

# **OM FORSLAGENE TIL ENDRINGER AV PASIENTRETTIGHETSLOVEN ETTER RUSREFORMEN Høringskommentarer fra Blå Kors Norge/01.11.2006**

Helse- og omsorgsdepartementets nye forslag innebærer viktige forbedringer i forhold til å ivareta tverrfaglige aspekter på en bedre måte. Lovtekst og forskrifter bærer preg av å ha sitt utgangspunkt i den somatiske/medisinske del av spesialisthelsetjenesten. Innen psykiatri og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling er psykologiske og sosialfaglige aspekter like viktige som de medisinske. Lovtekst og forskrifter bør i sin helhet gjenspeile dette.

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 3**

For at spesialisert rusbehandling reelt skal kunne være tverrfaglig, er det viktig at vurderingsarbeidet også er tverrfaglig. Det ligger i dag en potensiell fare i at det utelukkende er de medisinske aspektene som skal ligge til grunn for en vurdering. Vi støtter derfor forslaget om en presisering av pasientrettighetslovens § 2-1 som foreslått.

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 4**

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

Begge disse presiseringer vil i så fall være i tråd med dagens praksis. Det har vært arbeidet mye med å få henvisning/vurderingsarbeidet til å fungere på en tilfredsstillende måte. Vi ser nå etter hvert resultater av dette arbeidet og tror, som også departementet påpeker, at det er viktig å unngå nye endringer som krever nye omstillinger så vidt kort tid etter at dagens rutiner er utarbeidet og implementert.

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 5**

I og med at sosialtjenesten sammen med fastlegen har henvisningsrett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, synes det også riktig at sosialtjenesten har rett til å be om en fornyet vurdering. Vi støtter derfor departementets forslag om endringer i pasientrettighetsloven § 2-3.

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 6**

### **1. § 6.2 og § 6.2a – rett til fritt sykehusvalg**

#### **Ikke fritt sykehusvalg ved ”tvang” innen somatiske sykehus**

Utgangspunktet for lovfestet rett til fritt sykehusvalg er det somatiske sykehus. Denne retten har blitt utvidet til å gjelde psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Innenfor det somatiske sykehussystem opererer en ikke med tilbakeholdelse ved tvang på en måte som kan sammenlignes med tvang etter lov om psykisk helsevern eller etter sosialtjenesteloven..

Det nærmeste sammenlignbare er øyeblikkelig-hjelp-situasjoner hvor helsepersonell plikter å gi helsehjelp selv om pasienten motsetter seg det (med visse begrensinger). Denne type hjelp omfattes ikke av rett til fritt sykehusvalg. Det vil si at den type tvangsinngrep en kan iverksette innenfor somatisk helsevesen ikke gir pasienten rett til å velge behandlingssted.

### **Utgangspunkt for valg**

Å ha rett til å velge behandlingssted har sitt utgangspunkt i rett til å velge hvor **den ønskede behandling** skal foregå – ikke hvor **det uønskede tilbakeholdet** skal foregå. Det er slik sett to meget ulike utgangspunkt for å velge behandlingssted.

### **Ikke i stand til å ivareta seg selv**

En pasient som blir lagt inn på tvang etter lov om psykisk helsevern eller sosialtjenesteloven for å kunne ivareta liv og helse, har motsatt seg frivillig nødvendig behandling. Med dette utgangspunkt er det vanskelig å se at spørsmål om valg av behandlingssted er relevant for pasienter innlagt etter tvangsparagraf (med unntak av frivillig tvang).

En tvangsinnleggelse er et alvorlig inngrep i menneskets selvbestemmelsesrett. Når samfunnet ser det nødvendig å ta et slikt ansvar for et menneske som av en eller flere grunner selv ikke er i stand til å ta ansvar for eget liv og helse, følger det også et ansvar for å fastsette et godt egnet gjennomføringssted. Dette ansvar kan ikke etter vår vurdering, overføres til personer som ofte vil være i en følelsesmessig labil situasjon og preget av ambivalens. Det ansvaret må andre ta. Departementet foreslår da også å innskrenke pasientens valgrett, og det legges inn en forutsetning om at det skal gjøres en vurdering av plasseringens forsvarlighet. I praksis vil pasientens valgrett være minimal av forvarlighetshensyn. Vi ser derfor rett til fritt sykehusvalg for tvangsinnlagte som både faglig og etisk betenkelig. Det bør heller presiseres at pasientene har krav på å få lagt fram sine synspunkter på valg av behandlingssted til sosialtjenesten *før* innleggelsen og at pasientens synspunkter på institusjonens tilbud *underveis* skal høres og vektlegges.

### **Ustabil ramme for gjennomføring av tilbakehold**

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

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

Rett til sykehusvalg handler blant annet om rett til å velge det behandlingstilbudet pasienten selv mener er best for seg i sin situasjon. For tvangsinnlagte, som vi mener ikke bør ha denne valgrett, bør klageretten til Helsetilsynet særskilt understrekes.

