

KAPITTEL 1 HØRINGSNOTATETS HOVEDINNHOLD.....	3
KAPITTEL 2 BAKGRUNN	5
2.1 VEDTAKELSEN AV RUSREFORMEN	5
2.2 PASIENTRETTIGHETSLOVENS ANVENDELSE PÅ TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING FOR RUSMIDDELMISBRUK	5
KAPITTEL 3 RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP (PASL § 2-1)	7
3.1 GJELDENE RETT	7
3.2 DEPARTEMENTETS VURDERINGER OG FORSLAG	8
KAPITTEL 4 RETT TIL VURDERING (PASL § 2-2).....	8
4.1 GJELDENE RETT OG PRAKSIS	8
4.2 DEPARTEMENTETS VURDERINGER OG FORSLAG	9
4.2.1 Rett til vurdering innen 30 virkedager.....	9
4.2.2 Vurderingsinstanser og henvisningsrutiner	10
KAPITTEL 5 RETT TIL FORNYET VURDERING (PASL § 2-3)	11
5.1 GJELDENE RETT	11
5.2 DEPARTEMENTETS VURDERING OG FORSLAG	11
KAPITTEL 6 RETT TIL VALG AV SYKEHUS M.M. (PASL § 2-4)	11
6.1 RETT TIL VALG AV SYKEHUS M.M VED RUSBEHANDLING.....	11
6.1.1 Gjeldende rett og praksis.....	11
6.1.2 DEPARTEMENTETS VURDERINGER OG FORSLAG	12
6.2 SÆRLIG OM RETT TIL VALG AV SYKEHUS M.M VED INNTAK OG TILBAKEHOLDELSE UTEN EGET SAMTYKKE ETTER SOSIALTJENESTELOVEN §§ 6-2 OG 6-2A	13
6.2.1 Gjeldende rett.....	13
6.2.2 Departementets vurderinger og forslag	14
6.3 SÆRLIG OM RETT TIL VALG AV BEHANDLINGSSTED FOR PASIENTER UNDER LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR)	15
6.3.1 Gjeldende rett.....	15
6.3.2 Departementets vurdering og forslag	16
6.4 FORSKRIFT OM GJENNOMFØRING AV RETTEN TIL FRITT VALG AV SYKEHUS M.M.	17
6.4.1 Gjeldende rett.....	17
6.4.2 Departementets vurderinger og forslag	18
KAPITTEL 7 UTPEKING AV Plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1 og 3-1A)	20
7.1 Gjeldende rett.....	20
7.2 Departementets vurderinger og forslag	20
KAPITTEL 8 GJENNOMFØRINGSREGLER FOR TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING AV RUSMIDDELMISBRUK (spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd).....	20
8.1 Gjeldende rett.....	20
8.2 Departementets vurderinger og forslag	22
KAPITTEL 9 FORSKRIFT OM LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING (LAR).....	22
9.1 GJELDENE RETT OG PRAKSIS	22
9.2 EVALUERING AV LAR OG ANBEFALINGER OM FREMTIDIG REGULERING	24
9.3 DEPARTEMENTETS VURDERINGER OG FORSLAG	25
KAPITTEL 10 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	27
KAPITTEL 11 MERKNADER TIL ENDRINGENE I PASIENTRETTIGHETSLOVEN	27
KAPITTEL 12 MERKNADER TIL ENDRINGENE I SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN	30

Kapittel 1 Høringsnotatets hovedinnhold

Høringsnotatet inneholder forslag til endringer i pasientrettighetsloven (lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter) og spesialisthelsetjenesteloven (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.) etter rusreformen. Forslagene er i hovedsak en kodifisering av den tolkningen og praktiseringen av pasientrettighetsloven som er lagt til grunn etter at rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004. I tillegg foreslår vi 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 kapittel 2 beskrives vedtakelsen av rusreformen. Ved reformen ble behandling for rusmiddelmissbruk definert som en spesialisthelsetjeneste. Disse tjenestene er etter det regulert av helselovgivningen, blant annet pasientrettighetsloven. Stortinget understreket at rusmiddelavhengige skal ha pasientrettigheter på lik linje med andre pasientgrupper. Enkelte av rettighetene etter dagens pasientrettighetslov forutsetter at helsehjelpen gis ved sykehus. 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.

Kapittel 3 omhandler endringer i pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp. Vi foreslår å presisere i § 2-1 at fastsettelsen av behandlingsfrist for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk skal skje etter en tverrfaglig vurdering av når forsvarlighet krever at helsehjelpen skal gis.

I kapittel 4 foreslår vi 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 distriktpsikiatriske sentre). Vi 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 foreslår vi 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 kapittel 5 foreslår vi 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.

Kapittel 6 omhandler rett til valg av sykehus m.m. etter pasientrettighetsloven § 2-4. Vi foreslår at valgretten skal gjelde ved henvisning til all rusbehandling, uavhengig av institusjonstype. Dette er i tråd med dagens praksis. Etter gjeldende rett omfatter bestemmelsen bare henvisning til sykehus eller distriktpsikiatriske sentre.

For pasienter som kan holdes tilbake med hjemmel i vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, foreslår vi 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 frivillig legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

Samtidig ber vi særlig om høringsinstansenes syn på denne problemstillingen – skal det gjøres unntak fra retten til valg av behandlingssted for LAR-pasienter? – og i tilfelle, hvilke unntak er det behov for? Vi ønsker også synspunkter på i hvilken grad eventuelle praktiske problemer vil avskjære pasientene fra å benytte en valgrett.

