

RUSMIDDELAVHENGIGES RETT TIL HELSEHJELP

Pasienters rettsstilling ved legemiddelassistert rehabilitering

Kandidatnr: 131

Veileder: Asbjørn Kjøenstad

Leveringsfrist: 10. november 2004

Til sammen 39362 ord

Dato 8. november 2004

Innholdsfortegnelse

1	<u>INNLEDNING</u>	1
1.1	PROBLEMSTILLING	1
1.2	BAKGRUNN FOR VALG AV OPPGAVETEMA	1
1.3	NÆRMERE AVGRENSING AV OPPGAVEN	2
1.4	RETTSKILDER	3
1.4.1	LOV	3
1.4.2	FORSKRIFT	5
1.4.3	RUNDSKRIV	5
1.4.4	ANDRE RETTSKILDER	6
1.4.4.1	Rettspraksis	6
1.4.4.2	Helse- og sosialombudets vurderinger	6
1.5	DEN VIDERE FREMSTILLINGEN	7
2	<u>NOEN GRUNNLEGGENDE SPØRSMÅL OG BEGREPER</u>	9
2.1	INNLEDNING	9
2.2	BEGREPER OG DEFINISJONER	9
2.2.1	RUSMIDDELAVHENGIGE	9
2.2.2	OPIATER	9
2.2.3	METADON	10
2.2.4	BUPRENORFIN	11
2.2.5	LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING	11
2.3	METADONBEHANDLING I SKANDINAVIA	12
2.3.1	METADON I SVERIGE OG DANMARK	12
2.3.2	METADON I NORGE	13
2.4	NÆRMERE OM LAR	16
2.4.1	MÅLGRUPPE OG REHABILITERINGSMÅL	16
2.4.2	FREMTIDIG BEHOV FOR LAR	19
2.5	NORSK NARKOTIKAPOLITIKK	20
2.6	KORT OM RUSREFORMEN	25

2.6.1	BAKGRUNN OG INNHOLD	25
2.6.2	HVA RUSREFORMEN INNEBÆRER FOR LAR TILTAKENE	29
2.6.3	HVA RUSREFORMEN INNEBÆRER FOR PASIENTENES RETTIGHETSPOSISJON I FORBINDELSE MED LAR	30
3	<u>RETT TIL HELSEHJELP</u>	31
3.1	RETTIGHETSBEGREPET I VELFERDSLOVGIVNINGEN	31
3.2	KORT OM RETTSKRAV PÅ HELSEHJELP	32
3.3	SPESIELT OM PASIENTRETTIGHETSLOVEN	33
3.4	RETT TIL ØYEBLIKKELIG HJELP	33
3.4.1	KAN LAR ANSES SOM ØYEBLIKKELIG HJELP?	34
3.5	RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP	34
3.5.1	RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA KOMMUNEHELSETJENESTEN	34
3.5.2	RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	39
3.6	FORSKRIFT OM PRIORITERING AV HELSETJENESTER OG RETT TIL HELSEHJELP	42
3.7	RETTSFØLGEN TIL PASL. § 2-1	45
3.8	KAN LAR ANSEES SOM NØDVENDIG HELSEHJELP?	45
4	<u>RETT TIL EN RASJONERT YTELSE</u>	48
4.1	INNLEDNING	48
4.2	HVILKE FORDELINGSKRITERIER ER DET ADGANG TIL Å LEGGE VEKT PÅ?	48
4.3	FORDELINGEN AV HELSETJENESTER NÅR PASIENTEN ER RUSMIDDELAVHENGIG	52
4.4	NÆRMERE OM PRIORITERING I NORSK HELSETJENESTE	54
4.4.1	ANDRE PRIORITERINGSKRITERIER	56
4.5	PRIORITERINGSGRUPPER	58
4.5.1	INNLEDNING	58
4.5.2	PRIORITETSGRUPPE I: GRUNNLEGGENDE HELSETJENESTER	58
4.5.3	PRIORITERINGSGRUPPE II: UTFYLLENDE HELSETILTAK	59
4.5.4	PRIORITERINGSGRUPPE III: LAVT PRIORITERTE TJENESTER	59
4.5.5	PRIORITETSGRUPPE IV: TILBUD SOM IKKE SKAL FINANSIERES AV DET OFFENTLIGE	60
4.6	HVILKEN PRIORITERINGSGRUPPE HØRER RUSMIDDELAVHENGIGE TIL?	60
5	<u>SOSIALTJENESTENS ANSVAR FOR RUSMIDDELAVHENGIGE</u>	63
5.1	INNLEDNING	63

5.2	RETT TIL HJELPETILTAK	63
5.3	ADGANGEN TIL Å BENYTTE TVANG OVERFOR RUSMIDDELAVHENGIGE	64
5.4	FORHOLDET MELLOM SOSIALTJENESTEN OG HELSETJENESTEN	65
6	<u>RETNINGSLINJENE FOR LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING</u>	66
6.1	INNLEDNING	66
6.2	BEGRENSNING I LEGERES REKVIRERINGSRETT	66
6.3	FORSKRIVNINGSADGANG AV OPIOIDER UTENFOR GODKJENT TILTAK	69
6.4	SØKNAD OM INNTAK	70
6.5	TILDELINGSKRITERIENE	72
6.5.1	INNLEDNING	72
6.5.2	ALDESKRITERIET	73
6.5.3	MISBRUKSKRITERIET	74
6.5.4	BEHANDLINGSKRITERIET	75
6.6	OVERFØRING TIL LOKALT OPPLEGG	76
6.7	UTSKRIVINGSKRITERIENE	78
6.8	BETYDNINGEN AV AT RETNINGSLINJENE ER I RUNDSKRIVS FORM	81
7	<u>GRUNNLEGGENDE PRINSIPPER INNENFOR HELSERETTEN</u>	83
7.1	INNLEDNING	83
7.2	PASIENTENS AUTONOMI	84
7.2.1	GENERELT OM KRAVET TIL SAMTYKKE	84
7.2.2	PASIENTENS AUTONOMI I FORHOLD TIL LAR	86
7.3	RETTE TIL INFORMASJON	92
7.3.1	GENERELT OM RETTEN TIL INFORMASJON	92
7.3.2	PASIENTENS RETT TIL INFORMASJON OM LAR	95
7.4	TAUSHETSPLIKT FOR HELSEPERSONELL	95
7.4.1	GENERELT OM TAUSHETSPLIKTEN	95
7.4.2	TAUSHETSPLIKTEN OG LAR	98
7.5	RETT TIL JOURNALINNSYN	98
7.5.1	GENERELT OM JOURNALINNSYN	98
7.5.2	JOURNALINNSYN OG LAR	99
7.6	RETT TIL FORSVARLIG BEHANDLING	99
7.6.1	GENERELT OM FORSVARLIGHETSKRAVET	99
7.7	RETTE TIL Å KLAGE	101

7.7.1	GENERELT OM KLAGEADGANGEN	101
7.7.2	KLAGEADGANG I FORBINDELSE MED LAR	104
8	<u>OVERSIKT ANDRE RELEVANTE PASIENTRETTIGHETER</u>	110
8.1	RETT TIL VURDERING	110
8.1.1	GENERELT OM RETT TIL VURDERING	110
8.1.2	RETTE TIL VURDERING FOR LAR- PASIENTER	112
8.2	RETT TIL FORNYET VURDERING	112
8.2.1	GENERELT OM ”SECOND OPINION”	112
8.2.2	RETT TIL FORNYET VURDERING FOR LAR- PASIENT	114
8.3	VALG AV SYKEHUS	114
8.3.1	GENERELT OM RETTEN TIL VALG AV SYKEHUS	114
8.3.2	LAR- PASIENTERS RETT TIL Å VELGE SYKEHUS	115
8.4	RETT TIL INDIVIDUELL PLAN	117
8.4.1	GENERELT OM INDIVIDUELL PLAN	117
8.4.2	INDIVIDUELL PLAN I LAR	120
8.5	PASIENTENS RETT TIL MEDVIRKNING	121
8.5.1	GENERELT OM MEDVIRKNING	121
8.5.2	MEDVIRKNING I FORHOLD TIL BEHANDLING AV RUSPROBLEMET	122
9	<u>DRØFTELSE AV LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING</u>	124
9.1	EN DRØFTELSE AV DEN EKSISTERENDE ORDNINGEN	124
9.2	AVSLUTTENDE EGNE BEMERKNINGER	130
10	<u>LITTERATURLISTE</u>	133

1 Innledning

1.1 Problemstilling

Den overordnede problemstilling i denne oppgaven er rusmiddelavhengiges rett til helsehjelp. Denne problemstillingen favner vidt. Det finnes mange former for rusavhengighet, og det finnes flere alternative typer helsehjelp. Det er i denne forbindelse utallige problemstillinger man kan gripe fatt i.

Oppgaven omhandler rusmiddelavhengige som har vært avhengige av tunge narkotiske stoffer over lengre tid. Det er hevet over enhver tvil at denne gruppen har store helseproblemer og sosiale problemer i dagens samfunn. Utfordringene helsetjenesten har i møte med denne pasientgruppen er mange, sammensatte og krevende.

Det er ikke alltid nødvendig å problematisere at pasienten er rusmiddelavhengig. Utgangspunktet er at rusmiddelavhengige har samme rett på behandling i helsetjenesten som befolkningen for øvrig. Likevel er dette en svært ressurs svak gruppe, som det kan være nærliggende å anta har vansker med å orientere seg i forhold til sine rettigheter og kreve sin rett.

Oppgaven omhandler problemstillingene som reiser seg ved bruk av legemiddelassistert rehabilitering av rusmiddelavhengige. Hovedproblemstillingen er rettsstillingen til søkere og pasienter som er innlemmet i slik behandling.

1.2 Bakgrunn for valg av oppgavetema

Ved siden av studiene har jeg vært ansatt på MARIO, som er forkortelse for Medikamentassistert rehabilitering i Oslo. Etter 1. januar 2004 kalt MAR ØST. Dette er et senter som inneholder tre poliklinikker hvor pasienter behandles for sin opiatavhengighet med metadon eller Subutex. I tillegg er MAR ØST et nasjonalt kompetansesenter og inntaksorgan.

Gjennom jobben i MAR ØST har jeg fått innsyn i et nytt felt og vekket interessen for dette. Jobben min besto av praktiske gjøremål, alt fra kontorarbeid til urinprøvetaking. Jeg har også hatt en del pasientkontakt, men naturligvis ikke noe behandleransvar, da jeg ikke har noen helsefaglig eller sosialfaglig bakgrunn. Arbeidserfaringen har gitt meg kunnskap om legemiddelassistert rehabilitering. Dette har vært nyttig under arbeidet med oppgaven.

Rusmiddelavhengige er ofte en ressurs svak gruppe som har vanskelig for å bli hørt. Det er derfor viktig å sette fokus på denne gruppen. I tillegg er det flere rettslige uklarheter rundt legemiddelassistert rehabilitering, blant annet i forhold til de gjeldende rundskriv på området og hvilken rettstilling disse pasientene har etter rusreformen.

1.3 Nærmere avgrensning av oppgaven

Det finnes flere former for avhengighetsproblematikk. Oppgaven dreier seg om behandling av opiatavhengige. I Norge er det et høyt antall personer som er avhengige av heroin. Oppgaven er avgrenset mot annen type avhengighet, som alkoholisme, avhengighet av andre narkotiske stoffer, tobakksavhengighet og spilleavhengighet.

Denne oppgaven vil ta for seg retten til helsehjelp for å behandle rusproblemet. Det avgrenses mot behandling av fysiske sykdommer og skader som følge av rusbruken.

Mange rusmiddelavhengige har psykiske lidelser i tillegg til et rusproblem. Dette henger ofte nært sammen. Pasienten kan ha startet en ruskarriere på grunn av psykiske problemer, eller de psykiske lidelsene kan ha oppstått som en følge av rusbruket. Det avgrenses mot problemstillinger som er knyttet til rus og psykiatri.

Opiatavhengighet kan behandles på mange måter. Oppgaven belyser en behandlingsform, legemiddelassistert rehabilitering. Det avgrenses mot rettstillingen til pasienter i annen type behandling, for eksempel medikamentfri behandling i institusjon eller poliklinikk.

I forhold til fastlegeordningen, drøftes kun kort hvilken rolle fastlegen har i legemiddelassistert rehabilitering.

Videre tar oppgaven for seg sosialtjenestens rolle ved legemiddelassistert rehabilitering etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester (sostjl.) kapittel 6.

Sosialtjenestens generelle oppfølgingsansvar overfor rusmiddelavhengige berøres derimot kun kort.

Det kan oppstå vanskelige situasjoner i behandlingen av den konkrete pasient. Ofte må det gjøres kompliserte medisinskfaglige vurderinger. Det kan imidlertid tenkes flere situasjoner hvor det er vurderinger av rettslig art som må foretas. Jeg belyser de viktigste rettslige problemstillingene som kan oppstå i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering. Oppgaven er imidlertid ikke uttømmende. Jeg har søkt å legge vekt på problemstillinger som berører de fleste pasienter i forbindelse med legemiddelassistert rehabilitering. Det finnes derfor flere konkrete tema jeg ikke går nærmere inn på. Jeg gjør for eksempel ikke spesielt rede for behandling av gravide med metadon, legemiddelassistert rehabilitering i tett samarbeid med psykiatrien, metadon i institusjon eller andre konkrete situasjoner. De generelle problemstillingene jeg tar opp, vil ofte være aktuelle for også disse pasientene, men å gå inn på det konkrete opplegget i deres behandling vil føre for langt.

1.4 Rettskilder

1.4.1 Lov

De lovene som vil være spesielt relevante for oppgavens problemstilling er:

lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (sphlsl.)

lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasl.)

lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (hpl.)

Hovedvekten av framstillingen legges på de bestemmelsene som er viktigst for å avklare rettsstillingen til pasienter under legemiddelassistert rehabilitering.

De overfor nevnte lovene er generelle i sin utforming. Innenfor helseretten finnes det

imidlertid også mer spesielle lover (for eksempel lov 5. august 1994 om smittevern (smittel.) og lov 2. juli 1999 nr. 62 psykisk helsevern (phlsvl.)).

Tradisjonelt sett har fordelingen av helsetjenester vært basert på medisinskfaglig skjønn og politiske prioriteringer. Det har i mindre grad vært foretatt en styring gjennom lovbaserte rettigheter på helsesektorens område. Tidligere var det leger og annet helsepersonell som var viktige beslutningstakere ved fordeling og utvikling av helsetjenester. Dette systemet er omtalt som ”behandlingsmodellen”.¹ Fordelingen av helsetjenester har etter hvert skjedd ved en blanding av politiske retningslinjer, økonomiske virkemidler og mer bruk av rettslig regulering. Fra 1980 årene ble temaet pasientrettigheter et sentralt område i mediedebatten, helseforvaltning og i norsk sosialrettsforskning.² Rettsliggjøringen av helsetjenesten har vært omfattende, og etableringen av en rekke viktige pasientrettigheter er helt sentral i denne rettsutviklingen.³

Rettighetsfesting er en naturlig konsekvens av at det på nasjonalt nivå besluttes at bestemte formål skal prioriteres foran andre. En sterkere rettighetsfesting i lovgivningen fører til at den juridiske kontrollen blir forsterket gjennom klagesaker og saker for domstolene.

Lovgivningen på helserettens område er preget av at mange av reglene er en lovfesting av materielle rettigheter. Det er vanskelig å utforme presise kriterier for tildeling av helsehjelp. Helselovgivningen preges derfor av at det ofte er skjønnsmessige kriterier som utløser en rett til behandling. Dette fører til mange til dels kompliserte lovtolkningsspørsmål. Det kan være vanskelig å avgjøre hvilke pasienter som har en rett til helsehjelp, og hva denne retten innebærer.

¹ Se Kjønstad 1992 s 197

² Se Kjønstad 1992 s 193

³ Se LoR nr 7-8 2004 s 385-386

1.4.2 Forskrift

For oppgavens hovedproblemstilling vil to forskrifter være spesielt relevante.

De to forskriftene er:

Forskrift 27. april 1998 nr. 455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (utleveringsforskriften).

Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp (prioriteringsforskriften).

1.4.3 Rundskriv

Det finnes tre rundskriv som regulerer legemiddelassistert rehabilitering. En god del av oppgaven vil bestå i en drøftelse av hvilken rettsstilling søkere til- og pasienter i legemiddelassistert rehabilitering har på bakgrunn av disse retningslinjene.

De tre rundskrivene er:

- 1) Rundskriv I-35/2000 Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (I-35/2000)
- 2) Rundskriv I-33/2001 Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere (I-33/2000)
- 3) Rundskriv I-5/2003 Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere - nærmere om inntakskriteriene og unntak fra disse (I-5/2003)

Rundskriv er en instruks utarbeidet av forvaltningen. Dette er ikke formell lovgivning. Et rundskriv har ikke gjennomgått den samme lovgivningsprosessen som lov og forskrift. I tillegg er rundskriv mindre tilgjengelig for folk enn lovgivning.

Det er forståelig at forvaltningen til tider må utarbeide instruks og veiledninger for å orientere for eksempel underordnede instanser. Rundskriv kan være nyttige verktøy for å administrere forvaltningen på en god måte, og sikre en helhetlig fortolkning av regelverket. Det kan derimot være problematisk hvis forvaltningen i stor grad benytter seg av rundskriv. Forvaltningen er kun tillagt utøvende myndighet. Blir reguleringen i rundskriv for omfattende, kan dette lett gå på tvers av den myndighet forvaltningen har

adgang til å utøve. Det er grenser for hvor langt en intern instruks kan gripe inn å styre borgernes rettigheter og plikter uten å være i strid med legalitetsprinsippet.

Jeg skal i kapittel 6 og 9 se på eventuelle problemstillinger som reiser seg i kjølvannet av at vi står overfor et rettsområde der mye av reguleringen eksisterer i rundskrivs form. Jeg kommer her nærmere inn på de gjeldende rundskrivene på området, og drøfter disse i forhold til rettskildemessige og rettssikkerhetsmessige problemstillinger.

1.4.4 Andre rettskilder

1.4.4.1 Rettspraksis

Jeg benytter rettspraksis av mer generell karakter for å illustrere noe av den generelle helserettslige bakgrunnen i oppgaven. Særlig viktig er Rt. 1990 s. 874, Fusa-dommen.

Det eksisterer ikke rettspraksis av direkte relevans for pasienters rettstilling ved legemiddelassistert rehabilitering. Det finnes ingen Høyesterettsavgjørelser som omhandler pasienter som har gått til sak i forbindelse med denne behandlingsformen. Det finnes kun en dom fra lagmannsretten hvor en interesseorganisasjon gikk til sak for å få utleveringsforskriften tilsidesatt. Denne saken kommer jeg tilbake til i kapittel 6. Potensielle saksøkere innenfor dette feltet vil ofte være ressursvake mennesker. Disse vil ofte ha svært dårlig helse og økonomi, og det kan være en stor belastning å bringe en sak inn for rettsvesenet. Dette kan være en forklaring på hvorfor det finnes lite rettspraksis på dette området.

1.4.4.2 Helse- og sosialombudets vurderinger

Helse- og sosialombudet i Oslo ivaretar pasientombudsordningen i Oslo etter pasl. kapittel 8, i henhold til avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Oslo kommune.

Helse- og sosialombudet skal innenfor sitt arbeidsområde ”arbeide for at det ikke blir gjort urett mot personer bosatt i Oslo kommune, og som er brukere av helse- og

sosialtjenester, og at administrasjonens tjenestemenn og andre som virker i kommunens tjeneste ikke gjør feil eller forsømmer sine plikter”.⁴

Ombudet tar blant annet imot henvendelser og klager fra pasienter og klienter for å oppfylle dette formålet. Henvendelser og klager vedrørende legemiddelassistert rehabilitering hører inn under ombudets arbeidsområde. Ombudet foretar vurdering i de saker de finner det hensiktsmessig, disse vurderingene er rådgivende og ikke av besluttede karakter.⁵

Forvaltningspraksis har forskjellig rettskildemessig vekt. I ombudsmannsordninger avses som nevnt ovenfor, ikke rettslig bindende uttalelser. Slike vurderinger fra for eksempel Sivilombudsmannen blir likevel stort sett respektert. Det samme kan antas om Helse- og sosialombudsordningen.

Årsmeldingene fra Helse- og sosialombudet i Oslo kan gi et bilde av hva søkere og pasienter eventuelt har å utsette på ordningen med legemiddelassistert rehabilitering. Det finnes flest rusmiddelavhengige i Oslo, størst andel søkere til legemiddelassistert rehabilitering og flest pasienter innlemmet i denne behandlingsformen i Oslo. Jeg har gått igjennom seks årsmeldinger fra helse- og sosialombudet i Oslo (Årsmelding 1998-Årsmelding 2003) for å kartlegge om det finnes noen saker vedrørende legemiddelassistert rehabilitering. De sakene som er av relevans for min problemstilling omtales i kapittel 5 og 6.

1.5 Den videre fremstillingen

I kapittel 2 gjør jeg rede for noen grunnleggende spørsmål og begreper. Dette kapitlet danner den faktiske rammen for oppgaven.

En generell redegjørelse for retten til helsehjelp og en kort oversikt over de viktigste problemstillingene innenfor dette temaet finnes i kapittel 3.

⁴ Jfr. § 1 i ”Instruks for ombudet for brukere av helse- og sosialtjenester”, vedtatt av Oslo Bystyre 11/6-97

⁵ Jfr. § 7 i ”Instruks for ombudet for brukere av helse- og sosialtjenester”

I kapittel 4 tar jeg for meg de tilfellene hvor man ikke er i en umiddelbar rettighetsposisjon i forhold til mottakelse av helsehjelp. Her drøftes nærmere fordeling av helsetjenester og prioriteringsspørsmål ved rasjonerte ytelser.

Sosialtjenestens ansvar for rusmiddelavhengige omhandles i kapittel 5. Her berøres kort adgangen til tvangsbruk.

I kapittel 6 omhandles de gjeldende retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering. I dette kapittelet er spørsmålene hjemmelsgrunlaget og rettighetene til søkere og innlemmede pasienter. Både inntak i behandling og utskrivning fra behandling gjennomgås. I tillegg behandles sosialtjenesten og fastlegens rolle i legemiddelassistert rehabilitering. Videre drøftes de gjeldende retningslinjene i et rettssikkerhetsmessig perspektiv.

Jeg anvender deretter bakgrunnsretten på mitt konkrete tema i kapittel 7 og 8. I disse kapitlene behandles de viktigste bestemmelsene i helselovgivningen som gjør seg gjeldende for pasienter i legemiddelassistert rehabilitering. Kapittel 7 omhandler de grunnleggende helserettslige prinsippene som er særlig relevante for problemstillingen. I kapittel 8 finnes en framstilling av andre pasientrettigheter, med hovedvekt på pasl. kapittel 2.

Avslutningsvis i kapittel 9 foretas det en rettspolitisk drøftelse av temaet. Her blir forskjellige hensyn for og i mot den eksisterende ordningen tatt opp.

2 Noen grunnleggende spørsmål og begreper

2.1 Innledning

Oppgavens tema ligger nær opp til andre fagfelt. Problemstillingen grenser til områder som medisin, politikk og samfunnsvitenskap. Siden dette temaet berører så mange andre områder enn det rent juridiske, er det viktig først å ha berørt noen grunnleggende aspekter ved emnet. I dette kapitlet finnes noen begrepsavklaringer. I tillegg gis en kort oversikt over utviklingen av legemiddelassistert rehabilitering. Videre settes temaet inn i en større sammenheng ved å se kort på norsk narkotikapolitikk. Det redegjøres også for den reformen som nylig har vært innenfor rusomsorgen.

2.2 Begreper og definisjoner

2.2.1 Rusmiddelavhengige

De personene det dreier seg om omtales som rusmiddelavhengige eller pasienter i oppgaven. Betegnelsen rusmiddelavhengig er valgt på oppfordring fra Fagrådet innenfor Rusfeltet. Denne gruppen mennesker blir ofte kalt narkomane, misbrukere eller rusmisbrukere. Dette er mer belastende og negativt ladede uttrykk. I en tid hvor målet om å bedre helsesituasjonen til disse menneskene er sterkt tilstede, er det viktig også å gjenspeile dette i hvordan man omtaler dem.

2.2.2 Opiater

Som allerede nevnt er rusmiddelavhengige i min fremstilling personer som i hovedsak er avhengige av opiat. Opiatene kom til Europa på 1700 og 1800- tallet. Kirurgene kalte det da for "Guds eget medikament". Heroin, morfin, petidin og kodein er alle opiat. Heroin ble for første gang fremstilt fra opium av farmasøyten Dresser i 1898. De første legene som brukte stoffet kalte det "den hvite heltinnen". Heroin hører til gruppen "sterke" opiat, og kan være sterkt vanedannende.

2.2.3 Metadon

Metadon⁶ er et kunstig framstilt morfinliknende stoff. Stoffet ble framstilt for første gang i Tyskland under andre verdenskrig. Det ble under krigen brukt som middel mot sterke smerter.

Det første metadonforsøket ble startet i New York av Dole og Nyswander i 1964. Behandlingen fikk navnet Methadone Maintenance Treatment- MMT, som betyr metadon vedlikeholdsbehandling eller metadonstøttet behandling. Teorien til Dole og Nyswander gikk ut på at langvarig opiatmisbruk førte til forstyrrelser i kroppens naturlige endorfinbalanse, og at denne balansen kunne gjenopprettes ved tilførsel av et annet opiat.

Metadon er et gunstig stoff til bruk i vedlikeholdsbehandling fordi virkningen av stoffet kommer langsomt. Metadon gir ikke en rusopplevelse på samme måte som andre opiater. Virkningen av stoffet varer lenge og går gradvis over. Halveringstiden av stoffet er 24-36 timer. Dette er den tiden det tar før halvparten av stoffet er ute av kroppen. På grunn av den lange halveringstiden er det tilstrekkelig med en dosering per døgn.

Metadon har god blokkeringseffekt i forhold til andre opiater. Blokkeringseffekt vil si at tilførsel av andre opiater ikke gir særlig ruseffekt. Den lange halveringstiden fører til at blokkeringseffekten holder seg sterk nok til å hindre abstinenssymptomer og stoffsug. Det har vært antatt at abstinenssymptomene ved heroinbruk og redselen for disse er en viktig drivkraft bak heroinavhengiges jag etter heroin. Dette vil man kunne holde i sjakk ved bruk av metadon.⁷

Metadon suges godt opp fra tarmkanalen og kan drikkes eller gis i tablettform. På denne måten slipper man å medisinere ved bruk av sprøyter. I Norge er metadondosen blandet ut i sterk solbærsaft, og pasienten drikker miksturen. (Mange pasienter omtaler metadon som "saft" i daglig omtale.)⁸ Sprøytebruk er ikke gunstig ved behandling av

⁶ Forklaringen i 2.2.3 er hentet fra Frantzen 2001 s 21-22

⁷ Jfr. Reinås i Tidsskriftet Mot Rusgift 2001

⁸ Jfr. erfaring fra MAR ØST

heroinavhengige. For mange vil sprøyter være nært assosiert med tidligere misbruk og kan virke krenkende. Det vil også være en mer tungvint form for medisinerings. I tillegg kan det være vanskelig å finne tilgjengelige blodårer på en person som over lengre tid har injisert heroin.

Opptopping på metadon skjer sakte fordi pasienten kan oppleve sterk kvalme hvis doseringen økes for raskt. Etter hvert blir de fysiske virkningene stabilisert, men før dette kan pasienten føle seg noe ruspåvirket. Metadon er på lik linje med andre opiater avhengighetsdannende ved langvarig bruk. Metadon hører på samme måte som heroin til gruppen ”sterke” opiater, og er derfor blant de mest avhengighetsdannende. Metadon kan ha bivirkninger som for eksempel kvalme, oppkast, svimmelhet, søvnløshet, svetting, hudkløe, munntørrehet, forstoppelse, urinretensjon, nedsatt libido, hodepine, eufori (ruspåvirkning), visuelle forstyrrelser og ødemtendens (vannansamling). Bivirkningene er de samme som ved annen opiatbehandling.⁹

Metadon er det mest brukte medikamentet for vedlikeholdsbehandling, både internasjonalt og i Norge.

2.2.4 Buprenorfin

Buprenorfin¹⁰ benyttes også i legemiddelassistert rehabilitering. Dette stoffet virker på mange måter slik som metadon. Buprenorfin kommer i tablettform. Et av de mest brukte medikamentene i Norge heter Subutex, i tillegg benyttes et preparat som heter Subuxone. Buprenorfin benyttes i stor grad i oppstarten av legemiddelassistert rehabilitering fordi overdoserisikoen er mindre enn ved metadon. Opptoppingen av doseringen kan derfor skje noe raskere enn ved metadon. Noen av pasientene blir stående på Subutex, mens andre går over på metadon etter hvert.

2.2.5 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering vil si behandling av opiatavhengige med legemidler. Dette er en vedlikeholds- eller substitusjonsbehandling. Dette betyr at legemiddelet skal være et substitutt for heroinet. Medisineringsen av pasientene i legemiddelassistert

⁹ Jfr. Preparatomtale fra Statens legemiddelverk

rehabilitering foretas i hovedsak med metadon eller Subutex.

Sentrale helsemyndigheter benytter betegnelsen legemiddelassistert rehabilitering. Behandlingssentrene selv kaller behandlingsformen medikamentassistert rehabilitering. Jeg vil i min videre fremstilling bruke betegnelsen legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

2.3 Metadonbehandling i Skandinavia

2.3.1 Metadon i Sverige og Danmark

I Sverige startet man med metadonbehandling i 1966.¹¹ Det var inntaksstopp av pasienter mellom 1979 og 1984, men etter 1984 ble det igjen blitt tatt inn nye pasienter. Man har basert seg på inntaks- og utskrivingskriterier, og det finnes en øvre begrensning på hvor mange pasienter man har i behandling på metadon. Ved utgangen av år 2000 var det 800 personer i behandling i Sverige. I 2004 er det bestemt at ikke mer enn 1200 pasienter skal være inkludert i det nasjonale metadonprogrammet.¹²

I Danmark har man benyttet metadon som behandlingsform siden starten på 1970-årene. I 1994 var det ca. 4 000 personer i behandling. Av disse var pasientene fordelt hos privatpraktiserende leger, offentlige behandlingstilbud og hos private klinikker. Flesteparten av pasientene fikk metadon hos privatpraktiserende leger. Etter høye antall narkotikadødsfall, hvor mange var relatert til metadonforgiftning, ble det i 1996 vedtatt at privatpraktiserende leger ikke fikk skrive ut metadon. Det offentlige begynte da å administrere og kontrollere utskrivningen på fylkesnivå.¹³ Ved utgangen av 2001 var det 4 937 pasienter som fikk metadonbehandling i Danmark.¹⁴

¹⁰ For nærmere forklaring, se Bachs LC, Bramness JG og Waal H Oslo 2001

¹¹ Oppsummeringen er hentet fra Frantzen 2001 s 24-25

¹² Jfr. Forskrift SOSFS 1990:16 (endring 13. januar 2004)

¹³ Jfr. Broksjø i "Stof" nr. 12 oktober 2000, dansk tidsskrift

¹⁴ Tallet er hentet fra Årsrapport avgitt til EMCDDA. Narkotikasituasjonen i Danmark 2002 tabell 3.1.1

"Personer i lengerevarende metadonbehandling (mere end 5 måneder) 1985-2001"

2.3.2 Metadon i Norge

Bruk av metadon i Norge har vært et omstridt tema.¹⁵ Det første forsøksprosjektet med metadon ble foretatt i 1970-71 ved Dikemark sykehus; dette fungerte dårlig og ble raskt avsluttet. Det har ikke vært foretatt noen offisiell behandling med metadon igjen i Norge før ved slutten av 1980- årene.

Det har likevel blitt utført forskrivning fra privatpraktiserende leger i 1970-årene, såkalt kvoteforskrivning. Det var et økende antall unge personer som fikk kvoter med metadon. Helsemyndighetene forsøkte å stoppe denne forskrivningen ved å advare om farene ved slik forskrivning til unge mennesker. Forskrivningen fortsatte likevel i stor grad.

En årsak til at legemiddelassistert rehabilitering var så lite aktuelt i Norge, var at det i 1970- årene rådet en stor optimisme for medikamentfri behandling. Fagmiljøet så på medikamentassistert rehabilitering som en for enkel løsning. Man mente at dette ville være en aksept av medikamentmisbruk, som igjen kunne føre til mer misbruk.

Fra 1. juli 1976 ble metadonforskrivning stoppet av Helsedirektoratet med unntak for smertebehandling i sykehus. Det er uvisst hva som skjedde med de som da hadde stått på kvote.

Metadon i offentlig regi kom ikke på dagsorden igjen før frykten for en HIV- epidemi i Norge vokste i 1980-årene. Professor Helge Waal ved Universitetets psykiatriske klinikk reiste spørsmålet om man i lys av dette burde revurdere metadonbehandling i Norge. I 1989 ble det på denne bakgrunn utført et forskningsprosjekt med metadon for HIV- positive, "HIV-Met". Dette ble et permanent tilbud i 1995.

I mars 1992 rådet en ekspertgruppe Sosialdepartementet til å starte et strengt kontrollert forskningsprosjekt med forskrivning av metadon til en gruppe hardt belastede rusmiddelavhengige. Sosialdepartementet innhentet et forslag til opplegg fra professor

¹⁵ Fremstillingen er basert på Frantzen 2001 s 26-42

Helge Waal.¹⁶

Det var enighet om at forsøksprosjektet skulle være i Oslo. Oslo kommune nedsatte en arbeidsgruppe som skulle avgi innstilling om de organisatoriske og behandlingsfaglige rammene.

Kriteriene for inntak i metadonprosjektet i innstillingen var:

- 1) Langvarig opiatavhengighet, misbruk i minst 10 år
- 2) Langvarig medikamentfri behandling, må dokumenteres
- 3) Må være minst 30 år
- 4) Ingen uoppgjorte straffesaker
- 5) Må ha ordnet bolig før inntak
- 6) Må inngå en forpliktende kontrakt med prosjektet

Innstillingen satte en grense for inntak på 50 personer. Hele arbeidsutvalgets innstilling lå i sin utforming tett opp til forslaget til professor Helge Waal. Innstillingen ble i sin helhet vedtatt av Oslo bystyre i desember 1992.

Forskningsprosjektet ble gitt navnet MiO, som var en forkortelse for Metadonprosjektet i Oslo. Etter at bystyret hadde vedtatt prosjektet, ble det antatt at inntak skulle starte høsten 1993. Dette ble utsatt på grunn av mangel på ansatte og lokaler. Den første pasienten fikk starte på metadon i september 1994. På grunn av midlertidige lokaler fikk bare 20 personer plass i prosjektet til å begynne med. Først i 1996 var prosjektet fulltallig.

