

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

Deres ref:

Saksbehandler: PGD

Vår ref: 06/3337-3

Dato: 30.10.2006

0030 OSLO

HØRING - ENDRINGER I PASIENTRETTIGHETSLOVEN OG SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN ETTER RUSREFORMEN

Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. juli 2006 og fremmer med dette følgende høringsuttalelse.

Generelt om valg av prinsipp for å innarbeide rusreformen mer fullstendig i pasientrettighetsloven

Forslagene i høringsnotatet 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. Ved iverksetting av rusreformen anbefalte departementet at de regionale helseforetakene gjennom avtaler ga rusmiddelmissbrukere samme rettigheter som andre pasienter. Dette ble gjort fordi lovverket ikke fullt ut var tilpasset rusreformen. Rundskriv fra Helsedepartementet (I-8/2004), styringsdokumenter i eierlinjen til helseforetakene har dermed gitt grunnlag for dagens praksis.

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

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

Å sikre rusmiddelmissbrukere rettigheter på linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten kan skje ved at man tydeliggjør eksplisitt hvordan tverrfaglig spesialisert behandling skal inngå som en tjeneste på linje med andre behandlingsformer. Vi oppfatter at dette er gjort i forslaget til lovendringer i høringsnotatet. Et annet prinsipp kan også legges til grunn. De spesialisthelsetjenester som de regionale helseforetakene (RHF) skal ha ansvar for, er konkretisert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Der inngår tverrfaglig spesialisert behandling for

Sosial- og helsedirektoratet

«Sse_Navn»

«Sbr_Navn», Tel: «Sbr_Tlf»

Postadr: Pb 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadr: Universitetsgaten 2, Oslo

Tel: 810 20 050 • Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@shdir.no • www.shdir.no

rusmiddelmissbruk på linje med andre tjenester. Spesialisthelsetjenester eller helsehjelp er begreper som vil inkludere tverrfaglig spesialisert behandling.

Begrepet faglig forsvarlighet kan videre benyttes istedenfor medisinskfaglig forsvarlighet. Direktoratet mener at man ved å bruke disse begrepene vil sikre at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er en del av de spesialisthelsetjenester pasientene har rett til, på linje med andre tjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten.

Dersom begrepet tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk tas inn i en rekke av pasientrettighetslovens bestemmelser, kan det oppstå tvil om forståelsen av lovbestemmelser som i høringsnotatet ikke er foreslått endret. Vi tenker for eksempel på retten til syketransport i pasientrettighetsloven § 2-6. Denne bestemmelsen er generelt utformet og omfatter helsetjenester som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og som dekkes av et helseforetak. Den generelle utformingen innebærer at retten til syketransport også skal gjelde for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Dette taler for at samme lovteknikk bør benyttes gjennomgående i pasientrettighetsloven.

Rusbehandling er tverrfaglig. Det gjelder også flere andre behandlingsformer i spesialisthelsetjenesten. Slike behandlingsformer er spesialisthelsetjenester og uavhengige av hvilke faggrupper som deltar i behandlingen. Pasientrettighetsloven regulerer rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av om det er leger, fysioterapeuter, sosionomer eller psykologer som yter helsehjelp.

Ved å omtale spesialisthelsetjenester som sådan i pasientrettighetsloven vil man inkludere spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, og det blir bare nødvendig med mindre endringer/tilpasninger i pasientrettighetsloven. Det vil da ikke fremgå direkte av pasientrettighetsloven, men av spesialisthelsetjenesteloven at rusbehandling er spesialisthelsetjeneste. Det er en lovteknikk som er anvendt for spesialisthelsetjenesten for øvrig.

I den grad det er behov for å gi politiske signaler vedrørende viktigheten av at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere, skal være likestilt med andre behandlingsformer i spesialisthelsetjenesten, er det direktoratets vurdering at dette bør framkomme i forarbeidene til lovendringene, i styringsdokumentene til helseforetakene, og i budsjettene. I tillegg kan man i faglige veiledere for prioritering som er under arbeid i prosjektet "Riktigere prioritering", få fram at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige er en selvfølgelig og likestilt del av spesialisthelsetjenesten.

