

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår referanse
2006/19-12

Deres referanse

Dato
30.10.2006

Høringsvar: Endringer i helselovgivningen etter rusreformen

Det vises til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 19.07.2006.

Rusbehandling Midt-Norge HF har utarbeidet en felles høring for berørte rusinstitusjoner, kompetansesenter og LAR-senter. Dette omfatter enhetene Vestmo behandlingssenter (Ålesund), Veksthuset Molde, Nidarosklinikken (Trondheim), Senter for legemiddelassistert rehabilitering i Midt-Norge (Trondheim) og Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget. Avtaleinstitusjonene innenfor regionen, Lade Behandlingssenter (Blå kors, Trondheim) og Kvamsgrindkollektivet (NKS, Trondheim), har også deltatt i utarbeidelsen av høringen.

Innledning

Notatet gir i kapittel 2 en beskrivelse av innholdet i rusreformen gjennom etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling som en del av spesialisthelsetjenesten.

Vi kunne ønsket at man enda tydeligere presiserte at tjenestetilbudet på rusområdet nå er forankret på kommunalt og statlig nivå:

- Kommunale tjenester hjemlet i sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven – herunder avtaleinstitusjoner.
- Statlige tjenester forankret i de regionale helseforetakene hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven – herunder avtaleinstitusjoner.

Vi opplever dessverre ennå, snart tre år etter reformen, uklarheter særlig knyttet til en del private døgninstitusjoner som ikke har avtale med RHFene.

Når det gjelder rettighetsaspektene som tas opp slutter vi oss til departementets vurdering om at rettstilstanden for denne pasientgruppen klart bør fremgå av lovgivningen på linje med det som gjelder for andre pasientgrupper. Departementets nye forslag innebærer viktige forbedringer i forhold til å ivareta tverrfaglige aspekter på en bedre måte. Lovtekst og forskrifter bærer noe preg av å ha sitt utgangspunkt i den somatiske/medisinske del av spesialisthelsetjenesten. Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, er psykologiske og sosialfaglige aspekter like viktige som de medisinske. Lovtekst og forskrifter bør også gjenspeile dette.

Vi har følgende kommentarer til de konkrete lovendringsforslagene, strukturert i forhold til høringsdokumentets kapitteinndeling

Kapittel 3

For at spesialisert rusbehandling reelt skal kunne være tverrfaglig, er det viktig at vurderingsarbeidet også er tverrfaglig. Det ligger i dag en potensiell risiko for 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.

Kapittel 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 RHFene skal ha anledning til å bestemme hvilke rusinstitusjoner som skal vurdere henvisninger til rusbehandling og fastsette individuelle behandlingsfrister.

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

Kapittel 5

Siden 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.

Kapittel 6

Dette omhandler rett til valg av sykehus m.m. etter pasientrettighetsloven § 2-4. Departementet fremmer to ulike forslag til lovutforming og ber om særskilte tilbakemeldinger på flere problemstillinger.

Innledningsvis vil vi uttrykke støtte til at valgretten skal gjelde ved henvisning til alle institusjoner som har driftsavtale med RHF (innenfor rammen av avtaleplassene), uavhengig av institusjonstype.

Vi synes også departementets vurdering om at tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a bør følge de samme prinsipper som innenfor psykisk helsevern – med visse begrensninger i retten til fritt institusjonsvalg. 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. 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.

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 kunne være ødeleggende for intensjonen med tilbakeholdet. Vi erfarer at før et midlertidig vedtak er stadfestet, er det

ofte vanskelig å komme i behandlingsposisjon. Dette endrer seg oftest når vedtaket er stadfestet. Situasjonen er da avklart og pasienten vet hva han/hun har å forholde seg til. På samme måte ser vi at en avklaring av hvor tilbakeholdelsen skal finne sted, er helt vesentlig for å komme i posisjon med motivasjonsarbeid.

Det at tvang ikke bør medføre større begrensninger 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.