I St. meld. nr. 16 (1996-97) viser Sosial- og helsedepartementet til at den nasjonale styringsgruppen anbefaler at prosjektet skal etableres som et fast tiltak og at tiltaket bør utvides. I tillegg mener styringsgruppen at denne form for behandling bør gjøres tilgjengelig på landsbasis. Det anslås at det på landsbasis bør dimensjoneres for 200-250 pasienter, og det foreslås etablert et nasjonalt senter i Oslo som forutsettes å ha den overordnede oppfølgingen av pasienter bosatt i Oslo, forskningsmessige oppgaver og

¹⁶ Notat av 28. mai 1992 *Metadonbehandling i Norge. Forslag til modell for et forsøksprogram.*

veiledningsfunksjoner i forhold til landet for øvrig. Sosial- og helsedepartementet sluttet seg til tilrådingen fra styringsgruppen.¹⁷

Ved behandlingen av St. meld. nr. 16 (1996-97) i juni 1997 vedtok Stortinget å etablere metadonassistert rehabilitering som permanent landsomfattende tilbud.

I januar 1998 vedtok Regjeringen at det skulle bygges ut regiondekkende sentre for LAR i Oslo, Bergen, Trondheim og Buskerud. Det ble vedtatt at Universitetet i Oslo og klinikkavdelingen for metadon ved Ullevål sykehus skulle bygges opp til et nasjonalt kompetansesenter for metadonbehandlingen. Rehabiliteringsformen ble statlig finansiert, og basert på avtalefestet samarbeid mellom vertsfylkeskommuner og de regionale LAR sentrene.

Det ble tatt imot søknader til behandling i MiO fra 15. februar 1998. Denne dagen kom det inn søknader fra 279 personer.

Den 1. april 1998 ble HIV-Met og MiO slått sammen til Senter for metadonassistert rehabilitering i Oslo, forkortelse MARIO. (Senere ble MARIO en forkortelse for Medikamentassistert rehabilitering i Oslo).

Dette senteret skulle ha tre hovedfunksjoner:

- 1) Regionsenter for Helseregion Øst (Akershus, Østfold, Hedmark og Oppland)
- 2) Behandlingsenter for Oslo
- 3) Nasjonalt kompetansesenter

I januar 2000 var statusen at 109 pasienter var i metadonbehandling, mens 107 stod på venteliste for behandling. To år etter at de 107 personene hadde søkt om metadonbehandling, stod de fortsatt i kø. Ventelisten til behandling skulle vise seg å bli et omfattende problem.

Ved inngangen til år 2001 opplyste sosialministeren at det var 1073 personer under

¹⁷ St. meld. nr. 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken* punkt 5.3

metadonbehandling i hele landet. Det var 177 som var godkjent for slik behandling, men som stod på venteliste. I tillegg var det 628 personer som ikke hadde fått sin søknad behandlet. Ventetiden fra søknad til inntak i behandling var regnet til to år i Oslo, og ett år i resten av landet.

Ved utgangen av år 2002 var 1 909 personer¹⁸ innlemmet i LAR i Norge for behandling av sin opiatavhengighet. Ved utgangen av august 2002 var det omtrent 2 400 som enten mottok eller ventet på LAR.¹⁹ Ved utgangen av august 2003 var 2 285 opiatmisbrukere i behandling, 1245 av disse tilhørte Helseregion Øst. Det stod 308 klienter på venteliste for å få behandling og ytterligere 259 var registrert på søkerliste i følge ”Tertialrapportering 2003, MARIO, Oslo kommune”.²⁰

2.4 Nærmere om LAR

2.4.1 Målgruppe og rehabiliteringsmål

I Norge er LAR organisert som et høyterskeltilbud. LAR ansees i utgangspunktet som en livsvarig behandlingsform.

Målgruppen for LAR er tunge rusmiddelavhengige. For å få behandlingen må man ha hatt et opiatdominert misbruk over lengre tid. Jeg kommer nærmere tilbake til en grundigere drøftelse av inntakskriteriene for LAR i kapittel 6. Formålet med LAR er å rehabiliterer pasientene.

Å rehabiliterer betyr i vanlig språklig forstand å gjøre noen i stand til å komme tilbake til sin opprinnelige tilstand eller til å fungere som vanlig igjen. Rehabilitering brukes for eksempel om å kurere somatiske og psykiske lidelser og om å føre noen tilbake til yrkeslivet etter for eksempel arbeidsledighet.

Rehabilitering av klientene er et grunnleggende og obligatorisk hensyn ved tildeling og

¹⁸ Jfr. SIRUS 2002 s 58

¹⁹ Se SINTEF rapport ”Helsetjenester for tunge misbrukere” 2003 s 28

²⁰ Tallene er hentet fra Ravndal og Lauritzen i Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2004 nr. 3 s 329-331

fordeling av sosiale ytelser.²¹ Det er en forutsetning og et mål at sosialhjelp skal være av midlertidig karakter. Man ønsker ikke at klienter skal bli gående i klienttilværelsen, men at disse skal bli rehabilitert ut av denne tilværelsen, tilbake til samfunnet.

Sosialtjenesten har som mål at klientene ikke skal være avhengige av økonomisk stønad over lengre tid. Etter sostjl. § 5-1 bør den økonomiske stønaden ”ta sikte på å gjøre vedkommende selvhjulpen”.

De samme hensynene ligger bak mye av folketrygdens system. Folketrygdloven gir hjemmel til å innvilge for eksempel sykepengen, rehabiliteringspenge og atferdspenge. Dette er alle økonomiske stønader som man kan ha krav på i en tidsavgrenset periode. Dette er ikke støtteordninger som varer livet ut, men som skal bidra til å føre den enkelte tilbake til samfunnet. Rehabiliteringen består i å føre den enkelte tilbake til arbeidet og til et liv hvor man ellers klarer seg selv (henholdsvis yrkesmessig og sosial rehabilitering).

Innenfor vårt velferdssystem er altså hovedmålet å rehabilitere. Det finnes selvfølgelig personer dette ikke lykkes med. Noen må leve resten av livet på uførepensjon eller sosialstønad. Men målsetningen til det norske velferdssystemet er å avhjelpe en vanskelig livssituasjon med midlertidige tiltak.

Hovedrehabiliteringsmålet ved LAR er å oppnå en livsførsel uten rusbruk. Dette betyr et liv uten bruk av illegale narkotiske stoffer. Det regnes ikke som rusbruk å være avhengig av metadon eller Subutex. Metadon og Subutex er også narkotiske stoffer, men som beskrevet ovenfor gir ikke disse stoffene noen ruseffekt når de benyttes ved vedlikeholdsbehandling. Man anser pasienter som rehabilitert selv om de går på metadon livet ut. Som hovedregel ansees denne behandlingsformen som livslang i Norge. Det er få pasienter som blir trappet ned på metadon og slutter med behandlingen frivillig.

Mange av pasientene er i tillegg til å være opiatavhengige, avhengige av andre stoffer. Det er ikke uvanlig å kombinere bruk av forskjellige typer narkotiske stoffer. Ved siden

²¹ Kjønstad og Syse 1999 s 307

av bruk av heroin, kan det være at man har ruset seg på for eksempel benzodiazepiner og / eller amfetamin. Metadon eller Subutex tar ikke bort suget etter disse stoffene. Benzodiazepiner, som for eksempel rohypnol og valium, er sterkt vanedannende. Å slutte med disse stoffene kan ofte være svært vanskelig. Mange trenger avrusingshjelp eller hjelp til å trappe ned med benzodiazepiner. I forhold til å klare å oppnå rusfrihet, er dette en stor utfordring for pasienter som er innlemmet i LAR.

I tillegg er rehabiliteringsmålene ved LAR å få et ”ordnet livsforhold utenfor rusmiljøene, akseptabel livskvalitet og hjelp eller behandling for sosiale, psykiske og somatiske problemer, eventuelt også yrkesmessig rehabilitering.”²²

Mange pasienter opplever nok en forbedring av sin fysiske helsetilstand. Ved oppstart på metadon, vil de fleste ta vare på seg selv i langt større grad enn tidligere. Dette innebærer for eksempel et mer ordnet kosthold, øket hygiene og etablering av søvnvaner. Disse tingene fører til en bedret allmenntilstand. I tillegg vil en oppstart i behandlingsprogrammet føre til at mange går til lege, psykolog og tannlege. Samlet sett fører dette til en forbedring i helsetilstanden til mange av pasientene.

For mange kan det å komme ut av rusens sløvende tilstand innebære mange nye ting å forholde seg til. Rusen har kanskje bidratt til å fordekke problemer. Når man begynner medisinerer med metadon vil man ikke lenger oppleve det tilslørende og bedøvende ved rusen. Mange må derfor forholde seg til problemene sine på en helt ny måte. Flere blir kanskje i bedre fysisk form, mens den psykiske tilstanden kan være svært dårlig. Depresjon og angstlidelser er ikke uvanlig hos denne pasientgruppen.

De sosiale problemene kan være vanskelig å ta tak i etter en lang ruskarriere. Få har noen som helst holdepunkter igjen utenfor rusmiljøene. Bånd til familie og tidligere venner er kanskje for lengst brutt. Mange har startet med rus i svært lav alder, og har dermed ikke utviklet seg etter de gjeldende normer og koder som eksisterer i samfunnet utenfor rustilværelsen. Full sosial rehabilitering vil derfor ofte ikke være realistisk.

²² Hentet fra MAR i Norge 2002 s 4

Rehabilitering i betydning tilbakeføring til arbeidslivet, er ofte heller ikke en realistisk målsetning for denne pasientgruppen. Bakgrunnen for dette er som nevnt ovenfor at mange pasienter har vært rusmiddelavhengige fra tidlig alder og ikke kjenner noen annen tilværelse.

Likevel vil de fleste som behandles i LAR oppnå en bedring av sin livskvalitet, selv om man kanskje ikke oppnår alle rehabiliteringsmålsetningene.

2.4.2 Fremtidig behov for LAR

Det er vanskelig å regne ut hvor omfattende narkotikamisbruket i Norge er. Det er blitt gjort noen beregninger for å finne ut av antallet sprøytemisbrukere. I 2001 ble det anslått å være mellom 10 500 og 14 000 sprøytemisbrukere i Norge.²³

I den senere tid har det vært økt fokus på legemiddelassistert rehabilitering i media. Særlig har det vært hevdet fra søkere, behandlingsapparatet og politikere at det er et stort behov for denne behandlingsformen i det norske samfunnet. Siden starten i 1998 har det hele tiden blitt foretatt utbygging av ordningen. Det er likevel mye som tyder på at behovet ikke er dekket.

Det er kommet politiske signaler fra Regjeringen om at LAR skal utbygges i fengslene. Justisminister Odd Einar Dørum har uttalt til Aftenposten at Regjeringen ønsker å gi flere fanger tilbud om lovlige medikamenter for å redusere behovet for heroin og andre forbudte stoffer i fengslene. MAR ØST har stilt seg positiv til å gi nye fanger et tilbud. Det påpekes fra senterets side at det er viktig at slik behandling ikke bare pågår under soningen, men også etter at fangene er kommet ut.²⁴

Helsedirektør Lars E. Hanssen uttrykker i et brev til Helsedepartementet av 20. februar 2004, bekymring over behandlingsskapiteten i LAR. Han påpeker at det er lange køer visse steder i landet for å motta LAR, og at det finnes et stort udekket behov for denne

²³ Tallet er hentet fra SIRUS rapport Narkotikasituasjonen i Norge 2002 s 20

²⁴ Se artikkel i Aftenposten 15. mars 2004

type behandling. På bakgrunn av dette mener han at ordningen bør utbygges. Helsedepartementet uttaler at det er enig i bekymringen, men viser til at ordningen allerede er styrket. Videre utbygging er et spørsmål ved neste budsjettarbeid.²⁵

I statsbudsjettet for 2005 foreslår Regjeringen en styrking av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Regjeringen viser i statsbudsjettet til at det er et stort behov for nye behandlingsplasser innenfor LAR. Regjeringen foreslår en økning på 20 mill. kroner til LAR, og anslår at dette vil gi 200 nye behandlingsplasser. I tillegg foreslås det en styrking av kommunenes innsats for rusmiddelavhengige på 70 mill. kroner. En del av denne bevilgningen vil gå til kommunenes oppfølging av LAR pasienter.²⁶ Det er altså mye som tyder på at det er en politisk vilje til å bygge ytterligere ut det eksisterende LAR tilbudet.

Det reelle behandlingsbehovet er vanskelig å fastslå. Helsedirektøren viser til fagmiljøene når han anslår behandlingsbehovet til å omfatte ”ca 70 % av 10 000 tunge sprøytenarkomane, dvs. ca 7000 pasienter”.²⁷ Det er likevel ikke klar enighet om dette tallet. I fagmiljøene finnes det flere som hevder at mange har større behov for medikamentfrie behandlingsopplegg enn vedlikeholdsbehandling. Et problem er at det kan eksistere lange uoffisielle køer av søkere til LAR på sosialkontorene. Det er derfor vanskelig å vite hvor stort behovet egentlig er.

2.5 Norsk narkotikapolitikk

Narkotikamisbruk oppstod som et sosialt problem i Norge blant ungdom i midten av 1960- årene.

Norge har hele tiden valgt å føre en restriktiv narkotikapolitikk. Besittelse, bruk og omsetning er forbudt. Forbudsbestemmelsene finner vi i lov 22. mai 1902 nr. 10

²⁵ Se artikkel i Aftenposten 28. februar 2004

²⁶ Jfr. St. prp. nr. 1 (2004-2005) 2.9 og 3.8

²⁷ Se brev av 20. februar 2004 til Helsedepartementet

straffeloven (strl.) § 162 og lov 4. desember 1992 nr. 132 om legemidler (legemiddell.) § 24. Det kan hevdes at strafferammene for narkotikalovbrudd er høye sammenliknet med andre typer lovbrudd.

Norges narkotikapolitikk kan karakteriseres som en krigføring mot narkotika. I St.meld. nr.16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*, uttales det innledningsvis at det er viktig å holde fast ved det langsiktige, overordnede politiske målet; å arbeide fram mot et samfunn fritt for misbruk av narkotika.

Noen europeiske land har valgt å gå en annen vei, nemlig mot liberalisering. I 1990 ble det avholdt en konferanse i Liverpool om ”harm reduction” eller ”skadereduksjon”. Debatten om skadereduksjon spredte seg til andre storbyer, og førte til dannelsen av ”European Cities at the Centre of Illegal Trade in Drugs”. Denne bevegelsen nedtegnet Frankfurtresolusjonen på en konferanse i Frankfurt. Resolusjonen krever fullstendig legalisering av cannabis, avkriminalisering av besittelse av små mengder av andre narkotiske stoffer, og omfattende lavterskeltilbud av metadon samt forsøk med forskrivning av andre stoffer. Flere storbyer, europeiske og andre, har sluttet seg til resolusjonen. Det er også startet opp andre liberalistiske organisasjoner, som for eksempel ”The International League Against Prohibition”.

Som svar på den liberalistiske bølgen har nasjonale, europeiske foreldre- og pårørende foreninger gått sammen og dannet ”Europe Against Drugs” (EURAD). Stockholm kommune tok i 1993 initiativ til å danne ”European Cities Against Drugs” (ECAD). Her er Oslo en av byene som er med.

I St.meld. nr. 16 (1996-97) ser man på bruk av narkotikapolitiske virkemidler som et kompromiss mellom hensynet til de langtkomne misbrukerne og ønsket om å forhindre rekruttering av nye misbrukere. Det blir trukket fram at liberalisering kan hjelpe de tunge misbrukerne, men at det er mye som taler for at liberalisering vil føre til økt rekruttering. Norge fører en restriktiv politikk, snarere enn en liberaliserende linje. Hensynet til å forhindre nyrekruttering vektlegges derfor i stor grad.

Den norske narkotikapolitikken har vært, og er, utsatt for mye kritikk. Det er påpekt at den politikken som føres, må være mislykket når det fortsatt finnes så mange tunge

misbrukere og overdosedødsfall i Norge.

Den nåværende regjering (Regjeringen Bondevik II; samarbeidsregjering mellom Høyre, KrF og Venstre) har utarbeidet en handlingsplan mot rusmiddelproblemer.²⁸ I denne fastslår Regjeringen at den tar klar avstand fra liberalisering og legalisering av narkotika. Regjeringen fastholder et ideal om et samfunn fritt for narkotika, og dette er en del av Regjeringens visjon.²⁹

I punkt 3.5 i handlingsplanen omhandles de strategiske mål for rusmiddelpolitikken.³⁰ De overordnede politiske målsetningene til Regjeringen er:

- 1) å forebygge all rusmiddelbruk, med særlig fokus på forebyggende arbeid blant barn og ungdom.
- 2) å øke adgangen til effektiv rådgivning, hjelp og behandling for personer med rusmiddelproblemer og deres pårørende.
- 3) å oppnå en vesentlig reduksjon i forekomsten av rusmiddelrelaterte helseskader og dødsfall.
- 4) å redusere tilbudet av narkotiske stoffer.
- 5) å motvirke narkotikamisbruk, eksperimentering og rekruttering, særlig blant barn og unge under 18 år.
- 6) å øke andelen misbrukere som ved hjelp av legemiddelassistert rehabilitering og medikamentfri behandling kommer seg ut av misbruket eller får betydelig bedret livskvalitet.
- 7) å etablere fullgode alternativer som gjør det mulig å fjerne og motvirke åpne salgs- og samlingssteder for narkotikamisbruk.
- 8) å redusere kriminaliteten som følge av narkotikamisbruk.

I forhold til behandling av narkotikamisbruk har Norge tidligere basert seg på mye institusjonsbehandling og behandlingen har gjennomgående vært medikamentfri. Det er

²⁸ Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005

²⁹ Se Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005, Sosialdepartementet s 13

³⁰ Se Regjeringens handlingsplan s. 16-19 og s. 22-25 for en nærmere redegjørelse om disse målsetningene

ikke mange år siden metadonbehandling var kontroversielt.

All befatning med narkotika ansees som illegalt. Samtidig med denne oppfatningen ser man også på narkotikamisbruk som en sykdom. Disse to oppfatningene krysser hverandre, og man må ha to tanker i hodet samtidig. Man skal kriminalisere og helbrede samme type handling. Likevel er det påfallende hvor lite justisapparatet og helsetjenesten har jobbet sammen om dette. Man har hele tiden ansett de to sidene av narkotikaproblematikken som separate. Bekjempelsesansvaret ligger hos justisapparatet og behandlingsansvaret innenfor helsetjenesten. Ønsket om å bygge ut LAR i fengslene fra politisk hold, se punkt 2.4.2, er i så måte et tegn til økt samhandling mellom justisapparat og helsetjeneste.

Norge har vært sent ute i forhold til mange andre europeiske land med å etablere tiltak for skadereduksjon blant narkotikabrukere. Det har i norsk offentlig debatt over lengre tid pågått en diskusjon om etablering av sprøyterom. Sprøyterom vil si lokaler som stilles tilgjengelig for injeksjon av narkotika. Det har vært stor politisk uenighet om å ta i bruk dette som et virkemiddel for å redusere skadene av narkotikabruk. Regjeringen Bondevik II har ventet lenge med å etablere en slik ordning fordi den har ment at dette er et skritt mot legalisering. I juni 2004 vedtok Stortinget en midlertidig lov som åpner for etablering av et prøveprosjekt over tre år med bruk av sprøyterom. Stortinget har bedt Regjeringen sørge for at de nødvendige endringene i lovgivning og forskrifter er på plass slik at ordningen med sprøyterom kan tre i kraft fra 1. januar 2005.³¹

Et av de nyeste kriminalpolitiske og narkotikapolitiske virkemidlene til Regjeringen, er ordningen med ”drug courts”. Regjeringen har nedsatt en arbeidsgruppe som ser på mulighetene til å starte opp med drug courts i Norge. Drug courts stammer fra Irland, USA og Canada. Modellen innebærer at rusmiddelavhengige kan dømmes til et rusbehandlingsprogram i stedet for fengselsstraff. Rusbehandlingsprogrammet blir fulgt opp av en rekke samarbeidsparter som skoleverket, helsesektor, rusomsorgen, politi og kriminalomsorgen. Man vil ha en jevnlig evaluering av opplegget og framgangen til den enkelte i retten. Hvis man ikke gjennomfører opplegget eller mislykkes blir deltakeren

³¹ Se Innst. O. nr. 104 (2003-2004)

fengslet innen kort tid. Målgruppen er personer over 17 år med et omfattende rusproblem som innrømmer straffeskyld for narkotikakriminalitet. Rusmiddelavhengige med voldelig atferd vil ikke bli inkludert i ordningen. Målsettingen er å bli mer effektive i kampen mot rusmisbruk.³²

Drug court modellen er blitt kritisert som en lite egnet modell for å få folk ut av rusavhengighet.³³ Behandlingsopplegget er et alternativ til fengsel. Det er nærliggende å anta at de fleste vil foretrekke et behandlingsopplegg framfor et fengselsopphold. Kritikerne har påpekt at modellen har et tvangsartet preg med et strekt kontrollregime. Det er påpekt fra flere hold at forskning viser at behandling under tvang ikke er vellykket fordi det skaper et usunt behandlingsmiljø. Mange har også påpekt den uheldige signaleffekten et slikt opplegg gir. Dersom man utfører kriminelle handlinger vil behandlingsapparatet stå tilgjengelig. I tillegg er det påpekt en fare for at personer vil begå kriminalitet for å skaffe seg et behandlingsopplegg.

I den senere tid er en aksjon mot Plata i Oslo viet mye oppmerksomhet. Plata er navnet på nedsiden av Karl Johans gate ved siden av Jernbanestasjonen. I de siste årene har dette vært et samlingssted for mennesker som bruker narkotika, og mye av omsetningen av narkotika har foregått her. Staten og Oslo kommune har inngått et samarbeid for å oppløse miljøet på Plata.³⁴ Målet er å få en slutt på miljøet hvor åpenlyst salg og bruk av narkotika finner sted. I følge tiltaksplanen skal rusmiddelavhengige i stedet få tilbud om alternative væresteder med organisert tilbud. Det er avholdt en del allmøter blant brukerne for å høre hva de ønsker av alternative tilbud. Den uttalte bakgrunnen for aksjonen var å redusere skadevirkningene av miljøet og hindre nyrekruttering. Aksjonen er i media omtalt som ”sprengingen av plata” og er blitt utsatt for mye kritikk.

En rapport fra SIRUS om Plata- aksjonen viser at denne har hatt flere negative følger. Miljøet er blitt mer voldelig, og det er flere ungdommer i miljøet. Narkotikasalg må skje raskere enn før. Dette fører til at selgerne har mistet skrupler og selger til yngre

³² Jfr. Aktuelt fra Justis- og politidepartementet 1. september 2003

³³ Se Lillevolden i Samtiden 2-2004 s. 34-44

³⁴ Se Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum

kjøpere. I tillegg blir flere kjøpere solgt dårlig stoff.³⁵

2.6 Kort om Rusreformen

2.6.1 Bakgrunn og innhold

Rusreformen er igangsatt av Regjeringen Bondevik II. Bakgrunnen for reformen var den elendige helsetilstanden til rusmiddelavhengige og det enorme behandlingsbehovet denne gruppen har. Regjeringen viser i Rusreform I til den politiske plattformen for samarbeidsregjeringen (Sem-erklæringen) hvor det heter: ”Regjeringen vil styrke behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.”³⁶ Sosialdepartementet (nå Arbeids- og sosialdepartementet) og Helsedepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) hadde ansvaret for arbeidet med rusreformen.

Regjeringens syn var at tiltaksapparatet for rusmiddelavhengige var stort og inneholdt mange ressurser, men at utnyttelsen av disse ressursene muligens var dårlig. Reformen skulle bidra til en ytterligere klargjøring av ansvarsforholdet mellom kommunene, fylkeskommunene og staten. I tillegg var et av hovedmålene med reformen å styrke samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og andrelinjetjenesten.

Rusreformen består av to deler, Rusreform I³⁷ og Rusreform II.³⁸

Målet med Rusreform I var å legge det organisatoriske grunnlaget for en styrking av spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelavhengige.

Gjennom sykehusreformen ble ansvaret for de rusinstitusjonene som ble drevet etter spesialisthelsetjenestelovgivningen overført til staten ved de regionale helseforetakene. Denne overføringen førte til at relativt likeartede spesialiserte helsetjenester for rusmiddelavhengige ble ytt av staten etter spesialisthelsetjenesteloven og av

³⁵ Se artikkel i Aftenposten 27. oktober 2004 s 8

³⁶ Jfr. Ot.prp.nr. 3 (2002-2003) s. 5

³⁷ Se Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)

³⁸ Se Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)

fylkeskommunen etter sosialtjenesteloven.

Regjeringens forslag i Ot. prp. nr. 3 (2002-2003), Rusreform I, var at det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner som yter spesialiserte helsetjenester etter sosialtjenesteloven skulle overføres til staten, ved de regionale helseforetakene. Stortingets sluttet seg til Regjeringens forslag om overføring til staten.

Rusreform I understreker at de regionale helseforetakene har ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester overfor rusmiddelavhengige, på lik linje med det ansvaret de har overfor alle andre i befolkningen.

Rusreform I førte til at ansvaret for følgende oppgaver ble overtatt av de regionale helseforetakene:

- avrusning (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging,
- (helsefaglig) utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov og
- spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon.

Rusreform II omhandler det som var igjen av fylkeskommunens opprinnelige ansvar etter Rusreform I. Sosialdepartementet omtaler dette ansvaret i Rusreform II som ansvaret for etablering og drift av institusjoner som tilbyr ”spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere”.³⁹

Sosialdepartementet tar i Ot.prp. nr. 54 stilling til om det gjenværende fylkeskommunale ansvaret skal overføres til staten eller kommunen. Forslaget fra Sosialdepartementet i Rusreform II er at kommunene skal overta dette ansvaret. Det anføres at dette er en mer brukerorientert løsning enn en statlig overtakelse vil være.

Departementet har lagt vekt på at den kommunale modellen vil styrke det totale behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige fordi den fører til:

- større mulighet for sammenhengende tiltakskjeder og helhetlige løsninger som er tilpasset den enkelte rusmiddelmissbruker og forankret i nærmiljøet,

³⁹ Jfr. Ot.prp. nr 54 (2002-2003) s. 24

- at kommunene selv kan prioritere ressursbruken og finne fram til gode lokale løsninger med utgangspunkt i den enkelte misbrukers behov,
- ett forvaltningsnivå mindre,
- den ryddigste ansvarsdelingen mellom stat og kommunene og
- at det kommunale hovedansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere som eksisterer i dag, understrekes og styrkes.⁴⁰

I Innst. O. nr. 4 (2003-2004) er sosialkomiteen enig i regjeringens vurdering av at fylkeskommunen bør bli fratatt det resterende ansvarsområdet etter Rusreform I. Sosialkomiteens flertall går imidlertid i mot regjeringens syn etter Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) om at ansvaret bør overføres til kommunene. Komiteen legger til grunn at staten skal overta dette ansvaret. Flertallet legger vekt på faren for at mange kommuner ikke vil ha økonomi til å fullfinansiere drift og opprettholdelse av de institusjoner som ikke omfattes av Rusreform I.

Komiteens flertall mener at regjeringen har omdefinert aktive spesialiserte behandlingstilbud til ”spesialiserte sosiale tjenester” for å kunne plassere ansvaret for disse tjenestene hos kommunene. Komiteen mener dette er en dårlig løsning, og resonnerer på følgende måte: ”Disse tiltakene er, som de også har vært det på de fylkeskommunale helseplanene, aktive behandlingsinstitusjoner tilpasset det langtidsbehovet for behandling som særlig de mange med en lang rusmiddelavhengighet i dag har. Flertallet vil understreke at i denne gruppen finnes også de mest ruskadde personene som ikke minst har behov for mulighetene til en helsefaglig tilnærming under behandlingsoppholdet, noe som vil være et naturlig ansvar for helseforetakene.”⁴¹

Under Odelstingets behandling av Innst. O. nr. 4 var det flertall for at staten ved de regionale helseforetakene skulle overta ansvaret, ikke kommunene. Det ble derfor vedtatt lovendringer i overensstemmelse med sosialkomiteens lovforslag.⁴² Dette betyr

⁴⁰ Jfr. Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) s. 31

⁴¹ Jfr. Innst. O. nr. 4 (2003-2004) s 12

⁴² Se nærmere Besl. O. nr. 5 (2003-2004)

at Ot.prp. nr. 54 ikke er et direkte gjeldende forarbeid til Rusreformen, siden denne proposisjonen ikke ble vedtatt slik den var fremsatt fra regjeringens side.

Rusreform II førte til at staten, ved de regionale helseforetakene, overtok ansvaret for:

- sosialpedagogiske tiltak og
- institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester §§ 6-2, 6-2a og 6-3 (tvangsinntak).

I tillegg førte Rusreform II til at de rusmiddelavhengige som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan i henhold til vedtakelsen av ny sostjl. § 4-3 a.

Det har blitt reist spørsmål ved gjennomføringen av Rusreformen. Omorganiseringen kom for mange rustiltak raskt, og mange er usikre på gjennomføringen av reformen og hvilke endringer i plikter den skaper. I tillegg har ressursituasjonen for mange helseforetak blitt krevende etter rusreformen. Helsedepartementet på sin side hevder at de regionale helseforetakene er i rute med reformen.⁴³

Professor Aslak Syse har hevdet at Rusreformen kan ses som en viktig del av nedleggelsen av fylkeskommunen, mer enn en styrking av ruspasienters rettigheter. Han mener at Rusreformen på mange måter bare er en endring av navnesettingen i rusomsorgen. Han hevder at gjennomføringen av reformen har vært påfallende. Inndelingen av reformen i to deler virker snarere forvirrende enn avklarende. Videre peker han på at man kan se Rusreformen som en medikaliseringsprosess hvor sosiale problemer konverteres til å bli helseproblemer, personene går fra å være klienter til å bli pasienter. Omorganiseringen er en sentralisering hvor pasientene blir satt inn i større systemer; Syse er usikker på om dette er veien å gå. I tillegg etterlyser Syse en ryddeproposisjon fra departementets side fordi han mener det er mange uløste rettslige problemstillinger etter Rusreformen.⁴⁴

⁴³ Jfr. Pressemelding fra Helsedepartementet nr. 97 12. desember 2003

⁴⁴ Jfr. Professor Aslak Syse i foredrag på Nasjonalt ruspolitisk seminar 7. mai 2004

2.6.2 Hva rusreformen innebærer for LAR tiltakene

LAR tiltakene var ikke direkte omfattet av rusreformen fordi LAR ikke var et fylkeskommunalt ansvar etter sosialtjenesteloven. LAR var, som tidligere nevnt, fra starten av statlig finansiert.

Rusreformen førte imidlertid til at også LAR- sentrene ble overført til de regionale helseforetakene, ved at de organisatorisk var tilknyttet institusjoner som ble omfattet av reformen. Legemiddelassistert rehabilitering er å anse som tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og LAR- sentrene er derfor en del av spesialisthelsetjenesten, jfr. sphlsl. § 2-1a første ledd nr. 5.⁴⁵

I Oslo er organiseringen forskjellig fra resten av landet. Det tidligere MARIO er blitt delt i to. Organiseringen av MARIO ble diskutert under behandlingen av Innst. O. nr. 4 (2003-2004) i Odelstinget 11. november 2003. Storingsrepresentant John I Alvheim (FrP) stilte da spørsmål til Sosialministeren om MARIOS fremtid. Daværende Helseminister Dagfinn Høybråten besvarte spørsmålet på vegne av Sosialministeren. Helseministeren viste til at MARIO til nå hadde vært et samfinansiert tiltak mellom staten og Oslo kommune ut fra hensynet til LAR pasientene i Oslo. Helsedepartementet har opprettholdt en dialog med Oslo kommune for å sikre at tjenesten er et helhetlig tilbud for brukerne også i framtiden, (etter Rusreformen), selv om det må ryddes i ansvaret bakenfor.⁴⁶

Den ene delen av det tidligere MARIO er nå spesialisthelsetjeneste og heter MAR ØST. Denne delen hører inn under det regionale helseforetaket, Helse Øst, Aker Universitetssykehus HF, Klinikk for psykiatri, Avdeling for rusbehandling.

Den kommunale delen heter nå MAR OSLO. Denne delen består for tiden av en avdeling på Tøyen og en avdeling i Bygdøy Allè.

Selv om mye av LAR nå er spesialisthelsetjeneste og helseforetakenes ansvar, skal

⁴⁵ Jfr. Rundskriv I-8/2004 s. 30

⁴⁶ Jfr. Referat fra Odelstinget, Møte tirsdag den 11. november 2003 sak nr. 5

sosialtjenesten fortsatt være en viktig del av oppfølgingen av denne pasientgruppen. Dette stiller store krav til samarbeid mellom statlig og kommunalt forvaltningsnivå. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 5.

2.6.3 Hva Rusreformen innebærer for pasientenes rettighetsposisjon i forbindelse med LAR

Etter rusreformen ansees altså LAR som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk jfr. sphls. § 2-1 a nr. 5. Rettslig sett skal pasienter som er innlemmet i LAR, som utgangspunkt ha de samme rettighetene som pasienter ellers har overfor spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at pasientene som er innlemmet i LAR, omfattes av pasl. og sphsl. Jeg skal i kapittel 7 og 8 gå igjennom noen av de viktigste rettighetene pasienter har etter henholdsvis pasl., sphsl. og hpl.

LAR er likevel på mange måter en særordning. Det finnes egne rundskriv som regulerer store deler av denne ordningen, og som man har valgt å opprettholde også etter Rusreformen. Disse retningslinjene, som er utformet i form av rundskriv, gjelder derfor parallelt med de lovbestemmelsene som gjelder innenfor spesialisthelsetjenesten. De pasientrettighetene som LAR pasienter har krav på etter Rusreformen, er i flere sammenhenger vanskelig å oppfylle. De problemstillinger som reiser seg i denne forbindelse drøftes i kapittel 6, 7 og 8.

3 Rett til helsehjelp

3.1 Rettighetsbegrepet i velferdslovgivningen

Lovregler som går ut på at private kan sette fram krav mot det offentlige er utformet på forskjellige måter. Det finnes rettighetsbasert lovgivning hvor borgere som oppfyller vilkårene i lovteksten, har et umiddelbart krav på å få oppfylt sine rettigheter. I slike tilfeller har den enkelte et rettskrav på å få motta ytelsen. Lovregler kan også være utformet slik at det offentliges plikt til å oppfylle lovens vilkår avhenger av budsjettmessige rammer. Her blir det konkurranse om knappe ressurser.

Skillet mellom de to typene ytelser, rettskrav og konkurranse om knappe ressurser, illustreres i Velferdsrett I.⁴⁷

Retten til å begynne på skolen når man er seks år og retten til alderspensjon når man er 67 år er eksempler på tilfeller hvor man har rettskrav på en velferdsytelse. Felles for disse ytelsene er at budsjettmessige rammer ikke kan sette grenser for hvem som skal motta dem. Alle som oppfyller vilkårene, har et rettskrav på å få motta ytelsene.