Retten til fritt sykehusvalg er i dag regulert utelukkende av den generelle og overordnede bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-4. Vi foreslår å supplere denne bestemmelsen med forskrifter som utdyper og presiserer nærmere hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg. Vi foreslår en hjemmel til å gi forskrifter om gjennomføringen av ordningen og ber samtidig om synspunkter på om det er behov for slike forskrifter, og eventuelt hvilke spørsmål som bør reguleres i en forskrift om fritt sykehusvalg. I lovforslaget gis det i kapittel 14 to alternative forslag til lovteknisk gjennomføring av forslaget.

Departementet foreslår i kapittel 7 en lovteknisk forenkling (sammenslåing) av nåværende to forskriftshjemler om øyeblikkelig hjelp og om akutt behandling for rusmiddelmissbruk. I tillegg pålegges de regionale helseforetakene å utpeke på forhånd det nødvendige antall institusjoner (eller avdelinger i institusjoner) som har 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 kapittel 8 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 skal etter forslaget oppheves og erstattes med en ny hjemmel til å gi egne forskrifter med tilsvarende innhold direkte med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Kapittel 9 inneholder forslag om oppfølging av evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering (LAR). I tillegg til utarbeidelsen av faglige retningslinjer som Sosial- og helsedirektoratet arbeider med, foreslår vi en hjemmel til å utarbeide 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, krav om individuell plan for pasienter i LAR og krav om at pasienter i LAR avlegger urinprøve for kontrollformål. Departementet vil komme nærmere tilbake til innholdet i en eventuell forskrift (herunder de økonomiske og administrative konsekvensene) i forbindelse med alminnelig høring av et forskriftsutkast.

Kapittel 2 Bakgrunn

2.1 Vedtakelsen av rusreformen

Stortinget vedtok rusreformen ved behandling av Ot. prp. 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 rusmiddelmissbrukere), Innst. O. nr. 51 (2002-2003) og behandling 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. Ansvarer 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 i henhold til spesialisthelsetjenesteloven. Tjenestene fikk i loven betegnelsen "tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk", 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. Helseforetakene trådte også inn i fylkeskommunenes avtaler med private tjenesteytere. Behandlingstiltak for rusmiddelmissbruk er etter dette en helsetjeneste regulert av spesialisthelsetjenesteloven og den generelle helselovgivningen.

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.

Etter pasientrettighetsloven defineres "pasient" som en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet", jf. § 1-3 bokstav a. Helsehjelp er definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell, jf. § 1-3 bokstav c. Hvem som er å regne som helsepersonell, er definert i helsepersonelloven (lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.m.) § 3, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav e. Etter denne bestemmelsen er personer som er ansatt i helsetjenesten å anse som helsepersonell dersom de utfører handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål.

En person som anmoder om, tilbys eller mottar tverrfaglig spesialisert behandling for sitt rusmiddelmisbruk, vil etter dette 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.

2.3 Behov for justeringer i regelverket etter reformen

Ved behandlingen av reformen fremhevet 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 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 fortolkningene 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 styringsbrevne for 2004, å praktisere en ordning der rusmiddelavhengige som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, 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 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.

Kapittel 3 Rett til nødvendig helsehjelp (pasl § 2-1)

3.1 Gjeldende rett

Bestemmelsen i 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. Dessuten skal 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 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 femte 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 rusmiddelmisbruk, 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 § 3 første og tredje ledd. Retten til nødvendig helsehjelp gjelder etter dette også rusmiddelavhengige som har behov for behandling for sitt rusmiddelmisbruk. Hvorvidt en rusmiddelavhengig har en materiell rett til behandling for sitt rusmiddelmisbruk, vil følge av en konkret vurdering av om

vedkommendes tilstand fyller de nærmere vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd og prioriteringsforskriften § 2.

3.2 Departementets vurderinger og forslag

For pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2, skal det fastsettes en frist for når helsehjelpen senest skal gis. Etter ordlyden i § 2-1 andre ledd skal denne behandlingsfristen settes ut i fra når *medisinsk forsvarlighet* krever at helsehjelpen gis. Det behandlingstilbudet for rusmiddelmissbruk som de regionale helseforetakene skal sørge for, skal etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 5 være tverrfaglig. Det vil si tjenester med både helsefaglig og sosialfaglig innhold. Under behandlingen av rusreformen fremhevet sosialkomiteen betydningen av at rusmiddelavhengige som trenger behandling for sitt rus- og avhengighetsproblem, likestilles med og gis samme rettigheter som andre pasientgrupper og at behandlingstilbudet skal være tverrfaglig, jf. Innst. O. nr. 4 (2003-2004). Komiteen uttaler blant annet følgende på side 14:

Komiteen vil særlig peke på at avgjørende for en fremtidig positiv ruspolitisk utvikling vil være at rusmiddelavhengige gis et kvalitativt godt behandlingstilbud med mulighet for både en helsefaglig og sosialfaglig tilnærming, at rusmiddelavhengige i behandling gis pasientstatus på lik linje med andre pasientgrupper, at rusmiddelavhengige gis fri behandling og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempellet de hittil har hatt.

Departementet har tolket bestemmelsen om fristfastsettelse i § 2-1 andre ledd i lys av denne utvidelsen av spesialisthelsetjenestens innhold og uttalelsene fra Stortinget. Fastsettelsen av behandlingsfrist for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, skal da baseres på en tverrfaglig vurdering av innen hvilken tid forsvarlighet krever at behandlingen gis. Departementet foreslår å endre § 2-1 andre ledd slik at dette fremgår klart av bestemmelsens ordlyd.

