



Helse- og omsorgsdepartementet  
8011 dep

0030 OSLO

**Deres ref.:**

**Vår ref.:**  
KMADSSSEN  
S06/3830

**Arkivnr:**  
F63 &00  
L33103/06

**Dato:**  
31.10.2006

Ved henvendelse vennligst oppgi referanse S06/3830.

## **HØRINGSNOTAT ENDRING I PASIENTRETTIGHETSLOVEN ETTER RUSREFORMEN**

Asker kommune er bedt om om gi evt. merknader til forslagene i høringsnotatet.

Merknadene følger notatets kapitler med særlig vekt på problemstillingen om det skal gjøres unntak i retten til valg av behandlingsted for pasienter som kan holdes tilbake med hjemmel i sosialtjenesteloven §6-2 og 6-2a og Lar pasienter. Hvilke unntak det i så fall er behov for, og i hvilken grad eventuelle praktiske problemer som vil kunne oppstå og være til hinder for å benytte valgretten.

### **Kap. 3 Rett til nødvendig helsehjelp (pasl §2-1)**

Bestemmelsen i §2-1 regulerer når en pasient har et materiellrettslig krav på helsehjelp. Disse materielle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp er nærmere fastlagt i prioriteringsforskriften. Det skal videre fastsettes en frist for når slik helsehjelp skal gis utfra hva som er medisinsk forsvarlig.

Kommenter: Dette må også gjelde de rusmiddelavhengige. En kan likevel se for seg et problem når det gjelder å finne god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet for denne gruppen. Ettersom rusbehandling tradisjonelt bygger på en humanistisk tilnærming der en ikke som i medisinen har vært opptatt av lovmessige sammenhenger mellom årsak og virkning.

Det skal gis tverrfaglig spesialisert behandling som skal bygge på en tverrfaglig vurdering i forkant av innen når behandlingen skal gis. Hva som skal ligge i en slik vurdering må reguleres sentralt og være ens over hele landet, uavhengig av hvordan HFene har organisert vurderingsretten. Vurderingen må bygge på retten til behandling og ikke på evt. ventelister. Dette praktiseres svært ulikt i dag noe som er uheldig og uholdbart.

**SOSIALTJENESTEN**  
**Adresse**  
Erteløkka 9  
1383 Asker  
Postboks 353  
1372 Asker

**Telefon**  
66 90 90 00  
**Telefax**  
66 76 82 39  
**E-post**  
sosialtjenesten@  
asker.kommune.no

**Org.nr.**  
944 382 038 mva.  
**Bankgiro**  
6003 06 79000

#### **Kap. 4 Rett til vurdering (pasl § 2-2)**

Paragrafen regulerer pasientens rett til å få vurdert sin helsetilstand og om en har rett til nødvendig helsehjelp.

Kommentar: En støtter forslaget om å endre paragrafen slik at pasienter som henvises til tverrfaglig spesialisert behandling får den samme retten til vurdering uavhengig av hvordan tjenestene er organisert.

Videre støttes presieringen av at de regionale helseforetak kan bestemme hvilke instanser som skal motta og vurdere henvisninger til spesialisert behandling.

En vil likevel påpeke at dette i seg selv ikke vil endre den uheldige forskjellen i vurderinger som har utviklet seg. Vurderingene bør bygge på ett sett av på forhånd kjente kriterier og instansene bør pålegges en plikt til å følge de forslag til behandling sinstitusjon, type behandling som henvisningsinstansen foreslår så langt dette er mulig. I de tilfellene der henvisningen kommer fra sosialtjenesten vil de kjenne klienten best, og derved ha best forutsetning til å uttale seg om dette sammen med klienten. Tradisjonelt har det også vært slik, og er det nok fortsatt at sosialtjenesten er den som kjenner mangfoldet av behandling sinstitusjoner best i alle fall i egen region.

#### **Kap. 5 Rett til fornyet vurdering (pasl §2-3)**

Paragrafen gir regler om rett til fornyet vurdering av helsetilstand av spesialisthelstjenesten, og gjelder bare en gang for samme tilstand.

Kommentar: Vi støtter forslaget om at retten også bør gjelde om henvisningen kommer fra sosialkontoret om sosialkontoret er enig i at det er behov for fornyet vurdering. Et spørsmål som reiser seg er om en slik fornyet vurdering kan foretas av en annen vurderingsinstans enn den som foretok den første vurderingen. Dette mener vi i tilfelle vil være uheldig og lite effektivt.

#### **Kap. 6 Rett til valg av sykehus m.m. (pasl. § 2-4)**

Gjeldende rett til valg av behandlingssted gjelder sykehus og DPS.

Kommentar: Det er naturlig å utvide bestemmelsen til å være uavhengig av hvilken institusjonstype behandlingen skal gis ved så lenge institusjonen er eiet av et regionalt helseforetak eller har avtale med et slikt som gir slik rett.