Det er derfor mulig å gi pasientrettigheter knyttet til rusbehandling den samme rettslige forankring som annen helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, uten å endre lovteksten i det omfang som er foreslått.

Om gjennomføringsregler for legemiddelassistert rehabilitering

Shdir slutter seg til vurderingen i høringsnotatet om at det kan være behov for å vurdere om det på noen områder er nødvendig å fastsette særskilte regler for en

fremtidig regulering av substitusjonsbehandling (legemiddelassistert rehabilitering/LAR) i forskrift.

Direktoratet har, som kjent, under arbeid faglige retningslinjer for LAR. Retningslinjene vil reflektere tilgjengelig helse- og sosialfaglig kunnskap om når det anbefales å tilby opioidavhengige tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere i form av legemiddelassistert rehabilitering. Retningslinjene vil bygge på faglig anerkjent kunnskap, og de vil være knyttet til hva som er faglig forsvarlig. I slike retningslinjer vil man ikke gå nærmere inn på behov for reguleringer ev kontroll med LAR ut fra samfunnsmessige hensyn. Eventuelle kontrolltiltak må i tilfelle ha tilfredsstillende forankring i lov eller forskrift og faller utenfor rammen av hva som kan fastsettes i faglige retningslinjer.

Som det påpekes i høringsnotatet, er medikamentene som brukes i substitusjonsbehandling, sterkt avhengighetsskapende. Samfunnsmessige hensyn, så som fare for lekkasje til illegalt marked, kan tilsi at det bør vurderes særskilte kontrolltiltak med hensyn på adgangen til å forskrive slike legemidler og kontrolltiltak overfor pasienter som inkluderes i LAR. Dersom kontrolltiltak er nødvendige, bør disse nedfelles i regelverket på en slik måte at rettssikkerheten for pasientene ivaretas på betryggende måte. Slik utkastet til ny §3-16 i spesialisthelsetjenesteloven er foreslått, er ulike kontrolltiltak listet opp i punkt a) – f). Det åpnes imidlertid for at regler også kan gis om andre kontrolltiltak ved at "blant annet" står forut for oppregningen. Direktoratet mener at rettssikkerhetshensyn taler for å sløyfe "blant annet". Det vil sikre at kontrolltiltak som eventuelt utdypes i forskrift, har direkte forankring i lov.

Direktoratet er tilfreds med at det åpnes for å fastsette særskilte regler for LAR i forskrift. Samtidig ser vi det som ønskelig at eventuelle kontrolltiltak begrenser seg til det høyst nødvendige, slik at kontrolltiltakene i seg selv ikke blir et hinder for at pasienter som kan ha nytte av substitusjonsbehandling, kan få slik behandling. De alminnelige krav til prioritering bør for øvrig gjelde for pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten med forslag om legemiddelassistert rehabilitering. Sett fra direktoratets ståsted, vil den foreslåtte hjemmel i høringsnotatet for å gi nærmere regler om LAR være hensiktsmessig, med de små endringer som her er foreslått. Eventuelle kontrolltiltak bør også ses i sammenheng med retten til fritt sykehusvalg.

Om fritt sykehusvalg

Utvidelse av fritt sykehusvalg - institusjoner som tilbyr rusbehandling

Direktoratet anser det viktig at institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk inkluderes i ordningen med fritt sykehusvalg, såfremt institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Pasienter i institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven

Shdir er enig i at retten til fritt sykehusvalg ikke bør gjelde 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 egnet til å svekke formålet med inntaket. Ved å skrive disse begrensningene i retten til fritt sykehusvalg direkte inn i loven, oppnår man lik trinnhøyde (i lov) i reguleringen både av retten til å velge og begrensninger i denne retten. Direktoratet er positiv til en slik regulering. Videre kan det være behov for

utfyllende regler i forskrift for å bidra til at begrensningen blir likt praktisert. Det bør derfor i ny § 2-4 innarbeides en hjemmel slik at begrensningen i retten til fritt sykehusvalg kan utdypes i forskrift.