Kapittel 4 Rett til vurdering (pasl § 2-2)

4.1 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 distriktpsikiatriske sentre, å foreta en vurdering innen 30 virkedager etter henvisningen er mottatt. Vurderingen skal 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 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 Departementets vurderinger og forslag

4.2.1 Rett til vurdering innen 30 virkedager

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk tilbys ved flere ulike typer institusjoner.

I foretaksstrukturen er disse tjenestene delvis organisert som en del av et sykehus, og delvis som selvstendige institusjoner innunder helseforetak, uten å ligge organisatorisk innunder sykehus. De regionale helseforetakene har valgt ulike

måter å organisere disse tjenestene på i helseforetaksstrukturen. Helse Midt-Norge RHF har f. eks. samlet alle tjenestene i et eget rushelseforetak, Rusbehandling Midt-Norge HF.

I tillegg tilbys også rusbehandling ved private institusjoner som ikke er godkjent som sykehus – og som det heller ikke er naturlig å anse som, eller godkjenne som sykehus.

Pasientenes rett til vurdering ved henvisning til rusbehandling bør ikke være avhengig av hvordan tjenestene er organisert. Likhets hensyn taler for at pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling, får lik rett til vurdering uavhengig av hvilke institusjonstype den aktuelle behandlingen skal gis ved. Departementet foreslår derfor å endre bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-2 slik at alle pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling ved offentlig eide institusjoner eller private institusjoner som tilbyr tjenester etter avtale med regionale helseforetak, får rett til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2.

4.2.2 Vurderingsinstanser og henvisningsrutiner

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 behandlingsinstitusjon, men til en av vurderingsinstansene. Vurderingsinstansen skal foreta vurderingen av henvisningen i henhold til pasientrettighetsloven § 2-2 og henvisne 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 enhetlig og kvalitativt bedre. Det vil også kunne bidra til at henvisningene 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 og dennes behov.

Også når det gjelder vurdering av rettighetsspørsmålet 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 derfor en endring i bestemmelsen i § 2-2 som presiserer at de regionale helseforetakene kan bestemme hvilke instanser som skal motta og vurdere henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder vurdere spørsmål om rett til nødvendig helsehjelp og fastsette behandlingsfrist.

Kapittel 5 Rett til fornyet vurdering (pasl § 2-3)

5.1 Gjeldende rett

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.

5.2 Departementets vurdering og forslag

Etter sin ordlyd gjelder retten til fornyet vurdering bare dersom det foreligger henvisning fra allmennlegen. Henvisning til behandling for rusmiddelmisbruk kan også foretas av sosialtjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-12. Når henvisning fra sosialtjenesten er likestilt med henvisning fra lege for disse tjenestene, må dette også gjelde ved henvisning til fornyet vurdering. Retten til fornyet vurdering må derfor også gjelde etter henvisning fra sosialkontoret dersom sosialkontoret er enig i at det er behov for en ny vurdering. Vi foreslår å gjøre en tilføyelse i § 2-3 slik at dette fremgår direkte av bestemmelsens ordlyd.

Kapittel 6 Rett til valg av sykehus m.m. (pasl § 2-4)

6.1 Rett til valg av sykehus m.m ved rusbehandling

6.1.1 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

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

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

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 distriktpspsykiatrisk 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.

Som nevnt ovenfor i punkt 2.2 påla departementet i styringsbrevene for 2004, de regionale helseforetakene å praktisere en ordning der rusmiddelavhengige som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk 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 rusmiddelmisbrukere 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.

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.

6.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Som nevnt ovenfor under punkt 4.2.1 tilbys tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk i dag ved flere ulike institusjonstyper. Da de regionale helseforetakene overtok ansvaret for disse tjenestene etter rusreformen, valgte de ulike måter å organisere tjenestene. 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. Det er heller ikke naturlig å anse disse som sykehus og godkjenne dem som det. I hvilken utstrekning rusbehandling tilbys ved sykehus eller ved andre offentlige eller private institusjoner, variere 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 all tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk uavhengig av hvordan tjenesten er organisert.

Departementet foreslår derfor 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. Retten gjelder overfor institusjoner som er eiet av et regionalt helseforetak eller som har avtale med et regionalt helseforetak som gir en slik rett.

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

6.2.1 Gjeldende rett

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 til 6-3, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a andre ledd.

Etter pasientrettighetsloven § 2-4 har pasienten rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpsikiatrisk senter behandlingen skal foretas. Det er ikke gjort unntak for inntak med tvang med hjemmel i sosialtjenesteloven. Dersom plassering skjer i sykehus eller distriktpsikiatrisk senter, gjelder derfor valgretten også her. Dersom plassering skjer i annen rusinstitusjon enn sykehus eller distriktpsikiatrisk senter, vil dette omfattes av instruksene til de regionale helseforetakene om å praktisere en tilsvarende rett til valg av behandlingssted som retten etter § 2-4. Det ble i den forbindelse ikke sagt noe spesielt om inntak med tilbakehold etter sosialtjenesteloven.

6.2.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har vurdert om retten til valg av sykehus m.m bør gjelde fullt ut når pasienten tas inn mot sin vilje med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, eller om det bør gjøres unntak eller begrensninger i valget ved slik tilbakeholdelse. Selv om reglene skal gjelde fullt ut, vil valgmuligheten i praksis være begrenset til de institusjoner som er utpekt av regionale helseforetak til å ta imot denne pasientgruppen, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd. Ved inntak med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2 vil valgmuligheten i tillegg være begrenset 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 velger en institusjon som ligger geografisk langt unna hjemstedet, vil det 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.

På den andre siden bør pasienter som er innlagt mot sin vilje i størst mulig grad ha 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.

Tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 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 til 6-3, 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 under gjennomføringen, 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. Dette gjør at det er hensiktsmessig å harmonisere reglene om rett til å velge (og skifte) behandlingssted for henholdsvis pasienter under tvungen psykisk helsevern og

pasienter som er tatt inn og kan holdes tilbake med grunnlag i sosialtjenestelovens regler.

På denne bakgrunn foreslår departementet likelydende regler for rett til valg av behandlingssted ved tilbakeholdelse, med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3, som forslaget i Ot. prp. nr. 65 om rett til valg av behandlingssted for pasienter under tvunget observasjon eller tvungen psykisk helsevern, jf. forslag til nytt tredje ledd i pasientrettighetsloven § 2-4, Ot. prp. nr. 65 punkt 6.6. Etter dette forslaget har pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3 ikke rett til å velge sykehus dersom en slik valgrett 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 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.

Beslutningskompetanse og klage

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 påklages til Helsetilsynet i fylket, jf. pasientrettighetsloven § 7-1 og 7-2.

6.3 Særlig om rett til valg av behandlingssted for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

6.3.1 Gjeldende rett

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 ved andre deler av spesialisthelsetjenesten. Hvorvidt pasienter under LAR- behandling har rett til å velge behandlingssted etter dagens bestemmelse om rett til valg av

sykehusavhenger 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. Hovedregelen er imidlertid at de er 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).

6.3.2 Departementets vurdering og forslag

Departementet har vurdert om retten til å velge behandlingssted bør gjelde ved henvisning til LAR-behandling, eller om det bør gjøres unntak for denne behandlingstypen. Skal pasientene kunne velge å være tilknyttet et annet LAR-senter enn senteret i vedkommendes bostedsregion? Skal pasientene kunne velge hvilken døgninstitusjon de ønsker behandling ved dersom døgnopphold er aktuelt som ledd i LAR-behandlingen? Oppfølging lokalt vil uansett skje fra sosialtjenesten i vedkommendes oppholdskommune og hos vedkommendes fastlege.

Et tett og godt samarbeid mellom LAR-sentrene, sosialkontoret og fastlegen er viktig for å oppnå gode behandlingsresultater i LAR. De enkelte LAR-sentrene har etablert et samarbeidsforhold med lokal sosialtjeneste og fastlege. Evalueringen av LAR viser at det har utviklet seg ulike praksiser 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 oppholdskommunen. 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.

På den andre siden tilsier likhetshensyn at denne pasientgruppen 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 om at behandlingen blir mest mulig alminneliggjort og integrert som en del av den øvrige rusbehandlingen/spesialisthelsetjenesten, jf. anbefalingene fra Sosial- og

helsedirektoratet etter evalueringen av LAR, jf. omtale under punkt 9.2. Spesielle regler kan motvirke en slik integrering.

Evalueringen av LAR viser imidlertid at rehabiliteringsinnsatsen er vesentlig for å oppnå gode resultater av behandlingen. Et godt samarbeid mellom LAR-senteret og kommunen er viktig for å oppnå best mulig rehabilitering. Dette taler imot at pasienter skal kunne velge tilknytning til et senter som geografisk er langt unna oppholdskommunen. I praksis vil også stor geografisk avstand medføre begrensninger i mulighetene for mange av LAR- pasientene til å benytte seg av en eventuell rett til å velge andre LAR-sentre. I tillegg til å delta i samarbeid med de kommunale tjenestene, har enkelte av sentrene også utarbeidet en praksis der senteret driver klientrettet virksomhet. Særlig i tidlige faser av behandlingen forskriver en lege ved senteret medikamentet og er behandlende lege. I hvilken grad senteret selv har direkte klientrettet virksomhet som forutsetter at pasienten møter ved senteret, varierer imidlertid mellom de ulike sentrene og i ulike faser av behandlingen. I den grad behandlingen forutsetter at pasienten møter opp ved senteret (for eksempel for å få forskrevet eller utlevert metadon), vil dette i praksis avskjære pasienten fra å velge et senter som ligger langt unna geografisk.

På bakgrunn av målet om å sikre LAR-pasienter helhetlig og god medisinsk behandling og sosialfaglig oppfølging, foreslår departementet at det kan gjøres unntak fra retten til fritt valg av behandlingssted ved LAR-behandling. Slike begrensninger bør gjelde så langt dette er nødvendig/hensiktsmessig av hensyn til formålet med LAR-behandlingen og til forsvarlig gjennomføring av behandlingen. Vi ber særlig om høringsinstansenes syn på denne problemstillingen – skal det gjøres unntak fra retten til valg av behandlingssted for LAR-pasienter? – og i tilfelle, hvilke unntak er det behov for? Vi ønsker også synspunkter på i hvilken grad eventuelle praktiske problemer vil avskjære pasientene fra å benytte en valgrett.

6.4 Forskrift om gjennomføring av retten til fritt valg av sykehus m.m.

6.4.1 Gjeldende rett

Ordningen med rett til valg av sykehus m.m. er i dag regulert i pasientrettighetsloven § 2-4. Som omtale under punkt 6.1.1. lyder bestemmelsen som følger:

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

Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå.

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

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

6.4.2 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har vurdert om det er behov for å supplere bestemmelsen i § 2-4 med forskrifter som utdyper og presiserer nærmere hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg. Vi foreslår en forskriftshjemmel og ber om høringsinstansenes syn på om det er behov for slike forskrifter, og eventuelt hvilke spørsmål som bør reguleres i en forskrift om fritt sykehusvalg.

Retten til fritt sykehusvalg er generell og gjelder alle pasienter som henvises til sykehus, distriktpsykiatriske sentre eller til behandlingssteder i slike institusjoner. Rettigheten skal gjennomføres for et spekter av ulike pasientgrupper, mange ulike behandlingsformer og forskjellige behandlingsforløp. Bestemmelsen gjelder ved korte planlagte sykehusopphold (for eksempel ved operasjoner). 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.