Videre finnes det mange tilfeller hvor det ikke eksisterer noe rettskrav på hjelp, men hvor man bare har en rett til å konkurrere om knappe ressurser. Eksempler på dette er konkurransen om rett til å få en barnehageplass eller opptak til et lukket studium. Her avhenger muligheten til å motta ytelsen av hvor stort tilbudet av tjenesten er, hvor mange andre som er interessert i den samme ytelsen, søkerens behov, eventuelt andre kjennetegn ved søkeren, og hvilke momenter det legges vekt på ved utdelingen av godet. Her kan altså budsjettmessige rammer vektlegges.

Som utgangspunkt vil det foreligge rettigheter når lov og/ eller forskrift inneholder nærmere vilkår for tildeling og eventuell utmåling av velferdsytelser. Motsatt vil det

⁴⁷ Kjøenstad og Syse 2001 s. 91

normalt ikke foreligge noen rett til en ytelse hvis lovgiver ikke har angitt nærmere kriterier for når man befinner seg i en rettighetsposisjon. Skillet mellom disse to typene av regler er ikke alltid klart. Det kan ofte innebære svært vanskelige lovtolkings spørsmål å avgjøre om man står overfor en bestemmelse som gir rettskrav eller kun en rett til å konkurrere om knappe ressurser.

3.2 Kort om rettskrav på helsehjelp

Spørsmålet om rett til helsehjelp er et spørsmål om å kunne nyte godt av en del av samfunnets fellesgoder. Retten til de aller nødvendige helsetjenestene er en sentral menneskerettighet jfr. FN konvensjonen om økonomiske sosiale og kulturelle rettigheter Art. 12. Samfunnet tilbyr en rekke helsetjenester, men for å kunne motta disse ytelsene må vedkommende det gjelder være i en rettighetsposisjon. Mange i Norge mottar den helsehjelp de trenger, men det finnes også de som ikke får behovet sitt dekket. Spørsmålet blir da om de som har behov for helsehjelp også har en juridisk rett til å motta helsetjenester.

For at det skal foreligge et ubetinget krav på helsehjelp, må det offentliges plikt til å yte slik helsehjelp korrespondere med pasientens individuelle rett til å motta slik hjelp. Et ubetinget krav på helsehjelp, vil si at den instans som er ansvarlig for å yte helsehjelpen, ikke kan skylde på manglende økonomiske ressurser som grunn til å unnlate å gi slik hjelp. Det klareste rettskravet på helsehjelp finnes i lov 13. juni 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd § 2 andre ledd. Denne bestemmelsen gir en kvinne som er over 16 år og under tolv uker gravid, krav på svangerskapsavbrudd hvis hun ønsker det.

Jeg skal i det følgende gjøre nærmere rede for den generelle retten borgerne har til helsehjelp etter gjeldende helselovgivning. For å beskrive den rettslige situasjonen tar jeg for meg retten til øyeblikkelig hjelp, retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer en framstilling av reglene i pasl., lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (khl.), sphsl. og hpl.

3.3 Spesielt om pasientrettighetsloven

Pasienter hadde også før vedtakelsen av pasientrettighetsloven enkelte rettigheter, men det fantes ikke en egen lov om pasientrettigheter før dette. Arbeidet med en pasientrettighetslov hadde pågått i over ti år da Stortinget vedtok pasl. i 1999.

I Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter kapittel 2 gjennomgås forhistorien til pasientrettighetsloven. Se dette kapittelet for en nærmere redegjørelse.

Det er nylig foretatt endringer i pasl.⁴⁸ Disse endringene trådte i kraft 1. september 2004. Endringene innebærer en utvidelse av rettighetene etter pasl., blant annet i forhold til fritt sykehusvalg og individuelle frister for behandling. I den nye pasl. § 2-1 er det foretatt store innholdsmessige endringer. Jeg kommer tilbake til disse endringene i framstillingen nedenfor.

3.4 Rett til øyeblikkelig hjelp

Pasl. § 2-1 første ledd inneholder en regel om at ”Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp.” Denne regelen har en pedagogisk funksjon, da den peker på allerede eksisterende rettigheter i sphsl. § 3-1 og hpl. § 7.⁴⁹ Retten til øyeblikkelig hjelp i pasl. § 2-1 har derfor det samme innholdet som retten til øyeblikkelig hjelp i sphsl. § 3-1 og hpl. § 7.

”Sykehus og fødestuer skal” i henhold til sphsl. § 3-1 ”straks motta pasienter som trenger somatisk helsehjelp, når det etter de foreliggende opplysninger må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig. Institusjonen eller avdelingen skal motta pasienten for undersøkelse og om nødvendig behandling.”

Ut i fra en tolkning av denne bestemmelsen ser vi at det er en plikt for sykehus og fødestuer å motta pasienter i visse situasjoner, jfr. ordet ”skal”. Hvis situasjonen er slik at hjelpebehovet er ”påtrengende”, har pasienten etter denne bestemmelsen et rettskrav på undersøkelse eller behandling.

⁴⁸ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003), Innst. O. nr. 23 (2003-2004) og Besl. O. nr. 23 (2003-2004)

⁴⁹ Jfr Syse 2004 s 173 og Innst. O. nr. 91 (1998-1999) s 17

Etter hpl. § 7 skal helsepersonell ”straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig.” Denne bestemmelsen er i hovedsak en videreføring av den øyeblikkelige hjelp- plikten som gjaldt for leger (i legeloven § 27), tannleger (i tannlegeloven § 27) og jordmødre (i jordmorloven § 5). Innholdet i plikten etter hpl. § 7 er den samme som i disse bestemmelsene. Plikten omfatter alt helsepersonell, og dette er en utvidelse i forhold til tidligere.

Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling, blant annet for å gjenopprette og/ eller vedlikeholde vitale funksjoner, formålet er å forhindre og/eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.⁵⁰

Behandlingstiltakene trenger ikke å gå lenger enn til den akutte krisetilstanden er over. Etter dette tidspunktet blir disse pasientene prioritert i forhold til andre syke og skadede, for videre helsehjelp.⁵¹

3.4.1 Kan LAR anses som øyeblikkelig hjelp?

LAR som er som tidligere nevnt langvarig behandling, og innebærer rehabilitering av pasientene. Behandlingen har en helt annen karakter enn det som karakteriserer øyeblikkelig hjelp behandling. Det er klart at LAR ikke er øyeblikkelig hjelp. Det kan derimot tenkes øyeblikkelig hjelp- situasjoner, hvor metadon brukes som smertebehandling ved smerter av kortvarig art. Dette vil imidlertid ikke være en vedlikeholdsbehandling (LAR). Smertebehandling og vedlikeholdsbehandling er to forskjellige former for helsehjelp.

3.5 Rett til nødvendig helsehjelp

3.5.1 Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten

Videre er det etter pasl. § 2-1 første ledd andre punktum fastsatt: ”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten.” På samme måte som retten til

⁵⁰ Jfr. Rundskriv I-60/2000 Sosial- og Helsedepartementet

⁵¹ Se Kjønstad Jussens Venner 3-4/ 2004 s 227

øyeblikkelig hjelp etter pasl. § 2-1 første ledd, har bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten i pasl. § 2-1 første ledd kun en pedagogisk funksjon. Det er khl. § 2-1 som gir innhold til retten etter pasl. § 2-1.⁵²

Khl. § 2-1 har ordlyden: ”Enhver har rett til nødvendig helsehjelp i den kommune der han eller hun bor eller midlertidig oppholder seg.”

I forarbeidene til kommunehelsetjenesteloven uttales det om khl. § 2-1:

Denne regelen inneholder hjemmel for at pasienten har et rettskrav på helsehjelp i den kommune han til enhver tid oppholder seg.

Første ledd fastslår en rett for enhver til nødvendig helsehjelp i den kommune der han bor eller oppholder seg. Departementet uttalte at dette tilsvarer den rett enhver har etter lov om sosial omsorg til sosialhjelp i den kommune han oppholder seg, og til retten til undervisning etter grunnskolelovens §§ 7 og 13.⁵³

Sosialkomiteen uttalte i sin behandling av lovforslaget om ny kommunehelsetjenestelov følgende om khl. § 2-1:

”Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Fremskrittspartiet, finner det riktig at rett til helsetjenester gis med hjemmel i lov. En slik rett er forpliktende for staten idet kommunene må få tilført midler for å oppfylle retten til helsetjeneste for den som oppholder seg i kommunen.

Flertallet finner det rimelig at denne rett stilles på lik linje med lovhjemlet rett til sosialhjelp etter lov om sosial omsorg og rett til opplæring etter grunnskoleloven.

Flertallet er klar over at innholdet i og omfanget av helsetjenester kan variere fra kommune til kommune, men flertallet vil peke på at det er en nødvendig forutsetning at hver kommune, eller flere i samarbeidende kommuner, oppfyller kravene til en viss

⁵² Se for eksempel Syse 2004 s 174

⁵³ Jfr. Ot.prp. nr. 66 (1981-82) s 30

minstestandard for sin helsetjeneste.”⁵⁴

Khl. § 2-1 har etter disse lovforarbeidenes utsagn et utpreget rettighetspreg. Både departementet og sosialkomiteen viser til lov om sosial omsorg (nå lov om sosiale tjenester) og grunnskoleloven (nå lov 17. juli nr. 61 1998 om grunnskolen og den videregående opplæringa). Disse lovene har bestemmelser som gir borgerne visse rettigheter hvis nærmere bestemte vilkår er oppfylt.

Det er ikke tvil om at lovgivers intensjon har vært å gi borgerne rettskrav på helsehjelp etter khl. § 2-1. Dette er en individuell rettighet som den enkelte kan gjøre gjeldende overfor kommunen.⁵⁵

Det påpekes i lovforarbeidene at lovfestingen av khl. § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp ”er noe nytt”. Det hadde tidligere bare eksistert rettighetsbestemmelse i forhold til rett til øyeblikkelig hjelp i påtrengende tilfeller. Den generelle retten til allmennhelsetjeneste som khl. § 2-1 innebar, var derfor en nyskaping innenfor helselovgivningen.⁵⁶

Etter khl. § 2-1 er det nok å oppholde seg i den kommunen man søker nødvendig helsehjelp i. Det er ikke noe krav om at man må være bosatt i den kommunen man ønsker å motta helsehjelp. Dette betyr at personene som eventuelt har rettskrav på å motta helsehjelp i kommunene er mange. Hensynet bak dette er prinsippet om ”fritt legevalg”.

Kartlegging av det nærmere innholdet av ”nødvendig helsehjelp”, jfr. khl. § 2-1 er et vanskelig lovtolkningsspørsmål. Vanskene oppstår fordi uttrykket nødvendig helsehjelp er så uklart. Det finnes ikke noen nærmere angitte vilkår i khl. § 2-1. Vagt utformede bestemmelser, er som tidligere nevnt, et vanlig trekk ved rettighetsbasert lovgivning. Det finnes likevel også rettighetsbasert lovgivning, som for eksempel

⁵⁴ Jfr. Innst. O. nr. 7 (1982-83) s 11-12

⁵⁵ Se for eksempel Kjønstad 2003 s 116

⁵⁶ Jfr. Kjønstad 2003 s 117

trygdlovgivningen, hvor det er utformet mer detaljerte vilkår for å kunne motta en ytelse.

Det er klart at man må være i en slik situasjon at behovet for helsehjelp er nødvendig for at man skal kunne kreve det etter khl. § 2-1.⁵⁷ Men det er fremdeles uklart hvilke nærmere vilkår som gjelder for å omfattes av khl. § 2-1.

Formålsbestemmelser kan være til hjelp ved uklare tolkingsproblemer. Den uklare bestemmelsen må da sees i lys av lovens formålsbestemmelse, på den måten blir det foretatt en tolking i samsvar med lovgivers intensjoner og de hensyn som ligger bak loven. I formålsbestemmelsen khl. § 1-2 står det blant annet at helsetjenesten skal "søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte". Etter khl. § 1-2 må det som et utgangspunkt kunne fastslås at det må foreligge en form for sykdom, skade eller lyte for å kunne ha et krav på helsehjelp etter khl. § 2-1. Innenfor sykdom, skade eller lyte finner man derimot uttallige tilstander. Formålsbestemmelsen bidrar ikke å komme noe nærmere innholdet i khl. § 2-1 enn dette.

Når bestemmelsen er så lite konkret utformet, kan det stilles spørsmålstegn ved om det i det hele tatt foreligger noe rettskrav på helsehjelp etter denne bestemmelsen. Professor Asbjørn Kjønstad drøfter dette og legger vekt på at det i bestemmelsen brukes rettslige termer, samtidig som forarbeidene til khl. omtaler regelen som en rettighetsbestemmelse. Videre vektlegger han khl. tilknytning til tidligere rettigheter i syketrygdloven og folketrygdlovens kapittel 2. I tillegg mener han at det må tas hensyn til at det ikke fantes noe forbilde under utarbeidelsen av bestemmelsen. Kjønstad framhever også at det ikke virker som om det er lagt så mye arbeid ned i utarbeidelsen av loven om helsetjenesten i kommunene. Dette kan derimot ikke føre til at khl. § 2-1 ikke ansees for å være en rettighetsbestemmelse, hevder Kjønstad.⁵⁸

Hvilke ytelser har man så eventuelt krav på etter khl. § 2-1? I khl. § 1-3 første ledd finner vi en oppstilling av hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten skal omfatte. Denne

⁵⁷ Jfr. Kjønstad 2003 s 122

⁵⁸ Jfr. Kjønstad 2003 s. 122-123

bestemmelsen kan bidra til å gi videre veiledning i forhold til innholdet i khl. § 2-1. Det er i § 1-3 andre ledd fastlagt at kommunens helsetjeneste ”skal” sørge for deltjenestene som er listet opp i andre ledd, for å løse de oppgavene de er pålagt etter § 1-3 første ledd. Disse tjenestene er altså kommunen pliktig til å ha et tilbud om, og de kalles de obligatoriske tjenestene. Det er derfor nærliggende å anta at disse tjenestene omfattes av begrepet ”helsehjelp” i khl. § 2-1.

I § 1-3 fjerde ledd finner vi noen fakultative kommunale helsetjenester, eller ”kan” tjenester. Det er blitt drøftet i juridisk teori om disse tjenestene er helsehjelp i khl. § 2-1 forstand. Her er det uenighet i juridisk teori. Noen har blant annet lagt vekt på at siden kommunen ikke har en plikt til å tilby disse tjenestene etter § 1-3, kan ikke borgerne ha en rett etter § 2-1 på disse. Andre mener at khl. § 2-1 er en selvstendig hjemmel som gir borgerne rett og kommunene plikt, og at det ikke finnes noe grunnlag for å tolke khl. § 2-1 innskrenkende etter khl. § 1-3.⁵⁹ Jeg går ikke noe nærmere inn på denne drøftelsen da de fakultative tjenestene i khl. § 1-3 ikke er relevante for min oppgave.

Kravet for å motta helsehjelp etter khl. § 2-1 er ikke så strengt som etter sphlsl. § 3-1. Nødvendig helsehjelp er et strengt krav, men det er ikke så strengt som kravet om at behovet for helsehjelpen er ”påtrengende nødvendig”, slik det er fastsatt i sphlsl. § 3-1. Dette betyr at det skal mindre til for å få hjelp etter khl. § 2-1 enn sphlsl. § 3-1. Eller sagt på en annen måte; det er flere typer helsehjelp som omfattes av khl. § 2-1 enn sphlsl. § 3-1.

Spørsmålet om innholdet i khl. § 2-1 er behandlet i Rt.1990 s. 874, Fusa- dommen. Fusa- dommen gjaldt overprøving av et kommunalt vedtak om å redusere hjemmehjelptilbudet til Kari Austestad i betydelig grad.

Høyesterett uttaler på s. 888: ”Når det gjelder omfanget av ytelsene, vil spørsmålet ved en domstolskontroll etter min mening være om det aktuelle forvaltningsvedtak tilfredsstillende et visst minstekrav som må forutsettes å gjelde for slike ytelser. En slik vurdering vil ligge nær opp til en domstolsprøving av forvaltningens frie skjønn. Jeg

⁵⁹ Se Kjønstad 2003 s 125 for en nærmere redegjørelse

sikter i denne forbindelse særlig til domstolenes adgang til å prøve om forvaltningsskjønnet er åpenbart urimelig. En prøving av klientutvalgets vedtak etter disse linjer fører etter min mening til at det må kjennes ugyldig. Vedtaket innebar en vesentlig reduksjon av de ytelser som A tidligere hadde hatt, og det var åpenbart at det ikke tilfredsstilte hennes helt livsviktige behov for stell og pleie. Et slikt vedtak kan etter min mening ikke forsvares ut fra hensyn til kommunens økonomi.”

Høyesterett fastslår gjennom Fusa- dommen at man har et rettskrav på å motta en viss minstestandard av helsetjenester etter khl. § 2-1. Et visst nivå av helsehjelp er kommunen pliktig til å gi. Det viktige her er at denne minstestandarden ikke kan fravikes med den begrunnelse at kommunen mangler økonomi eller andre ressurser til å oppfylle den.

I forarbeidene til khl. § 2-1 er det tatt et ressursforbehold. Dette ressursforbeholdet går ut på at kommunens plikt til å yte helsehjelp er ”begrenset til det som økonomi, tilgang på helsepersonell og utstyr gjør mulig”.⁶⁰ Høyesterett kom i Fusa- dommen til at minstestandarden ikke kan fravikes på grunn av manglende ressurser. Dette resultatet går på tvers av det ressursforbeholdet som finnes i forarbeidene til khl. Resultatet i Fusa- dommen må legges til grunn ved tolkningen av khl. § 2-1 fordi en Høyesterettsavgjørelse har større rettskildemessig vekt enn et lovforarbeid.

3.5.2 Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Pasl. § 2-1 andre ledd lyder: ”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.” Før pasl. § 2-1 hadde man ikke hatt en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I Ot. prp. nr. 12 (1998-99) foreslo ikke Sosial- og helsedepartementet en rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenester. Departementet mente at rettighetsfesting ikke var det beste virkemiddelet for å sikre pasienter en bedre tilgang

⁶⁰ Jfr. Kjønstad og Syse 1992 s 232 jfr. 210. På s 210 viser Kjønstad til Ot. prp. nr. 36 (1980-81) og Ot. prp. nr. 66 (1981-82)

til helsetjenester. Departementet hadde i sitt lovforslag valgt å bruke ”rett til vurdering”, ”rett til fornyet vurdering” og ”fritt sykehusvalg” som virkemidler.⁶¹

I sin behandling av Ot. prp. nr. 12 (1998-99) gikk sosialkomiteen i motsatt retning av departementet. Sosialkomiteen gikk inn for en generell rettighetsfesting på dette punktet. I innstillingen fra komiteen ble følgende premisser lagt til grunn for rettighetsfestingen av alle komiteens medlemmer:

1. En rett til helsehjelp knyttes opp til en forpliktelse for den som har ansvar for å yte tjenestene.
2. Pasienten skal få nødvendig helsehjelp innenfor en tidsfrist knyttet til forsvarlig medisinsk faglig skjønn.
3. Det vises til de retningslinjer som alt er vedtatt for vurderingsgarantien. Dette legges til grunn og betyr at den enkelte pasient skal ha beskjed om
 - a) hvilken behandling han kan forvente å få, og
 - b) når undersøkelsen eller behandlingen skal gis.

I tillegg mente komiteens flertall at følgende premisser måtte legges til grunn:

4. Rettigheten knyttes til tilstandens omfang og alvorlighet.
5. Rettigheten gjelder i offentlig godkjent og finansiert spesialisthelsetjeneste i riket og i institusjon som fylkeskommunen inngår avtale med.⁶²

På samme måte som ved khl. § 2-1 er det vanskelig å fastslå hvor langt retten til ”nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten”, jfr. pasl. § 2-1 andre ledd går. I pasl. § 2-1 annet ledd annet punktum finner vi en viktig begrensning i retten til helsehjelp. Retten til helsehjelp er betinget av at pasienten ”kan ha forventet nytte av helsehjelpen”. Det må her foretas en hypotetisk vurdering av hva som kan bli resultatet hvis pasienten får behandling sammenlignet med resultatet av at pasienten ikke får behandling. I tillegg er retten begrenset av at ”kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt”, jfr. pasl. § 2-1 andre ledd annet punktum.

⁶¹ Se Syse 2004 s 123 og 124

⁶² Inst. O. nr. 91 (1998-1999) s. 20

Disse kriteriene finner vi igjen i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, hvor disse er ytterligere presisert. Jeg kommer nærmere tilbake til en framstilling av forskriften, og kompleksiteten av disse vurderingene i punkt 3.6.

Etter lovendringen er det i pasl. § 2-1 andre ledd innført en regel om at spesialisthelsetjenesten må fastsette en frist for når nødvendig helsehjelp senest skal mottas etter medisinsk forsvarlighet. Det må naturligvis foreligge en rett til nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1 før en slik frist kan fastsettes. Bakgrunnen for en slik frist er å styrke pasientens rettigheter. Fristen skal virke klargjørende i forhold til den rett pasienten har til nødvendig helsehjelp. Samtidig er målet at fristen skal bidra til lettere å få denne rettigheten oppfylt.⁶³

Fristen er individuell og skal fastlegges på bakgrunn av en medisinskfaglig vurdering av den enkelte pasient. Det tas utgangspunkt i pasientens behov, og det gis rom for klinisk skjønn ved fristfastsettelsen.⁶⁴

Hvis den fastlagte fristen oversittes ”har pasienten rett til å motta nødvendig helsehjelp uten opphold”, jfr. pasl. § 2-1 fjerde ledd. Dette innebærer en utvidelse av rettighetsposisjonen til dem som omfattes av pasl. § 2-1. Denne bestemmelsen skal sikre pasienten nødvendig helsehjelp umiddelbart etter fristbrudd. Gjennom denne lovfestingen har de som har rett til nødvendig helsehjelp, fått en subsidiær rett når den individuelle frist er oversittet.⁶⁵

Før lovendringen var det inntatt en kapasitetsbegrensning i pasl. § 2-1 fjerde ledd. Dette innebar at retten til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasl. § 2-1 var av en annen karakter enn retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, jfr. khl. § 2-1. Som tidligere nevnt ble det ressursforbeholdet som var inntatt i forarbeidene til khl. fraveket i Fusa-dommen. Bakgrunnen for dette var at et

⁶³ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) punkt 5.5.3

⁶⁴ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) punkt 5.5.4

⁶⁵ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) punkt 5.5.5

lovforarbeid ikke i så stor grad kunne innskrenke en rettighetsbestemmelse. Dette stilte seg imidlertid annerledes i forhold til den gamle pasl. § 2-1 fjerde ledd, hvor ressursforbeholdet var inntatt i selve lovteksten. Etter denne bestemmelsen hadde man ikke noe rettskrav på en minstestandard uansett ressursituasjon slik khl. § 2-1 må tolkes, jfr. Fusa-dommen.⁶⁶

Etter lovendringen må situasjonen bli en annen. Kapasitetsbegrensningen er nå tatt ut av lovens ordlyd. Dette må bety at det foreligger et rettskrav på en viss minstestandard på helsehjelp etter pasl. § 2-1, slik det er etter khl. § 2-1. Det er ikke lenger adgang til å avvise krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten med den begrunnelse at det ikke finnes ressurser til å innfri kravet.

Lovgiver opphevet kapasitetsbegrensningen som et ledd i innføringen av den subsidiære retten etter pasl. § 2-1 fjerde ledd. Det subsidiære tilbudet innebærer en rett på helsehjelpen fra ”privat tjenesteyter eller tjenesteyter utenfor riket”, jfr. § pasl. § 2-1 fjerde ledd. På samme måte finnes det også en rett til tjenesteytelse utenfor riket hvis det ikke finnes et adekvat medisinsk tilbud i riket for å oppfylle den nødvendige helsehjelpen, jfr. pasl. § 2-1 femte ledd.

I pasl. § 2-1 sjette ledd er det gitt en hjemmel til å gi forskrifter ”om hva som skal ansees som helsehjelp som pasienten kan ha rett til”. Denne delen av bestemmelsen tilsvarer den gamle pasl. § 2-1 femte ledd.

3.6 Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp

Pasientrettighetsloven er hjemmelslov til prioriteringsforskriften.⁶⁷ Forskriften er gitt med hjemmel i den gamle pasl. § 2-1 femte ledd, nå pasl. § 2-1 sjette ledd. Denne forskriften er med på å klargjøre innholdet i pasl. § 2-1 nærmere.

Etter pasl. § 2-1 har pasienter ”rett til nødvendig helsehjelp” fra spesialisthelsetjenesten.

⁶⁶ Jfr. Kjønsstad 2003 s. 172

⁶⁷ Se punkt 1.4.2

I forskriften § 2 er det nærmere fastlagt hva rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasl. § 2-1 vil si. Det fremgår at denne retten inntreer ”når:

1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og
2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.”

Det er her altså oppstilt tre kumulative vilkår,

- 1) redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet,
- 2) nytte og
- 3) proporsjonalitet mellom kostnad og effekt.

Alle de tre vilkårene må være oppfylt før det foreligger en situasjon som gir pasienten rett til nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1.

I forskriftens § 2 tredje ledd er det inntatt en definisjon av ”ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet”, som lyder: ”at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.” Dette vil si at man står overfor en forverring av pasientens helsetilstand av en viss grad. Det stilles her opp et krav om at situasjonen skal være av et visst alvor.

Livslengde og livskvalitet er i utgangspunktet alternative kriterier. Det er tilstrekkelig at ett av disse kriteriene er oppfylt. Det er også mulig å se disse to kriteriene i sammenheng. Hvis de to kriteriene ikke hver for seg er tilstrekkelig oppfylt, men likevel samlet sett oppfyller vilkåret, er dette greit.⁶⁸

Videre fremgår det av § 2 fjerde ledd at ”forventet nytte av helsehjelpen” betyr ”at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten

⁶⁸ Se I-60/2000 s 51

behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelsen av behandlingen.”

Det er her et krav om kvalifisert nytte, det er ikke tilstrekkelig at pasienten kan få en viss nytte av helsehjelpen, nytten skal kunne dokumenteres. Kravet til dokumentasjon vil derfor bety at eksperimentell og utprøvende behandling ikke omfattes fordi nytten ikke kan dokumenteres vitenskapelig. Nyttekriteriet vektlegges for å ivareta hensynet til lønnsomhet og produktivitet i helsetjenesten.

I forskriftens § 2 andre ledd nr. 3 er det fastlagt at det bare finnes en rett til helsehjelpen dersom ”kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt”. Dette følger også av lovteksten. Etter bestemmelsene skal man foreta en kost-nytte analyse og bruke et forholdsmessighetsprinsipp for å avgjøre om det foreligger en rett til den aktuelle helsehjelpen. En slik vurdering er svært komplisert. Innbakt i denne vurderingen finner vi medisinsk faglige spørsmål, økonomiske overveielser og etiske betraktninger.⁶⁹

I NOU 1997: 18 ble det hevdet at hensynene nytte og kostnadseffektivitet måtte vektlegges noe mer enn tidligere retningslinjer tilsa.⁷⁰ I forskriften er nytte og kostnadseffektivitet inntatt som vilkår for hva som ansees som nødvendig helsehjelp. De to kriteriene må vurderes i hvert enkelt tilfelle, i tillegg til tilstandens alvorlighetsgrad, og er derfor utslagsgivende ved fordelingen av helsetjenester.

Det gjelder altså tre atskilte vilkår som alle må være oppfylt for at det skal foreligge en rett til nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1. Vurderingen av om disse vilkårene er oppfylt, vil i stor grad bero på en konkret helhetsvurdering. De tre vilkårene; alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet, kommer jeg også tilbake til i den nærmere redegjørelsen om fordelingskriterier nedenfor.⁷¹

⁶⁹ Jfr. Kjønstad 2003 s 171 og Kjønstad i Jussens Venner 3-4/2004 s 245

⁷⁰ Se NOU 1997:18 s 95

⁷¹ Se redegjørelsen i punkt 4.2 og 4.3

3.7 Rettsfølgen til pasl. § 2-1

Dersom vilkårene i pasl. § 2-1 andre til syvende ledd er oppfylt, har man rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hva som er adekvat behandling i det enkelte tilfelle, må avgjøres ut ifra et forsvarlig medisinsk skjønn.⁷²

Etter at ressursforbeholdet nå er tatt ut av pasl. § 2-1, har denne bestemmelsen fått et mye sterkere rettighetspreg. Det kan derfor hevdes at man nå har et rettskrav på en viss minstestandard av helsehjelp også etter pasl. § 2-1 andre ledd, slik det er etter khl. § 2-1.

3.8 Kan LAR ansees som nødvendig helsehjelp?

LAR er utformet som en særordning med egne retningslinjer fastlagt i rundskriv.⁷³ Det er her nedtegnet konkrete kriterier som er avgjørende for hvem som får innvilget LAR. Jeg kommer tilbake til en nærmere fremstilling av innholdet i de gjeldende retningslinjene i kapittel 6.

Etter norsk rettstradisjon kan ikke rundskriv innskrenke en lovbestemt rett. Pasl. § 2-1 må derfor ved en eventuell motstrid med retningslinjene for LAR, gå foran disse. Skal det foretas en innskrenkning av pasienters rett til å motta nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1, må dette gjøres i lovs form. Spørsmålet blir om det kan være situasjoner der LAR kan ansees som nødvendig helsehjelp.

En heroinavhengig vil ofte ha en svært dårlig helsetilstand etter en tids rusbruk. Ofte vil de rusproblemene og de somatiske plagene som følge av rusbruken føre til en svært alvorlig tilstand. Som tidligere påpekt er det ikke tvil om at denne gruppen pasienter har store helseproblemer. Det vil ofte være et skrikende behov for helsehjelp både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I mange tilfeller dreier det seg om mennesker som er i livsfare. Hadde man vektlagt alvorlighetskriteriet alene, ville denne gruppen ofte blitt prioritert høyest innenfor helsetjenesten. I tillegg må man altså legge vekt på nytten av helsehjelpen og kostnaden ved det aktuelle tiltaket.

⁷² Jfr. Kjønstad 2003 s 173

⁷³ Se punkt 1.4.3

Det vil være en egen vurdering om en person omfattes av pasl. § 2-1 og har krav på nødvendig helsehjelp for behandling av rusavhengigheten sin fra spesialisthelsetjenesten. (Helsehjelp for behandling av rusavhengighet hører nå etter rusreformen stort sett inn under spesialisthelsetjenesten, se punkt. 2.6.) En person som har et omfattende opiatavhengighetsproblem vil ofte ha behov for en eller annen form for helsehjelp for å komme ut av avhengigheten.

Det finnes mange andre behandlingsformer for opiatavhengighet enn LAR. Når det gjelder LAR er det heller ikke alle personer som vil ha nytte av denne behandlingsformen. Videre er det en kostbar behandlingsform. Likevel er LAR i følge kost-nytte analyse fra SIRUS en lønnsom behandlingsform samfunnsmessig.⁷⁴

Det må foretas en vurdering av hva som ansees som adekvat medisinsk behandling i det enkelte tilfellet. Selv om pasienten selv ønsker behandling av rusproblemet sitt ved bruk av LAR, er det ikke dermed sagt at legen vurderer dette som den adekvate medisinske behandlingen.

Det kan derimot tenkes tilfeller hvor LAR blir ansett som nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1. Pasientens liv kan være i fare på grunn av for eksempel høy overdoserisiko. Det kan tenkes at det ikke er mulig å avruse pasienten og få stabilisert vedkommende uten bruk av LAR. Er det denne situasjonen vi står overfor har pasienten krav på LAR etter pasl. § 2-1. Krav på LAR etter pasl. § 2-1 gjelder uavhengig av om personen oppfyller de utformede inntakskriteriene i rundskrivene eller ei.

Konsekvensen av dette må bli at man i forhold til hver enkelt søker må vurdere inntak på bakgrunn av de gjeldende retningslinjene. I tillegg må man alltid ta stilling til om LAR er nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1 annet ledd i det enkelte tilfelle.

Som vist overfor kan spesialisthelsetjenesten ikke skyldes på ressursmangel ved oppfyllelse av nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1 annet ledd. Er LAR å anse som

⁷⁴ Se SIRUS rapport nr. 4 2003

nødvendig helsehjelp har vedkommende et rettskrav på å få motta denne form for hjelp. Videre har man som tidligere nevnt krav på fristfastsettelse for gjennomføring av helsehjelpen etter pasl. § 2-1 annet ledd annet punktum. Det vil derfor foreligge et krav på tidspunkt for gjennomføring av LAR etter pasl. § 2-1.

Det er imidlertid usikkert hvordan dette stiller seg i forhold til rett til LAR etter rundskrivene. Retningslinjene vil ikke gi et rettskrav på lik linje med det kravet man har etter pasl. § 2-1. Jeg kommer tilbake til dette i kapittel 6.

4 Rett til en rasjonert ytelse

4.1 Innledning

Spørsmålet blir videre hva de pasientene som ikke er rettighetspasienter har krav på. De pasientene som ikke har et rettskrav på å motta helsehjelp, vil ha en rett til å være med å konkurrere om begrensede eller rasjonerte ytelser. Rettigheten er betinget av at det finnes ressurser til å oppfylle retten. Foreligger det ikke tilstrekkelig med ressurser, kan tjenesten nektes med denne begrunnelsen.⁷⁵

Bruk av rettighetsbegrepet i forbindelse med rasjonerte ytelser er villedende. I disse tilfellene har man ikke nødvendigvis noen rett til å motta ytelsen. Resurssituasjonen er avgjørende uansett hvor stort behovet for en slik type ytelse skulle vise seg å være.

Utgangspunktet i norsk rett er at alle skal ha lik adgang til helsehjelp. Helsehjelp er en del av samfunnets fellesgoder som alle mennesker kan nyte godt av. En helsetjeneste kan det være knapphet på, og da må det foretas en fordeling. I den konkrete fordelingssituasjonen kan det tenkes ulike fordelingskriterier.

4.2 Hvilke fordelingskriterier er det adgang til å legge vekt på?

Ørnulf Rasmussen har i artikkelen ”Pasientrettigheter fra juridisk synsvinkel; Fordelingsrettferdighet”⁷⁶ pekt på en del mulige prioriteringsnormer ved fordelingen av helsetjenester. Rasmussen utgir ikke disse normene for å være bindende eller gjeldende på noen som helst måte, men utelukker ikke at disse i hvert fall kan være en del av den ubevisste prosessen i den prioritering som foretas.

Normene han har listet opp er:

- 1) Først i tid, først i rett.

⁷⁵ Se Eskeland 1992 s 44 og Syse 2004 s 117

⁷⁶ I Forbrukerrådet 1983 Rasmussen *Pasientrettigheter* s 37-38

- 2) Størst medisinsk behov, størst rett.
- 3) Størst sosialt behov, størst rett.
- 4) Kostnadmessige forhold;
 - a) Prioritering av mange billige handlinger fremfor få dyre,
 - b) Hva har størst sjanse til å lykkes? Mest mulig helse ut av hver krone,
 - c) Hva gir mest varig helsemessig virkning for hver krone? Vurdering etter et avskrivningsprinsipp; hvor mange år kan behandlingen ha effekt?
- 5) Betalingsmessige forhold skal avgjøre. Hvem har ytt mest til fellesskapet økonomisk? Hva betyr dette?
 - a) Hvem har arbeidet i det norske samfunn i flest år?
 - b) Hvem har betalt skatt i flest år, og dermed bidratt til finansiering av sykehusene lengst?
 - c) Hvem har betalt høyest skatt over flest år?
- 6) Samfunnsvennlig arbeid som kriteriet. Er det avgjørende om man er en av samfunnets støtter eller ikke?
- 7) Nasjonalitet som kriteriet.
- 8) Bosted betyr noe.
- 9) Alderen betyr noe.
- 10) Forskningens interesse for dette tilfellet.
- 11) Tilfellets verdi for undervisningen av medisinske studenter og sykepleiere.
- 12) Selvpåført sykdom/ skade? Betyr årsak og lidelsestype noe? Rasmussen reiser spørsmålet om det er ønskelig å foreta en regulering av hvilke kriterier man kan vektlegge og hvilken vekt de forskjellige kriteriene skal ha.

