrense hvilke av de konkrete institusjoner som tilbyr rusbehandling, som også skal ha disse oppgavene. Det regionale helseforetaket avgjør hvilke institusjoner som skal ha fullmakt til på vegne av dem å avgjøre om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter § 2-1 og fastsette individuelle behandlingsfrister.

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 skal helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten vurdere henvisninger fra sosialtjenesten om rusbehandling. Dette er en generell regel som gir sosialtjenesten adgang til å henvise til rusbehandling innen spesialisthelsetjenesten på lik linje med fastleger. I den grad de regionale helseforetakene begrenser hvilke institusjoner som skal motta og vurdere henvisninger og fastsette behandlingsfrister i tråd med forslaget til nytt tredje punktum i § 2-2 første ledd, vil plikten til å vurdere henvisninger fra sosialtjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-12, bare gjelde de institusjonene som de regionale helseforetakene har bestemt skal ha denne oppgaven.

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

Til § 2-2 femte ledd:

Bestemmelsen gir hjemmel for å fastsette i forskrift en særlig rett til vurderingsfrist i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet.

Til § 2-3:

Bestemmelsen i § 2-3 er foreslått endret slik at pasienter som er vurdert for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, skal ha rett til å kreve en fornyet vurdering, enten etter henvisning fra lege eller etter henvisning fra sosialtjenesten.

Til § 2-4 første ledd:

Retten til valg av sykehus m.m. etter § 2-4 er foreslått utvidet slik at den gjelder generelt ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, uavhengig av hvilken institusjonstype denne behandlingen gis ved. Retten gjelder da både overfor institusjoner som er eiet av et regionalt helseforetak og institusjoner som har avtale med et regionalt helseforetak som gir en slik rett.

Til § 2-4 tredje ledd:

Tredje ledd er foreslått tilføyd et nytt andre og tredje punktum.

Forslaget til ny bestemmelse i andre punktum begrenser retten til å velge behandlingssted etter først ledd for pasienter som er tatt inn på grunnlag av vedtak om tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. For disse pasientene skal retten til å velge institusjon ikke gjelde dersom en gjennomføring av valgretten vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med inn-taket. For øvrig gjelder valgretten også for disse pasientene.

Tredje punktum gjør begrensninger i retten etter første ledd når det gjelder valg av LAR-senter. Pasienter skal bare kunne velge LAR-senter dersom gjennomføringen av valgretten i det enkelte tilfelle vil være forsvarlig og ikke i betydelig grad er egnet til å svekke formålet.

Til § 2-4 fjerde ledd:

Forslaget til ny forskriftshjemmel gir adgang til å fastsette nærmere regler om gjennomføringen av retten til valg av sykehus m.m. Den gir adgang til å presisere nærmere hva som ligger i retten etter § 2-4, herunder også de begrensningene som følger av lovbestemmelsen. Den gir ikke adgang til i forskrift å fastsette andre unntak fra valgretten.

7 Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven

Til § 3-1 andre ledd og § 3-1a:

Det er foreslått en tilføyelse i § 3-1 andre ledd som innebærer at de regionale helseforetakene får plikt til å utpeke - og dermed identifisere – konkrete institusjoner eller avdelinger i institusjoner hvor pasienter som har behov for det kan få akutt behandling for rusmiddelmisbruk.

Til § 3-14 andre ledd:

Nåværende § 3-14 andre ledd bestemmer at gjennomføringsreglene i sosialtjenesteloven § 7-11 også gjelder for pasienter i rusinstitusjoner. Det samme gjelder de nærmere gjennomføringsreglene – om pasientenes rettigheter og om bruk av tvang – som er gitt i forskrift til lov om sosiale tjenester kapittel 5 (forskrift 4. desember 1992 nr. 915).

Bestemmelsen i § 3-14 andre ledd er foreslått opphevet slik at gjennomføringsreglene etter sosialtjenesteloven og dens forskrifter, ikke lenger kommer til anvendelse ved opphold på rusinstitusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig foreslås en ny bestemmelse i et nytt andre ledd som gir hjemmel for å fastsette forskrift med tilsvarende regler. Denne forskriften vil da være hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og gjelde ved opphold i rusinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

Til ny § 3-16:

Det er foreslått en ny bestemmelse i § 3-6 som gir anledning til å gi nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Etter forslaget kan det fastsettes regler om vilkår for inntak og utskrivning i LAR selv om disse eventuelt begrenser pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Det kan for eksempel gis regler som setter en aldersgrense for inntak – tilsvarende dagens 25-års grense, krav om at det foreligger en individuell plan før pasienten henvises til LAR, eller noen av de andre inntakskriteriene etter dagens retningslinjer.