Om fritt sykehusvalg for pasienter i LAR

Om fritt sykehusvalg for pasienter i LAR i gjeldende ordning

Når det gjelder pasienter i LAR, mener direktoratet at høringsnotatets forslag til endringer ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hensynet til pasientene. De retningslinjer man i dag har for legemiddellassistert rehabilitering innebærer at det blant annet er særskilte inntakskriterier og regler om utskrivning. Det må foreligge en plan for rehabilitering for å kunne søke LAR, noe som krever tett og godt samarbeid mellom LAR-sentrene, sosialkontorene og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegen. At et rehabiliteringsopplegg skal foreligge på kommunalt nivå, kan være et argument for å begrense retten til fritt sykehusvalg (velge LAR-senter). Det kan også argumenteres med at samarbeidet mellom de ulike instanser kan gå lettere hvis den geografiske avstanden mellom dem ikke er for stor. På den annen side er det viktig at retten til fritt sykehusvalg ikke begrenses i større grad enn nødvendig. I en rekke tilfeller under dagens ordning innledes samarbeid med nytt LAR-senter dersom pasienten flytter, uten at det skaper problemer som ikke kan løses. Direktoratet mener at man ikke bør begrense en pasientrettighet for pasienter i LAR ut fra hensynet til å forenkle arbeidet for de offentlige tjenesteytere som er involvert. Derimot er det av hensyn til å sikre en adekvat behandling som er forsvarlig og langsiktig lettere å argumentere for en utsatt valgfrihet i oppstartsfasen inntil pasienten er avgiftet og stabilisert på substisjonsmedikamentet.

Så langt vi kan se, er det ikke bare pasienter i LAR, men en rekke pasientgrupper, som har behov for oppfølging fra sosialtjenesten samtidig med at de mottar helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Å forholde seg til at slike pasienter benytter retten til fritt sykehusvalg, kan være krevende for tjenestene på kommunalt nivå. Direktoratets utgangspunkt er likevel for at pasienter i LAR i hovedsak bør ha de samme rettigheter som andre pasienter. Eventuelle problemer med å få tjenester på ulike nivå til å samarbeide, bør løses på annen måte. Med det som utgangspunkt mener direktoratet at det bare er grunn til å begrense retten til fritt sykehusvalg for pasienter i LAR i en oppstartfase i en tidsavgrenset periode under avgifting og stabilisering på substitusjonsmedikament.

Shdir foreslår at det framgår av pasientrettighetsloven at adgangen til å benytte seg av fritt sykehusvalg skal gjelde for pasienter i LAR, likevel slik at retten til fritt sykehusvalg ikke skal gjelde fullt ut i en tidsbegrenset oppstartfase for LAR, dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen. Direktoratet ser at det kan være behov for å fastsette nærmere regler om en slik begrensning i forskrift. I en forskrift kan man på en noe mer utfyllende måte redegjøre for hvordan begrensningen skal praktiseres og på den måten legge til rette for lik praktisering. Vi anbefaler at det i en ny § 2-4 i pasientrettighetsloven tas inn en hjemmel for å kunne gi utfyllende forskrift om begrensningen i fritt sykehusvalg.

Om fritt sykehusvalg når LAR legges om

Direktoratet arbeider for tiden med faglige retningslinjer som sammen med den i høringsnotatet foreslåtte hjemmel for forskrift om visse kontrolltiltak, kan bli hovedelementer i en fremtidig regulering av LAR. Hvorvidt det i en slik fremtidig

regulering vil være nødvendig å ha en begrensning i retten til å velge LAR-senter for pasienter i LAR, er det vanskelig å si noe sikkert om på det nåværende tidspunkt. Nødvendigheten av å ha en slik begrensning beror i noen grad på om det blir fastsatt kriterier for inntak og utskrivning og hva innholdet i slike kriterier blir. Direktoratets utgangspunkt er at pasienter i LAR i så stor utstrekning som mulig bør ha de samme rettigheter som andre pasienter. Det gjelder også i en fremtidig regulering av LAR. Direktoratet mener at det kan være grunn til å vurdere om pasienter i LAR kan få rett til fritt sykehusvalg på linje med andre pasienter i en fremtidig regulering av LAR. Skulle begrensninger likevel anses påkrevd, anbefaler vi slik vi ovenfor har anbefalt, at det bare gis begrensninger i en tidsavgrenset oppstartsperiode inntil behandlingen er stabilisert.