Kjønstad har også redegjort for hvilke momenter det kan være aktuelt å vektlegge ved fordelingen av helsetjenester, han har i sin drøftelse basert seg delvis på Rasmussen sin fremstilling av aktuelle kriterier.⁷⁷

- 1) Hvem er sykest?

Behovet for helsehjelp hos den enkelte, mener Kjønstad det er grunn til å vektlegge i stor grad. De tilfellene som ligger nær opp til en situasjon hvor man har rettskrav på

⁷⁷ Kjønstad 1987 s 56-64

helsehjelp, må gis høy prioritering under fordelingen av helsetjenester. Utgangspunktet er at dødelige og andre alvorlige sykdommer må gis prioritet foran andre sykdommer.

2) Hvem har størst helbredelsesmuligheter?

Hvis en pasient har en større sannsynlighet for å bli frisk enn en annen er dette et moment som taler for prioritering av pasienten. Det kan derimot finnes andre momenter som taler for å prioritere den andre pasienten. Pasienter som har liten sjanse for helbredelse skal også gis behandlingsmulighet. Situasjonen blir satt på spissen hvis en pasient allerede er inne til behandling og det er spørsmål om å skrive ut denne for å gi en annen plass. Kjønstad fremhever at man muligens her må ta hensyn til sosiale forhold.

3) Helseinstitusjonens tilbudsprofil

De pasientene man har kunnskap og utstyr til å hjelpe må prioriteres. Her vektlegges nyttebetraktninger.

4) Kostnadmessige forhold

Kost- nytte analyser kan tale for å satse mest på små og kortvarige tiltak, mens hensynet til alvorlighetsgraden av sykdommen som oftest taler for å satse mest på store og langvarige tiltak. Kjønstad mener det må foretas en kombinasjon av satsningsområdet.

5) Mest interessante kasus

Kjønstad mener dette er et hensyn som ikke kan vektlegges.

6) Betydningen for forskningen

Dette hensynet kan vektlegges ved utvelgelsen av pasienter. Det er viktig å oppnå forskningsresultater slik at man kan oppnå økt medisinsk kunnskap. Dersom et tilbud om helsehjelp finansieres av forskningsmidler, må forskningens behov tas hensyn til ved utvelgelsen av pasienter. Det er uansett en viss anledning til å legge vekt på hensynet til forskningen.

7) Betydningen for undervisningen

Dette er et moment som kan vektlegges noe, men det er grenser for hvor langt dette går. Man kan ikke prioritere bort pasienter med alvorligere sykdomsgrad bare for å få inn et mer sjeldent og interessant kasus til undervisningen av medisinstudenter.

8) Kjøprinsippet

Først i tid – best i rett, bør legges til grunn når det er små forskjeller mellom hvem som har størst behov for helsehjelp. Køen bør ikke være statisk, men dynamisk hvis sykdomstilstanden til en i køen endres.

9) Hvem er viktigst for samfunnet?

Som den store hovedregel kan ikke dette hensynet tillegges noen vekt fordi alle har det samme menneskeverd og fordi det er umulig å rangere mennesker.

10) Pasientens sosiale status

Det er enda mindre grunn til å vektlegge dette enn hvem som er viktigst for samfunnet. Utgangspunktet er at alle samfunnsmedlemmer har like rettigheter til samfunnets fellesgoder

11) Sosialt behov for helsehjelp

Det er mulig situasjonen er slik at de som har vanskeligst for å få hjelp annet sted, for eksempel av familie og venner, får tildelt ledige plasser og mottar tilbud om helsehjelp først. Dette fører ikke nødvendigvis til en rettferdig fordeling av knapphetsgoder. Samtidig er det vanskelig å vektlegge sosiale forhold fordi helsetjenesten ofte vil ha mangelfulle opplysninger om dette og som en følge av dette ikke vil ha godt nok beslutningsgrunnlag.

12) Pasientens alder

Alder er et moment som det kan legges vekt på ut fra et rettferdssynspunkt. Det er rettferdig at de som har levd kortest, først får muligheten til å bli frisk. Det er også en grense for hvor langt de eldre skal nedprioriteres. Hensynet til hvem som er sykest og skrøpeligst veier imidlertid tyngre enn aldersmomentet.

13) Betalingsforhold

Det er ikke adgang til å vektlegge pasientens bidrag til folketrygden for hvorvidt vedkommende skal motta helsehjelp eller ei. Alle skal ha lik adgang til helsetjenestene i samfunnet uansett.

14) Likhet over tid

Spørsmålet er om man skal prioritere en som aldri før har benyttet seg av helsetjenesten fremfor en som har gått inn og ut av sykehus. Dette kan være et moment i sjeldne tilfeller, men ikke hvis den som før har brukt helsetjenesten har en alvorligere lidelse.

15) Nasjonalitet

Turister har krav på øyeblikkelig hjelp på lik linje med nordmenn, men dreier det seg om helsetjenester man kan vente med til man kommer hjem, er det mulig å vektlegge nasjonalitet.

16) Bosted

Bosted i utlandet kan føre til at man ikke har krav på medisinsk stønad etter

folketrygden. Bosted innenfor landegrensen kan også være av betydning for hvilket helsetilbud man kan motta. Det er ujevnheter mellom kommunene for hva de har mulighet til å tilby sine innbyggere. Dette synes å stride med prinsippet om lik adgang for alle samfunnsmedlemmer til helsehjelp.

17) Vennskap, slektskap og naboskap

Det er klart usaklig å vektlegge dette momentet.

18) Hedersmenn og snille kvinner

Dette er også et moment som ikke kan vektlegges ved fordelingen av helsetjenester.

19) Personlighetsegenskaper

Hvis en pasient er vanskelig å samarbeide med, betyr ikke dette at vedkommende skal nedprioriteres. Den aktuelle behandler må sørge for at pasienten likevel får helsehjelp.

20) Selvforskyldte sykdommer

Skal en pasient som selv kan ansees å være skyld i sin egen sykdomssituasjon nedprioriteres? Bør en som ikke innretter seg etter faglige råd for å bedre sin situasjon nedprioriteres? At sykdommen er selvforskyldt kan ikke vektlegges. Det er mulig man kan anføre at det ikke finnes noen helbredelsespotensiale, men at sykdommen er selvforskyldt kan det ikke tas hensyn til.

4.3 Fordelingen av helsetjenester når pasienten er rusmiddelavhengig

Er det noen av de ovenfor nevnte fordelingskriteriene som særlig gjør seg gjeldende når pasienten vi står overfor, er en rusmiddelavhengig?⁷⁸

Tunge rusmiddelavhengige er en gruppe mennesker som er særlig utsatt for helseproblemer. Det er svært sannsynlig at personer som har et stort narkotikabruk etter hvert får en dårlig helse; situasjonen kan bli livstruende. Hvis situasjonen er alvorligere enn for andre skal de prioriteres foran. Samtidig kan det etter fordelingskriteriene Rasmussen og Kjønstad har drøftet, ikke legges vekt på at en tyngre rusmiddelavhengig muligens ikke har kapasitet til å bidra til samfunnet med for eksempel arbeidskraft på lik linje med andre. Det er også helt klart at man ikke kan vektlegge at en rusmiddelavhengig kanskje i manges anseelse har lav sosial status.

⁷⁸ Drøftelsen baserer seg på noen av de fordelingskriteriene som er trukket fram av Rasmussen 1983 og Kjønstad 1987

Personlighetsegenskaper er heller ikke noe som kan vektlegges under fordelig av helsetjenester. En pasient med et stort narkotikaproblem kan være en vanskelig og krevende pasient, en lege vil kanskje foretrekke å behandle andre pasienter fremfor denne. Personlighetsegenskaper som samarbeidsvansker skal imidlertid ikke hindre vedkommende i å få helsehjelp. Videre kan det ikke vektlegges at en rusmiddelavhengig for eksempel ikke har bidratt like mye til folketrygden fordi vedkommende har mottatt trygd eller sosialstønad eller ikke har vært i arbeid. Ei heller kan det vektlegges som en faktor om en person har begått mye kriminalitet. Hedersmenn skal ikke forfordeles helsehjelp fordi de ansees å ha levd sitt liv ”feilfritt”.

Sosiale forhold kan derimot vektlegges i visse tilfeller. Det er nok ofte slik at rusmiddelavhengige har liten kontakt med egen familie og at få beholder rusfrie venner. De har derfor ofte mangel på nettverk som kan foreta pleie og omsorg. Denne nettverkssvakheten fører ofte til at de er prisgitt den hjelpen de kan få gjennom det offentlige. Dette er et moment som kan tillegges vekt ved fordelingen av helsetjenester, ifølge Kjønstad.

Helbredelsesmuligheten for en rusmiddelavhengig kan være dårligere enn for andre pasienter, fordi det for en narkoman kan være svært vanskelig å legge om livsstilen. Det kan være mulig at vedkommende kan falle raskt tilbake i samme tilstand og at det er små utsikter til en total helbredelse. Dette er et moment som kan tale for å prioritere andre pasienter med bedre helbredelsesutsikter, ifølge Kjønstad. Det er likevel slik at selv de pasientene som har svært dårlig prognose, skal gis mulighet til å få behandling.

Noen vil kanskje hevde at en dårlig helsesituasjon som følge av utstrakt narkotikamisbruk kan være selvforskyldt. Selv om sykdommen er å anse som selvforskyldt, kan man likevel ikke legge vekt på dette ved fordelingen av helsetjenester.

Kjønstad peker på en situasjon hvor helbredelsesmulighetene er små fordi man ikke ønsker å følge råd fra legen. Hvis nytten av behandlingen blir lav som følge av at man ikke er villig til å legge om livsstilen, kan det føre til en nedprioritering av denne

pasienten. Her foretas ikke nedprioriteringen fordi sykdommen er selvforskyldt, men fordi helbredelsesmulighetene er små.

4.4 Nærmere om prioritering i norsk helsetjeneste

Det finnes to offentlige utredninger som i stor grad drøfter prioritering innenfor helsetjenesten. Disse utredningene har vært viktige innspill i prioriteringsdebatten, og i en viss grad påvirket utformingen av rettsreglene på helserettens område. Begge utvalgene ble ledet av professor dr. theol Inge Lønning, og har blitt oppkalt etter ham.

NOU 1987: 23 "Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste" er kalt Lønning I.

NOU 1997: 18 "Prioriteringer på ny – Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste", denne kalles Lønning II.

Når det skal settes i gang med et stort lovarbeid kan en slik offentlig utredning være første skritt på veien. Regjeringen ved et departement nedsetter en gruppe som får i oppdrag å utrede behovet for lovgivningen og hva denne eventuelt bør gå ut på. En NOU trenger ikke å føre til ny lovgivning. Det kommer helt an på hva utvalget kommer fram til og om et eventuelt lovforslag følges opp i det videre lovgivningsarbeidet. Hvis det settes i gang et lovarbeid på bakgrunn av en utredning, vil NOUens rettskildemessig vekt variere.

Lønning II-utvalgets utredning drøfter prioriteringer i vid forstand innenfor norsk helsetjeneste. Utvalgets mandat var omfattende. Ved utarbeidelse av den nye pasientrettighetsloven ble Lønning II-utvalgets utredning lagt til grunn på noen punkter. NOU 1997:18 er derfor av en viss rettskildemessig betydning. Jeg skal derfor gjøre rede for visse deler av utredningen i det følgende. I NOU 1997:18 behandler utvalget i kapittel 8 i utredningen "Verdier, prinsipper og kriterier for prioritering i norsk helsevesen".⁷⁹

⁷⁹ Se NOU 1997: 18 s 85-95

Utvalget mener at prioriteringskriteriene tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet alltid bør inngå i en avveining av hvilken prioritet et tiltak eller en pasientgruppe skal ha.⁸⁰ Utvalget mener at det ikke kan legges vekt på et av kriteriene alene ved prioriteringen, men at det må foretas en samlet vurderingen av disse kriteriene. Tidligere hadde det vært en ensidig fokusering på at sykdommens alvorlighetsgrad var avgjørende alene. Denne ensidige tenkningen ble utsatt for mye kritikk i juridisk teori.

En tredimensjonal modell hvor det i tillegg til sykdommens alvorlighetsgrad ble lagt vekt på effektiviteten av behandlingen og hvor kostbart tiltaket var, ble lansert av Kjønstad.⁸¹ Kjønstad påpeker at det ved fordeling av helsetjenester er to hovedhensyn eller begrunnelser som kan legges til grunn, nemlig humanitet/ solidaritet eller lønnsomhet/ produktivitet. Alvorlighetskriteriet hører inn under en solidaritetstankegang, mens effektivitetskriteriet og kostnadskriteriet faller inn i en lønnsomhetstankegang. Kjønstad tar til ordet for en rimelig balanse mellom de to hovedhensynene.⁸²

Lønning II-utvalget påpeker at det er vanskelig å veie fordelingskriteriene opp mot hverandre. Utvalget drøfter hvilken vekt man bør tillegge de enkelte kriteriene. Om avveiningen mellom prioriteringskriteriene alvorlighet og nytte skriver utvalget:

”Behandlingsformer som helt klart er i samsvar med begge prinsipper, og behandlingsformer som like klart ikke er det, er lette å bedømme når det gjelder prioritering: Meget virkningsfulle behandlinger av alvorlige lidelser må prioriteres høyt. Her trekker begge hensyn i samme retning. Hvis tiltakene i tillegg er billige, kan prioriteringen skje med enda mindre tvil. På samme måte er det akseptabelt å nedprioritere virkningsløs behandling av minimalt belastede lidelser, særlig hvis behandlingen er dyr. Problemet er hvordan avveiningen skal skje hvis hensynet til

⁸⁰ Jfr. NOU 1997: 18 s 93

⁸¹ Se Kjønstad og Syse 1992 s 189, Kjønstad og Syse 1994 s 45 og s 62-63

⁸² Jfr. Kjønstad og Syse 1994 s 51-52

alvorlighet og nytte trekker i hver sin retning.”⁸³

Lønning II-utvalget tar avstand fra tanken om at de helsetilstandene som i størst grad avviker fra normal/ lik helse i befolkningen, skal ha høyest prioritet. Utvalget påpeker at man allerede i Lønning I-utvalget tok avstand fra et ideal om resultatlighet fordi det var for ambisiøst og praktisk umulig.

I forhold til kriteriet om kostnadseffektivitet trekker utvalget fram at dette i visse tilfeller kan være utslagsgivende. Hvis tilstanden er svært alvorlig og tiltaket er moderat nyttig, men ganske billig, kan det være god grunn til å forsøke. Er derimot kostnadene ekstremt store, kan det være grunn til å la være.⁸⁴

Utvalget oppsummerer med at de tre kriterienes vekt vil variere i forhold til hvilke overordnede mål som legges til grunn. Imidlertid fremheves det at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges noe større vekt enn det som tidligere har vært gjeldende.⁸⁵

Det er Lønning II-utvalgets utredning om prioriteringskriterier som ligger til grunn for Stortingets utarbeidelse av pasl. § 2-1. I tillegg er det utredningen som ligger til grunn for de forskrifter som ble gitt etter den opprinnelige pasl. § 2-1 femte ledd. Det er også denne tenkningen som ligger til grunn for de nye endringene i pasl. § 2-1 andre ledd flg.⁸⁶

4.4.1 Andre prioriteringskriterier

I tillegg til de tre kriteriene som er nevnt overfor tar utvalget stilling til relevansen til en rekke andre kriterier som ofte er oppe i prioriteringsdebatten.⁸⁷

⁸³ Jfr. NOU 1997: 18 s 88

⁸⁴ Jfr. NOU 1997: 18 s 88

⁸⁵ Se NOU 1997: 18 s 95

⁸⁶ Jfr. Syse 2004 s 123-125

⁸⁷ Disse kriteriene kjenner vi igjen fra Rasmussen og Kjønstads fremstilling som det er redegjort for i punkt 4.2

Utvalget mener at hastegrad kan være anvendbart som et eget hensyn i prioriteringen av pasienter, selv om det kan være nærliggende å se det som en del av alvorlighetskriteriet eller nyttekriteriet. Etter utvalgets mening er hastegrad et kriterium som kan anvendes som begrunnelse for å prioritere pasienter i en kø, hvor det er en tidsbestemt knapphet på ressurser.⁸⁸

Videre finner utvalget at høy alder kan vektlegges ved tildeling av knappe goder. Ved organdonasjon og ved omfattende livsforlengende behandling, kan dette være et relevant moment. Det bør imidlertid ikke legges vekt på høy alder når det gjelder tiltak for å bedre de eldre og aller eldstes livskvalitet.

I likhet med Lønning I sin vurdering av at livsstil og helseskadelig atferd kan være relevant, mener Lønning II at det kan være det, når det dreier seg om endring av fremtidig atferd. Utvalget bemerker at det kun egner seg for kliniske beslutninger, og at det må foretas en grundig skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Et av utvalgets medlemmer var uenig i flertallets vurdering av at dette var et relevant kriterium, og at det er umulig å kontrollere hvem som ikke tar vare på helsen sin.

Utvalget tar avstand fra at man kan vektlegge den enkeltes bidrag til samfunnet for eksempel gjennom arbeid. Dette vil stride med det likeverdsprinsippet vi tilstreber i det norske samfunnet. Man kan stille spørsmålstegn ved hvordan dette kan stille seg annerledes i forhold til produktivitet enn ved hensynet til livsstil og helseskadelig atferd. Spørsmålet blir om det ikke også vil være i strid med likeverdsprinsippet å nedprioritere dem som har en vedvarende usunn livsstil til en behandling.

Videre mener utvalget at det ikke bør foretas en systematisk prioritering av pasienter ut i fra sosiale behov. Derimot fremhever utvalget at store sosiale behov i den konkrete, kliniske avveining kan være relevant moment som kan tillegges vekt.⁸⁹ Det ene medlemmet tar avstand fra å benytte sosiale behov som et fordelingskriterium forutsatt

⁸⁸ Jfr. NOU 1997: 18 s 94

⁸⁹ Jfr. NOU 1997: 18 s 95

at behandlingen er nyttig.

Utvalget fastslår at kjønn, etnisk tilhørighet, livssyn, seksuell orientering og sosial status aldri er relevante kriterier, verken for å avgjøre hvilket helsetilbud man skal ha eller som grunnlag for den konkrete tildelingen av helsetjenester.

4.5 Prioriteringsgrupper

4.5.1 Innledning

Lønning II-utvalget kom med forslag til inndeling av tilstander og tiltak i fire prioriteringsgrupper som er listet opp nedenfor i punkt 4.5.2.- 4.5.5.⁹⁰ Utvalget mente at denne inndelingen kunne være nyttig for det overordnede politiske nivå. Utvalget gir noen veiledende definisjoner av disse fire gruppene. Veiledningene er ikke ment å være uttømmende, men illustrerer noen av utgangspunktene for innholdet i gruppene.

Utvalget mente at det å oppstille en uttømmende liste over diagnosegrupper eller behandlingstiltak som det offentlige bør eller ikke bør ha ansvaret for, verken var rettferdig eller praktisk. Inndelingen skal være basert på tilstandens alvorlighetsgrad og tiltakenes forventede nytte og kostnader, og ikke diagnoser.⁹¹ En mer presis vurdering i prioriteringssituasjonen må ifølge utvalget, ”gjøres av fagfolk med nærhet til pasienten og kunnskap om behandlingsresultater”.⁹²

Lønning II-utvalget anbefalte at denne inndelingen skulle erstatte inndelingen anbefalt i NOU 1987: 23.

4.5.2 Prioritetsgruppe I: Grunnleggende helsetjenester

I denne gruppen finner vi de tilstandene og tiltakene som det offentlige bør ha et særlig ansvar for å prioritere. Dette vil si tilstander med høy alvorlighetsgrad, og hvor aktuelle tiltak har betydelig forventet nytte. Det er lagt vekt på at flere kriterier må være oppfylt

⁹⁰ Se NOU 1997: 18 s 106-107

⁹¹ Jfr. NOU 1997: 18 s 103

⁹² Jfr. NOU 1997: 18 s 106

samtidig.⁹³

Se NOU 1997: 18 s. 106 for en nærmere redegjørelse om innholdet av prioritetsgruppe I. Her finnes veiledningen om hva som skal til for å oppfylle de tre vilkårene sykdomstilstand, forventet nytte og kostnadseffektivitet slik at man faller inn under denne gruppen.

4.5.3 Prioriteringsgruppe II: Utfyllende helsetiltak

Prioritetsgruppe II er definert negativt i forhold til gruppe I og III.

Prioritetsgruppe II inneholder:

- Diagnostiske tiltak,
- screening,
- utredning,
- behandling,
- habilitering og rehabilitering,
- pleie og omsorg, som ikke er omfattet av prioritetsgruppe I og III.

Som hovedregel bør det foreligge kjent risiko for sykdomsutvikling eller manifestert sykdom med betydelig prognosetap med henblikk på overlevelse og funksjonsnivå, og betydningsfull forventet nytte av tiltaket. Nyttens må dessuten være proporsjonell med kostnadene.

4.5.4 Prioriteringsgruppe III: Lavt prioriterte tjenester

Prioriteringsgruppe III er den gruppen med tiltak og tilstander det kan være legitimt å gi lav prioritet.

Prioriteringsgruppe III inneholder:

- Tilstander som pasienten kan ta ansvar for selv,
- tilstander som medfører ubetydelig nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå,
- tiltak som har liten forventet nytte, det vil si mindre enn 5 % økt sannsynlighet for

⁹³ Se Syse 2004 s 121

5 års overlevelse (eller forbedring i overlevelse som ikke er mulig å påvise med statistisk anerkjente metoder) eller som ikke gir forbedret fysisk eller psykisk funksjonsnivå av en viss varighet,

- tiltak med usikker medisinsk nytte, det vil si svak dokumentasjon,
- tiltak som er kostbare i forhold til nytten og
- pleie og omsorg som går utover å sikre livsfunksjoner og opprettholde for pasienten et ”normalt” fysisk og sosialt aktivitetsnivå.

4.5.5 Prioritetsgruppe IV: Tilbud som ikke skal finansieres av det offentlige

Denne gruppen inneholder tilstander og tiltak som ikke skal ha prioritet innen det offentlige helsetjenestetilbud.

Prioriteringsgruppe IV inneholder:

- Tiltak som er dokumentert uten virkning på overlevelse, funksjonstilstand eller smerter,
- tiltak rettet mot tilstander som helt klart faller utenfor allmenne oppfatninger om hva som er sykdom,
- tiltak med for høy risiko,
- tiltak med ekstremt høye kostnader i forhold til forventet nytte og
- tiltak som det vil være uetisk å utføre.

4.6 Hvilken prioriteringsgruppe hører rusmiddelavhengige til?

Som tidligere nevnt er det mange rusmiddelavhengige som har en svært dårlig helsetilstand. Det er ingen tvil om at mange i denne pasientgruppen har en helsetilstand som kan være livstruende. Det er en stor andel av rusmiddelavhengige som er smittet av HIV eller Hepatitt C. Videre har mange en svært dårlig allmennhelsetilstand, ofte fordi de ikke får i seg tilstrekkelig næring og fordi rusbruken sliter på hele kroppen. Mange har også store fysiske plager etter sprøytebruk, som for eksempel, sår, abscesser og betennelser. I tillegg lider mange av store psykiske problemer. Det vil naturligvis finnes variasjoner innenfor denne gruppen, men de fleste har et stort helsehjelpsbehov.

Man må skille mellom helsehjelp for å utbedre følgeskadene av rusbruken og helsehjelp

for å slutte med rusbruken. Det er ikke sikkert pasienten ønsker hjelp for rusproblemet sitt, men kun ønsker helsehjelp for å utbedre følgeskader.

Legger man vekt på alvorlighetsgrad alene vil mange pasienter med helsetilstand som beskrevet overfor falle inn under prioritetsgruppe I. Mange rusmiddelavhengige vil ha en så alvorlig helsesituasjon at tilstanden kan være livstruende. Spørsmålet blir om behandlingen vil være av tilstrekkelig nytte. Tiltak for å behandle sykdom og skader som følge av rusbruken vil kanskje bare bedre helsetilstanden på kort sikt. Å oppnå vedvarende bedring av helsetilstanden er nok vanskelig uten at man samtidig slutter med rusbruken. Det er derfor mulig at kravet om betydelig forventet nytte som stilles i prioritetsgruppe I, ikke er oppfylt blant denne pasientgruppen.

Spørsmålet blir om de pasienter som ønsker behandling for rusmiddelavhengigheten sin omfattes av prioritetsgruppe I. Man vil på samme måte her stå overfor mennesker med store livstruende helseproblemer. Her er det nok økt mulighet for vedvarende nytte av behandlingen. Man vil her i økt grad ta tak i årsaken til helseproblemene. Det vil nok være store kostnader forbundet med å følge opp pasientene på en slik måte at man oppnår den ønskede bedringen av helsetilstanden. I mange tilfeller vil kanskje pasienten falle ut av et behandlingsopplegg. Det er ikke sikkert man kommer nær en løsning på rusproblemet. Det er derfor mulig at nytten av behandling av rusproblemet ikke vil være proporsjonalt med kostnadene ved slik behandling.

Hvis vi ser på LAR som behandlingsform for opiatavhengighet er det mulig at det å oppnå en betydelig forventet nytte ikke er kostnadseffektivt. I prioritetsdebatten dreier det seg om å se en pasientgruppe opp mot andre pasientgrupper. Det er mulig at det finnes andre pasientgrupper med alvorlige helseproblemer hvor kostnadseffektiviteten og nytten vil være mer proporsjonal. For eksempel ved krefttilstander og hjertesykdommer.

I prioritetsgruppe II hører utfyllende helsetiltak hjemme. Utredning, behandling, habilitering og rehabilitering er helsetiltak som omfattes av denne prioritetsgruppen. I behandling av rusproblem vil det være behov for alle disse tre trinnene. Dette gjelder også ved LAR. Her stilles det på samme måte som i prioritetsgruppe I krav til

alvorlighetsgraden av helsesituasjonen kombinert med proporsjonalitet mellom nytten og kostnaden av helsehjelpen. Men det er ikke noe krav til at det skal være tiltak med betydelig forventet nytte, slik det er i den første gruppen. Det er derfor et noe mindre krav til nytten av tiltaket. Proporsjonaliteten mellom nytten og kostnaden må fremdeles være tilstede. I de fleste tilfeller vil jeg anta at de som har behov for LAR, vil falle inn under prioritetsgruppe II. Men dette kan variere i hvert enkelt tilfelle. I et tilfelle kan det hende at pasientens eneste mulighet til å overleve er ved hjelp av LAR. Dette vil da kunne anses som en helt grunnleggende helsetjeneste etter prioritetsgruppe I.

5 Sosialtjenestens ansvar for rusmiddelavhengige

5.1 Innledning

Ansvaret for hjelpetiltak til rusmiddelavhengige er lovfestet i sostjl. kapittel 6.

Sosialtjenesten i kommunen er pålagt det overordnede ansvaret for å hjelpe mennesker å komme ut av rusproblemer. Sosialtjenesten har ansvar for forebyggende arbeid, jfr. sostjl. § 3-1 og hovedansvaret for å avhjelpe rusproblemer, jfr. sostjl. § 6-1.

Sosialtjenesten har som ledd i sitt sektoransvar for rusmiddelavhengige også en viktig rolle ved LAR. Jeg kommer tilbake til sosialtjenestens rolle ved gjennomføringen av LAR i kapittel 6.

5.2 Rett til hjelpetiltak

Utgangspunktet er at de som ønsker hjelp til å komme bort fra rusmiddelmissbruk, har krav på dette fra sosialtjenesten. Regelen om rett til hjelpetiltak finner vi i sostjl. § 6-1.

Sostjl. § 6-1 første ledd inneholder en regel om alminnelige hjelpetiltak. Sosialtjenesten skal gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak hjelpe den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol eller andre rusmidler. Hjelpetiltak som sosialtjenesten kan ta i bruk, er nærmere beskrevet i sostjl. §§ 4-1 og 4-2. Disse er ikke uttømmende.

Sosialtjenestens plikter å bistå med å etablere et behandlingsopplegg er lovfestet i sostjl. § 6-1 andre ledd. Vilårene her er at klienten ønsker det og at det er behov for et behandlingsopplegg. LAR må ansees som et behandlingsopplegg, og omfattes derfor av bestemmelsens andre ledd. Finner sosialtjenesten at det foreligger et behandlingsbehov, er det opp til sosialtjenesten å avgjøre hvilket behandlingsopplegg som skal velges. LAR er i så måte bare et av flere behandlingsopplegg.

I henhold til sostjl. § 8-4 skal tjenestetilbudet så langt som mulig utformes i samarbeid med klienten. Dette er viktig ut i fra hensynet til klientens integritet og autonomi.

Ønsker klienten LAR, skal sosialtjenesten ta dette i betraktning, men sosialtjenesten har

adgang til å velge annet opplegg hvis den mener dette er bedre for klienten. Se min gjennomgang om klageadgangen i LAR i punkt 7.7.2 vedrørende klage på vedtak etter sostjl. § 6-1.

Det er i sostjl. § 6-2 fjerde ledd hjemlet et oppfølgingsansvar for sosialtjenesten. Selv om sosialtjenesten har fått klienten inn i et behandlingsopplegg er ikke sosialtjenestens ansvar overfor vedkommende avsluttet. Hvis det er behov for bistand fra sosialtjenesten under gjennomføring av et behandlingsopplegg skal sosialtjenesten bidra med dette. Også etter eventuell endt behandlingsopplegg, skal sosialtjenesten bistå med nødvendig ettervern eller annen oppfølging i etterkant. Dette må gjelde selv om behandlingsopplegget viser seg å være vellykket eller mislykket. Har for eksempel en pasient vært inkludert i LAR, men dette ikke fungerer for vedkommende slik at LAR avsluttes, skal sosialtjenesten følge opp vedkommende i etterkant. Hvis klienten selv ønsker det, skal han gis annet tilbud til å komme ut av rusavhengigheten på.

5.3 Adgangen til å benytte tvang overfor rusmiddelavhengige

Sostjl. har i kapittel 6 hjemler for å benytte tvang overfor rusmiddelavhengige. Sostjl. § 6-2 regulerer tilbakeholdelse i institusjon uten eget samtykke. Vilåårene er at personen ”utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, og dersom hjelpetiltak etter sostjl. § 6-1 ikke er tilstrekkelig”. Etter denne bestemmelsen skal frivillige hjelpetiltak etter sostjl. § 6-1 vært forsøkt før man tyr til tvangsbruk.

Sostjl. § 6-2 gir hjemmel til å benytte tvang for å få tatt inn en person til en institusjon for undersøkelse og tilrettelegging av behandling. I tillegg kan personen holdes tilbake i institusjonen i opptil tre måneder uten eget samtykke.

Spørsmålet blir om det er adgang til å benytte LAR som tvangsbehandling etter sostjl. Kapittel 6.

I henhold til legalitetsprinsippet er et hjemmelsgrunnlag nødvendig når det gjelder tvangsbruk. Desto mer inngripende et tiltak er mot individet, desto klarere må hjemmelen for å kunne gripe inn være. LAR innebærer en medisinerings med narkotiske

stoffer; disse er avhengighetsdannende, og dette er et inngripende tiltak. LAR kan derfor aldri benyttes mot personers vilje, fordi det ikke finnes noen hjemmel for å bruke tvang i denne sammenhengen.

Det er derfor ikke adgang til å behandle den innlagte personen med metadon eller andre medikamenter uten dennes samtykke, jfr. sostjl. § 6-2. Det er heller ikke adgang til å bruke tvang for å medisiner gravide rusmiddelavhengige, jfr. sostjl. § 6-2a. Her er det også kun innhenting og tilbakehold som kan gjøres uten eget samtykke, ikke medisinering. En nærmere redegjørelse for bruk av tvang overfor rusmiddelavhengige vil i denne oppgaven føre for langt.

5.4 Forholdet mellom sosialtjenesten og helsetjenesten

LAR er spesialisthelsetjeneste. Samtidig som det er en helsetjeneste skal sosialtjenesten også være sterkt involvert i LAR. LAR krever derfor tett oppfølging fra både sosialtjenesten og helsetjenesten. Dette stiller svært høye krav til de forskjellige etaters evne til å arbeide sammen for pasienten. Særlig er dette utfordrende fordi sosialtjenesten på kommunalt nivå må samarbeide med spesialisthelsetjeneste som er på statlig nivå.

Samarbeid på tvers av forskjellig forvaltningsnivåer er ofte vanskelig å få til. Her kommer det inn politiske og økonomiske hensyn som kan føre til vanskelige samarbeidsforhold. En stor fare i samarbeid mellom flere instanser er at ingen instanser tar ansvar, men skyver ansvaret videre. Det er spesielt viktig for gruppen med pasienter som er rusmiddelavhengige at de får god og tett oppfølging. Dette stiller høye krav til at noen må ta på seg ansvaret slik at pasienten får oppfylt sine rettigheter.

I Helse- og sosialombudets årsmelding fra 2003 viser ombudet til en sak hvor samarbeidet mellom etatene i forbindelse med LAR var svært vanskelig. Pasienten ønsket bistand av ombudet for å få endret henteordningen av metadonet sitt. Ombudet måtte i denne konkrete saken ta 5 telefoner mellom de ulike instansene før de seg imellom ble enige. Ombudet påpeker at det er viktig at etatene blir enige og koordinerer tjenestene slik at ikke pasientene påføres ekstra belastning.⁹⁴

⁹⁴ Jfr. Årsmelding 2003, sak 2003/1619 s 41-42

6 Retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering

6.1 Innledning

Det finnes en konkret regulering av LAR gjennom forskriftsbestemmelser og tre rundskriv. Jeg skal i det følgende gå igjennom de retningslinjene som regulerer LAR. Jeg vil i punkt 6.8 og kapittel 9 drøfte reguleringen av LAR.

Rekvirering og utlevering av legemidler til bruk ved substitusjonsbehandling reguleres i utleveringsforskriften.⁹⁵ Forskriften er gitt med hjemmel i blant annet legemiddell. §§ 2 og 22 og hpl. § 11.