Rettigheten gjelder imidlertid kun ved henvisning til sykehus og distriktpsykiatriske sentre. Den omfatter ikke andre institusjoner i spesialisthelsetjenesten, eller utenfor spesialisthelsetjenesten.

Etter en lovendring vedtatt 13. juni 2006, er det nå presisert (i nytt tredje ledd) at valgretten gjelder for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med mindre dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet. Endringen er per d.d. ikke trådt i kraft.

Som omtalt i punkt 6.1.2 foreslås bestemmelsen utvidet til å regulere valg av rusinstitusjon.

Som omtalt i punkt 6.2.2 ovenfor, foreslår vi tilsvarende begrensning for rusmiddelavhengige som holdes tilbake i institusjon etter vedtak med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. For rusmiddelavhengige under legemiddelassistert rehabilitering foreslår vi også en begrensning i retten til å velge behandlingssted, jf. omtalen av dette i punkt 6.3.2. Valgretten bør bare gjelde i den grad den kan gjennomføres uten å komme i konflikt med formålet med behandlingen. Dette foreslås regulert nærmere i forskrift.

Det har vært reist flere spørsmål om fortolkningen av § 2-4. Bestemmelsen er relativt kort og gir regler av overordnet karakter. Ordlyden gir få holdepunkter for hvordan ordningen nærmere skal gjennomføres.

Forarbeidene til bestemmelsen gir noen nærmere forklaringer av hva som ligger i bestemmelsen. Valgretten gjelder hele landet. 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 presentert sine fortolkninger av bestemmelsen i rundskriv IS-12/2004 *Lov om pasientrettighetsloven*. Rundskrivet omtaler blant

annet forholdet mellom retten til fritt sykehusvalg og retten til nødvendig helsehjelp.

Departementet har lagt til grunn at det er anledning til å avvise en pasient fra en annen region dersom kapasitetsbegrensninger innebærer at regionene ellers ikke vil være i stand til å oppfylle sine plikter til å tilby vurdering (§ 2-2) og nødvendig helsehjelp (§ 2-1) ovenfor pasienter fra egen helseregion. Videre er det 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.

I brev av 29. mai 2006 presiserte departementet sin fortolkning av retten til å velge sykehus for fødende. Uttalelsen ble gitt fordi Ullevål universitetssykehus mottok langt flere henvisninger for fødeplass enn sykehuset hadde kapasitet til å håndtere på forsvarlig måte. Helse Øst stilte da spørsmål om hvordan retten til valg av sykehus skal praktiseres ved tildeling av fødeplasser. Departementet understreket i brevet at retten til å velge sykehus også gjelder for fødende, men at valgretten bare gjelder så langt det ønskede sykehuset har kapasitet til å gi den gravide et forsvarlig fødetilbud.

På bakgrunn av de spørsmålene som har vært reist om hvordan bestemmelsen er å forstå og det behovet for utvidelse av bestemmelsen som er omtalt ovenfor, har vi kommet til at det kan være behov for en forskriftsregulering som vil kunne gjøre innholdet i ordningen mer forutsigbart og lettere tilgjengelig for både pasientene og helsetjenesten. Pasientene kan lettere orientere seg om sine rettigheter og gjøre disse gjeldende overfor tjenesten. Institusjonene vil også få bedre tilgang til informasjon om sine plikter etter ordningen. Dette vil styrke pasientenes rettssikkerhet og legge bedre til rette for en mest mulig lik praktisering av valgretten.

Forslaget innebærer at departementet kan gi nærmere regler om gjennomføringen av ordningen. Vi foreslår to alternative lovtekniske løsninger.

- Alternativ 1: Forslagene til endringer i retten til fritt sykehusvalg som er omtalt ovenfor i punkt 6.1.2, 6.2.2 og 6.3.2 gjennomføres lovteknisk som endringer i dagens § 2-4 første og tredje ledd. I tillegg foreslår vi å utvide nåværende forskriftshjemmel i § 2-4 fjerde ledd slik at denne også gir adgang til å gi nærmere regler om gjennomføringen av retten til fritt valg av sykehus m.m.
- Alternativ 2: Dagens bestemmelse i § 2-4 erstattes av en ny bestemmelse som fastsetter en generell rett til fritt sykehusvalg. Samtidig gis det hjemmel til å fastsette det nærmere innholdet av denne rettigheten i forskrift. Begrensningene og presiseringene som følger av gjeldende bestemmelse og av forslagene i punkt 6.1.2, 6.2.2 og 6.3.2 vil da kunne innarbeides i en forskrift. Forskriften vil også kunne inneholde nærmere regler om den praktiske gjennomføringen av valgretten.

Kapittel 7 Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1 og 3-1a)

7.1 Gjeldende rett

Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a kan det gis forskrift om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk. Slike forskrifter er ikke gitt. Bestemmelsen ble vedtatt ved rusreformen og var en overføring av tilsvarende bestemmelse i daværende sosialtjenestelov § 7-13 som gav hjemmel for en tilsvarende plikt for fylkeskommunen. Overføringen var ikke ment å medføre endringer i hjemmelens 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 sosialtjenestelov § 7-1. Det er således også en del av det ansvaret de regionale helseforetakene nå har etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 til å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

7.2 Departementets vurderinger og forslag

For å synliggjøre og understreke de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for akutt plasser for rusbehandling, f. eks plasser for kriseinntak og akutt avrusning, foreslår departementet en tilføyelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 som pålegger de regionale helseforetakene å utpeke akutt plasser for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. De regionale helseforetakene skal etter forslaget ha samme plikt, innen rusbehandling som innen psykiatrien, til å utpeke på forhånd det nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som skal ha plikt til å gi akutt hjelp.