Om behov for endring av andre lovbestemmelser

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet er etter sitt innhold tverrfaglig. Pasienter som mottar slik behandling i spesialisthelsetjenesten, vil i stor grad ha behov for oppfølging på kommunalt nivå, både fra helsetjenesten og sosialtjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven har i dag en særskilt bestemmelse om plikt til å gi kommunehelsetjenesten råd og veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, jfr sphsl. § 6-3. Sosialtjenesten har som ledd i rusreformen fått rett til å henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Retten til å henvise innebærer at det i praksis bør være et samarbeid mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten om forhold som knytter seg til henvisningen. Spesialisthelsetjenesten bør sette av tid til å gi råd og veiledning til sosialtjenesten i denne forbindelse. For pasienter som tas inn i institusjon etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, et det også forutsatt at sosialtjenesten skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Siden spesialisthelsetjenesten har plikt til å gi råd og veiledning til kommunehelsetjenesten, bør tilsvarende gjelde overfor sosialtjenesten hva angår oppgaver der det i lov er bestemt at samarbeid skal skje. Vi anbefaler at det vurderes å gi spesialisthelsetjenesten veiledningsplikt overfor sosialtjenesten når det i lov er forutsatt at samarbeid skal skje, etter samme prinsipp som i dag gjelder overfor kommunehelsetjenesten.

Konkrete merknader til de enkelte paragrafer

Til utkast til endring i pasientrettighetsloven § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp:

§ 2 -1 andre ledd er foreslått å 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.*

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

§ 2-1 femte ledd er foreslått å 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.

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

Til utkast til endring av pasientrettighetsloven § 2-2 om rett til vurdering:

§ 2-2 første ledd er foreslått å 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.*

Det er direktoratets vurdering at ved å fjerne "sykehus eller spesialistpoliklinikk" og erstatte det med "helsetjeneste", vil bestemmelsen ikke bare ivareta dagens behov, men også gjøre bestemmelsen uavhengig av eventuelle fremtidige endringer i helsetjenestestrukturen og i ordningen "fritt sykehusvalg". Fortsatt beholder man henvisningen til pasrl. § 2-4 hvor omfanget av retten til fritt sykehusvalg bør være nærmere definert. Videre bør ordet "kan" erstattes med "skal" for å tydeliggjøre at RHF'ene bør være forpliktet til å utpeke slike institusjoner.

Til utkast til endring i pasientrettighetsloven § 2-3 om rett til fornyet vurdering:

§ 2-3 er foreslått å 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 rusmiddelavhengighet, gjelder retten til fornyet vurdering også etter henvisning fra sosialtjenesten.*

Det er direktoratets vurdering at det beste vil være å gjøre pasrl. § 2-3 nøytral slik at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ikke nevnes eksplisitt. En måte å gjøre dette på vil være å sløyfe "fra allmennlege" slik at retten til fornyet vurdering knytter seg til det å være henvist. En konsekvens av en slik fremgangsmåte vil være at retten til fornyet vurdering utvides noe i forhold til gjeldende rett. Etter direktoratets

oppfatning kan det være hensiktsmessig at både allmennlege, privatpraktiserende spesialist med avtale og sosialtjenesten kan henvise til fornyet vurdering til tverrfaglig spesialisert behandling. Shdir forholder seg imidlertid til at høringsnotatet bare tar sikte på å fange opp nødvendige tilpasninger til rusreformen uten å gå inn på andre reelle endringer i lovverket. Direktoratet slutter seg derfor til høringsnotatets forslag til ny § 2-3.

Til utkast til endring i pasientrettighetsloven § 2-4 om rett til valg av sykehus:

I høringsnotatet drøftes om retten til fritt sykehusvalg bør gjelde fullt ut i forhold til alle pasienter som er i spesialisthelsetjenesten på grunn av rusmiddelmissbruk. Likhets hensyn kan tale for at slike pasienter i størst mulig grad bør likestilles med andre pasientgrupper og gis samme rettigheter. Likevel nevnes i høringsnotatet at det kan være spesielle hensyn som gjør seg gjeldende for to pasientgrupper. Det gjelder pasienter i LAR og pasienter som tas inn i institusjon i spesialisthelsetjenesten med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 (tilbakehold i institusjon uten eget samtykke) og 6-2a (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmissbrukere). For begge grupper forutsettes et tett og godt samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet. Ved tilbakeholdelse i institusjon etter de nevnte regler har sosialtjenesten ansvar for å utarbeide tiltaksplan om oppfølging av pasienten, noe som krever samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Uansett ville en rett til fritt sykehusvalg for denne gruppen begrense seg til institusjoner som RHFene har utpekt for å ta imot slike pasienter.