6.2 Begrensning i legers rekvireringsrett

En endring i forskriften trådte i kraft 1. april 2001. Denne endringen gikk ut på at ethvert annet legemiddel til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ble likestilt med metadon. I henhold til forskriftens § 2-1 tredje ledd bokstav d kan legemidler til bruk ved legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk bare rekvireres til den enkelte pasient når vedkommende er med i tiltak godkjent av Helsedepartementet. Det betyr at all annen forskrivning av for eksempel metadon, Subutex, Subuxone, Temgesic, Dolcontin eller andre typer legemidler til slik behandling, er forbudt. En lege kan altså ikke på egen hånd starte opp med substitusjonsbehandling, selv om han mener denne formen for helsehjelp er det eneste riktige for pasienten.

Det finnes eksempler på leger som har behandlet pasienters rusmiddelavhengighet med A og B preparater.⁹⁶ Særlig har slik forskrivning skjedd på grunn av lang ventetid for å få starte opp med LAR. Forskrivning foretatt i ventetid er blitt kalt kvoteforskrivning. Det var denne type forskrivning det var meningen å få stoppet ved forskriftsendringen. Formålet med endringen var å sikre at rekvirering av legemidler til bruk ved

⁹⁵ Se punkt 1.4.2

⁹⁶ Se Andersen i Tidsskrift for den norske Lægeforening nr. 12 2002 s 1202-04

legemiddelassistert rehabilitering bare ble foretatt i regi av godkjente LAR tiltak.

Statens helsetilsyn har i rundskriv sagt at slik kvoteforskrivning eller forskrivning over tid på manglende eller usikker medisinsk indikasjon, ikke er i samsvar med forsvarlighetskravet i hpl. § 4.⁹⁷ Legene på sin side har påstått at de yter nødvendig helsehjelp i samsvar med pasl. § 2-1 og at dette nettopp er i samsvar med forsvarlighetskravet i hpl. § 4. Jeg kommer tilbake til dette i drøftelse av LAR i kapittel 9.

Det var flere pasienter som mottok medikamenter fra sin lege utenfor LAR da forskriften ble vedtatt. For disse pasientene ble det fastlagt overgangsbestemmelse i forskriftens § 13-2. For at behandling skulle være lovlig, måtte legene søke behandlingen godkjent av LAR tiltak innen 1. april 2001, se forskriftens § 13-2 første ledd. Forskrivningen kunne fortsette til de regionale senterne hadde avgjort søknaden, se forskriftens § 13-2 tredje ledd. Ved godkjenning måtte senere forskrivning skje i samsvar med godkjenningen jfr. § 13-2 tredje ledd annet punktum. Overgangsordningen er nå avviklet. Alle pasienter som søkte om videre behandling, har fått sin søknad avgjort. Disse pasientene er enten inkludert i opplegg eller trappet ned.

Resultater fra gjennomføringen av denne overgangsordningen fra de regionale tiltakene er publisert i Tidsskriftet for den norske Lægeforening.⁹⁸ Erfaringen fra de regionale senterne er at det er et fåtall leger som har forskrevet i strid med forskriften. Noen av legene har imidlertid hatt et høyt antall pasienter inkludert i slik behandling. Det pekes også på at det er svært sannsynlig at en del leger fortsatt forskriver disse legemidlene til rusmiddelavhengige uten noen henvendelse til regionalt senter eller uten at det er søkt LAR. De regionale sentrene kjente til forskrivning av særlig Temgesic og Dolcontin etter slutten av overgangsordningen (01.10.2001).⁹⁹

Da forskriftsendringen kom, gikk Brukerforeningen ved Per Arvid Eikeland til sak for å

⁹⁷ Se IK-15/2000

⁹⁸ Se Dahl og Waal i Tidsskrift for den norske Lægeforening nr. 12 2002 s 1228-31

⁹⁹ Jfr. Dahl og Waal i Tidsskrift for den norske Lægeforening nr. 12 2002 Tabell 1 s 1230

få den nye § 2-1 tredje ledd bokstav b og c satt til side som ugyldig. Begrunnelsen var at forskriftsendringen var i strid med pasl. § 2-1 om rett til nødvendig helsehjelp fordi den fratok pasienter medisin som var nødvendig helsehjelp. Brukerforeningen fikk ikke medhold i sin påstand i Lagmannsretten, fordi hovedkravet ikke var sannsynliggjort, jfr. lov 26. juni 1992 nr. 86 om tvangsfullbyrdelse (tvfl.) § 15-6. Lagmannsretten avsa dom uten muntlig hovedforhandling, jfr. tvfl. § 15-7. Lagmannsretten uttalte at pasl. § 2-1 ikke gir en ubegrenset rett til legemiddelassistert rehabilitering for narkotikamisbruk. Forskriftsendringen som ble foretatt i § 2-1 d, er derfor etter lagmannsrettens oppfatning ikke i strid med enkeltpersoners rettstilling etter pasl. § 2-1.¹⁰⁰

Bestemmelsen som forbyr leger å gi substitusjonsbehandling, har blitt utsatt for mye kritikk. Blant kritikerne er professor Nils Christie og Syse.¹⁰¹ I årsmeldinger fra Helse- og sosialombudet¹⁰² er det beskrevet saker hvor pasienter har klaget på at de ikke kan få medikamenter i ventetiden. Til tider har ventetiden for oppstart vært svært lang. I Årsmelding fra 2001 uttaler Helse- og sosialombudet at når søkere ikke har noen annen måte å motta helsehjelpen på enn å gå via MARIO, er det svært uheldig at saksbehandlingstiden er så lang. Ombudet uttaler videre at det er en åpenbar fare for at utleveringsforskriften kan komme i konflikt med lovens krav til forsvarlig utøvelse av helsehjelp etter hpl. § 4. Ombudet peker på uverdigheten i systemet når folk som kunne fått behandling dør.¹⁰³

Hvis legen rekvirerer legemidler i strid med forskriftens § 2-1, står han i fare for å bli ilagt sanksjoner som for eksempel tap av rekvireringsrett etter hpl. § 65, tilbakekall av autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter hpl. § 57 eller straff etter hpl. § 67. Det vil likevel ikke bli ilagt slike sanksjoner med mindre forskrivningen av legemidlene har vært uforsvarlig. Det vil alltid bli foretatt en forsvarlighetsvurdering etter hpl. § 4. En forskrivning i strid med forskriften kan i det gitte tilfelle vise seg å ha vært forsvarlig

¹⁰⁰ Jfr. LB-2001-01092

¹⁰¹ Se kronikk i Aftenposten 13.11.2001 og kronikk i Aftenposten 10.01.2002

¹⁰² Se Årsmelding 1998, Årsmelding 1999 og Årsmelding 2000

¹⁰³ Se Årsmelding 2001 s 63-64

utøvelse av helsehjelp. Det må bli foretatt en konkret vurdering av dette i hvert enkelt tilfelle.

6.3 Forskrivningsadgang av opioider utenfor godkjent tiltak

Også rusmiddelavhengige vil kunne komme i situasjoner hvor de trenger vanedannende preparater for behandling av somatisk eller psykisk lidelse. Rusmiddelavhengige har den samme rett på adekvat medikamentell behandling for sin somatiske eller psykiske lidelse som alle andre pasienter. Slik behandling skjer utenfor LAR- tiltaket og krever ingen forutgående godkjenning fra regionalt senter.

I henhold til kravet om forsvarlig behandling i hpl. § 4 må legen ha kontroll og oversikt over slik forskrivning. På samme måte som ved andre pasienter kreves det en klar medisinsk indikasjon ved bruk av vanedannende medikamenter. I tillegg må preparatet ha dokumentert effekt og egne seg i behandlingsopplegget. Statens helsetilsyn anbefaler at slik behandling er en del av en behandlingsplan som innebærer minst mulig risiko for vedlikehold av legemiddelavhengighet. Statens helsetilsyn påpeker også i sin veiledning at mange misbrukere kan simulere sykdom for å oppnå behandling med ønsket medikament. Eventuell behandling med vanedannende legemidler skal gjøres innenfor strenge rammer for forskrivning og oppfølging.¹⁰⁴

Det kan foretas behandling i institusjon eller primærhelsetjenesten med vanedannende legemidler uten forutgående godkjenning fra tiltak hvis denne behandlingen ikke innebærer en vedlikeholdsbehandling. Dette følger motsetningsvis av forskriftens § 2-1 tredje ledd bokstav d. En lege har altså adgang til å foreta en nedtrapping av for eksempel opioider ved hjelp av vanedannende legemidler.

For at det skal være en nedtrapping må det vanedannende legemiddelet gis i gradvis minkende doser innenfor en klart avtalt og begrenset tid. (Det motsatte av LAR). Målet skal være medikamentfrihet. Tidsrammen for nedtrappingen bør være innenfor tre måneder.¹⁰⁵ Det er bare unntaksvis adgang til å forlenge slik nedtrapping. Ved et

¹⁰⁴ Se IK-15/2000 og IK- 2755 punkt 2.3.5 s. 14-15

¹⁰⁵ Jfr. IK-15/200

nedtrappingsopplegg bør også behandlingen være tverrfaglig, slik at rusmiddelomsorgen er involvert i oppfølgingen av pasienten.¹⁰⁶

I henhold til forskriftens § 2-1 tredje ledd bokstav c er det adgang til å rekvirere legemidler med innhold av metadon når behandlingen er påbegynt i sykehus som ledd i smertebehandling. Hvis en rusmiddelavhengig blir innlagt i sykehus, skal smerteproblematikk ivaretas selv om vedkommende er rusmiddelavhengig. Helsepersonellet har på samme tid et ansvar for at misbrukere ikke skal få medikamenter til misbruket sitt. Dette er en vanskelig balansegang. Pasienter med rusmiddelproblemer vil nok ofte lide under dette i møtet med helsetjenesten.

Hovedregelen er at det ikke er adgang til å forskrive legemidler til bruk ved legemiddellassistert behandling i ventetid før behandlingsoppstart. Se redegjørelse om dette i punkt 6.2. Statens Helsetilsyn har i veileder om vanedannende legemidler imidlertid pekt på et unntakstilfelle fra dette utgangspunktet. I de tilfeller hvor pasient er blitt godkjent for LAR, men hvor gjennomføringen av ulike grunner drar ut, kan pasienter få utskrevet egnet substitusjonsbehandling i en periode på inntil tre måneder etter nærmere avtale med godkjent senter. Denne behandlingen skal også være senterets ansvar.¹⁰⁷

6.4 Søknad om inntak

Før en søknad oversendes til LAR- senteret må sosialtjenesten ha funnet at LAR er riktig behandlingsalternativ for pasienten, jfr. sostjl. § 6-1. Søknaden til LAR skal utarbeides av sosialtjenesten og legen i samarbeid med den enkelte klient jfr. I-33/2000. Koordineringsansvaret for søknaden er ilagt sosialtjenesten. At sosialtjenesten har adgang til å henvise til spesialisthelsetjeneste for behandling av rusmiddelavhengighet fremgår av sostjl. § 6-1, jfr. sphlsl. § 3-12.

¹⁰⁶ Se IK-2755 punkt 4.3 s 28-31 og IK-15/2000

¹⁰⁷ Se IK-2755 punkt 4.4.4 s 35

I henhold til forskrift om fastlegeordningen i kommunene § 7 skal pasienter bli henvist til andre helsetjenester av sin fastlege ved behov. LAR er som tidligere vist nå ansett som spesialisthelsetjeneste. Lege har derfor også adgang til å henvise pasienter til LAR. LAR- senteret som mottar henvisning fra lege, kan derimot ikke behandle søknaden kun på grunnlag av henvisningen fra lege. Hvis søknaden skal bli realitetsbehandlet, må sosialtjenesten i tillegg sende inn søknad. Det kan tenkes situasjoner hvor legen og sosialtjenesten er uenig i om det bør søkes LAR. Dette avgjøres uansett av sosialtjenesten. Se i tillegg min drøftelse om klageadgangen ved LAR i punkt 7.7.2. Det er altså ingen andre enn sosialkontoret som er tillagt kompetanse til å være innsøkende instans til LAR.

Spørsmålet blir om LAR- senterne har hjemmel for å unnlate å realitetsbehandle henvisning fra en lege om LAR. Det finnes som vist overfor både hjemmel for sosialtjenesten og helsetjenesten til å henvise pasienten til LAR. Sosialtjenesten er derimot gjennom rundskriv tillagt kompetanse som innsøkende instans. Helsetjenesten er ikke tillagt en slik innsøkende kompetanse. Dette fører til at legens henvisningsrett ikke blir reell. Begrunnelsen for at sosialtjenesten skal være med i alle LAR- søknader, er at man har valgt en modell hvor sosialtjenesten skal følge opp pasienten tett. Man har ikke valgt at LAR skal være en ren helsetjeneste, men at sosialtjenesten fortsatt er sterkt tilstede i modellen. Det er gode grunner til at sosialtjenesten bør være sterkt tilstede i LAR.

I en eventuell situasjon hvor sosialtjenesten er uenig med legen om at LAR bør prøves, er det uheldig at ikke pasienten får sin situasjon vurdert av et LAR- senter. Hvis LAR- senteret i slike tilfeller hadde kommet til at inntak av pasienten var riktig, burde sosialtjenesten ha forholdt seg til dette og fulgt opp pasienten.

En lovhjemlet henvisningsadgang kan uansett ikke innskrenkes gjennom et rundskriv. Skal LAR senteret kunne unnlate å ta stilling til en henvisning fra en lege, må det være hjemmel for dette. Hvis det er ønskelig å opprettholde et system hvor sosialtjenesten uansett må være med i innsøkningsprosessen, må dette lovhjemles. Det er kommet signaler fra Helsedepartementet om at det skal utarbeides en forskrift med nærmere regler om samarbeidet mellom lege og sosialtjeneste når det gjelder henvisning til

spesialisthelsetjeneste. I Rundskriv I-8/2004 står det: ”Helsedepartementet tar sikte på å utarbeide slike forskrifter.”¹⁰⁸

I de tilfeller sosialtjenesten velger å søke LAR for en klient vil det være sosialtjenestens vurdering at søker oppfyller inntakskriteriene. Det kan stilles visse krav til sosialtjenestens utarbeidelse av søknad, jfr. det forvaltningsrettlige prinsipp om forsvarlig saksbehandling. Sosialtjenesten må i tillegg til å fylle ut søknadsskjema, så langt som mulig dokumentere at søknadskriteriene er oppfylt. Det må kunne forventes en viss virksomhet fra sosialtjenestens side til å innhente relevante opplysninger i den forbindelse.

I rundskriv I-33/2000, I-35/2001 og I-5/2003 er det fastlagt at det sammen med søknaden skal følge en tiltaksplan. Det kreves i tillegg legeopplysninger fra pasientens fastlege. Mangler søker fastlege, bør sosialtjenesten være behjelpelig med dette. Pasienter som innlemmes i LAR, trenger egnet bolig for å kunne starte opp med behandling. Mange som søker LAR, vil kanskje stå uten bolig. Sosialtjenesten har et visst ansvar for å hjelpe de som ikke selv klarer det å skaffe bolig. Regler om dette finnes i sostjl. §§ 3-4 og 4-5. Jeg går ikke nærmere inn på dette, da det vil føre for langt.

6.5 Tildelingskriteriene

6.5.1 Innledning

Rundskriv I-35/2000, jfr. I-5/2003, regulerer kriteriene for å få innvilget LAR.

Inntakskriteriene finner vi i I-33/2000 punkt 6 bokstav a til c. Disse lyder:

6. Inntakskriterier

Klienten skal:

- a. ha fylt 25 år
- b. ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søketidspunktet og over flere år ha vært klart opiatdominert
- c. i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet

¹⁰⁸ Se Rundskriv I-8/2004 s 10

De tre kriteriene skal som utgangspunkt alle være oppfylt for at LAR kan innvilges. Det er likevel adgang til å gjøre unntak fra de tre inntaksvurderingene ”dersom rusmiddelmissbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det”, jfr. punkt 7 i I-33/2000 jfr. I-5/2003.

Jeg skal nedenfor gå igjennom de tre vilkårene samt unntaksadgangen.

6.5.2 Alderskriteriet

Det første kriteriet for inntak er alder. Alderskriteriet henger sammen med de to andre vilkårene. Man har satt en aldersgrense fordi man ikke ønsker at de under 25 år skal inkluderes i LAR. Aldersgrensen er fastsatt på politisk hold etter rådgivning fra fagmiljøene. Aldersgrensen er begrunnet ut i fra medisinsk forsvarlighet. Siden LAR medikamenter er svært avhengighetsdannende, vil man ikke at alt for unge mennesker skal begynne på metadon. Man ønsker ikke at så unge folk skal inkluderes i en behandling som i utgangspunktet er livsvarig.

Det er ikke så vanlig å ha en aldersgrense for å kunne motta helsehjelp. Et annet tilfelle hvor det er satt aldersgrense for mottakelse av helsehjelp, er ved sterilisering. Hvis alder brukes som fordelingskriterium ved tildeling av helsehjelp, er det nærliggende å anta at unge ville blitt prioritert foran eldre mennesker. Det er en viss adgang til å foreta slike prioriteringer innenfor helsetjenesten. Her står vi derimot overfor motsatt situasjon; unge blir nektet en behandlingsform.

Det er imidlertid åpnet for at alderskriteriet kan fravikes i retningslinjene til LAR. Unntaksbestemmelsen finnes i rundskriv I-35/2000 punkt 7. Dette er ytterligere presisert i rundskriv I-5/2003. Rundskrivet fra 2003 kom på bakgrunn av rapportering om at inntakskriteriene i punkt 6 a-c ble tolket strengt. I det nyeste rundskrivet pekte Helsedepartementet særlig på at alderskriteriet kan fravikes hvis en samlet vurdering tilsier det.

I rundskrivet presiserer Helsedepartementet hva det er relevant å legge vekt på i en slik

”samlet vurdering”. Departementet mener det må være avgjørende om ”opiatmisbrukeren over tid har hatt en særlig vanskelig livssituasjon med massiv og sammensatt problematikk.” Dette kan i følge departementet være:

”helsetilstand, som på ulik måte kan medføre invalidiserende tilstander og / eller store og vedvarende smerter
psykiske lidelser
fare for tap av omsorgsrett/ samværsrett med barn,
destruktiv adferd, herunder: selvskading/ hyppige overdoser/ prostitusjon”.

Denne listen over eksempler er ikke ment å være uttømmende.

Det er også adgang til å fravike kriteriene hvis søkeren har en ”kronisk eller livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig”.¹⁰⁹

6.5.3 Misbrukskriteriet

Det andre kriteriet kalles misbrukskriteriet. Dette kriteriet er todelt. Pasienten må for det første hatt en langvarig narkotikamisbrukskarriere og i tillegg må dette misbruket være opiattdominert. Bakgrunnen for dette kriteriet er at man ønsker at LAR skal være et tilbud for de tyngste misbrukerne.

Gjennom dette kriteriet ønsker man å unngå å inkludere de som ikke har et opiattdominert misbruk. Man ønsker ikke å innlemme personer som har et større problem med andre rusmidler enn heroin. Metadon og Subutex virker som tidligere forklart bare for opiatavhengighet. Er pasienten ikke opiatavhengig er det ikke nødvendig å medisinere vedkommende med for eksempel metadon. En slik medisinerings vil i så tilfelle være feilbehandling, og ikke i overensstemmelse med kravet om medisinsk forsvarlig behandling.

Problemet oppstår når personen er meget avhengig av heroin samtidig som han har et svært omfattende amfetamin og benzodiazepin problem. Spørsmålet blir da om man kan ekskludere en person fra en helsetjeneste fordi vedkommende også har andre

¹⁰⁹ Jfr. I-33/2000 og I-5/2003 punkt 7

rusproblemer. Det må her foretas en avveining av hensynet til pasientens behov for helsehjelpen opp mot hensynet til en forsvarlig medisinsk behandling. Dette er en medisinsk faglig vurdering som jeg ikke går nærmere inn på.

Misbrukskriteriet kan sees på som et kriterium som handler om behovet for helsehjelpen. Det er ikke ansett å være et tilstrekkelig behov for denne typen helsehjelp før man har brukt opiater over en viss tid. Tidligere var det fastlagt at misbruket måtte ha eksistert i mer enn ti år. Man har nå gått bort fra å angi varigheten av misbruket i et bestemt antall år. Det må gjøres en konkret skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle for å avgjøre om dette kriteriet er oppfylt.

Det er i likhet med alderskriteriet også en viss mulighet til å innvilge LAR selv om misbrukskriteriet ikke er oppfylt. Se framstillingen av unntaksadgangen i punkt 6.5.2. Praktiseringen av unntaket kan likevel ikke føre til at man innvilges LAR uten at det er behov for det. Unntaksadgangen er ikke så praktisk i forhold til dette kriteriet. Det kan likevel tenkes situasjoner hvor man for eksempel innvilger LAR hvor pasienten er svært syk, selv om varigheten av misbruket ikke har vært så langt.

Misbrukskriteriet har blitt utsatt for kritikk. Det er pekt på det paradoksale i dette kriteriet. Pasienter må for å få innvilget LAR dokumentere at misbruket er opiattdominert og har pågått over lengre tid. Dette er det samme misbruket som er ulovlig og som pasientene tidligere har prøvd å holde skjult for omverdenen for å unngå straffesanksjoner eller sosial fordømmelse. Det kan derfor være vanskelig å dokumentere at rusproblemet går langt tilbake i tid.¹¹⁰ I tillegg kan det hevdes at dette kriteriet fører til at man må være så langt nede i elendigheten før man innvilges LAR, at det nesten ikke er noen "helse" igjen å behandle. Dette kommer jeg nærmere tilbake til i kapittel 9.

6.5.4 Behandlingskriteriet

Det tredje kriteriet for å få innvilget LAR kan kalles behandlingskriteriet. Dette er et krav om at pasientene har prøvd annen behandling før LAR. Med annen behandling

¹¹⁰ Se Frantzen 2001 s 72

menes her medikamentfri behandling av opiatavhengigheten. Det er bare de som ikke klarer medikamentfri behandling som skal innvilges LAR. Dette handler i likhet med alderskriteriet om at metadon er avhengighetsdannende og at man i Norge ser på LAR som en livslang behandlingsform. Dette betyr at LAR ansees som et siste virkemiddel for å komme ut av opiatmisbruket på. Når alt annet er prøvd kan eventuelt LAR innvilges.

Behandlingskriteriet har sin begrunnelse i at LAR ikke skal ta over for annen type behandling av opiatavhengighet. LAR har gradvis blitt utvidet etter at denne behandlingsformen startet opp i Norge. Fra politisk hold er det ikke ment at utbygging av LAR skal gå på bekostning av det medikamentfrie behandlingstilbudet i Norge. Det råder fortsatt en optimisme rundt den medikamentfrie behandlingen. Det har blitt hevdet at en videre utbygging av LAR er negativt nettopp fordi dette kan føre til et dårligere tilbud av andre behandlingsformer.

Heller ikke behandlingskriteriet er helt absolutt. Det finnes også en viss unntaksadgang fra dette kriteriet.¹¹¹

I henhold til disse inntakskriteriene er det helt klart at man i Norge anser LAR som et høyterskeltilbud. Jeg kommer tilbake til en nærmere drøftelse av den valgte modellen i kapittel 9.

6.6 Overføring til lokalt opplegg

Pasienten vil vanligvis starte opp med behandling i et LAR- senter. I begynnelsen av behandlingsopplegget vil LAR- senteret være sterkt tilstede i LAR og følge pasienten nøye opp. Hvis behandlingen av pasienten rusproblem går bra, vil pasienten etter hvert bli overført til lokalt opplegg.¹¹² Dette kalles planlagt utskrivning og er altså en frivillig utskrivning. I praksis betyr dette at LAR- senteret trekker seg ut av den daglige oppfølgingen når pasientenes rusmestring er bra. LAR sentrene måler rusmestringen

¹¹¹ Se punkt 6.5.2

¹¹² Jfr. Er du klar for MAR? s 13-15

gjennom urinprøvetaking og klinisk vurdering av pasienten.

Modellen for gjennomføring av LAR i de ordinære helse- og sosialtjenestene i kommunen er beskrevet i rundskriv I-33/2001. Dette rundskrivet kom på bakgrunn av at det begynte å bli et stort antall pasienter som ventet på å få starte opp med LAR. Daværende Sosial- og helsedepartement ønsket å tilrettelegge for økt lokal oppfølging av pasienter i LAR. Målet med modellen var å øke kapasiteten slik at ventetiden skulle bli kortere og flere kunne inkluderes i LAR.

Overføring til kommunal oppfølging skjer i samarbeid med sosialtjenesten. Det blir primærhelsetjenesten som overtar det medisinske oppfølgingsansvaret. Pasientens fastlege vil overta forskrivningsansvaret for medikamentet. Utdelingen av medikamentet vil normalt administreres av et apotek eller eventuelt hos fastlegen. Sosialtjenesten følger pasienten opp på samme måte som når pasienten var innlemmet i LAR poliklinikk. Det vil fortsatt være ansvarsgruppemøter om pasienten hvor alle de involverte parter deltar. Allmenntilleggsbistand i forbindelse med LAR ansees som ”nødvendig helsehjelp”, jfr. khl. § 2-1. Denne helsehjelpen er derfor en oppgave kommunen skal sørge for etter khl. § 1-3. For ytterligere redegjørelse om de forskjellige instanser ansvarsforhold, se I-33/2001.

Selv om pasienter overføres til lokal oppfølging er fortsatt pasienten innlemmet i LAR. LAR- senteret vil fortsatt ha et visst ansvar for pasienten. Skulle det oppstå problemer med pasientens behandling, er det mulig at man må tilbakeføre pasienten til poliklinisk behandling. Videre er det LAR- senteret som må foreta en eventuell senere utskrivning av pasienten. Det byr imidlertid på praktiske vansker for LAR senteret å følge opp en pasient som er blitt overført til lokal opplegg. Det er nærliggende å anta at det er begrenset hvilken ”kontroll” LAR- senterne klarer å ha med disse pasientene.

Denne modellen førte til en reduksjon av ventetiden for å motta LAR. Det er nå igjen svært lang ventetid for å motta LAR. I Oslo er det nå ventetid på ett år fra man får innvilget LAR til man faktisk kan starte opp med behandlingen. Den lange ventetiden er dramatisk siden dette er nedkjørte folk som har et stort behandlingsbehov.

Det er vanskelig å gi en enkel forklaring på denne økningen i ventetiden. Mye av forklaringen på økningen i Oslo er at det er foretatt en omorganisering etter Rusreformen. I Oslo startet man opp en egen avdeling for å ta unna de lange køene for oppstart. Dette var en inntakspoliklinikk hvor pasientene startet relativt raskt opp på Subutex. Når disse pasientene ble stabilisert, ble de etter hvert overført til de andre avdelingene eller eventuelt ut på bydel. Etter Rusreformen gikk man imidlertid bort fra en egen inntakspoliklinikk og spredte inntaket på de enkelte avdelingene. At pasienter venter på inntak har sammenheng med at det er vanskelig å få overført pasientene til lokal oppfølging. Det samles derfor mange pasienter i poliklinikkene, slik at nye ikke kan tas inn.

Det kan være flere forklaringer på hvorfor slik overføring er vanskelig. For det første kan det tenkes at det ikke finnes et godt nok lokalt opplegg til pasienten. Det kan være forsinkende elementer som ikke å ha lege som vil forskrive eller at sosialtjenesten ikke følger godt nok opp. Videre kan LAR sentrene for eksempel være for dårlige til å overføre pasientene raskt nok. I tillegg kan det være pasienten motsetter seg lokal overføring eller ikke har så god rusmestring som kreves. De lange køene er igjen blitt et stort problem. Dette er helt i strid med intensjonen til Rusreformen om bedre tilgang på helsetjenester for rusmiddelavhengige.

6.7 Utskrivingskriteriene

Pasienter som er innlemmet i LAR, kan i henhold til rundskrivene, bli utskrevet mot sin egen vilje. Utskrivingskriteriene er fastlagt i I-35/2000 i punkt 8. Disse kriteriene er delt i to. Den første typen er utformet som absolutte utskrivingskriterier.

Pasienten skal skrives ut, med mindre dette fremstår som en uforholdsmessig reaksjon

- 1) ved omsetting av illegal narkotika og/ eller vanedannende legemidler eller begrunnet mistanke om dette eller
- 2) ved bruk av vold og/ eller trusler om vold

Forhold som kan gi utilstrekkelig behandlingseffekt og derfor kan gi grunnlag for utskrivning:

- 1) vedvarende alkohol- og/ eller narkotikamisbruk ved siden av behandlingen

- 2) fusk med urinprøver eller legemiddelinntak,
- 3) manglende oppmøte til avtaler/ henting av legemiddel og
- 4) samarbeidsvegning i forhold til avtaler, regelverk og/ eller tiltaksplan.

Ingen andre behandlingsformer har denne typen utskrivningskriterier. Hele formålet med helsehjelp er at de som trenger helsehjelp skal motta den. Det er derfor viktig å unngå at personer unnlater å skaffe seg helsehjelp fordi de for eksempel har gjort noe straffbart. Det å skrive ut noen av en behandlingsform på grunn av sider ved denne personen er i strid med prinsippet om lik tilgang på helsetjenester. Det er ikke adgang til å vektlegge en persons eventuelle straffbare handlinger ved tildeling av helsehjelp, jfr. fordelingskriteriene i punkt 4.2. En person som begår straffbare handlinger, har som utgangspunkt den samme retten til helsehjelp som alle andre. Retningslinjene for LAR går altså på tvers av dette.

Retningslinjene for utskrivning er blitt utsatt for sterk kritikk blant annet av Frantzen, Christie og Syse. LAR er blitt sammenliknet med en diabetikers behandling med insulin. Motstanderne av disse utskrivningskriteriene har anført at ingen ville finne på å ta insulinet fra en diabetiker. På samme måte mener kritikerne at man heller ikke kan frata en LAR- pasient metadonet.

En LAR- pasient som for eksempel truer helsepersonell eller utøver vold mot vedkommende, er på lik linje med alle andre, strafferettslig ansvarlig for sine handlinger. I tillegg risikerer pasienten å bli skrevet ut av behandlingsopplegget. Det kan reises spørsmål ved om dette er i strid med Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) og Høyesteretts praksis om dobbeltstraff.

I henhold til EMK Protokoll nr. 7, Art 4 nr. 1 er det ikke adgang til å dømme en person for samme straffbare handling to ganger. Spørsmålet er derfor om utskrivning fra LAR-behandling kan anses som straff. I EMDs avgjørelse i Engel saken fra 1976 ble det oppstilt tre kriterier som er avgjørende for totalvurderingen av om den ilagte sanksjon kan anses som straff. Disse tre kriteriene er:

- 1) den nasjonale klassifikasjonen av sanksjonen,
- 2) den overtrådte lovbestemmelses formål og karakter og

3) sanksjonens innhold og alvor.

Saker om dobbelstraff har vært til behandling i Høyesterett flere ganger, særlig i forhold til ileggelse av tillegsskatt, se blant annet Rt. 2002 s.497 og Rt. 2003 s. 1376.

Fratakelse av medisin kan neppe ansees som en sanksjon med pønalt karakter, selv om pasienten selv opplever det slik. Jeg går derfor ikke nærmere inn på en redegjørelse om dobbelstraff, da dette vil føre for langt.

Å bruke tilbakeholdelse av helsehjelp som sanksjon er uansett betenkelig. Det vil for den enkelte trolig oppleves sterkt inngripende. Se nærmere om utskrivningskriteriene i kapittel 9.

Utskrivningskriteriene er nedtegnet for å ivareta hensyn som beskyttelse av samfunnsinteresser, helsepersonellens sikkerhet, forsvarlig medisinsk utøvelse til pasientens eget beste. Dette er naturligvis viktige hensyn å ivareta. Det er likevel tvilsomt om disse hensynene i alle tilfeller er viktigere å beskytte, enn hensynet til at pasienten får sin nødvendige helsehjelp.

Uansett hva pasienten har gjort, er det ikke adgang til å skrive ut vedkommende hvis dette vil være en "uforholdsmessig reaksjon". Uforholdsmessig er etter vanlig ordtolkning et strengt begrep. Det kan hevdes at det å frata en pasient medisin som vedkommende har et sterkt behov for, i seg selv er en uforholdsmessig reaksjon.

Helsepersonell må likevel ha en viss adgang til å skrive ut pasienter, dette har også helsepersonell i forhold til andre former for behandling. Hvis LAR går på tvers av hva som er medisinsk forsvarlig, kan man ikke fortsette behandlingen, jfr. forsvarlighetskravet i hpl. § 4. Hvor derimot pasienten fratras metadon, for eksempel på bakgrunn av salg av amfetamin, har dette ikke noe med forsvarligheten av selve metadonbehandlingen å gjøre. Det å frata pasienten medisinen på denne bakgrunn er en ren sanksjon for å signalisere at slike handlinger ikke aksepteres fra myndighetenes side.

Et særlig problem knyttet til utskrivning av LAR pasienter er at det er rapportert om

regionale forskjeller i utøvelsen av disse kriteriene.¹¹³ Det er for eksempel forskjellig toleranse av rusing hos pasientene i behandlingsapparatet. I noen LAR sentre skal det i praksis mindre til for å bli skrevet ut. Dette er svært uheldig. Det bør være en målsetning at praksisen til de ulike regionale senterne er så lik som mulig.

Legene innenfor samme behandlingsapparat, vil likevel kunne ha forskjellige oppfatninger av hvilke virkemidler som er best for å oppnå den ønskede rehabiliteringen. Innenfor helsetjenesten er mål/ middel tenkning viktig. Når det gjelder LAR, vil behandlingsapparatet toleranse av rusbruk ofte være en helsefaglig vurdering av hva som anses som forsvarlig ytelse av helsehjelp.

6.8 Betydningen av at retningslinjene er i rundskrivs form

I kapittel 1 har jeg gjort generelt rede for rundskriv som rettskilde. Helsedepartementet har valgt å regulere LAR i stor grad gjennom rundskriv. Denne reguleringsformen har vært benyttet helt siden LAR ble innført i Norge. Rundskriv har ikke status som lov eller forskrift. Dette er ikke formell lovgivning. Det er derfor uheldig å bruke rundskriv som reguleringsform i for stor grad.

Det er uakseptabelt å ha inntakskriterier og eksklusjonskriterier regulert i rundskriv. Dette er ikke en rettsstat verdig. Det er ingen grunn til at denne pasientgruppen skal settes i en dårligere posisjon til å forutberegne sin rettstilling enn andre. Skal en borger utsettes for inngripende tiltak, må det i henhold til legalitetsprinsippet finnes hjemmel i lov. (Dette kommer jeg også tilbake til ved gjennomgang av overvåkede urinprøver i punkt 7.2.2).

Etter vedtakelsen av rusreformen er det foreløpig ikke foretatt noen endringer i de gjeldende rundskrivene. Det er derfor en manglende overensstemmelse mellom de nå gjeldende pasientrettigheter og retningslinjene for LAR. Jeg har allerede gått igjennom problemet med realiteten av legens henvisningsrett. Jeg skal i det videre peke på en del uavklarte problemstillinger hvor det er vanskelig å oppfylle pasientrettighetene under den gjeldende utformingen av LAR.