Etter vår erfaring er dette lite virksomt. De regionale helseforetak har et sørge for ansvar for pasienter i egen region, og med den knapphet på behandlingsplasser som er vil det i praksis være vanskelig å få plass andre steder enn der eget regionalt helseforetak har kjøpt plasser. Ett annet poeng er at sosialkontoret vil ha ansvar for pasienten både før under og etter et institusjonsopphold, i alle fall for pasienter som er henvist derfra.. Dette anser vi som svært viktig for å kunne fortsette rehabilitering i egen bokommune. Å skulle følge opp en klient som mottar behandling på en helt annen kant av landet vil nødvendigvis medføre færre besøk og møter, enn om behandling sinstitusjonen er i geografisk nærhet.

#### **Spesielt om pasienter innlagt etter bestemmelsen §6-2, 6-2a i sosialtjenesteloven.**

Vi støtter forslaget om samordning av regelverket knyttet til innleggelse etter §6.2 i sosialtjenesteloven og bestemmelsen som regulerer dette i lov om psykisk helsevern, når begge

pasienter under slik lovhjemmel skal kunne motta slik hjelp fra samme institusjon. Tvungen psykisk helsevernlovgivning gir ikke pasienten rett til å velge behandlingsted, det samme bør gjelde for innleggelse etter sosialtjenesteloven §6.2.

Valgmuligheten er her i utgangspunktet begrenset ettersom de regionale helseforetak skal utpeke institusjoner til å ta imot denne pasientgruppen. Kapasiteten er etter vår erfaring underdimensjonert pr. i dag. Det står ikke øremerkede plasser ledige og venter en fra denne pasientgruppen. Institusjonen er kun utpekt til å kunne ta pasienter fra denne gruppen. Det er også slik at sosialtjenesten har et spesielt ansvar for oppfølging av pasientene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten under tvangsopphold. Dette blir tilnærmet umulig å gjennomføre hvis pasienten velger en institusjon geografisk langt unna. En vil også mene at i mange av disse tilfellene vil pasienten være ute av stand til å kunne eller ville velge. Vi mener at i disse tilfellene er det sosialtjenesten som skal avgjøre hvor pasienten skal plasseres, og at dette skal skje i forståelse med klienten så langt dette er mulig. Dersom sosialtjenesten i forkant av fylkesnemdas behandling vet at pasienten ønsker seg til en spesiell institusjonsplass av denne karakter, bør sosialtjenesten dokumentere begrunnelsen for valget av sin avgjørelse i sin saksfremstilling til fylkesnemda.

### **Særlig rett til valg av behandlingsted for pasienter i LAR.**

LAR består av både kommunale helsetjenester, sosiale tjenester i tillegg til tjenester fra spesialisthelsetjenester/LAR-sentrene.

Kommentar: Kommunen støtter forslaget om begrensning i retten til fritt valg av behandlingsted. Vurderingskriteriene for LAR forventes å bli like over hele landet. Dette ligger til grunn for at vi mener søknaden om LAR bør vurderes i det LAR senteret pasienten tilhører. Det kreves et tett samarbeid mellom både fastlege, sosialtjenesten i bokommunen og LAR senteret for å få til en best mulig rehabilitering. Når det gjelder retten til å velge døgnbehandlingsinstitusjon kan vi ikke se at dette skulle by på andre utfordringer enn for andre pasientgrupper, der det som tidligere påpekt bør legges vekt på henvisende instans anbefaling av behandlingsinstitusjon/type behandling.

### **Forskrift om gjennomføring av retten til fritt valg av sykehus m.m.**

Kommentar: Kommunen støtter alternativ 2 og at det lages en forskrift som regulerer innholdet i ordningen med forklaringer til de innskrenkninger i retten som bestemmes, spesielt for pasienter innlagt etter bestemmelsen i sosialtjenesteloven §6-2, 6-2a.

### **Kap. 7 Utpeking av plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetj. loven §§3-1 og 3-1a)**

Kommentar: Kommunen støtter forslaget som skissert i høringsnotatet der de regionale helseforetak pålegges å utpeke på forhånd de nødvendige antall institusjoner eller avdelinger i institusjoner som skal ha plikt til å gi akutt hjelp innen rusbehandling. Dette mener vi er helt nødvendig og svært mangelfullt slik det ser ut i dag.

### **Kap. 8 Gjennomføringsregler for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk (spesialisthelsetj. loven § 3-14 andre ledd)**

Kommentar: Kommunen støtter forslaget i høringsnotatet om opphevelse av §3-14 andre ledd i spesialisthelsetjenesteloven og erstatning av en hjemmel til å gi forskrifter med regler om gjennomføring av opphold i rusinstitusjoner.

## **Kap. 9 Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR)**

I høringsnotatet skisseres målet med bruk av legemidler i henhold til retningslinjene (I-35/2000) i fem strekpunkt.

Strekpunkt 5 lyder -"oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og - så langt mulig - yrkesmessig og sosial rehabilitering."

Kommentar:

Kommunen foreslår å endre strekpunkt 5 som følger – oppnå rusfrihet/bedret rusmestring, bedre livskvalitet og – så langt det er mulig – yrkesmessig og sosial rehabilitering. ”

Dette for å inkludere i LAR også de en åpenbart ikke kan forvente rusfrihet og/eller yrkesmessig rehabilitering.