Hjemmelen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a til å gi forskrifter blir ved en slik endring i § 3-1 overflødig. Vi foreslår derfor å oppheve § 3-1a. Etter § 3-1 femte ledd kan det gis forskrifter om det nærmere innholdet i plikten til å yte øyeblikkelig hjelp. Denne hjemmelen omfatter også nærmere regler om plikt til å gi akutt behandling for rusmiddelmisbruk.

Kapittel 8 Gjennomføringsregler for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 andre ledd)

8.1 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 være til skade på person eller ting. § 5-5 gir institusjonene hjemmel til 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 som ble vedtatt 13. juni 2006 (per d.d. ikke trådt i kraft), 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 er tatt inn på grunnlag av tilbakeholdsvedtak 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.

8.2 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.

Kapittel 9 Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)

9.1 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). Forskriften 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 spesialisert helsetjeneste. 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 kronisk 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 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 samarbeidsvegring 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 og kommunale rehabiliteringstjenester etter sosialtjenesteloven og kommunale helsetjenester. Tjenestene ved LAR- sentrene er regulert av spesialisthelsetjenesteloven og den generelle helselovgevingen, blant annet pasientrettighetsloven. De kommunale

tjenestene er regulert i sosialtjenesteloven (bolig, støttekontakt m.m.) og kommunehelsetjenesteloven (forskrivning/oppfølging 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.

9.2 Evaluering av LAR og anbefalinger om fremtidig regulering

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 oppdrag å levere en delrapport med analyse av klientdata.

Et av hovedfunnene i evalueringen 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 fremtidige forankring og regulering i mai 2005. Deres hovedanbefalinger 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 erstatter 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 utskrivingskriterier 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

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

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.

9.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er i hovedsak enig med anbefalingen fra Sosial- og helsedirektoratet om at LAR bør følge pasientrettighetslovens regler, kombinert med faglige retningslinjer. Dagens retningslinjer med blant annet særskilte inntakskriterier og regler om utskrivning, bør oppheves. Det kan imidlertid være behov for å vurdere om det på noen områder er behov for å fastsette særskilte regler for LAR i forskrift.

LAR er en behandling med sterke avhengighetsskapende medikamenter – en behandling som ofte er livslang. LAR bør derfor som en hovedregel ikke være førstevalg av behandling for opiatavhengige. Det bør vurderes å stille krav i forskrift om at medikamentfri behandling først er vurdert og eventuelt prøvd før pasienten kan tas inn i LAR.

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. Dette bør som utgangspunkt skje gjennom skjerpede rutiner rundt utlevering og inntak av medikamentene og vurdering av doseringen. Etter gjeldende retningslinjer er det grunnlag for å kunne skrive ut pasienter som selger medikamentene (systematisk) videre, eller som selger andre illegale stoffer. Bruk av vold eller trusler om vold kan også etter dagens retningslinjer medføre utskrivning. En beslutning om utskrivning fra LAR bør i utgangspunktet baseres på faglige vurderinger av pasientens behov for helsehjelp og hvilken behandling som er den beste for vedkommende. Det kan imidlertid være grunn til å vurdere om noen av utskrivningskriteriene etter dagens retningslinjer bør videreføres i forskrift.

Etter dagens retningslinjer skal det følge med en tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg (individuell plan) ved henvisning til LAR. Evalueringen av

LAR viser at det brukes mye ressurser på utarbeidelse av tiltaksplan i forkant av innsøking, men at oppfølgingen av planen i etterkant varierer sterkt, er mangelfull eller mangler helt. Planen fungerer mer som en nødvendig forutsetning for å begynne LAR-behandling, enn som et reelt verktøy i rehabiliteringsarbeidet. Dette blant annet fordi planen ofte er utarbeidet lenge før oppstart av behandlingen og i en periode pasienten er i aktiv rus. Når søknad og tiltaksplan fra kommunens side er utarbeidet med sikte på LAR, vil dette for spesialisthelsetjenesten kunne framstå som et ensidig press mot vurdering av inntak i LAR. I tråd med rusreformens intensjoner, skal spesialisthelsetjenesten foreta en helhetlig vurdering opp mot alle typer rusbehandling og ikke utelukkende LAR.

Helhetlig rehabilitering er imidlertid vesentlig for et godt behandlingsresultat. Kravet om tiltaksplan kan se ut til å ha bidratt til særlig å ”forplikte kommunene” slik at LAR- pasienter i praksis har fått bedre kommunal oppfølging enn andre rusmiddelavhengige med tilsvarende behov for sosialfaglig og annen oppfølging. Legemidler i LAR i kombinasjon med rehabilitering har dokumentert effekt, og individuell plan framstår i dag som det viktigste virkemiddel for å sikre helhetlig rehabilitering i LAR. Det kan derfor være grunn til å vurdere å stille krav om at alle pasienter i LAR skal ha utarbeidet en tiltaksplan (individuell plan) for rehabilitering.

Et annet spørsmål er hvilke eventuelle konsekvenser det skal få for den medikamentelle delen av behandlingen dersom en individuell plan ikke er utarbeidet innen den tid da behandlingen er planlagt satt i gang. Etter dagens retningslinjer skal en plan for rehabiliteringen foreligge før kommunen kan sende henvisning til LAR. Den medikamentelle behandlingen skal derfor ikke settes i gang med mindre individuell plan faktisk foreligger. Dette vil imidlertid kunne komme i konflikt med pasientens rett til nødvendig helsehjelp innen en individuelt fastsatt behandlingsfrist, jf. pasientrettighetsloven § 2-1. Departementet mener at spørsmålet om hvilke eventuelle konsekvenser det skal ha at individuell plan ikke er utarbeidet, bør vurderes nærmere og eventuelt reguleres i forskrift.