¹¹³ Se rus & avhengighet nr. 3 2004 s 33- 34

Både uoverensstemmelsen mellom rundskrivene og gjeldende pasientrettigheter, og at LAR innebærer så mange vilkår for pasienten å forholde seg til, taler for at ordningen ikke burde reguleres ved rundskriv. Det er sterke grunner til at de rundskrivene som regulerer LAR, burde vært hjemlet i lov. Det burde i stedet vært utformet en forskrift om LAR.

Sosial- og helsedirektoratet har i en faglig tilråding avgitt til Helsedepartementet gitt klart uttrykk for at rundskrivene som regulerer LAR går for langt i å gi vilkår som vil være bestemmende for klienters rettigheter og plikter. Direktoratet skriver i denne tilrådingen at en slik regulering bør gis i forskrifts form. Direktoratet skisserer mulige løsninger for hvor en slik forskrift konkret kan hjemles. Direktoratet gir eksempler på aktuelle lover og bestemmelser i disse, som kan være hjemmel for en slik forskrift.¹¹⁴

Man kan stille spørsmålstegn ved hvorfor det ikke er foretatt en forskriftshjemling av dette området tidligere. Hvis de nærmere kriteriene for tildeling eller utmåling av LAR gis i lov og eller forskrift, er det mulig ordningen vil få et sterkere rettighetspreg. Det kan hevdes at så lenge LAR reguleres i rundskriv, har ordningen et mindre rettighetspreg. Dette kan være et bevisst politisk valg. Et sterkere rettighetspreg kan føre til at man må bygge ut LAR- tilbudet i et raskere tempo. En ytterligere utvidelse av LAR vil være svært ressurskrevende.

Helsedepartementet har igangsatt en evaluering av LAR. Det er mulig det vil bli foretatt endringer i ordningen etter at denne evalueringen foreligger. (Evalueringen skal være ferdig i begynnelsen av november 2004). Dette kan tenkes å være både organisatoriske og rettslige endringer. Det er imidlertid for tidlig å si hva disse endringene vil gå ut på.

¹¹⁴ Legemiddelassistert rehabilitering. Faglig tilråding s 17

7 Grunnleggende prinsipper innenfor helseretten

7.1 Innledning

Innføringen av de fire helselovene i 1999 (sphsl., phsl., pasl. og hpl.) innebar en regelfesting av en rekke pasientrettigheter og plikter for helsetjenesten, og kalles helsereformen.

I helselovgivningen er det nedtegnet en rekke rettigheter som også er aktuelle for LAR pasienter. I det følgende skal jeg gå gjennom de viktigste bestemmelsene som er aktuelle ved legemiddelassistert rehabilitering.

Pasientrettigheter kan deles inn i tre grupper.¹¹⁵ Den første gruppen er retten til å bli pasient. Denne gruppen av rettigheter er også omtalt i kapittel 3 om rett til helsehjelp. Den andre gruppen pasientrettigheter er de rettighetene som pasientene har etter at de har fått pasientstatus. Den tredje og siste gruppen pasientrettigheter er de formelle rettighetene. Dette er saksbehandlingsregler som tar sikte på å sikre at pasientene får rettighetene i den første og andre gruppen. Dette er for eksempel retten til å klage. De to første gruppene av rettigheter kan føre til store kostnader for staten å oppfylle. Mens den tredje gruppen har mindre kostnadmessige konsekvenser.

Det finnes flere grunnprinsipper innenfor helseretten. I dette kapitlet skal jeg trekke fram noen av disse prinsippene som er særlig relevant for mitt tema. Reglene i pasl. kapittel 2 skilles ut til en egen gjennomgang i kapittel 8, sammen med pasl. § 3-1. Pasl. § 2-1 er allerede gjennomgått i kapittel 3. Pasientrettighetene som omtales i kapittel 8, har ikke i så stor grad preg av å være grunnprinsipper, som de som gjennomgås i det følgende.

¹¹⁵ Kjønstad 2003 s 24

7.2 Pasientens autonomi

7.2.1 Generelt om kravet til samtykke

Pasientenes autonomi er et viktig helserettslig grunnprinsipp. Pasientens selvbestemmelsesrett ivaretas blant annet ved hjelp av reglene om samtykke på helserettens område. For å kunne oppfylle selvbestemmelsesretten fullt ut er også retten til informasjon helt sentral.

For å kunne gripe inn i borgernes rettsfære må det i henhold til legalitetsprinsippet finnes et gyldig hjemmelsgrunnlag. Dette gjelder også innenfor helsetjenesten. Rettsgrunnlaget kan være lovhjemmel jfr. legalitetsprinsippet eller basert på et samtykke. Som hovedregel er samtykke fra pasienten et helt nødvendig hjemmelsgrunnlag for behandling. Det er imidlertid grenser for hvor langt selvbestemmelsesretten går. Denne er avgrenset slik at pasienten ikke skader seg eller andre. Videre er det i enkelte tilfeller adgang til å benytte tvang overfor pasienter. Det normale er likevel at det etableres et frivillig behandlingsopplegg mellom pasient og helsetjeneste.

Kravet om samtykke er begrunnet ut i fra pasientens menneskeverd og integritet. Samtykke er med på å bidra til økt pasientdeltakelse. Pasientdeltakelse er igjen et virkemiddel for å oppnå bedre behandlingsresultater.

Kapittel 4 i pasl. omhandler samtykke til helsehjelp. Hovedregelen om samtykke finnes i pasl. § 4-1. Pasl. § 4-1 første ledd første punktum lyder: ”Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.”

Ofte vil pasienten lytte til helsepersonellens råd og veiledning når det gjelder behandlingen. Pasientene kan for eksempel føle seg bundet av legens betraktninger. Det er likevel pasienten selv som må fatte beslutningen om helsehjelpen skal igangsettes.

Ved medisinsk forskning i dag er det et etisk krav om informert samtykke fra forsøkspersonen, jfr. Helsinkideklarasjonen. Dette må ansees som en rettslig bindende

norm i norsk helsetjeneste. Ved medisinsk behandling gjelder det ikke på samme måte et uinnskrenket krav om et informert og frivillig samtykke. Men etter pasl. § 4-1 er normalregelen at det kreves informert samtykke også før det ytes helsehjelp. Informert samtykke må foreligge dersom det ikke foreligger særskilte grunner som taler mot dette.¹¹⁶

Det er fastlagt i pasl. § 4-1 første ledd annet punktum at samtykkets gyldighet avhenger av at pasienten har fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette innebærer at pasienten må ha mottatt adekvat informasjon om både diagnosen og behandlingen. Er den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen av inngripende karakter, er helsepersonellets plikt til å gi informasjon strengere. Pasl. § 4-1 må her sees i sammenheng med regelen om informasjon i pasl. § 3-2.

Når man står overfor et gyldig samtykke kan man stille spørsmål ved hvor mye pasienten egentlig har samtykket i å bli utsatt for. Det kreves en sammenheng mellom det samtykket pasienten har avgitt og den helsehjelpen som faktisk blir utøvd. Det kan oppstå situasjoner under utførelsen av helsehjelpen der man har bruk for et utvidet samtykke. Hvis dette ikke lar seg gjøre for eksempel fordi pasienten er under narkose, må det vurderes om en utvidelse er i samsvar med pasients ønske.

Pasienten kan når som helst trekke samtykket sitt tilbake etter pasl. § 4-1 annet ledd. Helsepersonellet må i slike tilfeller gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen avsluttes.

Samtykket kan i henhold til pasl. § 4-2 gis uttrykkelig eller stilltiende. De to formene for samtykke er etter denne bestemmelsen likestilt. I tillegg vil avtalerettens regel om at en muntlig avtale er like bindende som en skriftlig gjelde også på helserettens område. Muntlighet vil likevel føre til en dårligere publisitet overfor omverdenen. Desto mer inngripende tiltak som skal finne sted ved behandlingen, desto større grunn er det derfor til å ha et skriftlig samtykke. Skriftlighet fører til at det i mindre grad stilles spørsmål ved om gyldig samtykke forelå. Samtidig vil det være tungvint og byråkratisk for

¹¹⁶ Jfr. Syse 2004 s 246-248

helsetjenesten hvis man i all utførelse av helsehjelp skulle sikre notoriteten i hvert samtykke.

Vi finner regler om hvem som har samtykkekompetanse i pasl. § 4-3. Mangler pasienten samtykkekompetanse er samtykke på vegne av andre regulert i pasl. §§ 4-4 til 4-8.

Pasientens selvbestemmelsesrett kan bli innskrenket. I visse tilfeller er det adgang til å behandle noen mot egen vilje; uten gyldig samtykke. Dette kan for eksempel være i nødrettssituasjoner som fastlagt i hpl. § 7 eller strfl. § 47, eller ved andre lovbestemte tvangshjemler. Jeg går ikke nærmere inn på dette da bruk av tvang ikke er aktuelt ved LAR.¹¹⁷

7.2.2 Pasientens autonomi i forhold til LAR

I forbindelse med LAR inngås det en kontrakt med de pasientene som tilbys behandling.¹¹⁸ Det blir avholdt et inntaksmøte hvor kontraktinngåelsen finner sted før man starter opp med behandlingen. På dette møtet gir man pasienten informasjon om behandlingsopplegget, rettigheter og plikter. Denne kontraktinngåelsen innebærer et skriftlig samtykke fra pasienten til å starte opp med LAR.

Noe av bakgrunnen for en kontraktinngåelse er at LAR innebærer at man må forholde seg til mange retningslinjer som pasient. Det er derfor ryddig å ha et skriftlig samtykke. Skriftlighet vil være med på å sikre notoriteten.

Gjennom kontraktinngåelsen skriver man under på at man aksepterer de reglene som er fastsatt for LAR. Videre aksepterer man å gi overvåkte urinprøver. I tillegg aksepterer man at den legen som skriver ut LAR- medikament, skal stå for eventuelle resepter på A og B preparater. Man skriver også under på at man kjenner til de fastsatte utskrivningskriteriene. Det er i så måte en spesiell behandlingssituasjon. Jeg skal nedenfor drøfte problemstillinger knyttet til denne kontrakten som rettsgrunnlag for utøvelse av LAR. Herunder en drøftelse av pasientens samtykkekompetanse og

¹¹⁷ Se punkt 1.3

¹¹⁸ Jfr. Kontrakt om MAR fra MAR ØST

gyldigheten av inngått samtykke.

I henhold til pasl. § 4-3 annet ledd kan fysiske eller psykiske forstyrrelser føre til at pasienten mangler samtykkekompetanse. Vilkåret her er at personen åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det skal en god del til før vedkommende ikke har samtykkekompetanse etter denne bestemmelsen, jfr. uttrykket ”åpenbart”. Det kan derimot tenkes situasjoner hvor en person som skal samtykke i LAR, for eksempel er så psykisk ustabil eller ruspåvirket at vedkommende mangler samtykkekompetanse, jfr. pasl. § 4-3 annet ledd.

Det kan likevel foreligge et gyldig inngått samtykke hvis noen andre har adgang til å samtykke for pasienten. Samtykke på vegne av myndige som ikke har samtykkekompetanse reguleres i pasl. § 4-6. LAR kan ikke karakteriseres som en behandlingsform av lite inngripende karakter, og omfattes derfor ikke av pasl. § 4-6 første ledd. Dette betyr at helsepersonell ikke kan samtykke på pasientens vegne i forhold til LAR. Pasientens nærmeste pårørende har større adgang til å avgi samtykke på vegne av pasienten etter pasl. § 4-6 annet ledd. Det må derfor foreligge et samtykke fra pasientens pårørende jfr. pasl. § 4-6 annet ledd for å starte opp med LAR, hvis pasienten selv ikke har kompetanse til å samtykke. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende, reguleres i pasl. § 1-3 b.

Det er nok ikke et stort problem at pasienten ikke ønsker å medisineres med metadon. Dette fordi det forut for selve behandlingen er en langvarig prosess som inneholder søknadsperiode, vurderingsperiode, ventetid og inntaksopplegg før selve behandlingen starter. Det er derfor flere stadier før man eventuelt mottar behandlingen, og dette tar ofte en god del tid. Pasienten skal være inkludert i hele prosessen og har hele tiden muligheten til å trekke seg fra opplegget. I mange tilfeller vil kanskje pasienten ha uttalt et sterkt ønske om å få behandlingen. Dette kan være uttalt overfor for eksempel sosialtjeneste, fastlege eller LAR senter.

I det følgende er det forutsatt at pasienten har samtykkekompetanse. Spørsmålet blir om det foreliggende samtykket er gyldig. Jeg skal nedenfor drøfte om det er adgang til å ta overvåkede urinprøver i LAR.

Overvåkede urinprøver er et svært inngripende tiltak. For å kunne kreve avlagt overvåket urinprøve må man ha et gyldig rettsgrunnlag. Det finnes ingen lovhjemmel for å påkrevne avleggelse av urinprøve av pasientene i LAR. Til sammenlikning er det i straffegjennomføringsloven § 29 hjemmel for å pålegge fanger å avgi overvåkede urinprøver for å avdekke bruk av rusmidler. Noen lovhjemmel finnes altså ikke for LAR- pasienter. Grunnlaget for å kreve avlagt overvåket urinprøve har LAR- sentrene gjennom kontraktinngåelse med pasienten før oppstart. Spørsmålet blir om dette er et gyldig hjemmelsgrunnlag.

Mange av de som får tilbud om LAR vil sannsynligvis gå med på det meste for å beholde behandlingsplassen sin. Det vil svært ofte dreie seg om mennesker som er i en desperat situasjon. Konsekvensen av at man ikke går med på å avgi overvåkede urinprøver vil være at man ikke får starte opp med behandlingen. Så lenge man ikke har adgang til å la være å avlegge overvåkede urinprøver, innebærer det i realiteten at pasientene er pålagt å avgi prøvene. De overvåkede urinprøvene fremstår dermed som et vilkår for å motta LAR. Spørsmålet blir om det er adgang til å sette dette som vilkår i forbindelse med behandlingen. Dette blir et spørsmål om vilkårets gyldighet.

Formålet med urinprøvene er for det første å finne ut om pasientene har inntatt rusmidler og for det andre om de har tatt LAR medikamentet. Det er avgjørende å ha et bilde av pasientens eventuelle inntak av rusmidler for å kunne behandle pasienten på en medisinsk forsvarlig måte. Det kan for eksempel være livsfarlig å medisinere pasienten med metadon hvis vedkommende også drikker alkohol og tar benzodiazepiner. Gjennom urinprøvene avdekker man for eksempel om pasienten bruker opiat i stor grad. Hvis dette er tilfelle, virker ikke behandlingen etter sitt formål og kan være uforsvarlig. Som et argument i mot å ivareta forsvarligheten for den enkelte, kan det hevdes at urinprøvene ikke avdekker noe pasienten ikke vet. Det er ikke for å opplyse klienten man tar urinprøvene. På en måte kan man si at det er pasientens egen risiko hvis vedkommende velger å bruke rusmidler samtidig som man mottar metadon. Så lenge helsepersonellet har opplyst om de store farene med dette, kan det hevdes at man har oppfylt kravet til forsvarlig utøvelse av helsehjelpen overfor den enkelte.

Det er videre viktig å forsikre seg om at pasienten tar medikamentet. Urinprøvene er et virkemiddel for å kontrollere dette. Hvis pasienten ikke tester positivt på medikamentet, kan dette ha blitt videresolgt. Bakgrunnen for denne kontrollen er at det kan være farlig hvis metadon eller Subutex havner på det illegale markedet. Det har vært tilfeller av overdosedødsfall med metadon i rusmiljøet. Det har vært hevdet at dette ikke i så stor grad er lekkasjer fra LAR, men at dette i større grad er metadon og Subutex som er ulovlig innført fra andre land.

Urinprøvetakingen er derfor begrunnet ut i fra forsvarlighetshensyn, både i forhold til den enkelte pasient og allmennheten. Dette er momenter som taler for å kunne kreve slike prøver fra pasientene. Spørsmålet blir om hensynet til forsvarligheten av helsehjelpen veier tyngre enn ulempene det er for pasientene å avlegge prøvene.

Spørsmålet er hvilke ulemper dette medfører for pasientene. En del pasienter ønsker selv å avlegge urinprøven. Det er mange som mener at avkreving av urinprøve hjelper dem til å holde seg rusfrie. Mange av de pasientene som klarer seg bra, kan ha et ønske om å vise dette til helsepersonellet gjennom urinprøvene. De aller fleste ønsker nok likevel ikke å gjøre dette i overvåket tilstand. Noen pasienter er imidlertid så vant med å avlegge overvåkede urinprøver fra fengselsopphold, at de ikke bryr seg om at de må gjøre det i forbindelse med LAR også. Man kan uansett ikke vektlegge at pasientgruppen muligens ikke kommer til å protestere eller er så vant med å avlegge urinprøver, som grunnlag for å gjøre det. Det er uansett på langt nær alle som vil være komfortable med å avgi overvåkede prøver. Det er klart at handlingen i seg selv er svært krenkende for enkeltindividet. Det å måtte tisse mens noen ser på er utvilsomt nedverdiggende, dette taler derfor i mot at pasientene kan pålegges dette som et vilkår.

Etter hvert som pasienten er stabilisert åpnes det for å få med seg legemiddelet hjem i helgene.¹¹⁹ Pasientene slipper dermed å fysisk hente medikamentet på poliklinikken. Det kan etter hvert også etableres ordninger med den enkelte hvor man for eksempel bare henter medisinen en gang i uka. For å få adgang til å ta med legemiddelet hjem, kreves det en viss stabilitet i forhold til rusfrihet. Dette er også begrunnet ut i fra

¹¹⁹ Se Er du klar for MAR? s 22

medisinsk forsvarlighet. Urinprøvene er avgjørende for om man får med seg legemiddelet hjem. Det er klart at urinprøvene på denne måten er et nyttig verktøy for helsepersonellet. Det er mulig urinprøvene gjør det enklere å administrere slike henteordninger. Dette er et greit instrument for å måle stabilitet i forhold til rusfrihet.

Spørsmålet er om det er adgang til å oppfylle målet med et mindre inngripende middel enn overvåkede urinprøver. Er det mulig å avdekke rusbruk og om pasienten ikke tar legemiddelet sitt på en annen måte? Hvis dette er tilfellet, er ikke det opprinnelige vilkåret gyldig.

Det kan anføres at man i stor grad kan avdekke rusbruk gjennom en klinisk vurdering av pasienten. Klinisk vurdering vil si å vurdere om pasienten er ruspåvirket ved hjelp av observasjon av atferd, se på øyne og snakke med pasienten. Når helsepersonellet blir kjent med pasienten, vil det være mulig for dem å avdekke om vedkommende er ruset, og ofte hvilket rusmiddel vedkommende har brukt. Men det er klart at det vil kunne oppstå stor uenighet og diskusjon rundt slike påstander. Det er nok enklere for eksempel å nekte noen å få med legemiddelet hjem når man kan begrunnet dette med urinprøvesvar. Det kan hevdes at urinprøver er et sikrere måleinstrument enn den kliniske vurderingen. Den kliniske vurderingen vil utelukkende basere seg på menneskelige vurderinger.

I forhold til å teste om pasienten tar medikamentet, gjøres dette i tillegg til urinprøvene ved hjelp av overvåkning av selve inntaket av medisinen. Spørsmålet er om ikke observasjonen av inntaket er en tilstrekkelig kontroll. Man observerer at pasienten svelger metadonet. Ved medisinerer med Subutex knuses pillene i pulver og tas under leppa. Dette vil oppløses relativt raskt i pasientens munn. Man kan eventuelt klare å samle opp noe av pulveret iblandet spytt. Det er nok ikke særlig attraktivt for salg på det illegale markedet. Det er i realiteten kun de som har fått tillit til å ta med seg medikamentet hjem, man har et behov for å kontrollere inntaket på.

I forhold til den gruppen pasienter som henter legemiddelet sjeldnere, kanskje bare en gang i uken, har man ikke samme mulighet til å foreta hyppige kliniske vurderinger og overvåke inntaket av medisinen hver dag. Det er klart at det i denne gruppen er en fare

for lekkasje eller at pasienten ruser seg uten at behandlerne oppdager dette. Dette er hensynet bak at det også skal en del til før pasientene får tillit til å ta med seg medikamentet hjem.

Hva med å kreve urinprøver fra pasientene uten at disse overvåkes? Bakgrunnen for at man krever at pasienten skal avlegge overvåkede urinprøver er at man frykter at pasientene vil fuske med urinprøvene hvis disse ikke tas overvåket. Det er mulig det er en viss fare for dette. Hvis det betyr at de oppnår et gode som å få med seg hjem, er det sannsynlig at noen vil utnytte systemet. Det er ikke dermed sikkert at så mange ville jukse. Man kan stille spørsmål ved om det er en forventning at pasientene kommer til å jukse fordi de er rusmiddelavhengige. Overvåkingen skjer fra første prøve som avlegges og den gjelder for alle pasientene.

Spørsmålet er om man ville fått mer juksing hvis prøvene ikke ble overvåket, eller om de som jukser faktisk får det til nå også. Det er mulig kontrollen har en viss preventiv virkning. Spørsmålet er om man kunne oppnå den samme forsvarligheten ved utøvelsen av helsehjelpen om man baserte seg på urinprøver uten overvåking. Hvis pasienten valgte å jukse for å skjule rusbruk, går det i ytterste konsekvens ut over ham selv. Hvis vedkommende jukser med det formål å selge videre, kan dette som vist gå utover allmennheten. Det er klart at det er et viktig formål å beskytte allmennheten.

Dette er et vanskelig spørsmål. Som vist ovenfor finnes det argumenter for og i mot å kreve overvåkede urinprøver. Det er mulig at dette kan være et gyldig vilkår i en slik form for behandling. Det kan imidlertid hevdes at krav om avleggelse av slike prøver, mot egen vilje, burde vært lovhjemlet.

7.3 Retten til informasjon

7.3.1 Generelt om retten til informasjon

Retten til informasjon er et annet grunnleggende helserettslig prinsipp. Hensynet til pasientens integritet tilsier at pasienten jevnlig mottar opplysninger om sin helsetilstand. Informasjon er helt grunnleggende for å kunne planlegge og forutberegne sin rettsstilling. Retten til informasjon har derfor også sin begrunnelse i rettssikkerhetshensyn. I tillegg er informasjon helt grunnleggende for å oppnå et tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient.

Videre er informasjon nødvendig for å kunne ivareta sine egne interesser, både i forhold til behandling og i andre sammenhenger. Informasjon er som tidligere nevnt en forutsetning for å kunne samtykke til helsehjelpen. Det er også nødvendig med informasjon for å kunne medvirke effektivt ved utførelsen av helsehjelpen.

Også før vedtakelsen av pasl. fantes det regler om informasjon, disse var i stor grad utformet som pliktregler for helsepersonell. Ved utforming av pasl. antok departementet at disse reglene i stor grad ble etterlevd, men man så likevel verdien av å lovfeste en rett til informasjon for pasientene for å sette ytterligere fokus på dette. Det legges i forarbeidene til pasl. vekt på at informasjon er helt sentralt ved gjennomføring av helsehjelp. I tillegg bygger mange av de andre pasientrettighetene i pasl. på en forutsetning om at pasienten mottar nødvendig informasjon. Det er derfor ryddig å ha en bestemmelse om informasjon også i pasl.¹²⁰

Hovedregelen om pasientens rett til informasjon finner vi i pasl. § 3-2 første ledd.

Denne bestemmelsen lyder: ”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger.”

Bestemmelsen i pasl. § 3-2 var ikke ment å endre rettstilstanden i forhold til de regler som allerede gjaldt om informasjon i legeloven og andre profesjonslover når den kom.

¹²⁰ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 69

Pasl. § 3-2 første ledd omhandler en generell rett til informasjon. Pasienten har etter denne rett til informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Denne regelen omfatter all form for helsehjelp. Etter denne regelen har pasienten rett til å få informasjon om diagnose, prognose, behandling, alternative behandlingsformer og risiko. Dette gjelder både kortsiktige og langsiktige problemer som kan oppstå. Informasjonsplikten er avgrenset til å gjelde andre områder, for eksempel omfattes ikke rett til sosial- og trygdeytelser.

Som et minimumskrav må informasjonen være tilstrekkelig til at pasienten kan samtykke i forslaget til helsehjelp. Dette er en forutsetning for regelen om informert samtykke jfr. pasl. § 4-1. I tillegg må informasjonen være tilstrekkelig til at pasienten blir i stand til å medvirke ved valg av behandlingsform. Dette samsvarer med regelen om medvirkning etter pasl. § 3-1. Informasjonsplikten går derimot lenger enn disse utgangspunktene. Plikten vil variere etter rådende forhold. For eksempel kan pasienten ha behov for å planlegge sitt fremtidige liv.¹²¹

Informasjonen skal gis automatisk, pasienten skal ikke være nødt til å be om den. Det helsepersonellet som har det faglige ansvaret for helsehjelpen har også informasjonsplikten. Det er adgang til å delegere ansvaret for å informere til andre.

Etter pasl. § 3-2 andre ledd kan pasienten i utgangspunktet selv bestemme om det er opplysninger hun eller han ikke vil ha. Helsepersonellet skal respektere pasientens ønske om ikke å bli informert. Denne retten kan derimot ikke gjelde uinnskrenket. I henhold til pasl. § 3-2 andre ledd gjelder retten til å nekte å motta informasjon ”med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen, eller det er bestemt i eller i medhold av lov.” Visse opplysninger må pasienten motta ut fra forsvarlighetshensyn til pasienten selv eller andre. Forutsetningen her er at det foreligger samtykke til helsehjelpen.

Det finnes unntak for retten til å få informasjon i pasl. § 3-2 tredje ledd. Det kan tenkes

¹²¹ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 70

situasjoner der opplysninger om helsetilstanden er en så stor påkjenning for pasienten at tilstanden vil forverres i stor grad. Kravet er at det er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade hos pasienten selv. Andre tilfeller kan være at opplysninger skader pasientens forhold til personer som står pasienten nær. Det må da foreligge en situasjon som gjør det klart utilrådelig. Det skal, som vi ser av lovteksten, svært mye til for å kunne unnta pasienten opplysninger. Dette unntaket er ment å gjelde i nødrettsliknende situasjoner.¹²²

Etter pasl. § 3-2 fjerde og femte ledd gjelder informasjonsplikten underveis og etter utført helsehjelp. I disse to bestemmelsene reguleres forhold hvor pasienten har blitt påført skade eller det har oppstått komplikasjoner. Det er ikke bare forutgående informasjon som er av stor viktighet for pasienten, like viktig kan informasjon underveis og etterpå være. Det er en skjønnsmessig vurdering å avgjøre hvor langt denne plikten går. Skaden må være betydelig og komplikasjonene må være alvorlige for at det skal foreligge en rett til etterfølgende informasjon. At helsehjelpen ikke har vært optimal, utløser ikke en slik etterfølgende informasjonsplikt.

Pasl. § 3-3 lyder: ”Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.”

Opplysningsplikten til pårørende må som hovedregel stå tilbake for pasientens krav på taushet, i de tilfeller der pårørende og pasientens ønsker ikke er sammenfallende. Informasjon om en pasients helsetilstand er som utgangspunkt taushetsbelagte opplysninger. Utgangspunktet er derfor at pasienten selv må samtykke i at pårørende kan motta opplysninger, jfr. pasl. § 3-3 første ledd.

Har pasienten representant, legalrettslig eller privatrettslig, trer denne inn i pasientens rettigheter. Representanten skal få informasjon som om pasienten selv var i stand til å motta denne, se pasl. § 3-3 annet ledd. Videre kan det tenkes tilfeller hvor det ikke er mulig å få pasientens samtykke til at pårørende kan informeres, for eksempel ved

¹²² Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 71

bevisstløshet eller psykiske forstyrrelse. Ofte er det ikke motstrid mellom pasientens og pårørendes interesser i slike tilfeller, og hensyn til de pårørende kan tilsi at informasjon blir gitt i et slikt tilfelle. I visse tilfeller kan man velge å gi pårørende informasjon på bakgrunn av et antatt samtykke.

Det kan også oppstå tilfeller der helsepersonellet har opplysningsplikt, eller opplysningsrett om taushetsbelagte opplysninger. For eksempel kan det finnes hjemmel i lov, for eksempel smittevernloven. Det kan også tenkes situasjoner som gjør at det er forsvarlig ut i fra hensyn til pårørendes helse eller sikkerhet.

Helsepersonell har ikke den samme oppfordring til å informere pårørende som pasienten selv. Men desto mer alvorlig pasientens tilstand er, desto større krav er det til informasjonsplikten til de pårørende.¹²³

7.3.2 Pasientens rett til informasjon om LAR

Mange pasienter er svært nedkjørte når de skal starte opp i LAR behandling. Noen vil kanskje være ruset når de møter behandlingsapparatet for å få informasjon om behandlingen. Dette stiller strenge krav til helsepersonellet om å forsikre seg om at pasienten får nødvendig informasjon. Det kan tenkes situasjoner hvor det må oppnevnes representant for pasienten. I tillegg er LAR en behandlingsform som krever en stor grad av opplysning. Dette fordi LAR i stor grad stiller krav til pasienten selv. Det er mange retningslinjer som den enkelte pasient må forholde seg til. I tillegg mediseres pasientene med avhengighetsdannende medisiner. Behandlingens natur skjerper derfor helsepersonellens plikt til å informere pasientene i LAR. Se også gjennomgangen av samtykke i forhold til LAR i punkt 7.2.2.

7.4 Taushetsplikt for helsepersonell

7.4.1 Generelt om taushetsplikten

Taushetsplikten er begrunnet ut i fra respekten for pasientens integritet og hensynet til pasientens personvern. Man ønsker å beskytte enkeltindividets personlige forhold og private sfære. I tillegg bidrar reglene til å skape et tillitsforhold mellom helsepersonell

¹²³ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 72

og pasient. Taushetsplikten eksisterer først og fremst for pasientens skyld. Pasienten skal kunne føle seg trygg på at opplysningene blir konfidensielt behandlet. Reglene om taushetsplikt er også begrunnet ut i fra at pasienter skal få behandling. Det er et formål at alle som trenger helsehjelp skal oppsøke helsetjenesten uavhengig av atferd og livssituasjon. Man skal ikke være forhindret fra å oppsøke helsetjenesten fordi man er redd for at informasjon om egen person skal bli avslørt. Dette kan for eksempel dreie seg om straffbare forhold eller at man vil holde sykdomstilstanden for seg selv.¹²⁴

Taushetsplikten reguleres for alle grupper helsepersonell i hpl. kapittel 5. Hovedregelen om taushetsplikt finner vi i hpl. § 21, som lyder: ” Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.”

Taushetsplikten er en plikt til ikke å gjøre opplysninger kjent for andre. Det er derimot adgang til å motta opplysninger. Taushetsplikten gjelder opplysninger knyttet til ”folks legems- eller sykdomsforhold”, jfr. hpl. § 21. Dette vil si fysiske og psykiske forhold. I tillegg gjelder plikten etter hpl. § 21 også i forhold til ” andre personlige forhold”. Dette vil si alle forhold som ikke er generelle eller allmenngyldige, men som gjelder den enkeltes person. Er det grunn til å anta at pasienten ikke ønsker at informasjonen skal gis, vil dette være retningsgivende for helsepersonell. Hpl. § 21 er i tillegg til å være en regel om å tie, en regel om å ”hindre at andre får adgang” til opplysninger. Dette vil si en viss aktivitetsplikt til å hindre at uvedkommende får tak i taushetsbelagt informasjon. Regelen innebærer derfor et krav til forsvarlig oppbevaring av skriftlige opplysninger om pasienten.¹²⁵

Taushetsplikten er naturligvis ikke til hinder for å gi opplysninger til den disse direkte gjelder. Dette er uttrykkelig fastlagt i hpl. § 22. I tillegg er samtykke til å gi informasjon til andre regulert i hpl. § 22.

Taushetsplikten til helsepersonell er sammenfallende med pasientens vern mot

¹²⁴ Jfr. Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s 83

¹²⁵ Befring og Ohnstad 2001 s 118-126

spredning av opplysninger etter pasl. § 3-6, som lyder: ”Opplysninger om legems- og sykdomsforhold samt andre personlige opplysninger skal behandles i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Opplysningene skal behandles med varsomhet og respekt for integriteten til den opplysningene gjelder. Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker.”

Det finnes en rekke unntak fra selve taushetsplikten. I tillegg til de unntakene vi finner i hpl. kapittel 5 til og med kapittel 7, finnes det også en rekke unntaksbestemmelser i annen lovgivning.

Den generelle unntaksbestemmelsen fra taushetsplikten finnes i hpl. § 23 nr. 4, og gjelder når ”tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysninger videre”. Dette er en videreføring av rettsstridreservasjonen i legelovens § 31. Denne bestemmelsen innebærer ingen realitetsendring i forhold til legeloven, men er en klargjøring av interesseavveiningen som skal foretas.¹²⁶

Kjønstad gir en oversikt over noen av de unntaksbestemmelsene som finnes fra taushetsplikten.¹²⁷ Kjønstad stiller spørsmålet om mengden av unntak fører til en uthuling av prinsippet om taushetsplikt. Han påpeker at unntak fra taushetsplikten betyr en større vektlegging av samfunnets interesser enn enkeltindividets interesser.¹²⁸

Departementet uttalte at det kan reises et prinsipielt spørsmål rundt adgangen til lemping av taushetsplikten. Det vil i hvert tilfelle være avgjørende hvilket formål frigivelse av opplysninger har. Departementet uttalte at det gjennomgående kan sies at det vil kreves mer desto lenger informasjonsbehovet er fra selve helsehjelpen. Desto større sammenhengen er mellom frigivelse av informasjon og utførelsen av helsehjelpen til det gode for pasienten, desto mildere krav stilles det til taushetsplikten.¹²⁹

¹²⁶ Jfr. Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s 95 og s 228

¹²⁷ Se Kjønstad 2003 s 209-210

¹²⁸ Jfr. Kjønstad 2003 s 36 og s 211-212

¹²⁹ Jfr. Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s 100

7.4.2 Taushetsplikten og LAR

I forhold til LAR sitter behandlingsapparatet med mange sensitive opplysninger. Bare ved å opplyse om at pasienten for eksempel har søkt behandling sier man at pasienten har hatt et opiatproblem av omfang. Det kan tenkes tilfeller hvor pårørende er interessert i å få opplysninger om pasienten fordi de er usikre på hvordan det går med vedkommende. De er kanskje bekymret og ønsker å hjelpe. Det er uansett ikke relevant hvilket motiv pårørende har for å få informasjon. Hvis pasienten ikke har gitt sitt samtykke til utveksling av informasjon har helsepersonellet full taushetsplikt.