Vi mener også at det bør vektlegges at LAR i seg selv virker skadebegrensende og i den forstand også helsefremmende. Forebyggende i forhold til helserisiki, overdoseproblematikk, infeksjoner, smitte, opprettholdelse av egenomsorvevnen. Innlemmelsen vil øke tilgjengeligheten til komplementære tiltak og oppfølging, relatert til sosiale og psykologiske aspekter.

Kommunen mener det bør være en individuell medisinsk helhetsvurdering som ligger bak både inntak og evt. utskriving fra LAR tiltak. Formålet med LAR er rusfrihet/bedret rusmestring, dette krever en viss struktur og organisering av klientens liv i en tiltaksplan/individuell plan. Utskriving blir et tema for ansvarsgruppen og LAR inntak/utskrivingsteam. Et visst samarbeid mellom klienten og ansvarsgruppen er avgjørende for om LAR tiltak opprettholdes eller ikke. Hvorvidt vold eller trusler om vold skal føre til utskriving bør inngå i en helhetsvurdering om utskriving fra LAR.

Omsetning av egen Metadon/Subutex bør for det første føre til direkte observert inntak av medikamentet ved utlevering på apotek, dette for å motvirke lekkasje av medikamenter fra LAR. Vedvarende /tilbakevendende problem av denne art bør føre utskriving fra tiltaket.

Det foreslås i høringsnotat at tiltaksplan erstattes med individuell plan, og at det for denne gruppen blir stilt krav om at de skal ha IP allerede på søknadstidspunktet. Kommunen anser at det kan virke uheldig at akkurat denne gruppen skal ha et krav om IP mens det for alle andre er frivillig. Et helt nødvendig utgangspunkt for å utarbeide IP skal være at vedkommende vil ha en slik plan. Faktorer som det å bli lyttet til, å ha innflytelse over mål og tiltak, å bli møtt på en positiv måte samt at det oppleves meningsfylt og lystbetont er viktige elementer i forhold til å delta i utarbeidelsen av egen IP. Å stille krav om at en person skal ha IP strider etter vårt syn imot grunnlaget for IP som er frivillighet. Kommunen mener at individuell plan er et godt verktøy, som en bør motivere også LAR brukere til å ville ha men så lenge denne er frivillig for alle andre i målgruppa bør den heller ikke være et krav for denne gruppen. Det viktigste med en IP er at den brukes aktivt i rehabiliteringen, det er pasientens plan og pasienten må nødvendigvis være med på å lage planen.

Vi mener at tidspunktet for utarbeidelsen av tiltaksplan/IP bør vurderes individuelt. For noen vil det være mulig å utarbeide den på søknadstidspunktet, for andre vil dette være umulig på grunn av tilstanden til klienten. Innvilgelse eller avslag på LAR bør ikke være avhengig av at

planen er på plass, men vurderingsinstansen bør i innvilgelsen si noe om når den skal være på plass i den enkelte sak, på lik linje med andre krav som blir satt.

I forhold til krav om urinprøver stiller kommunen et stort spørsmål ved hvor hensiktsmessig dette virkemiddelet er. Vi har tilbakemeldinger om følelse av nedverdiggelse i forbindelse med urinprøvetaking, og muligheten for manipulasjon med prøvene er stor. Pasienten er i regelen i aktiv rus i forkant av nedtrapping og oppstart i LAR. Vi mener derfor at det bør stilles krav om godt kontrollerte urinprøver i oppstartfasen, for å sikre riktig dosering og en god start. I det videre forløp har en størst tro på frivillighet i prøvetaking, både fordi muligheten for manipulasjon er stor og at kostnadene ikke svarer til nytten en får fra prøvene. Ved mye rusing bør pasienten ha daglig inntak av medikamentet på apotek, og legen bør forløpende vurdere reduksjon av dose.

### **Organisering av LAR**

Kommentar:

Evalueringsene av LAR viser ingen forskjell i behandlingsresultater avhengig av om koordineringen og gjennomføringen ligger på senter eller i en sentralisert modell. Sentermodellen fører lett til ”oppopping” av pasienter men de har mulighet til å gi alle pasientene de samme tilbudene. At alle pasientene får det samme tilbudet ansees ikke som hensiktsmessig i LAR arbeidet. Dette er pasienter med svært ulike hjelpebehov og de innehar ulik ressursmengde. Det essensielle er å se hver pasient for seg, både når det gjelder rusmestring og aktivitetsnivå. Men at det finnes varierte tilbud til denne gruppen er av stor betydning i rehabiliteringsøyemed.

Kommunen har gode erfaringer med en desentralisert modell-nærhet til bruker som gir muligheten til å se klienten over tid i et nært og godt samarbeid med fastlegen. Vi ser det som svært viktig å kunne beholde den muligheten vi har i dag til å legge frem henvisningene i et vurderingsteam bestående av helseforetaket, spesialist og kommunen.

Med vennlig hilsen

Kari Madssen  
Sosialsjef

Bente Hildre  
seksjonsleder