### **Krevende samarbeidsforhold**

Ved frivillig **døgnbehandling** innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det ikke vanlig at pasienten ”starter behandlingen ett sted ”og ”ta resten” av den planlagte behandlingen et annet sted - **med mindre dette er ledd i en planlagt behandlingsskjede.**

Rusbehandling er ikke en standardisert prosedyre, som for eksempel en spesifikk kreftbehandling, hvor en kan starte behandlingen et sted og ”fortsette der en slapp” de medisinske prosedyrene et annet sted. Gjerne vil fritt sykehusvalg her også ha noen begrensinger mht hvor i prosessen behandlingsskifte er aktuelt. Det kan være aktuelt å bli utredet ved ett sykehus, gjennomføre cellegiftbehandling et annet sted og strålebehandling et tredje sted – men vi antar at det bare unntaksvis skjer at en skifter sykehus midt i for eksempel en cellegiftkur av hensynet **til kontinuiteten i behandlingen.**

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

### **Forståelse av medbestemmelse**

Det at tvang ikke bør medføre større begrensinger enn det som er nødvendig for formålet mener vi i første rekke handler om **innholdet i tilbakeholdet og grad av selvbestemmelse og medbestemmelse innen for rammene av den institusjon pasienten blir plassert på.** Det handler i mindre grad om hvilken institusjon som skal være ansvarlig for gjennomføringen.

### **Vurdering av institusjon er viktig innen rusbehandling**

Ulike rustiltak tilbyr ulike former behandling, for eksempel ulike former for langtidsbehandling. I vurdering av rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjør også vurdering av egnet behandlingssted en del av vurderingen. Egnet institusjon er ikke mindre vesentlig ved tvangsinnleggelse. I mange tilfeller vil institusjonens geografiske nærhet til hjemstedet være å foretrekke av hensynet til sosialtjenesten særlige oppfølgingsansvar under tvangsperioden.

### **Harmonisering rus/psykiatri**

Harmonisering av reglene for tvang etter psykisk helsevernloven og LOST er et siktemål i følge departementet. Blå Kors mener fritt sykehusvalg verken er egnet for pasienter innlagt etter tvangsparagrafer etter PHL eller LOST. Spesielt faglig og fagetisk utfordrende er forslaget om rett til skifte av behandlingssted under tvangsperioden.

## **2. LAR-pasienters rett til sykehusvalg**

LAR skiller seg prinsipielt fra andre behandlingsformer fordi behandlingen nettopp er regulert gjennom et eget detaljert statlig regelverk. I legemiddelassistert rehabilitering er rehabiliteringsmodellen med forpliktene oppfølging av kommunens relevante tiltak helt sentralt.

Vi mener at de problemene departementet drøfter som store faglige utfordringer ved adgang til å fritt velge LAR-senter bør veie tyngre enn ”likhetshensyn”. Det tette samarbeidet LAR, fastlege og sosialtjeneste er det hele modellen hviler på, og det er det tette samarbeidet

som er vurdert som avgjørende for at denne type rehabilitering skal fungere effektivt. For å spissformulere: Å gi pasienter rett til å velge en halvveis LAR-modell er ingen god rettighet.

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 7**

Departementet foreslår det de omtaler som lovtekniske endringer (og uten vesentlige administrative konsekvenser) ved å ta bort § 3-1a (Forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk) og legge inn en ny formulering i § 3-1 (Øyeblikkelig hjelp) som innebærer at RHF også for pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner som straks skal motta pasienter som trenger helsehjelp.

Departementet begrunner dette bl.a. med at RHF-ene etter forslaget skal 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.

Så langt vi kan se vil konsekvensene av departementets forslag kunne være langt mer omfattende enn det som antydes, da man ved denne endringen ser ut til å gjøre om dagens henvisningsbaserte akutt-tilbud til et øyeblikkelig hjelp tilbud.

Når pasienter trenger øyeblikkelig somatisk hjelp er dette ansvar per i dag tillagt sykehus, og øyeblikkelig hjelp for psykiske tilstander tillagt psykiatrien. Hvorfor dette skulle være annerledes for ruspasienter er vanskelig å fange opp ut fra endringsforslaget.

Somatiske sykehus har den kompetanse, det personell, vaktordninger, utstyr og det volum av ø-hjelp som vil gi den mest forsvarlige hjelpen. Å ivareta ø-hjelp på linje med et sykehus, vil kreve en betydelig oppjustering av akuttavdelinger i rustiltak.

Øyeblikkelig hjelp skal ivareta alvorlige "liv- og helsesituasjoner". Alvorlige liv- og helsesituasjoner som faller under tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattes av tvangsreglene i LOST. Slik sett ivaretar tverrfaglig spesialisert rusbehandling en del av området "alvorlige liv- og helsesituasjoner".

## **Synspunkter på forslag til endringer i kap 9**

Vi deler departementet syn på at det er viktig å sette LAR inn i en større behandlingmessig sammenheng, samtidig som LAR-pasienter må sikres de samme grunnleggende rettigheter som andre pasientgrupper. Særlig viktig er det fortsatt at LAR som hovedregel ikke er førstevalg for behandling av opiatavhengige og at annen behandling først skal være prøvd. Jo yngre pasienten er, jo strengere bør dette vurderes. Dette er begrunnet i:

- at andre behandlingsformen bør benyttes før man tyr til langvarig medisinerings med tunge narkotiske legemidler.
- det vurderes som uheldig dersom yngre rusmiddelavhengige uten en alvorlig opiatavhengighet blir satt på metadon eller Subutex.
- den største gruppen av yngre rusmiddelavhengige har ikke opiater som sitt hovedproblem. Her er det behov for andre behandlingalternativer enn det LAR representerer.

Videre vil vi understreke viktigheten av å forebygge lekkasje av metadon/subutex til det illegale markedet.

**Med hilsen**  
**Arne Falck (sign)**  
**Diakonisjef**  
**Blå Kors Norge**