Taushetsplikten er også svært viktig i forbindelse med tverrfaglig samarbeid. Dette er svært aktuelt ved LAR, som i stor grad er basert på slikt samarbeid. I mange tilfeller vil tverrfaglig samarbeid være i pasientens interesse, taushetsplikten bør ikke hindre dette. Dette løses ved at pasienten gir sitt samtykke til at informasjon utveksles mellom samarbeidspartnere, jfr. hpl. § 22. For eksempel vil det for alle LAR- pasienten opprettes en ansvarsgruppe. I denne ansvarsgruppen vil det sitte samarbeidspartnere fra forskjellige etater. Deltakere i ansvarsgruppe er pasienten, fagkonsulent fra LAR, sosialtjenesten, lege og eventuelle andre. Denne gruppa vil jevnlig ha ansvarsgruppemøter, og på disse møtene vil det utveksles informasjon om pasienten. Pasienten skal være med på møtene. Det kan imidlertid tenkes situasjoner hvor pasienten ikke kommer på møtet. Møtet vil i slike situasjoner bli avholdt uten pasienten. For å kunne avholde ansvarsgruppemøte uten pasienten er det da nødvendig å ha et samtykke fra pasienten. I tillegg vil det være behov for en jevnlig kontakt mellom samarbeidspartnerne om LAR- pasienten. Det er derfor viktig at pasienten har samtykket i slik utveksling av informasjon.

7.5 Rett til journalinnsyn

7.5.1 Generelt om journalinnsyn

Innsynsretten er viktig for tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Se i hpl forarbeid og pasl. forarbeid

Reglene om journal innsyn finner vi i hpl. og pasl. Hpl. § 41 første ledd lyder: ”Den som yter helsehjelp, skal gi innsyn i journalen til den som har krav på det etter regelen i pasientrettighetsloven § 5-1.” Pasl. § 5-1 første ledd lyder: ”Pasienten har rett til innsyn i journalen sin med bilag og har etter særskilt forespørsel rett til kopi. Pasienten har etter forespørsel rett til en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk eller lignende.”

Det gjelder visse unntak fra innsynsretten. Det er adgang å nekte journalinnsyn etter pasl. § 5-1 annet ledd i to situasjoner. For det første hvis dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten. Den andre situasjonen er hvis innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står pasienten nær. Vilkårene i denne bestemmelsen er uttømmende. Det er altså bare hvis man står overfor disse to typetilfellene at innsyn kan nektes. Det skal svært mye til for å kunne gjøre begrensinger i innsynsretten. Det er kun nødrettsbetraktninger som kan legges til grunn ved en slik vurdering.¹³⁰ Bakgrunnen for at det skal mye til å begrense denne retten, er at denne retten er en sentral pasientrettighet. Sammen med rett til informasjon er journalinnsyn helt grunnleggende for å kunne orientere seg om sin egen rettstilling som pasient. På denne måten danner disse reglene grunnlaget for å kunne påberope seg mange av de andre pasientrettighetene.

7.5.2 Journalinnsyn og LAR

I forhold til LAR kan det være svært viktig at de som ønsker det, har anledning til å se journalen sin. Mange i denne gruppen mennesker er vant til å bli mistenkeliggjort pga sin livssituasjon. Det er derfor viktig at de blir tatt på alvor og får innsyn i de opplysninger som registreres om dem hvis de ønsker det. I en rehabiliteringssituasjon er det ekstra viktig at tilliten mellom pasient og behandler er tilstedeværende.

7.6 Rett til forsvarlig behandling

7.6.1 Generelt om forsvarlighetskravet

At de helsetjenester som ytes skal være forsvarlige, er et helt grunnleggende og sentralt element i helsetjenestens rettslige rammebetingelser. Under utarbeidelsen av de fire helselovene ble forsvarlighetskravet direkte uttrykt i egne lovbestemmelser. Det

¹³⁰ Se Ot.prp. nr. 12 s 93

eksisterte også tidligere en generell forsvarlighetsnorm for helsetjenesten. Kravet ble tidligere utledet av sykehusloven § 18, lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 5, erstatningsretten, strafferetten og ulovfestede regler. Lovfestingen innebar ingen vesentlig endring i den allerede gjeldende forsvarlighetsnormen.¹³¹

Hpl. § 4 kan betraktes som hovedbestemmelsen om forsvarlighet. Denne lyder:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”

I tillegg er plikt til forsvarlighet kommet direkte til uttrykk i sphlsl. § 2-2. Videre finner vi henvisning til forsvarlighet i formålsbestemmelsen til phlsvl. § 1-1. Mange av de rettighetene som pasienter har fått i medhold av pasl., er begrunnet ut i fra hensynet til en forsvarlig utøvelse av helsehjelpen.

Hpl. § 4 regulerer i hovedsak tre forhold: krav til forsvarlighet, krav til omsorgsfull hjelp og beslutningsansvar for leger og tannleger.

Kravet til forsvarlighet inneholder en innebygd rettslig og faglig norm. Forsvarlighet er en rettslig standard. Dette innebærer at kravet til forsvarlighet er dynamisk.

Forsvarlighetskravet er en minstestandard. Hpl. § 4 legger ikke til grunn en ideell atferd, men bygger på hva som vanligvis kan forventes i den aktuelle situasjonen ut fra kvalifikasjonene til helsepersonellet. Hva den enkelte er kvalifisert til, er en objektiv vurdering. Helsepersonellet kan ikke gå utover sine faglige kvalifikasjoner eller sin lovbestemte kompetanse. Dette ville være uforsvarlig utøvelse av helsehjelp.

Forsvarlighetskravet er en teknisk faglig standard samtidig som det er en etisk standard.¹³²

Forsvarlighetskravet vil variere i hvert enkelt tilfelle ut i fra de rådende omstendigheter. Selv om forsvarlighetsplikten gjelder for alle typer spesialisthelsetjenester, vil denne

¹³¹ Jfr. Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) s 34-35

¹³² Jfr. Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s 37-38

varierte i forhold til hvilken tjeneste det dreier seg om. For eksempel vil det stilles strengere krav til forsvarlighetsnormen til tjenestene som tilbys eller ytes ved et sykehus enn ved et lite helsesenter.

I henhold til forarbeidene til sphlsl. § 2-2 krever forsvarlighetsnormen at eiere og ledere blant annet sørger for at det er tilstrekkelig med kompetanse i personalet, fungerende utstyr, avklarte ansvarsforhold og etablert forsvarlige vaktordninger.

Forsvarlighetskravet innebærer på den måten også et krav til organiseringen av virksomheten. Helsepersonell skal gjennom organisatoriske og systemmessige tiltak settes i stand til å utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte.¹³³

Det stilles krav til hvordan helsepersonellet opptrer og kommuniserer overfor pasienten for å oppfylle kravet til omsorgsfull hjelp i hpl. § 4. Det er altså ikke bare selve den medisinske behandlingen som skal være forsvarlig. For at helsehjelpen skal være forsvarlig stilles det krav til hvordan helsepersonell møter pasienten jfr. hpl. § 4.¹³⁴

7.7 Retten til å klage

7.7.1 Generelt om klageadgangen

Effektive klageordninger regnes som en viktig rettssikkerhetsgaranti. En borger som ikke får det han mener han har krav på, kan som hovedregel alltid klage på dette. Klageadgang innebærer en rett til å få sin sak vurdert og på samme tid en plikt for klageorganet til å behandle saken.

I pasl. kapittel 7 finnes regulering av pasienters klageadgang. Disse reglene hører til den tredje gruppen med pasientrettigheter; de formelle eller prosessuelle rettighetene. Reglene om klageadgang skal sikre at pasientene får oppfylt sine materielle rettigheter. I tillegg skal klageadgang styrke tilliten til helsetjenesten ved å motvirke forskjellsbehandling og være med å sikre at det utøves forsvarlig saksbehandling i helsetjenesten. I tillegg bidrar klageadgangen til at pasienter kan forutberegne sin

¹³³ Jfr. Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) s 36

rettstilling.

Det er et viktig rettssikkerhetsaspekt at man har adgang til å klage til overordnet myndighet over fattede beslutninger. Det ble under utformingen av pasl. pekt på at store deler av de avgjørelser som fattes i helsetjenesten, er uformelle avgjørelser. Flere av disse avgjørelsene treffes av helsepersonell uten at bestemte regler om saksbehandling gjelder. En viktig hensikt med å innføre klageadgang var å kompensere for manglene ved uformelle avgjørelser.¹³⁵

Klageorganet er Helsetilsynet i fylket, jfr. pasl. § 7-2 første ledd.

I henhold til pasl. § 7-1 kan pasienten først anmode den som har gitt, eller skulle gitt helsehjelpen, om å få oppfylt sine rettigheter etter loven. Først når en slik anmodning er avslått, oppstår en egentlig klagerett. Da er pasienten gitt en rett til å klage til Helsetilsynet i fylket, se pasl. § 7-2. Anmodningen er en mer uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasient og helsetjeneste på.

Hva som omfattes av klageretten er klart fastslått og begrenset i pasl. §§ 7-2 jfr. 7-1. Det er rettighetene i kapitlene 2, 3 og 4, samt §§ 5-1, 6-2 og 6-3 pasienten kan klage på mangelfull oppfyllelse av.

Etter forvaltningslovens alminnelige regler er klageretten gitt en part eller en annen med rettslig klageinteresse jfr. fvl. § 28 første ledd. Hvem som er part er definert i fvl. § 2 e. Den som søker eller gis helsehjelp, vil være part i forvaltningslovens stand.

Fristen for å fremsette anmodning er fastsatt til fire uker i pasl. § 7-5. Fristens utgangspunkt løper fra vedkommende har eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Fristen for å klage til Helsetilsynet i fylket er etter § 7-2 andre ledd tre uker. Fristens utgangspunkt er fra det tidspunkt vedkommende fikk eller burde ha fått kjennskap til utfallet av anmodningen.

¹³⁴ Se Befring og Ohnstad 2001 s 36-37

¹³⁵ Jfr. Ot.prp. nr. 12 s 101

Klage til Helsetilsynet i fylket skal være skriftlig og den må være undertegnet av pasienten eller den som representerer pasienten, se pasl. § 7-3. Det er fvl. § 32 som ligger til grunn for utformingen av pasl. § 7-3. Det stilles derimot noe mindre formelle krav til klage etter pasl. § 7-3 enn etter fvl. § 32. I forhold til innholdet i klagen fastslår pasl. § 7-3 at forholdet som det klages over bør nevnes, samtidig som opplysninger av eventuell betydning for klagebehandlingen bør tas med.

I pasl. § 7-6 er det fastslått at forvaltningslovens regler om behandling av saker om enkeltvedtak og klage gjelder så langt de passer for behandling av klagesaker.

Hvis vilkårene for å behandle saken ikke foreligger, skal saken avvises jfr. fvl. § 34 første ledd. Avvisningsgrunner kan være manglende formkrav jfr. pasl. § 7-3, fristoversittelse jfr. pasl. § 7-5 eller at det klages over noe som ikke omfattes av pasl. §§ 7-2 jfr. 7-1. Spørsmålet blir hva klageorganet har adgang til å overprøve hvis klagen tas under behandling. Helsetilsynet i fylket eller klagenemnda kan i henhold til fvl. § 34 annet ledd prøve alle sider av saken og ta hensyn til nye omstendigheter i saken. Overprøving av alle sider av saken i forvaltningsrettslig sammenheng vil si kompetanse til å prøve faktum, saksbehandlingen, rettsanvendelsen og skjønnsutøvelsen. Dette betyr en full prøvesrett av det tidligere forvaltningsorganets vurdering. Det er adgang til å omgjøre et vedtak av rimelighets- eller hensiktsmessighetsgrunner.

Helsetilsynet i fylket skal under sin klagebehandling vurdere klagerens synspunkter, men kan også ta opp forhold som ikke er påpekt av klager, se fvl. § 34 annet ledd annet punktum. Det antas at klageorganet uansett skal prøve rettsanvendelsen.

Det kan bli forskjellige utfall av en klagesaksbehandling. Finner Helsetilsynet i fylket at det hefter feil ved et vedtak, eller er uenig i skjønnsutøvelsen, kan klageinstansen enten treffe nytt vedtak selv i saken eller oppheve det og sende saken tilbake til underinstansen til helt eller delvis ny behandling, se fvl. § 34 fjerde ledd. Hvis Helsetilsynet i fylket sender saken tilbake må underinstansen, respektere Helsetilsynet i fylkets vurderinger og konklusjoner. Disse vurderingene og konklusjonene må

presiseres fra Helsetilsynet i fylkets side. Finner Helsetilsynet i fylket at klagers rettigheter ikke har blitt krenket får ikke pasienten medhold i sin klage.

Hvis pasientens klage avvises av Helsetilsynet, er dette et avvisningsvedtak. Dette vil være et enkeltvedtak fra Helsetilsynet som førsteinstans og kan derfor påklages til Statens helsetilsyn. Har derimot Helsetilsynet i fylket behandlet selve klagen finnes det ikke noen videre klageadgang. Dette følger av det forvaltningsrettslige prinsipp om at alle vedtak kan påklages et trinn opp fra beslutningstaker. At klageinstansen vedtak i klagesak ikke kan påklages er også kommet direkte til uttrykk i fvl. § 28 tredje ledd.¹³⁶

7.7.2 Klageadgang i forbindelse med LAR

Tidligere fantes det ikke noen rettslig adgang for LAR pasientene til å klage på for eksempel avslag på behandling eller utskrivning fra LAR. Dette er svært kritikkverdig. Rettsikkerheten til disse pasientene ble før vedtakelsen av rusreformen ikke ivarettatt på dette området. Helse- og sosialombudet har kritisert den manglende klageadgangen i LAR.¹³⁷ Etter 1. januar 2004 ble LAR pasienter omfattet av pasl. Disse pasientene fikk dermed en rett til å klage i forbindelse med behandlingen etter pasl. kapittel 7. Det er nå dermed klageadgang i de fleste leddene av LAR. Jeg skal nedenfor gå igjennom de forskjellige stadiene av LAR og se på hva som kan være aktuelle klagetemaer i de forskjellige fasene.

Sosialtjenesten er tillagt kompetansen som innsøkende instans ved LAR, jfr. I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003. Hvis sosialtjenesten ikke søker LAR for en av sine klienter som ønsker det, er dette en unnlattelse av å henvise vedkommende til spesialisthelsetjenesten. Dette ansees som en prosessuell avgjørelse, ikke som et enkeltvedtak, jfr. fvl. § 2 b og sostjl. § 8-1. Det er bare adgang til å klage på enkeltvedtak, jfr. fvl. § 28 og sostjl. § 8-6. Sosialtjenestens unnlattelse av å søke LAR, er derfor avskåret fra klageretten.

Konsekvensene av dette er at det kan være mange som henvender seg til sosialtjenesten som mener de har krav på LAR, men som aldri får sin situasjon vurdert av et LAR-

¹³⁶ Se Bernt og Rasmussen 2003 s 244

¹³⁷ Se blant annet Årsmelding 2002 s 73-74

senter. LAR- senteret vil sitte på faglig spesialkunnskap, og er derfor ofte best kvalifisert til å avgjøre om en pasient bør innvilges LAR. Det kan tenkes at sosialkontoret feilaktig avviser et ønske om LAR fra klienten. Sosialtjenesten kan på denne måten stoppe opp en søknadsprosess uten at det er noen overprøvingsadgang.

Etter 1. januar 2004 kan lege henvise pasienter til LAR fordi dette nå ansees som spesialisthelsetjeneste. Legen har likevel ikke adgang til å søke LAR for pasienten på egenhånd. Henvisningsretten er derfor som nevnt i kapittel 6 ikke reell. Det er uansett sosialtjenesten som er tillagt kompetansen som innsøkende instans. I de tilfeller hvor sosialtjenesten er uenig i at LAR skal søkes, kan klienten likevel kontakte fastlegen sin om behandlingsformen. Hvis legen mener LAR er riktig ut i fra en medisinskfaglig vurdering, er det mulig at legen kan utøve et visst press på sosialtjenesten, slik at LAR likevel søkes. Det er imidlertid ikke adgang for en lege å pålegge sosialtjenesten å søke inn en av legens pasienter.

Sosialtjenesten er etter sostjl. § 6-1 tillagt sektoransvaret for rusmiddelavhengige. Dette betyr at sosialtjenesten er pliktig til å hjelpe de som henvender seg til sosialtjenesten for å få hjelp til sitt rusproblem. Hvis sosialtjenesten ikke mener LAR er riktig virkemiddel, er de pliktig til å sette i gang med et annet hjelpetiltak som alternativ til LAR, jfr. sostjl. § 6-1. Avgjørelsen om hvilket hjelpetiltak som skal tilbys klienten er en avgjørelse om tildeling av sosiale tjenester. Dette er et enkeltvedtak i henhold til sostjl. § 8-1. Det vil derfor være adgang til å klage over denne beslutningen til fylkesmannen, jfr. sostjl. § 8-6. En klient kan derfor klage på at han ikke får et godt nok hjelpetilbud etter sostjl. § 6-1. Klienten kan derimot ikke klage på at sosialtjenesten ikke søker LAR for vedkommende etter denne bestemmelsen, som gjennomgått ovenfor. Dette anses nemlig ikke som en avgjørelse om tildeling av sosiale ytelser. Det kan hevdes at dette skillet mellom prosessuelle avgjørelser og tildeling av sosiale ytelser får et svært uheldig utfall i forhold til LAR. Det synes urimelig at klientene ikke kan klage på at sosialkontoret unnlater å søke LAR for klienten.

I behandling av klage på vedtak etter sostjl. § 6-1, har fylkesmannen kompetanse til å stadfeste, omgjøre eller oppheve vedtaket. Se gjennomgangen av fylkesmannens kompetanse ved klagebehandling nedenfor. Fylkesmannen har derimot ikke kompetanse

til å si hva som er et nødvendig hjelpetiltak. Dette må anses som en del av sosialtjenestens frie skjønn, se nedenfor. Fylkesmannen har derfor ikke adgang til å pålegge sosialkontoret å søke LAR for pasienten. Det eneste fylkesmannen kan gjøre, er å gi føringer i sin klagebehandling om at LAR bør prøves. Klienter som ikke får sosialtjenesten til å søke LAR for seg, bør derfor klage på at de ikke får et godt nok tilbud etter sostjl. § 6-1. Klagerne på slike vedtak for da håpe fylkesmannen uttaler seg om at LAR bør prøves, og at sosialtjenesten tar dette til følge. Sosialtjenesten har derimot ikke noen plikt til å etterleve eventuelle slike føringer.

Klageadgangen til fylkesmannen er ikke noe nytt etter rusreformen. Denne adgangen har eksistert siden LAR ble opprettet. Fylkesmannen i Oslo og Akershus opplyste at det trolig ikke fantes noen saker om sostjl. § 6-1, hvor fylkesmannen har lagt føringer om at LAR bør vurderes som hjelpetiltak.

Fylkesmannen er etter sostjl. § 8-7 første ledd første punktum tillagt myndighet til å overprøve alle sider av saken. Dette må imidlertid sees i sammenheng med bestemmelsens andre punktum. Her er overprøvelsesadgangen av det frie skjønn innskrenket. Fylkesmannen har bare adgang til å prøve om skjønnnet er åpenbart urimelig, jfr. sostjl. § 8-7 første ledd annet punktum. Dette innebærer et vesentlig unntak fra regelen om full overprøving i klageinstansen som er det vanlige på forvaltningsrettens område.

Det har vært kritisert at fylkesmannen bare kan endre vedtaket når det er åpenbart urimelig. Full prøvelsesrett er en selvfølge på de fleste andre områder innenfor forvaltningsretten. Det er nærliggende å se denne begrensningen som en nedprioritering av sosialklienters rettigheter og rettsikkerhet i forhold til parter i mange andre typer forvaltningssaker. Gjennom denne regelen fratas noen av de mest ressursvake og sårbare tjeneste- og stønadsmottakere en viktig rettsikkerhetsgaranti.

I sosialtjenestelovens forarbeider er denne begrensningen begrunnet ut i fra hensynet til det kommunale selvstyre.¹³⁸ Jan Fridthjof Bernt hevder at begrensningen i sostjl. § 8-7 er

¹³⁸ Se Ot. prp. nr. 29 (1990-91) s 125

dårlig begrunnet i lovens forarbeider. Han hevder at det nærliggende å anta at departementets egentlige motiv for begrensningen er et ønske om å skjerme seg fra politisk ansvar for mangelfulle ytelser i sosialtjenesten.¹³⁹ Fylkesmannens overprøvingskompetanse av skjønnet innebærer en adgang til å vurdere om det er tatt utenforliggende hensyn, om avgjørelsen er vilkårlig eller klart urimelig eller om det er foretatt en usaklig eller urimelig forskjellsbehandling. Dette følger av myndighetsmisbrukslæren. Bernt påpeker at fylkesmannen i realiteten - på tross av begrensningen - langt på vei kan avgjøre prøvingens intensitet ut i fra faglige evner og ansvarsbevissthet.¹⁴⁰

Det er i tillegg flere forhold det kan være aktuelt å klage på for LAR- pasienter. Får man ikke oppfylt vurderingsgarantien etter pasl. § 2-2 innen 30 dager fra LAR- senteret, kan dette påklages til Helsetilsynet i fylket, jfr. pasl. §§ 7-2, jfr. 7-1. Det samme gjelder hvis man ikke får medvirke etter pasl. § 3-1.

Det kan også tenkes tilfeller hvor man ikke får fastsatt en individuell frist for gjennomføring av helsehjelpen i henhold til pasl. § 2-1 femte ledd. Dette er det mulighet å klage på etter pasl. § 7-2 annet ledd.

Vedtak om avslag på søknad om LAR fra LAR- senteret, kan påklages. Dette vil da være en klage på avslag på nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1. Etter pasl. § 7-2, jfr. pasl. § 7-1 kan beslutninger etter pasl. § 2-1 påklages til Helsetilsynet i fylket. Før man kan sende klage til Helsetilsynet i fylket må man ha anmodet LAR- senteret om å omgjøre sin vurdering etter pasl. § 7-1.

Under behandlingen er det for eksempel adgang til å klage på at man ikke fritt får velge sykehus etter pasl. § 2-4. Klage på manglende individuell plan er mulig etter pasl. § 7-2. Det kan derimot ikke klages på planens innhold.

Ved utskrivning fra behandling mot sin vilje er det adgang til å klage på

¹³⁹ Se Kjønstad, Bernt, Kjellevoid, Hove 2000 s 221

¹⁴⁰ Se Kjønstad, Bernt, Kjellevoid, Hove 2000 s 223

utskrivningsvedtaket som et urettmessig bortfall av nødvendig helsehjelp etter pasl. § 2-1, jfr. pasl. § 7-2. Når man klager på urettmessig utskrivning dukker det opp et spørsmål om en slik klage kan ha oppsettende virkning. Det vil si et spørsmål om utskrivningen ikke blir iverksatt før klagesaken er ferdigbehandlet. Iverksetting av underinstansens vedtak kan ofte ha store konsekvenser.

I norsk domstolsprosess er hovedregelen at så lenge en dom kan påankes til ny behandling i en høyere instans, eller så lenge ankebehandlingen pågår, er dommen ikke rettskraftig. I norsk forvaltningsrett er det alminnelige utgangspunktet det motsatte. Hovedregelen er at det påklagede vedtak gjelder inntil eventuelt et nytt vedtak foreligger som resultat av en klagesak. Dette fremgår motsetningsvis av fvl. § 42 første setning. Underinstansen, klageinstansen eller annet overordnet organ har etter fvl. § 42 første punktum en adgang til å utsette iverksetting av vedtak til etter klagefristens utløp eller til klagen er avgjort. Det kan tenkes sterke hensyn som taler for utsatt virkning av vedtaket. På den annen side kan det ofte argumenteres for at utsettelse vil være uakseptabelt. I forbindelse med LAR kan en utskrivning føre til at man havner tilbake til massivt rusbruk. En pasient som klager på utskrivningsvedtaket kan hevde at en iverksetting vil sette vedkommende i livsfare og at det for eksempel er stor fare for at vedkommende ikke klarer å starte opp igjen. På den annen side kan det tenkes at LAR senteret mener at det ikke vil være medisinsk forsvarlig å fortsette behandlingen for pasienten, fordi pasienten ruser seg massivt på illegale stoffer.

Det organet som tar stilling til spørsmålet om utsatt iverksetting, skal vurdere dette på fritt og konkret grunnlag. Denne vurderingen vil bestå av en avveining av de forskjellige hensynene samt en vurdering av hvor stor sjanse det er for at klagen vil føre fram. Vurderingen er forvaltningsskjønn og kan ikke overprøves rettslig. Normalt sett vil oppsettende virkning bare bli prøvd hvis klager selv ber om det. Det er likevel adgang for underinstansen, klageinstansen eller annet overordnet organ å vurdere dette på eget initiativ.¹⁴¹

Helsetilsynet i fylket i Oslo og Akershus, opplyser at de har mottatt få klagesaker i

¹⁴¹ Se Bernt og Rasmussen 2003 s 257-259

forbindelse med LAR. Helsetilsynet i fylket opplyser at det var noen saker etter at klageordningen ble innført for denne pasientgruppen 1. januar 2004. Etter dette har det imidlertid vært svært få saker. Det kan derfor virke som om denne gruppen pasienter ikke benytter seg av klageadgangen sin i stor grad. Spørsmålet er om få klager på feltet er et resultat av at pasientene ikke har noe å klage på, eller om årsaken er at pasienten ikke kjenner til klageadgangen sin. Dette finnes det foreløpig ingen undersøkelse av, det vil derfor føre for langt å gå videre inn på dette.

8 Oversikt andre relevante pasientrettigheter

8.1 Rett til vurdering

8.1.1 Generelt om rett til vurdering

Bestemmelsen om vurderingsgaranti ble innført i 1997 i forskrift om ventetidsgaranti § 7. Denne bestemmelsen fikk bred oppslutning under utarbeidelsen av forskriften. Ved utformingen av forskriften ble det lagt til grunn at denne bestemmelsen skulle ha to formål: For det første sikre at sykehusene raskt vurderer og prioriterer henvisningene til sykehusene, slik at alvorlig syke pasienter sikres rask behandling. For det andre skal det gis en rask tilbakemelding til pasient og primærlege om hvordan pasientens problemer blir tatt hånd om. Formålet med en slik vurderingsgaranti var å sikre pasienten tilgang til spesialisthelsetjenesten. Departementet ønsket å styrke pasientenes muligheter til å få sin helsetilstand vurdert ytterligere gjennom en rettighetsfesting i pasl.¹⁴² Det ble derfor inntatt en rett til vurdering i pasl. § 2-2.

Etter pasl. § 2-2 har pasient som henvises til sykehus eller spesialistpoliklinikk som omfattes av § 2-4, ”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.”

Nytt etter lovendringen i pasl. er at det i vurderingen må tas stilling til om pasienten omfattes av fristregelen i pasl. § 2-1 annet ledd. Det skal da eventuelt fastsettes en slik frist, jfr. pasl. § 2-2 annet ledd. Etter pasl. § 2-2 tredje ledd har pasienten rett til raskere vurdering ved ”mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom.”

Retten til vurdering er i utgangspunktet et pålegg til tjenesteyter i spesialisthelsetjenesten om å overholde fristen på maksimalt 30 virkedager, samtidig

¹⁴² Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 45

som fristen skal skape en trygghet og forventning blant pasientene om rask tilbakemelding.

Retten til vurdering gjelder for alle pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Plikten til å foreta en vurdering gjelder uavhengig av ressursituasjonen i spesialisthelsetjenesten. Det er altså ikke adgang til å ta hensyn til kapasitetsbegrensninger ved fristens overholdelse.

Det må foretas en vurdering av om det er nødvendig med helsehjelp. Det skal vurderes om pasienten har rett til helsehjelp etter pasl. § 2-1. Er dette tilfelle må pasientene gis status som rettighetspasient. I tillegg skal det for alle pasienter vurderes om de har behov for behandling, selv om dette ikke omfattes av pasl. § 2-1.

Både pasient og henvisende lege skal umiddelbart orienteres om resultatet av vurderingen; om diagnosen, om sykdommen er alvorlig og om behandlingsopplegget. Samtidig med en orientering av utfallet skal det gis opplysning om fremmøtedato for eventuell undersøkelse eller behandling. Dersom dette ikke er mulig, skal pasienten få beskjed om hvor lang tid det er aktuelt å måtte vente.¹⁴³

Det må vurderes i hvert tilfelle hvor lenge det er forsvarlig at pasienten venter med å få sin helsetilstand vurdert. Det kan derfor være mulig at det må foretas en vurdering lenge før det er gått 30 dager. Fristen på 30 dager er ment som en maksimumsfrist som gjelder i de tilfeller det er forsvarlig å la pasienten vente så lenge. Vurderingen forutsetter en medisinsk vurdering av pasienten, ikke kun en formell tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten.

Det beror på en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn om retten til vurdering er oppfylt i det enkelte tilfellet. Kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesten i hpl. § 4 og sphlsl. § 2-2 må veie tungt i vurderingen. Se gjennomgang av forsvarlighetskravet i punkt 7.6.

¹⁴³ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 45

8.1.2 Retten til vurdering for LAR- pasienter

Også LAR- pasienter har krav på å bli vurdert innen 30 dager jfr. pasl. § 2-2. Dette betyr at det innen 30 dager må det avgjøres om pasienten har krav på LAR. I praksis betyr dette at søknad om LAR fra sosialtjenesten må ferdigbehandles innen 30 dager fra den er mottatt. I Rundskriv I-8/2004 er det fastsatt at vurderingen om pasienter skal få tilbud om LAR ikke kan foretas av andre enn de godkjente LAR sentrene. I rundskrivet er det videre fastlagt at de regionale helseforetakene må sørge for en organisering når det gjelder vurdering av pasienter som er henvist til LAR. Det må sikres at det blir foretatt en helhetlig vurdering av hvilke behandlingstiltak disse bør tilbys. Videre må helseforetakene sørge for en organisering som sikrer at de som har rett til nødvendig helsehjelp, men som ikke blir tilbudt LAR, gis tilbud om annen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruket, eventuelt annen spesialisthelsetjeneste.¹⁴⁴ De regionale helseforetakene er her altså pålagt et særskilt ansvar for organiseringen av vurderingene. Disse pasientene har selvfølgelig på lik linje med alle andre etter pasl. § 2-2 rett til en forsvarlig vurdering.

8.2 Rett til fornyet vurdering

8.2.1 Generelt om "second opinion"

Det finnes en rett til fornyet vurdering i pasl. § 2-3. I følge denne bestemmelsen har pasienten rett til fornyet vurdering av sin helsetilstand etter henvisning fra allmennlege.

Retten til vurdering etter pasl. § 2-2 var som ovenfor nevnt en videreføring av bestemmelsen i den tidligere ventetidsforskriften. Retten til fornyet vurdering i pasl. § 2-3 ble derimot innført for første gang ved vedtakelsen av pasl. Retten til fornyet vurdering etter pasl. § 2-3 gjelder for spesialisthelsetjenesten. Retten oppstår på det tidspunktet pasienten har fått sin første vurdering etter pasl. § 2-2.

Retten til fornyet vurdering viser til den opprinnelige vurderingen foretatt etter pasl. § 2-2. Kravet om ny vurdering må være relatert til ønske om en fornyet vurdering av den første vurderingen av helsetilstanden. Bakgrunnen for et slikt ønske kan være at

¹⁴⁴ Jfr. Rundskriv I-8/2004 s 27

man er uenig i diagnosen eller av vurderingen av sykdommens alvorlighet eller uenig i behandlingsopplegget. Kravet vil også kunne fremmes ”for sikkerhets skyld”.¹⁴⁵

I pasl. § 2-3 er det ikke inntatt noen tidsfrist for avgivelse av fornyet vurdering. Det gjelder altså ikke her som i pasl. § 2-2 en 30 dagers frist.

Det er kun adgang til å kreve fornyet vurdering en gang per tilstand, jfr. pasl. § 2-3. Det er likevel adgang til å kreve fornyet vurdering av diagnosen og det foreslåtte behandlingsopplegget til denne diagnosen, hvis pasienten er usikker eller uenig i forhold til begge deler. Hva som er en tilstand eller forskjellige tilstander er ofte en faglig skjønnsmessig beslutning. Dette må avgjøres ved hver enkelt anmodning om ny vurdering. Begrensningen i retten til fornyet vurdering til en gang per tilstand er begrunnet ut i fra ressurs hensyn.¹⁴⁶

Videre er det et vilkår etter pasl. § 2-3 at allmennlegen er enig i at det er behov for at spesialisthelsetjenesten foretar en ny vurdering av pasientens tilstand. Dersom allmennlegen mener at det ikke finnes noen gode grunner til å foreta en ny vurdering, kan ikke pasienten kreve det. I forarbeidene er det nevnt som eksempel hvor pasienten har fått en grundig utredning og konklusjonene ikke er faglig tvilsomme, men hvor pasienten likevel har vanskelig med å forsones seg med diagnosen. Allmennlegen må ikke vektlegge utenforliggende hensyn ved beslutningen om å begrense pasientens rett til fornyet vurdering. Allmennlegen har kun adgang til å vektlegge medisinsk faglige forsvarlige hensyn.¹⁴⁷ Det er adgang til å sette spørsmålsteget ved ordningen med en utsiling av kravene om fornyet vurdering fra pasientene. Det tas altså ikke utelukkende hensyn til pasientens behov for en slik fornyet vurdering. Dette står i motsetning til det som er uttalt i forarbeidene om rett til fornyet vurdering for ”sikkerhets skyld”.¹⁴⁸

¹⁴⁵ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 47

¹⁴⁶ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 48

¹⁴⁷ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 48

¹⁴⁸ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 47

8.2.2 Rett til fornyet vurdering for LAR- pasient

I Rundskriv I-8/2004 er det regionale helseforetaket pålagt ansvaret med å foreta en organisering slik at retten til fornyet vurdering blir reell. Det er videre fastlagt at den nye vurderingen må skje ved et annet LAR senter enn det som foretok den opprinnelige vurderingen.

8.3 Valg av sykehus

8.3.1 Generelt om retten til valg av sykehus

Lik tilgang på helsehjelp er en av pasl. hovedformål, jfr. pasl. § 1-1. Retten til fritt sykehusvalg etter pasl. § 2-4 er med å sikre at befolkningen får lik tilgang til helsetjenester på tvers av geografisk og administrativ inndeling. Fritt sykehusvalg er også med å styrke pasienters selvbestemmelsesrett. Ved å ha adgang til å velge et sykehus som har ledig kapasitet, fører valgfriheten til en mer effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten og bedre service for pasientene.

Bestemmelsen i pasl. § 2-4 lyder: ”Pasienten har rett til å velge på hvilket sykehus eller distriktpspsykiatriske senter, eller behandlingssted i en slik institusjon, behandlingen skal foretas.”

Med fritt sykehusvalg menes innleggelser og polikliniske konsultasjoner innen sykehusets organisasjon. Helsedepartementet har lagt til grunn at poliklinikker som organisatorisk er en del av et sykehus omfattes av det frie sykehusvalget. Det gjelder selv om poliklinikkene fysisk sett er lokalisert utenfor sykehusområdet.¹⁴⁹

Hovedregelen er at det frie sykehusvalget gjelder fullt ut innen somatikken og psykiatrien. Ordningen er som utgangspunkt uavhengig av diagnose eller hva slags behandling som er aktuell for pasienten. Det er imidlertid uenighet i juridisk teori om det finnes et unntak i retten til fritt sykehusvalg ved øyeblikkelig hjelp. I lovforarbeidene står det uttrykkelig at retten ikke gjelder i øyeblikkelig hjelp-

¹⁴⁹ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 53 og Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) s 14

situasjoner.¹⁵⁰ Syse er enig i dette utgangspunktet, og mener at det frie sykehusvalget kun gjelder ved elektiv (planlagt) behandling. Han mener imidlertid at man også i øyeblikkelig hjelp- tilfellene, skal ta hensyn til en pasients eventuelle ønske om behandling ved annet sykehus.¹⁵¹ Kjønstad mener imidlertid at retten til å velge sykehus også gjelder i øyeblikkelig hjelp- situasjonene.¹⁵² Da LAR ikke er en behandlingsform i øyeblikkelig hjelp- situasjonen, se punkt 3.4.1, går jeg ikke nærmere inn på en drøftelse av dette unntaket.