Dersom manglende individuell plan skal ha som konsekvens at pasienten ikke kan starte eller fortsette den medikamentelle behandlingen, må dette reguleres særskilt i forskrift, som et unntak fra pasientrettighetsloven.

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 vi 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. Adgangen til kontroll bør derfor hjemles i forskrift.

Det foreslås at pasienter som er aktuelle for LAR i hovedsak skal ha de samme rettighetene som andre pasientgrupper og at vurderingen om en pasient har rett til LAR skal foretas på grunnlag av de generelle reglene i pasientrettighetsloven og etter faglige retningslinjer. Allikevel kan det som nevnt over, være behov for noe særregulering på dette området. Slik regulering må foretas i forskrift, Departementet foreslår derfor en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven som gir hjemmel til å fastsette forskrifter med nærmere regler om LAR. Departementet vil komme tilbake til det nærmere innholdet i slike regler i

høringen av et eventuelt forslag til forskrift. I den forbindelse vil også de økonomiske og administrative konsekvenser av forslaget bli nærmere utredet og sendt på høring.

Se også punkt 6.3 ovenfor om retten til valg av behandlingssted for LAR-pasienter.

Kapittel 10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene til endringer i pasientrettighetsloven som er omtalt i kapittel 3 -6 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 av betydning.

I kapittel 7 foreslås en lovteknisk forenkling av nåværende forskriftshjemler for forskrifter om øyeblikkelig hjelp og akutt behandling for rusmiddelmisbruk. 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 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 kapittel 8 til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 er endringer for å forbedre den lovtekniske reguleringen av området. Forslagene har ikke økonomiske konsekvenser.

Departementet foreslår i kapittel 9 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 skal utarbeides 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 6.4 om en lovhjemmel til å fastsette nærmere regler om gjennomføringen av retten til fritt sykehusvalg.

Kapittel 11 Merknader til endringene i pasientrettighetsloven

Til endringene i § 2-1 andre ledd:

Behandlingstilbudet for behandling av rusmiddelmisbruk skal være tverrfaglig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Det vil si at tjenestetilbudet skal bestå av tjenester med helsefaglig og med sosialfaglig innhold. Når det skal settes en frist for når forsvarlighet krever at helsehjelpen senest må gis, må dette derfor skje etter en tverrfaglig vurdering. Bestemmelsen i § 2-1 andre ledd er foreslått endret slik at dette fremgår direkte av ordlyden.

Til endringene i § 2-1 femte ledd:

Behandlingstilbudet for behandling av rusmiddelmisbruk skal være tverrfaglig. Dette følger av definisjonen av disse tjenestene i spesialisthelsetjenesteloven § 2-

1a første ledd nr. 5. § 2-1 femte ledd er derfor foreslått endret slik at retten til behandling i utlandet skal være avhengig av at det ikke finnes et adekvat tilbud i Norge, enten medisinskfaglig tilbud - dersom pasienten trenger det – og/eller sosialfaglig – dersom det er dette pasienten har behov for. Avgjørende for vurderingen skal altså være om det foreligger et tilbud som er adekvat for denne pasienten, enten denne trenger medisinskfaglig oppfølging og/eller hovedsakelig sosialfaglig oppfølging.

Til endringene i § 2-2 første ledd:

Retten til vurdering innen 30 virkedager er foreslått utvidet slik at den skal gjelde ved all henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, 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.

Til endringene i § 2-3:

Forslaget til endringer i § 2-3 innebærer 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 endringene i § 2-4:

Alternativ 1:

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. Etter nåværende § 2-4 gjelder valgretten bare i den grad pasienten henvises til rusbehandling som gis ved et sykehus eller et distriktspsykiatrisk senter.

Tredje ledd:

I tredje ledd er det foreslått et nytt andre punktum som begrenser retten til å velge behandlingssted etter først ledd for pasienter som holdes tilbake etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. For disse pasientene skal retten til å velge institusjon bare gjelde dersom det ikke vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med inntaket. For øvrig gjelder valgretten også for disse pasientene.

I tredje ledd er det foreslått et nytt tredje punktum som begrenser retten til å velge behandlingssted etter første ledd for pasienter som henvises til legemiddelasistert rehabilitering (LAR). For pasienter som henvises til, eller er under LAR, skal retten til å velge LAR-senter bare gjelde dersom gjennomføring av en slik valgrett ikke vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen. For øvrig gjelder valgretten også for LAR-pasienter.

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 ikke adgang til å gjøre unntak fra retten etter første ledd.

Alternativ 2:

Nåværende bestemmelse i § 2-4 er foreslått erstattet av en ny bestemmelse som fastsetter en generell rett til fritt sykehusvalg. Valgretten gjelder overfor sykehus som eies av et regionalt helseforetak eller som har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasientene en slik valgrett. Dette er en videreføring av gjeldende rett når det gjelder retten til valg av sykehus. Samtidig gis departementet hjemmel til å fastsette det nærmere innholdet av valgretten i forskrift.

Departementet skal blant annet kunne gi regler om hvilke andre institusjonstyper som skal være omfattet av retten etter første ledd. Det forutsettes da at en i forskrift fastsetter at valgretten også skal gjelde ved henvisning til distriktpsikiatriske sentre og institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Dette for å videreføre gjeldende rett mht hvilke institusjoner som er omfattet, og gjennomføre forslagene omtalt i punkt 6.1.2.

