

Skien 3.nov 2006

## **Høring av endringer i pasientrettighetsloven etter rusreformen m.m.**

Det vises til departementets høringsnotat datert 19.juli 2006.

Forslagene er i hovedsak en tilpasning til dagens praksis og de føringer som ble lagt i rundskriv og oppdragsbrev i forbindelse med rusreformen. Hovedhensikten med disse føringene har vært å gi rusmiddelmissbrukere de samme rettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Når føringene nå skal innarbeides i lovverket, bør en ha som målsetting å "normalisere" tverrfaglig spesialisert behandling så langt det er mulig, for å forhindre behovet for ytterligere fremtidige lovendringer som følge av endringer i fagfeltet, og sikre at pasientrettighetene gjøres gjeldende på alle områder. Samtidig må intensjonen med tverrfaglig spesialisert behandling ivaretas, slik at en sikrer en flerfaglig tilnærming i behandlingen.

En bør bestrebe seg på å normalisere pasientrettighetsloven så langt det er mulig for å inkludere rusmiddelmissbrukere. Begrepet "tverrfaglig spesialisert behandling" bør derfor unngås i størst mulig grad i lovteksten. Ved å erstatte begrepet med spesialisthelsetjeneste eller helsehjelp, og endre begrepet medisinsk faglig forsvarlighet til faglig forsvarlighet, vil en kunne unngå å fremheve rettigheter for denne pasientgruppen på noen områder. Pasientrettighetsloven kan da med enkle grep tilpasses pasienter med behov for behandling for sitt rusmiddelproblem.

### § 2-1 andre ledd er foreslått å lyde:

Pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom....osv.

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 osv....osv.

Ved å endre begrepet medisinsk forsvarlighet til *faglig forsvarlighet* kan den siste setningen utgå, da det fremgår av første ledd at alle pasienter, inkludert de som har behov for rusbehandling, er omfattet av retten.

### § 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 medisinsk eller tverrfaglig spesialisert tilbud i riket, her pasienten....osv.

Dersom en her forenkler begrepsbruken ved å sløyfe "medisinsk eller tverrfaglig spesialisert", vil formuleringen "adekvat tilbud" dekke formålet.

### § 2-2 første ledd er foreslått å lyde:

Pasienter som henvises til *sykehus, spesialistpoliklinikk eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk*, som omfattes av § 2-4, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt.....De regionale helseforetakene *kan* bestemme....osv.

Her kan den første kursiven erstattes med ”spesialisthelsetjeneste”, som da vil omfatte også tverrfaglig spesialisert behandling. Etter bestemmelsen vil det da også omfatte private avtalespesialister og enkelte private institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling som ikke er gitt vurderingsrett. Henvisningen til § 2-4, som definerer omfanget av retten til fritt sykehusvalg, vil imidlertid snevre dette inn.

Videre bør andre kursiv ”kan” erstattes med ”skal”, slik praksis er i dag.

### § 2-4 om retten til valg av sykehus.

I utgangspunktet er det viktig at pasienter som tilbys tverrfaglig spesialisert behandling har samme rett til valg av behandlingssted som andre pasienter, under forutsetning at institusjonen eies av regionalt foretak, eller har avtale med et regionalt helseforetak.

Når det gjelder pasienter som tas inn til behandling etter sosialtjenestelovens §§ 6-2 og 6-2a, bør det gjøres begrensninger i denne retten, dersom det ut fra faglige vurderinger vil være uforsvarlig eller vil svekke formålet med tiltaket. For at begrensningene skal bli mest mulig likt praktisert, bør det utarbeides regler i egen forskrift.

Om retten til fritt sykehusvalg for pasienter i LAR, kan vi forstå argumenter for å avgrense denne retten, bl.a ut fra hensynet til nærhet mellom spesialistbehandling og oppfølging i bostedskommune. Det er imidlertid en rekke andre pasientgrupper som det vil være gunstig å ha et tett samarbeid om, for eksempel pasienter med omfattende og langvarige behov innenfor somatikk og psykiatri. Det skal være sterke grunner til å fravike en rettighet som pasienter er gitt i lov. Retten til fritt sykehusvalg bør derfor bare begrenses i situasjoner der det er uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med behandlingen.

Det har vært en bekymring i LAR-miljøet at pasienter vil søke seg til tiltak som har en mer lempelig faglig profil med hensyn til kontroll og oppfølging, for å kunne fortsette annet rusmiddelbruk, noe som er uforenlig med en streng praksis i LAR. Dette må etter vårt syn reguleres annet sted enn i pasientrettighetsloven. Omfanget av bruken av fritt sykehusvalg vil neppe bli stort om LAR-pasienter får en rett på linje med andre pasienter til fritt sykehusvalg. Vår konklusjon vil være at det ikke bør være noen begrensninger for LAR-pasienter når det gjelder retten til fritt sykehusvalg.

### Definisjon av tverrfaglig spesialisert behandling.

Ansvar for tverrfaglig spesialisert behandling er beskrevet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Der inngår dette som en tjeneste på lik linje med andre spesialisthelsetjenester. Det er påpekt at begrepet tverrfaglig spesialisert behandling er uklart definert. Slik det er i dag er all behandling som tidligere lå under fylkeskommunalt ansvar, og som er overført til spesialisthelsetjenesten innenfor definisjonen. En definisjon av tverrfaglig spesialisert behandling hører imidlertid ikke hjemme i pasientrettighetsloven, men bør evt. tas inn i spesialisthelsetjenesteloven.

### Økonomiske og administrative konsekvenser.

Kvaliteten med henblik på faglig innhold og omfang varierer, og er en utfordring for hele fagfeltet å definere. Et kvalitetsløft er sannsynligvis nødvendig for å tilfredsstille kravet om faglig forsvarlighet, og dette vil i så fall få både økonomiske og administrative konsekvenser.

Vi har ingen merknader til de andre forslagene.

Arne Johannesen  
Fagsjef  
Sign

Eigil Nythe  
Rådgiver  
Sign