Forskriften kan også inneholde regler om utskrivning som vil kunne komme i strid med ret-

ten til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Det kan for eksempel være utskrivningsregler tilsvarende dagens retningslinjer. Etter disse vil følgende forhold gi grunnlag for utskrivning:

- omsetting av illegal narkotika og/eller vane-dannende legemidler - bruk av vold og/eller trusler om vold
- vedvarende alkohol- og/eller narkotikamis- bruk ved siden av behandlingen
- fusk med urinprøver eller legemiddelinntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av lege- middel
- samarbeidsvegring i forhold til avtaler, regel- verk og/eller tiltaksplan

Videre kan det gis regler om konsekvenser for behandlingen at det ikke er utarbeidet individuell plan. Slike regler kan også gis selv om de vil kunne komme i konflikt med pasientens rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd. Dette kan for eksempel være regler om at den medikamentelle delen av LAR-behandlingen ikke skal settes i gang før det er utarbeidet en individuell plan. Det kan da gis regler om at utsettelse av behandlingsstart på grunn av manglende individuell plan ikke skal ansees som fristbrudd med de konsekvenser som fremgår av pasientrettighetsloven § 2-1 fjerde ledd. Pasienten vil ikke ha rett til LAR-behandling dersom vilkårene etter forskriften ikke er oppfylt, selv om pasienten fyller kriteriene for rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1.

Unntaket fra pasientrettighetsloven vil imidlertid ikke gjelde i forhold til eventuell annen rusbehandling. Pasienten kan ha rett til annen oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i påvente av oppstart i LAR eller rett til en annen type rusbehandling dersom det er inntakskriteriene som ikke er oppfylt.

Til punkt III

Det foreslås i III at Kongen skal fastsette ikraftsetningsdato for lovendringene og at de enkelte bestemmelsene kan settes i kraft til forskjellig tid. Det kan bli nødvendig å utsette ikraftsettingen av

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

opphevingen av spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd inntil ny forskrift med hjemmel i § 3-14 nytt andre ledd (regler om pasientens rettigheter og bruk av tvangstiltak under gjennomføring av opphold ved institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk) er fastsatt og kan settes i kraft.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen).

Vi **HARALD**, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

§ 2-1 andre ledd skal lyde:

Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når *faglig* forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.

§ 2-1 femte ledd skal lyde:

Dersom det regionale helseforetaket ikke kan yte helsehjelp til en pasient som *har rett* til nødvendig helsehjelp, fordi det ikke finnes et *adekvat tilbud* i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet ledd.

§ 2-1 syvende ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastsettelse av og informasjon om tidsfristen for å yte helsehjelp som nevnt i annet ledd, herunder en frist for når barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet senest skal motta nødvendig helsehjelp. Departementet kan i forskrift også gi nærmere bestemmelser om organiseringen av og oppgjøret for tjenester pasienten har rett til å motta fra privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket etter fjerde ledd.

§ 2-2 første ledd skal lyde:

Pasient som henvises til sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk*, som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helse-

hjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. *De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal fastsette tidsfrist for å yte helsehjelp som nevnt i § 2-1 annet ledd når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.*

§ 2-2 nytt femte ledd skal lyde:

Departementet kan i forskrift bestemme at barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til vurdering raskere enn innen 30 virkedager.

§ 2-3 skal lyde:

Etter henvisning fra allmennlege har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand av spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare én gang for samme tilstand. *Ved behov for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra sosialtjenesten.*

§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 Rett til valg av sykehus *m.m.*

Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatrisk senter eller institusjon som tilbyr *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk*, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at *institusjonen* eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett.

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

For pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3, gjelder ikke retten etter første ledd dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. *Tilsvarende gjelder for pasienter som tas inn på institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, dersom dette vil være ufor-*

Om lov om endringer i pasientrettighetsloven m.m. (ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og justeringer etter rusreformen)

svarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første ledd gjelder heller ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

Departementet kan gi nærmere forskrifter om innholdet og gjennomføringen av valgretten etter bestemmelsen her og om slike avtaler som er omtalt i første ledd.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 3-1 andre ledd skal lyde:

Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med tilsvarende plikt overfor pasienter som trenger psykiatrisk helsehjelp, og pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk.

§ 3-1a oppheves.

§ 3-14 andre ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om gjennomføringen av opphold ved institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Det kan herunder gis regler om fastsettelse av husordensregler og regler om pasientens rettigheter under oppholdet og vern om pasientens personlige integritet. Det kan dessuten gis regler om følgende tvangstiltak:

- a) adgang til å kreve urinprøver for kontrollformål*
- b) kontroll av pasientens post*
- c) forbud mot rusmidler og farlige gjenstander i institusjonen*

- d) beslaglegging og tilintetgjøring av rusmidler og farlige gjenstander*
- e) kroppsvisitasjon og ransaking av pasientens rom og eiendeler*
- f) adgang til å nekte besøk*
- g) adgang til å nekte permisjoner og annet fravær*
- h) bruk av tvang i nødssituasjoner i tråd med alminnelige nødretts- og nødvergebetraktninger*

Ny § 3-16 skal lyde:

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmissbrukere og kan blant annet gi regler om:

- a) formål med legemiddelassistert rehabilitering
- b) kriterier for inntak og utskrivning
- c) krav om at det skal utarbeides individuell plan for alle pasienter i legemiddelassistert rehabilitering
- d) når individuell plan skal utarbeides og konsekvenser for behandlingen dersom individuell plan ikke foreligger
- e) ansvarsgrupper
- f) hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- g) adgang til å kreve urinprøver og blodprøver for kontrollformål

Regler etter første ledd bokstav b og d kan gjøre unntak fra reglene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre og fjerde ledd.

Nåværende § 3-16 blir ny § 3-17.

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.