Den foreslåtte forskriftshjemmelen kan sette begrensninger for valgretten overfor pasienter som er innlagt eller holdes tilbake med tvang og for pasienter i LAR. Dette muliggjør å gjennomføre de vedtatte nye reglene i tredje ledd om begrensninger i valgretten for pasienter under tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter psykisk helsevernloven kapittel 3. Det gir også hjemmel til å gjennomføre forslagene omtalt i punkt 6.2.2 om begrensninger i valgretten for pasienter som holdes tilbake etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-2a og for pasienter under LAR, jf. forslaget i 6.3.2.

Gjeldende begrensning i valgretten når det gjelder valg av behandlingsnivå og valgrett ved øyeblikkelig hjelp, kan også videreføres i forskrift, jf. forslag til første ledd bokstav b og c.

Forskriften vil i tillegg kunne inneholde nærmere regler om den praktiske gjennomføringen av valgretten.

Kapittel 12 Merknader til endringene i spesialisthelsetjenesteloven

Til endringene i § 3-1 andre ledd og § 3-1a:

Forslaget innebærer en plikt for de regionale helseforetakene til å utpeke - og dermed identifisere – behandlingssted hvor pasienter kan få akutt behandling for rusmiddelmisbruk. Se for øvrig de generelle merknadene i punkt 7.2.

Til endringene i § 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). Forslaget om å oppheve § 3-14 andre ledd medfører at gjennomføringsreglene etter sosialtjenesteloven og dens forskrifter, ikke lenger kommer til anvendelse ved opphold på rusinstitusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven. Samtidig foreslås i nytt andre ledd å fastsette en hjemmel for en forskrift med tilsvarende regler. Denne forskriften vil da være hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven og gjelde ved opphold i rusinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten.

Til ny § 3-16:

Bestemmelsen i § 3-16 gir anledning til å gi nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Bestemmelsen gir en ikke uttømmende liste over tema som det kan gis bestemmelser om.

Det fremgår av andre ledd at det 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. Dette kan for eksempel være 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. Det kan også være en regel om at følgende forhold kan gi grunnlag for utskrivning:

- omsetting av illegal narkotika og/eller vanedannende legemidler
- bruk av vold og/eller trusler om vold
- vedvarende alkohol- og/eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen
- fusk med urinprøver eller legemiddelinntak
- manglende oppmøte til avtaler/henting av legemiddel
- samarbeidsvegning i forhold til avtaler, regelverk og/eller tiltaksplan

Det kan også gis regler om hvilke konsekvenser det skal få for behandlingen at det ikke er utarbeidet individuell plan. Slike regler kan 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.

Det foreslås i III at Kongen skal fastsette ikraftsettingsdato for lovendringene.

Kapittel 13 Lovutkast

Forslag til lov om endringer i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven m.m.

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 medisinsk forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp. *For pasienter som har rett til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, skal fristen fastsettes etter en tverrfaglig vurdering av når forsvarlighet krever at helsehjelpen senest gis.*

§ 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 medisinsk *eller tverrfaglig spesialisert* tilbud i riket, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra tjenesteyter utenfor riket innen den frist som er fastsatt etter annet 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 helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. *De regionale helseforetakene kan bestemme hvilke institusjoner som skal foreta vurdering og fastsette frist når pasienten er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.*

§ 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.*

Departementet foreslår to alternative lovtekniske løsninger for forslagene til endringer i § 2-4:

Alternativ 1:

§ 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 rusmiddelmissbruk, 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 valgtrett.

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 uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med inntaket. Retten etter første ledd gjelder heller ikke pasienter under legemiddelassistert rehabilitering dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.*

Departementet kan gi nærmere forskrifter om gjennomføringen av retten etter første ledd og om slike avtaler som er omtalt i første ledd.

Alternativt 2:

§ 2-4 skal lyde:

§ 2-4 Rett til valg av sykehus *m.m.*

Pasienter i spesialisthelsetjenesten har rett til å velge på hvilket sykehus eller behandlingssted i sykehus behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at sykehuset eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgtrett. Departementet kan gi nærmere bestemmelser om innholdet og gjennomføringen av retten etter første ledd, og kan blant annet bestemme

- a) at retten til å velge også skal gjelde andre typer helseinstitusjoner og andre spesialisthelsetjenester enn nevnt i første ledd
- b) begrensninger i retten for pasienter som mottar helsehjelp uten eget samtykke, eller er i institusjon uten eget samtykke, og for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering
- c) at retten ikke skal gjelde ved øyeblikkelig hjelp
- d) at pasienten ikke kan velge behandlingsnivå

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 rusmiddelmisbruk.*

§ 3-1a oppheves.

§ 3-14 andre ledd oppheves.

§ 3-14 nytt andre ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om pasientens rettigheter og bruk av tvangstiltak under gjennomføring av opphold ved institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Herunder kan det blant annet gis regler om

- a) adgang til å kreve urinprøver
- b) kontroll av pasientens post
- c) forbud mot rusmidler og farlige gjenstander i institusjonen
- d) kroppsvisitasjon og ransaking av pasientens rom og eiendeler
- e) beslaglegging og tilintetgjøring av rusmidler og farlige gjenstander
- f) adgang til å nekte besøk
- g) adgang til å nekte permisjoner og annet fravær

Ny § 3-16 skal lyde:

Kongen kan gi forskrift med nærmere regler om legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelmisbrukere 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) hvem som beslutter inntak og utskrivning fra legemiddelassistert rehabilitering
- f) adgang til å kreve urinprøver

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

III

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.