Departementet har kommet med to alternative forslag til endring av pasientrettighetsloven § 2-4.

Alternativ 1: Her foreslås at ordningen med fritt sykehusvalg skal gjelde ved henvisning til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk uavhengig av hvilken institusjonstype denne behandlingen skal gis ved. Videre foreslås en begrensning i retten til fritt sykehusvalg 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 uforvarselig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med inntaket. For pasienter som henvises til eller er pasienter i legemiddelassistert behandling foreslås en tilsvarende begrensning i retten til å velge behandlingssted som for de som tilbakeholdes etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a.

Alternativ 2: Her foreslås at det i loven fastsettes en generell rett til fritt sykehusvalg, og at departementet gis hjemmel til å fastsette det nærmere innholdet i valgretten i forskrift. I alternativ 2 er også foreslått at det i forskrift kan settes konkrete begrensninger for valgretten overfor pasienter som er innlagt eller holdes tilbake med tvang og for pasienter i LAR. Videre foreslås at gjeldende begrensning når det gjelder valg av behandlingsnivå og valgrett ved øyeblikkelig hjelp, kan videreføres i forskrift. Det foreslås også at forskriften kan inneholde nærmere regler om den praktiske gjennomføringen av valgretten.

Direktoratet slutter seg ikke til alternativ 1 eller 2 i høringsnotatet. For pasienter som tas inn i institusjon i spesialisthelsetjenesten med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, foreslår vi at en begrensning i retten til fritt sykehusvalg tas inn i ny § 2-4, i

tråd med det som er forslått i alternativ 1. Vi foreslår imidlertid at det i tillegg gis en hjemmel for å kunne fastsette utfyllende regler i forskrift. For pasienter i LAR mener vi det bare er grunn til å ha en slik begrensning i en tidsbegrenset oppstartsperiode inntil behandlingen med substitusjonsmedikament er stabilisert. Det bør være en mulighet for å gi utfyllende regler i forskrift med sikte på at ordningen kan bli praktisert på en lik måte i forhold til pasientene.

Til utkast til endringer i spesialisthelsetjenesteloven:

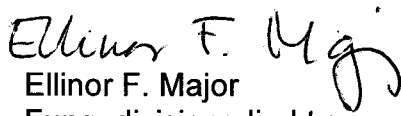
Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelavhengighet
(spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-1 og 3-1a.)

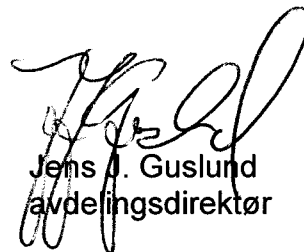
Direktoratet er tilfreds med at de regionale helseforetak etter lovforslaget får plikt til å utpeke institusjoner eller avdelinger i institusjoner slik at pasienter som har behov for akutt behandling for rusmiddelmisbruk kan få det.

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

Direktoratet ser positivt på at det forslås hjemmel for å gi forskrift om pasientens rettigheter og bruk av tvangstiltak i institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet. Direktoratet er imidlertid opptatt av at rettsikkerhetshensyn må ivaretas på en tilfredsstillende måte. Ny § 3-14 i spesialisthelsetjenesteloven bør være utformet slik at de tvangstiltak som kan anvendes, eksplisitt nevnes. "Blant annet" som står i utkastet til § 3-14 første ledd, siste punktum, bør utgå. Man unngår da at det i forskrift kan bestemmes at andre tvangstiltak enn de som er nevnt i loven kan benyttes.

Med vennlig hilsen


Ellinor F. Major
Fung. divisjonsdirektør


Jens J. Guslund
avdelingsdirektør