Når det gjelder LAR foreslås også en begrensning i retten til å velge behandlingssted gjennom følgende formulering: *”...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”*. Det bes om at høringsinstansene vurderer dette spesielt, da likhetshensyn tilsier 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. Vi er enig i det overordnede prinsippet om at LAR-pasienter skal ha samme rettigheter som andre pasientgrupper. LAR-skiller seg ikke prinsipielt fra andre behandlingsformer, bortsett fra at det er regulert gjennom egne statlige retningslinjer. LAR er definert som en spesialisthelsetjeneste hvor ansvarlig senter beslutter inntak, deltar i rehabiliteringen og foretar evt utskrivninger. Det særskilte for LAR er at primærtjenestene står for en stor del av gjennomføringen (sammen med LAR-senter). Dette innebærer at det frie valget knyttet til LAR-senter uansett vil være noe begrenset ut fra at hjemkommunen har en så viktig rolle i gjennomføringen av rehabiliteringen. I tillegg til de praktiske utfordringer som ligger i at et annet LAR-senter skal følge opp kontakten med pasient og kommune utenfor egen region/ansvarsområde, vil pasientene som ønsker å benytte seg av retten også møte de generelle begrensningene knyttet til bl.a. at regionen først skal prioritere egne pasienter.

Vår oppfatning er at fritt valg for LAR-pasienter i praksis vil være lite gunstig da dette fort vil kunne bli et ”halvveis” tilbud. Vi synes imidlertid ikke det bør settes særskilte begrensninger knyttet til LAR i § 2-4, men at problematikken bør avklares i den foreslåtte forskriften hjemlet i § 3-16.

Når det gjelder behovet for å supplere bestemmelsen med forskrifter som utdyper og presiserer nærmere hva som ligger i retten til fritt sykehusvalg, støtter vi dette.

Det foreslås to ulike lovtekniske løsninger. Det synes å være momenter som taler for begge løsninger. Fordelen med alternativ 1 er at den bygger videre på dagens formuleringer. Fordelen med alternativ 2 er at den mer direkte synes å forutsette avklarende forskrifter knyttet til innholdet i retten. Bl.a. er det behov for å klargjøre begrepet *behandlingsnivå* nærmere knyttet til både somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kapittel 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 rusmiddelmissbruk) 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 RHFene 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. Dette synes å være en endring av dagens praksis slik denne bl.a. står beskrevet i rundskriv I-8/2004 fra HOD, side 10:

Behov for akutt behandling vil kunne foreligge dersom en rusmiddelmissbruker har behov for hjelp i en presset livssituasjon uten at det nødvendigvis foreligger en helsemessig livs- eller helsetruende tilstand. Dersom rusmiddelmissbrukeren har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for vedkommendes liv eller helse som for eksempel ved intoksikasjon, overdoser eller delir, vil vedkommende ha rett til øyeblikkelig hjelp etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Vi ber om at departementets argumentasjon tydeliggjøres ytterligere knyttet til den foreslåtte endringen – herunder forholdet mellom frivillig behandling, tvang, akuttbehandling og ø-hjelpplikten. Rusbehandling Midt-Norge HF's brukerutvalg har også ved flere anledninger tatt til orde for et tydeligere regelverk knyttet til akutt-tilbudet for rusmiddelavhengige, nettopp for å dekke behovet for behandling for de som omfattes av behovet gitt i første ledd i sitatet fra rundskrivet nevnt ovenfor. Det er viktig for oss å påpeke at et slikt tilbud ikke eksisterer systematisk i Midt-Norge pr i dag.

Kapittel 8

Vi er enig i behovet for en opprydding der tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven reguleres av en bestemmelse i sosialtjenesteloven og forskrifter gitt med hjemmel i denne, slik tilfelle er for § 3-14. Det er imidlertid viktig at forskriften som foreslås blir utarbeidet som del av dette lovarbeidet slik at det ikke blir en periode uten et gjeldende regelverk.

Dagens forskrift kap. 5 inneholder 18 underpunkter, mens departementet forslag til overskrifter inneholder 7 underpunkter. Det er viktig at en ny forskrift berører alle de områder som er nødvendig å berøre. For eksempel ser vi at områder knyttet til bruk av tvang ikke er berørt. Det er viktig å ha tydelige regler på dette området, og vi forutsetter at dette fanges opp i departementets videre arbeid.

Kapittel 9

Det foreslås en ny § 3-16 som gir anledning gjennom forskrift til å gi nærmere regler om LAR knyttet til *formål, kriterier for inntak/utskrivning, krav om individuell plan/konsekvenser dersom plan ikke foreligger, beslutningsansvar for inntak/utskrivning og adgang til å kreve urinprøver*. 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.

Departementet problematiserer nokså inngående hvorvidt det er riktig/nødvendig med en eget forskrift om LAR eller ikke, og lander altså på at det er behov for en slik forskrift.

Hovedargumentet synes å være at det er behov for å sette LAR inn i en større behandlingmessig sammenheng, og at behandlingstilbudet har visse særegenheter som det er behov for å regulere med hjemmel i lov.

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 bl.a begrunnet i:

- At andre behandlingsformen bør benyttes før man tyr til langvarig medisinerer 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 opiat som sitt hovedproblem. Her er det behov for andre behandlingsalternativer enn det LAR representerer.

Videre er det viktig at faren for lekkasje av metadon/subutex til det illegale markedet forebygges best mulig. Det bør vurderes forskriftsfestet at ta-hjem doseringer først skal kunne skje når pasienten kan skje ved rusfrihet og god stabilitet.

Når det gjelder utskrivning er vi enige at dette som for annen behandling i utgangspunktet bør baseres på faglige vurderinger av pasientens behov for helsehjelp og hvilken behandling som er den beste for vedkommende (jf pasientrettighetsloven), men at det likevel er behov for å forskriftsfeste dette nærmere ut fra en gjennomgang av dagens utskrivningskriterier.

Helhetlig rehabilitering er vesentlig for et godt behandlingsresultat i LAR og det bør som i dag vurderes krav om at alle pasienter i LAR skal ha utarbeidet en tiltaksplan (individuell plan) for rehabilitering, gjennom et samarbeid mellom fastlege og kommunens rustjeneste. Dersom man mener alvor med at LAR skal ha en overordnet ramme knyttet til aktiv og helhetlig rehabilitering, må konsekvensen av manglende rehabiliteringsplan være at tilbudet ikke påstartes før slik plan foreligger. Det bør imidlertid utredes nærmere særskilte medikamentbehandlingstilbud med andre målsettinger enn rehabilitering (nedtrappingstilbud og/eller tilbud med skadereduserende målsetting).

Bruken av urinprøvekontroll i LAR bør omtales spesielt i en forskrift.

Som evalueringene av LAR har dokumentert, er det stor variasjon mellom regionene særlig knyttet til:

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

Vi forutsetter at en sentral målsetting knyttet til arbeidet med faglige retningslinjer for medikamentell behandling og rehabilitering av opiatavhengige er å sikre et faglig godt grunnlag for LAR slik at pasientene får et best mulig og et likeverdig tilbudet over hele landet.

Vi støtter altså behovet for forskriftsfestning og mener det er viktig at forskriften for LAR utarbeides parallelt med de faglige retningslinjene, slik at dagens retningslinjer erstattes av et robust og konsistent regelverk.

Kapittel 10

Vi støtter departementets vurderinger om at forslagene i kapittel 3 – 6 i hovedsak er av lovteknisk karakter, anses derfor ikke å ha økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Departementet sier at de foreslåtte endringene i kapittel 7 ikke har økonomiske eller administrative konsekvenser fordi *"...Plikten til å sørge for disse tjenestene følger allerede av bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5."* (s. 27). Vi mener at denne argumentasjonen ikke er dekkende (se kommentar under kap 7), hvor vi anser dette som innføring av et nytt behandlingstilbud som ligger nært opp til øyeblikkelig hjelp. Vår oppfatning er at denne lovendringen vil kunne få betydelig økonomiske og administrative konsekvenser.

Vi støtter departementets vurdering om at forslagene i kapittel 8 og 9 ikke som sådan vil ha økonomiske eller administrative konsekvenser, men at innholdet i en forskrift om LAR vil kunne ha store økonomiske og administrative konsekvenser.

Med vennlig hilsen

Dag Hårstad
Adm.dir

Reidar Hole
Fagsjef