Retten til fritt sykehusvalg foreligger fra det tidspunkt primærlegen foretar en henvisning av pasienten. Valgretten gjelder både undersøkelse, behandling og opphold. Pasienten har rett til å velge sykehus på alle trinn av behandlingen. I tillegg kan pasienten når som helst velge å skifte sykehus så lenge dette er medisinsk forsvarlig.¹⁵³

Det er uttrykkelig fastlagt i pasl. § 2-4 annet ledd at pasienten ikke kan velge nivået på behandlingen. Valgretten omfattes altså bare hvor den innvilgede behandlingen skal foretas.

Tidligere omfattet pasientenes valgrett kun offentlig sykehus. Fra 1. september 2004 er pasl. § 2-4 utvidet slik at pasientene også kan velge alle private sykehus som har avtale om fritt sykehusvalg med de regionale helseforetakene. Bakgrunnen for denne utvidelsen er å bedre utnyttelsen av den samlede kapasiteten i sykehussektoren.¹⁵⁴

8.3.2 LAR- pasienters rett til å velge sykehus

Spørsmålet er om LAR sentrene omfattes av ordningen med fritt sykehusvalg.

Etter rusreformen ansees LAR som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, jfr. sphsls. § 2-1 a nr. 5. Det er ikke naturlig å anse alle institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk for sykehus, selv om

¹⁵⁰ Jfr. Ot.prp nr. 63 (2002-2003) s 14-15 og s 20

¹⁵¹ Se Syse 2004 s 148

¹⁵² Se Kjønstad 2003 s 166

¹⁵³ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) s 15

¹⁵⁴ Jfr. Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) s 20

denne type behandling nå er spesialisthelsetjeneste. Bestemmelser som legger plikter på sykehus vil derfor bare gjelde ved tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk dersom disse er organisert som del av et sykehus.¹⁵⁵ LAR- sentrene er alle poliklinikker, og disse er organisert inn under regionale helseforetak. Det er helseforetakene som er arbeidsgiver for de ansatte ved sentrene.¹⁵⁶

Det må være avgjørende om poliklinikken organisatorisk sett er en del av et sykehus. LAR sentrene er underlagt helseforetakene, ikke sykehusene. Det kan derfor synes noe uklart om retten til fritt sykehusvalg også gjelder for LAR pasienter. Dette er derimot avklart fra Helsedepartementets side. I styringsdokumentet fra Helsedepartementet til helseforetakene for 2004 står det ”De regionale helseforetakene skal fra 1. januar 2004 praktisere en ordning der rusmiddelmisbrukere som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling, gis rett til fritt valg av behandlingssted tilsvarende retten etter pasientrettighetsloven § 2-4 til fritt valg av sykehus.”¹⁵⁷ Dette betyr at LAR- sentrene uansett vil omfattes av ordningen om fritt sykehusvalg.

Hva innebærer retten til fritt sykehusvalg etter pasl. § 2-4 for LAR- pasienter? Retten må innebære at LAR pasientene fritt kan velge ved hvilket LAR- senter i Norge de ønsker å motta behandlingen. For tiden er det ventetid på ca ett år fra man får godkjent søknaden til oppstart med behandling er mulig i MAR ØST. Hvis noen av de andre LAR sentrene har bedre kapasitet, har pasientene adgang til å velge et annet behandlingssted, jfr. pasl. § 2-4.

Som utgangspunkt innebærer LAR en plikt til å møte opp hver dag på poliklinikk. I praksis vil dette innebære at en pasient som ønsker et annet behandlingssted i landet, må flytte dit.

Det er mulig at slik flytting vil være vanskelig å få til. LAR krever et tett samarbeid mellom LAR- senter, sosialsenter og lege. Det er ikke sikkert at noen er villig til å ta på

¹⁵⁵ Jfr. Rundskriv I-8/2004 s 23, jfr. s 9

¹⁵⁶ Se punkt 2.6.2

¹⁵⁷ Se Styringsdokument for Helse Øst RHF 2004 s 12

seg ansvaret for pasienten. Det kreves ressurser fra sosialtjenesten for å følge opp pasienten. De fleste pasientene vil være avhengige av økonomisk bistand til bolig og annet livsopphold. I tillegg vil deltakelse rundt en LAR- pasient være tidkrevende. Siden sosialtjenesten ligger på kommunalt nivå, vil det kunne tenkes at det i en presset kommuneøkonomi ikke er anledning til å ta på seg et slikt oppfølgingsansvar i. Det er derfor mulig at retten til fritt sykehusvalg vil være svært vanskelig å gjennomføre. Det finnes foreløpig ikke noen eksempler på hvordan valgetten har blitt praktisert for denne gruppen. Det er stor fare for at dette er en rettighet uten realitet for LAR pasienter.¹⁵⁸

For øyeblikket finnes det ingen private tjenesteytere som tilbyr LAR- behandling. Helseforetakene har ikke noen de kan kjøpe plasser av til disse pasientene. Utvidelsen av pasl. § 2-4 til også å gjelde private tjenesteytere har derfor foreløpig ikke noen betydning for denne pasientgruppen. I fremtiden er det ikke utenkelig at det vil dukke opp private tjenesteytere. Det er i hvert fall klart at det er et økende behov for denne type behandling og at de offentlige sentrene har sprengte rammer.

8.4 Rett til individuell plan

8.4.1 Generelt om individuell plan

Reglene om individuelle planer har sin begrunnelse i hensynet til de grupper som på tross av stort hjelpebehov blir gående uten tilfredsstillende tilbud.

Sphlsl. § 2-5 pålegger helseforetakene en plikt til å utarbeide individuelle planer i visse tilfeller. Det finnes også bestemmelser om plikten til å utarbeide individuell plan; for kommunehelsetjenesten i khl. § 6-2 a, for institusjoner innenfor psykisk helsevern i phlsvl § 4-1, og for sosialtjenesten i sostjl. § 4-3 a. Disse pliktbestemmelsene korresponderer med pasl. § 2-5. Pasl. § 2-5 er utformet som en rettighetsbestemmelse; pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til en individuell plan.

For å få utarbeidet individuell plan er det et vilkår at pasientene har behov for

¹⁵⁸ Jfr. Utvidet nasjonalt møte 2. september 2004 på MAR ØST, plenumsdiskusjon

langvarige og koordinerte helsetjenester, se pasl. § 2-5 og sphlsl. § 2-5. Det er altså ikke alle pasienter som er i kontakt med spesialisthelsetjenesten som har krav på å få utarbeidet en slik plan.

De individuelle planene var tilsiktet personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater, som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, trenger særskilt oppmerksomhet og særskilte tiltak fra tjenesteyterne. Departementet fremhevet psykiatriske langtidspasienter, psykisk utviklingshemmede, en del fysisk funksjonshemmede med rehabiliteringsbehov og andre kronisk syke som noen målgrupper. Formålet med bestemmelsen er å få til en mer langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til pasienter som har behov for tjenester av et visst omfang.¹⁵⁹

Hensynet bak avgrensningen til langvarig og koordinerte tjenester, er et ønske om å unngå byråkratisering og unødvendig ressursbruk i helsetjenesten. Kravet om langvarige tjenester tilsier et behov over et visst tidsintervall. Dette behovet må ikke nødvendigvis være livsvarig eller over et bestemt antall år. Koordinerte tjenester må forstås som behov for to eller flere helsetjenester. Tjenestene kan være fra samme eller forskjellige instanser. I tillegg kan behov for helsehjelp sammen med andre type tjenester, oppfylle kravet til koordinerte tjenester.¹⁶⁰

Retten innebærer en rett til å få utarbeidet en individuell plan, men ingen rett til selve innholdet i planen. Retten til individuell plan vil være en vag og uklar rettighet blant annet fordi innholdet i planene vil være forskjellig alt etter som hvilket tiltak den aktuelle personen har krav på. Videre er en individuell plan ikke et rettslig bindende vedtak. Det følger av dette at det i utgangspunktet ikke er mulig å klage på innholdet i planen.¹⁶¹ Det må derfor antas at retten til individuell plan er en rettighet med ganske begrenset rekkevidde.¹⁶²

¹⁵⁹ Jfr. Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) s 43

¹⁶⁰ Se Kjellebold 2002 s 19

¹⁶¹ Jfr. Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) s 44

¹⁶² Se Kjønstad 2003 s 168

For nærmere bestemmelser om utarbeidelse av individuelle planer må vi gå til 2001-06-08 nr 676: Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen. Denne forskriften gjelder for utarbeidelse av individuelle planer etter de tre nevnte helselovenes bestemmelser, jfr. forskriftens § 1.

Det går fram av forskriftens § 3 andre ledd at denne planen ikke gir pasienten større rett til helsehjelp enn det som følger av det øvrige regelverket. I tillegg må arbeidet med planen i henhold til forskriften § 5 andre ledd koordineres. Det skal kun utarbeides én plan for hver pasient, og denne skal omfatte behovet for tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten samt sosialtjenesten.

Det nærmere innholdet i planen er regulert i forskriftens § 6. I denne er det listet opp følgende hovedpunkter som skal med i planen:

- a) en oversikt over pasientens mål, ressurser og behov for tjenester
- b) en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c) en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d) en oversikt over hva pasienten, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e) en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f) en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g) en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h) pasientens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakerne i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i) en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

I henhold til forskriftens § 9 kommer pasl. kapittel 7 til anvendelse ved klage på rett til individuell plan. Etter denne bestemmelsen er det adgang til klage på at det ikke blir

utarbeidet en individuell plan, men ikke å klage på planens innhold. Jeg kommer tilbake til en fremstilling av reglene i pasl. kapittel 7 i det følgende.

8.4.2 Individuell plan i LAR

Har LAR pasienter krav på individuell plan?

Som tidligere nevnt ansees LAR som tverrfaglig spesialisert behandling etter sphsl. § 2-1 a nr. 5. Som en konsekvens av dette har pasientene de rettigheter som bla. pasl. og sphsl gir dem. Hvis vilkårene i sphsl. § 2-5 ansees oppfylt, gjelder retten til individuell plan også for denne gruppen pasienter.

Spørsmålet er derfor om LAR- pasienter har behov for langvarig og koordinerte tjenester. LAR er som tidligere nevnt organisert som et langvarig tilbud. Som hovedregel ansees dette nå som en livslang behandlingsform. Det er i tillegg mange tjenesteytere som kan være involvert i LAR. Både sosialtjenesten og primærhelsetjenesten deltar i oppfølgingen av pasienten. Ofte er i tillegg for eksempel trykkesvesen eller psykiatrien involvert i opplegget rundt pasienten. For å kunne følge opp og koordinere LAR på en god måte er derfor utarbeidelse av en individuell plan et viktig verktøy. LAR- pasienter passer inn i den målgruppen som opprinnelig var tiltenkt individuelle planer. Denne pasientgruppen har på bakgrunn av dette en rett til å få utarbeidet individuell plan etter pasl. § 2-5 og sphsl. § 2-5. At denne pasientgruppen har krav på individuell plan bekreftes i rundskriv I-8/2004.¹⁶³

Det neste spørsmålet blir når retten til den individuelle planen inntreffer. Har man krav på utarbeidelse av en slik plan allerede på søknadstidspunktet, eller er det kun de pasientene som tilbys LAR som har krav på utarbeidelse av en slik plan? I Rundskrivet I-8/2004 sies det at det er de pasienter som tilbys LAR, som har krav på individuell plan. Dette betyr at man ikke har krav på å få utarbeidet planen på søknadstidspunktet eller på vurderingsstadiet.

I LAR- systemet er det slik at sosialtjenesten, som er innsøkende instans, må utarbeide

¹⁶³ Se Rundskriv I-8/2004 s 27

en plan sammen med søknaden for søkeren. Dette er fastlagt i Rundskriv I-5/2003, jfr. Rundskriv I-35/2000. Denne planen omtales som en tiltaksplan for et helhetlig rehabiliteringsopplegg. Det er ikke fastlagt noe om utarbeidelse av individuell plan etter at pasientene har blitt tilbudt plass i LAR i disse rundskrivene. Tiltaksplanen derimot er av samme type planarbeid.

Det er ikke uttrykkelig fastlagt hvem som har hovedansvaret for å utarbeide individuell plan når det gjelder LAR. Både helseforetaket og sosialtjenesten har plikt etter henholdsvis sphlsl. § 2-5 og sostjl. § 4-3 a. Det foregår nå en revurdering av forskriften om individuelle planer for å innarbeide sosialtjenestens ansvar for utforming av slik plan i forskriften. Dette vil bli avgjørende for hvordan man skal løse retten til individuell plan for de pasientene som innlemmes i LAR. Det er uvisst om ansvaret for å utarbeide slik plan vil bli delt mellom helseforetaket eller sosialtjenesten eller om en av disse vil bli pålagt et hovedansvar. I forslaget som er ute på høring, er det foreslått at alle har et like stort ansvar for planarbeidet i forskriftens § 4. Delt ansvar kan føre til at ingen i stor nok grad tar på seg ansvaret for planarbeidet.

8.5 Pasientens rett til medvirkning

8.5.1 Generelt om medvirkning

Retten til medvirkning er utformet ut i fra respekten for den enkelte pasients liv og integritet. Pasientens medvirkningsrett må sees i sammenheng med en effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten. Det kan tenkes motsetninger mellom pasientens ønske og hensynet til en effektiv ressursbruk, både i forhold til pasienten selv og andre som har behov for helsetjenester. Det fremheves i lovforarbeidene at medvirkning er viktig for å oppnå gode resultater for pasientene. I tillegg er medvirkning i form av tilbakemelding fra pasientene på tjenesteytelsen, viktig i et kvalitetssikringsperspektiv.¹⁶⁴

”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen.”, jfr. pasl. § 3-1

¹⁶⁴ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 65

første ledd første punktum. I henhold til pasl. § 3-1 første ledd siste punktum skal medvirkningens form ”tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” Graden av medvirkning vil variere i forhold til hva som er praktisk mulig ut i fra pasientens tilstand og hvor komplisert helsehjelpen er. Desto mer faglig kompetanse som kreves, desto mindre reell medvirkning har pasienten. Retten til medvirkning må derfor tilpasses den enkeltes pasients individuelle forutsetninger.¹⁶⁵

I henhold til pasl. § 3-1 første ledd annet punktum har pasienten ”rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.” Pasienten har etter denne bestemmelsen ikke en ubegrenset rett til å velge den metoden vedkommende ønsker. Pasienten har derimot en rett til å medvirke ved valg mellom likeverdige behandlingsmetoder, alle hensyn tatt i betraktning. Ved flere alternative metoder er pasientens ønske et hensyn som skal vektlegges, men dette er ikke avgjørende. Helsepersonellet har adgang til å velge en annen behandlingsmetode. Det er i vurderingen adgang til å legge vekt på blant annet hva som er den medisinske beste metoden og hensynet til kostbarheten.¹⁶⁶

8.5.2 Medvirkning i forhold til behandling av rusproblemet

Ved helsehjelp for å behandle et rusproblem er det viktig å ha medvirkning fra pasienten selv. For å klare å slutte med rusbruk må man være motivert som pasient. Behandling av rusmiddelavhengighet skiller seg fra for eksempel behandling av hjerteinfarkt. Det er klart at en pasient i et slikt tilfelle også må medvirke. Det kan hende at pasienten må legge om livsstilen for å få et godt nok behandlingsresultat. Ved selve operasjonen er derimot pasienten en passiv mottaker av helsehjelpen.

Ved behandling av et rusproblem er situasjonen en helt annen. Her er det personen selv som må ta tak i store deler av helseproblemet. Medvirkning er sånn sett en viktig faktor for hvor vellykket behandlingen viser seg å bli. Det er ikke dermed sagt at pasienten selv får velge hvilken behandling av rusavhengigheten som skal benyttes. Det er selvsagt viktig å vektlegge hva pasienten er motivert for ved valg av behandling. Men

¹⁶⁵Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 65-66

¹⁶⁶ Jfr. Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) s 66

hvis pasienten mener LAR er det beste alternativet, er ikke dette alene avgjørende. Pasienten må uansett oppfylle kriteriene for inntak.

Når en pasient er innlemmet i LAR, kan det stilles spørsmål ved hvilken medbestemmelsesrett pasienten har for eksempel i forhold til medisinerer. Slik det fungerer ved LAR starter de fleste opp på Subutex. Dette er begrunnet ut i fra medisinske hensyn, da det er mindre sjanser for overdoser med dette medikamentet enn ved metadon i oppstartsfasen.

Det blir hele tiden foretatt en evaluering av pasientenes medisinerer pga. individuelle variasjoner. Det kan for eksempel være litt variasjon i hvilken dosering som er riktig i forhold til den enkelte. Det må hele tiden foretas en konkret medisinsk vurdering av hvilket medikament som skal benyttes av Subutex, Subuxone eller metadon. Det er for eksempel adgang til å nekte pasienten metadon istedenfor Subutex, hvis det ikke er medisinsk forsvarlig å overføre pasientene til metadon. Er det derimot ingen medisinske hensyn som taler i mot en overgang til metadon, blir situasjonen en annen. Pasientens rett til medvirkning etter pasl. § 3-1 bør da veie tungt i forhold til valg av medikament. Det er pasienten selv som har den konkrete opplevelsen av hvordan medisinerer fungerer på ham eller henne. Det er derfor viktig at også pasientens ønsker blir lyttet til.

9 Drøftelse av legemiddelassistert rehabilitering

9.1 En drøftelse av den eksisterende ordningen

LAR har som vist i kapittel 6 strenge inntakskriterier. LAR- modellen er en høyterskelmodell med større fokus på rehabilitering enn i andre land.

Reguleringen av LAR finnes som nevnt både i generell lovgivning og rundskriv. Det er flere uheldige rettslige konsekvenser av at det eksisterer to parallelle systemer.¹⁶⁷

I tillegg til de rettsikkerhetsmessige problemene med en slik regulering, er det også betenkelig at man skiller ut LAR fra annen helsehjelp. Et av hovedtrekkene ved ordningen er som gjennomgått de utformede kriterier for å motta denne form for helsehjelp. Hva er grunnene til at man har valgt å ha en egen regulering av dette feltet? Finnes det noen hensyn som kan forsvare en slik særordning? Disse problemstillingene drøftes i det følgende.

LAR- reguleringen må blant annet ses på bakgrunn av Norges restriktive narkotikapolitikk som er gjennomgått i grove trekk i kapittel 2. Det eksisterer ikke et liberalt klima i Norge når det gjelder håndtering av narkotikaproblematikk. Det er i dette lys man må se både organiseringen av LAR og den strenge kontrollen i LAR.

I det narkotikapolitiske klimaet i Norge er man opptatt av at metadon ikke skal være et ”statsdop”. Det skal ikke være for enkelt å få tak i medikamenter i Norge. Metadon eller andre legemidler skal ikke bli brukt som et ledd i administrering av rusbruk. Mennesker som ikke er motivert for behandling, skal ikke motta metadon i tillegg til å fortsette ruskarrieren. Det er blitt hevdet at økt tilgang til medikamenter kan føre til en større aksept av rusbruk, noe som igjen kan føre til økt rekruttering til narkotikabruk.

¹⁶⁷ Se punkt 6.8

I Norge har man lagt vekt på at behandlingen skal inneholde en stor grad av psykososial oppfølging. Man anser ikke medikamentbruken i seg selv å gjøre pasienten frisk, men man tar sikte på en funksjonsbedring gjennom medisineren. Denne funksjonsbedringen skal føre til at man kan starte med psykososiale tiltak. Man har i Norge derfor valgt en modell som har et sterkt fokus på rehabilitering, i motsetning til å være rent skadereduserende.

Bakgrunnen for at ikke alle som ønsker det får LAR, er at man i Norge søker å unngå en øket medikalisering. Det er hensynet til dette som gjør at man har valgt en høyterskelmodell i Norge. Mange mener at løsningen på narkotikaproblemer ikke nødvendigvis finnes innenfor medisin. Man ønsker å unngå en konvertering av sosiale problemer til bare å bli helsemessige problemer. Det råder fortsatt en positiv holdning til de medikamentfrie behandlingstilbudene i Norge.

Det er påpekt fra en del leger at det er viktig å ikke ha en for overdreven tro på de forskjellige medikamentene som benyttes ved substitusjonsbehandling. Budskapet fra disse legene er at medikamentet ikke i seg selv løser rusproblemet. Se for eksempel artikkel av Aud L. Krook om Subutex¹⁶⁸ og uttalelser fra Helge Waal om Subuxone.¹⁶⁹

Det er dokumentert at LAR bidrar til å redusere kriminalitet og bruk av illegale rusmidler. I følge statistikk fra KRIPOS har det vært en nedgang i narkotikarelaterte dødsfall i Norge fra 338 i 2001 til 172 i 2003. I Oslo har det vært en uheldig utvikling så langt i 2004. I forhold til 53 registrerte overdosedødsfall i Oslo i 2003, er det registret 60 overdoser med dødelig utgang så langt i 2004.¹⁷⁰

Det er et visst sammenfall mellom økt satsning på LAR og reduksjon av overdosedødelighet. Man skal likevel være forsiktig med å trekke slutninger på bakgrunn av et slikt tallmateriale. Kritikerne av LAR- systemet i Norge har særlig påpekt at det er for vanskelig å få innvilget metadon. Det kan hevdes at man har en plikt

¹⁶⁸ Se Tidsskriftet for den norske Lægeforening nr. 30/2002 s 2925-6

¹⁶⁹ Se Aftenposten 6. april 2004

¹⁷⁰ Statistikk fra Oslo kommune, Rusmiddeletaten per 28.september 2004

til å gjøre LAR lettere tilgjengelig for å redde liv.

Kritikerne av den nåværende ordningen har hevdet at man ikke bør skille LAR ut som en særomsorg ved siden av det resterende helsetilbudet. De stiller spørsmål ved hvorfor ikke denne behandlingsformen er regulert som annen helsehjelp. Syse og Christie har et ønske om at stoffbrukere skal behandles som vanlig syke, på vanlig måte av det vanlige helsevesen.¹⁷¹ Samtidig er det de som mener at LAR bør være en særomsorg, fordi pasientene har spesielle behov og krever tett oppfølging.

De strenge inntakskriteriene, oppfølgingen i form av overvåking og kontroll og utskrivningskriteriene er også utsatt for sterk kritikk. Det er et veldig sterkt formyndersk preg over ordningen. Aslak Syse og Nils Christie omtaler de regionale LAR sentrene som ”Metadontilsynet” og mener de regionale senterne er tillagt for mye makt.¹⁷²

Videre er mange i mot at legene er fratatt retten til å drive vedlikeholdsbehandling, og at adgangen til å drive slik behandling i ventetid på oppstart av behandling er snever.¹⁷³ Flere har hevdet at det er bedre med en modell hvor hver enkelt lege, ut i fra en medisinsk faglig vurdering, tar avgjørelsen om substitusjonsbehandling er det riktige for pasienten.

I 2004 ble det framsatt et privat lovforslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hansen om en tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering.¹⁷⁴ Forslaget fra representantene gikk ut på å be Regjeringen utrede hvordan det kan legges til rette for at fastlegene gis rett til å avgjøre om pasientene skal tilbys LAR. I behandlingen av denne saken i sosialkomiteen gikk flertallet inn for å avvise dokument 8 forslaget. Flertallet i sosialkomiteen fattet vedtak hvor de ber Regjeringen legge fram en plan for å øke kapasiteten i behandlings- og

¹⁷¹ Se artiklene i Aftenposten 13. november 2001 og 10. januar 2002

¹⁷² Se Aftenposten 13. november 2001 og 10. januar 2002

¹⁷³ Se punkt 6.2

¹⁷⁴ Jfr. Dokument nr. 8:56 (2003-2004)

rehabiliteringstilbudet til rusmiddelmissbrukere i statsbudsjettet for 2005.¹⁷⁵ (Se nærmere punkt 2.4.2). Det ble fattet vedtak i overensstemmelse med sosialkomiteens innstilling i møte i Stortinget 9. juni 2004. Det private forslaget ble altså avvist. Det er derfor for tiden ikke flertall i Stortinget for å endre organiseringen av LAR slik at inntak i behandling flyttes fra de regionale senterne til fastlegene.

Etter hvert som LAR har blitt etablert og utvidet, har også fastlegene fått et økt ansvar for å følge opp pasientene i slik behandling og overta disse ved overføring til lokalt opplegg. I mange deler av landet er LAR organisert som en desentralisert modell. Man har et sentralisert inntaksorgan, men selve behandlingen foregår i desentraliserte opplegg, med tett samarbeid mellom sosialtjeneste og fastlege. Det finnes gode resultater med denne modellen.¹⁷⁶ Etter hvert har flere fastleger fått kompetanse om LAR. Det hevdes likevel at det er behov for spesialkompetanse om LAR, og at det derfor er viktig å ha regionale sentre og et nasjonalt kunnskapssenter, hvor slik spesialkompetanse kan utvikles.

Presidenten for Legeforeningen har hevdet at det er gunstig å beholde de regionale LAR sentrene med spesialisert kunnskap. Han hevder at sentrene i langt større grad enn fastlegene har ressurser og muligheter til å etablere et opplegg rundt hver pasient. Legeforeningen har uttalt at den er enig i at det er senterne som skal foreta den formelle godkjenningen av inntak, men at fastlegen kan involveres i større grad etter godkjenning, enn hva som nå er tilfelle. Legeforeningen mener det er viktig å ha tilgang på spesialkompetanse når fastlegenes kompetanse ikke strekker til.¹⁷⁷

Det har underveis vært vanskelig å få fastleger til å delta aktivt i oppfølging av pasienter. Dette har bedret seg, men fremdeles kan en rusmiddelavhengig ha store vansker med å få god nok hjelp av sin fastlege. Det er derfor blitt hevdet at rusmiddelavhengige i mange henseender er tjent med å bli behandlet i en særomsorg, fordi de er en så belastet gruppe med så store vansker. Pasientene passer ofte ikke inn på

¹⁷⁵ Jfr. Inst. S. nr. 211 (2003-2004)

¹⁷⁶ Se rus & avhengighet nr. 6 2000 8-12

¹⁷⁷ Se Tidsskrift for den norske Lægeforening nr. 11/2004 s 1559

et legekantor.¹⁷⁸ I tillegg er det blitt påpekt en frykt for at det vil skorte på den psykososiale oppfølgingen av pasientene hvis LAR i for stor grad blir overlatt til fastlegene.

Den oppfølging pasientene får i det eksisterende metadontilbudet, er blitt utsatt for kritikk. I de store byene er det påpekt at det er for lite tilbud ved siden av medisineren av pasienten. I MAR ØST er det prioritert å få flere i behandling, slik at den lange ventetiden kan reduseres noe. Dette har igjen ført til en dårligere oppfølging av den enkelte, fordi man er i en presset ressursituasjon.¹⁷⁹ Også oppfølgingen av de pasientene som er overført til bydel er blitt utsatt for kritikk. Det er påpekt at sosialtjenestene i bydelene verken har penger, tid eller tilbud til psykososial oppfølging.¹⁸⁰ Det er viktig at kommunene kan gi denne pasientgruppen et godt tilbud.

I slutten av oktober 2004 åpnet et nytt tilbud til metadonbrukere, "Villa MAR", i regi av Sagene bydel. Dette skal være et aktivitetshus, hvor brukerne i tillegg til medisineren, får et utvidet tilbud. Foreløpig er det bare Sagene bydel som har igangsatt et utvidet tilbud til metadonbrukere. Et tilbud om aktiviteter i hverdagen, er ønsket av brukerne selv.¹⁸¹

At det eksisterer utskrivningskriterier i LAR er blitt kritisert. Å ta fra noen helsehjelp er svært betenkelig. Når en pasient først er innvilget LAR, eksisterer det et behov for denne hjelpen. Å frata helsehjelp som pasienten har behov for, strider med annen regulering av retten til helsehjelp. I tillegg kan det hevdes at utskrivningskriteriene i seg selv er urimelige fordi de stiller for strenge krav til pasientene. Man kan hevde at det ikke bør være noe problem å forholde seg til retningslinjene. Det er bare for pasientene å unnlate å ruse seg og slutte å begå narkotikakriminalitet. Likevel vet man at dette dreier seg om mennesker som ikke har kjent noe annet liv, og som er svært nedkjørte. Noen pasienter kan ha store problemer med å slutte helt å ruse seg. Videre kan

¹⁷⁸ Se Tidsskriftet for den norske Lægeforening nr 29/2000 s 3596

¹⁷⁹ Se Dagsavisen 23. mai 2004

¹⁸⁰ Se Aftenposten 13. oktober 2003

¹⁸¹ Se Aftenposten 29. oktober 2004 s 32

kriminalitet ha vært en stor del av hverdagen, og det kan hende det er vanskelig å bli helt lovlydig. Er det mulig å forvente så mye av alle pasientene? Uansett kan det stilles store spørsmål ved at slike forhold skal ha den konsekvens at pasienten fratras sin helsehjelp. Se nærmere redegjørelsen om utskrivingskriteriene i punkt 6.7.

Det er blitt reist spørsmål om hva man skal gjøre med de menneskene som faller ut av behandlingsopplegget. Det er en del pasienter som blir skrevet ut mot sin vilje hvert år. I 2002 ble 48 pasienter fratatt medikamentet sitt i LAR- systemet.¹⁸² For mange pasienter kan LAR innebære et alt for strengt regime. Det er ikke alle som passer inn i dagens LAR- system. Likevel er det mange som kan klare å bedre tilstanden sin betraktelig selv om de ikke klarer å slutte helt med rusbruken. Det finnes per i dag ikke noe lavterskeltilbud til de pasienter som faller ut av LAR. Helge Waal har etterlyst et slikt opplegg for de som faller utenom.¹⁸³ En forbedring av livssituasjonen er i seg selv grunn til å yte helsehjelp, selv om man ikke oppnår det fullt ønskelige resultatet av behandlingen. En mer fleksibel modell, hvor man kan tilpasse kravene til den enkelte, er derfor ønskelig.

Det foretas mye forskning innenfor LAR, både internasjonalt og nasjonalt. Ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo forskes det på å medisinere unge som har opiatproblemer, men som ikke har en lang ruskarriere. Spørsmålet er om medisinering med Buprenorfin i en kortere periode, er vellykket behandling. Dette vil være en ny måte å se LAR på i Norge, med større preg av lavterskel, og ikke som en livslang behandlingsform. Tanken er at unge skal fanges opp og behandles, slik at de ikke blir tunge misbrukere.

Helsedepartementet har satt i gang en evaluering av LAR. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utlyse en del av evalueringen med et kvalitativt og prosessorientert fokus. Utgangspunktet for denne evalueringen er hvorvidt rehabiliteringsarbeidet i kommunene fungerer etter intensjonene.¹⁸⁴ I tillegg skal man se nærmere på regionale

¹⁸² Jfr. Aftenposten 14. oktober 2003

¹⁸³ Se rus & avhengighet nr 3 2000 s 33

¹⁸⁴ Jfr. Årsmelding fra Sosial- og helsedirektoratet 2003

forskjeller, og eventuell ulik tolkning av retningslinjene for LAR.

Sirkuleringsproblematikken, dvs. hvordan arbeidet med å få overført pasienter til lokalt opplegg fungerer, skal også evalueres.¹⁸⁵

Denne evalueringen skal foreligge for Sosial- og helsedirektoratet i november 2004. De skal på grunnlag av denne evalueringen vurdere gjeldende regelverk på nytt, og eventuelt fremme forslag om endringer overfor Helsedepartementet. Etter at slik faglig tilråkning er avlevert, vil Helsedepartementet vurdere dagens regelverk for LAR. Hvilke endringer som vil bli foretatt, er uvisst. Direktoratet var som tidligere nevnt allerede for to år siden klar i sin uttale om at ordningen må lovfestes hvis den skal bestå i sin någjeldende form.

9.2 Avsluttende egne bemerkninger

LAR kan for mange pasienter være en god løsning. Siden LAR i utgangspunktet er en livslang behandlingsform, mener jeg likevel det er riktig å kreve at andre muligheter først er forsøkt. Er det mulig å få pasienten rusfri uten LAR, er dette gunstigere både ut i fra hensynet til samfunnet og pasienten selv. Samfunnet vil spare kostnader og pasienten slipper å være avhengig av å motta helsehjelp livet ut. Pasienten må så lenge vedkommende er i LAR, forholde seg til et behandlingsregime. Det er en del av rusmiddelavhengige selv som ikke ønsker denne type behandling, nettopp fordi man ikke ønsker å bruke medisin livet ut.

Jeg mener likevel det kan være grunn til å vektlegge pasientens motivasjon for å starte opp med LAR, i større grad enn det inntakskriteriene gir rom for i dag. Motivasjon må være helt grunnleggende for å lykkes i behandlingen.

I tillegg tror jeg en utvidelse av LAR til et lavterskel- tilbud for de tyngste opiatavhengige, kan redde liv. LAR av kortvarig art til unge, kan muligens hindre at disse havner ute på kjøret. Det er imidlertid viktig å ikke ha en for stor tro på

¹⁸⁵ Jfr. rus & avhengighet nr. 3 2004 s 32

medikamentets virkning. Det er klart at rusproblemer ofte er svært sammensatte og kompliserte. Medisinering av opiatavhengigheten, fører ikke nødvendigvis til fullstendig rusfrihet. De fleste vil nok ofte også ha et sterkt behov for tett psykososial oppfølging.

Videre må den lange ventetiden for å starte opp med LAR reduseres. Det er uakseptabelt at pasientene må vente opp mot et år på denne type behandling. En ytterligere utbygging kan være ønskelig, men det bør ikke gå på bekostning av andre hjelpetiltak for rusmiddelavhengige.

Det viktigste i forhold til den rettslige reguleringen av LAR, er å foreta en regulering av LAR i forskrift. Slik ordningen er i dag, innebærer LAR en for stor regulering gjennom rundskriv. Jeg mener det er uholdbart for disse pasientenes rettsikkerhet å ha inntakskriterier og utskrivningskriterier i rundskrivs form.

Det er imidlertid mye som tyder på at LAR feltet behøver en særskilt regulering. Pasientene har så mange individuelle behov og krever så tett oppfølging, at det er mye som tyder på at en særomsorg er mer til gagn enn belastning for den enkelte pasient. Videre tror jeg mange leger kvier seg for å ta ansvar for denne typen behandling. Jeg synes derfor en modell med regionale LAR- sentre, med motiverte leger som har spesialkompetanse er fordelaktig. I tillegg er det verdifullt å ha et nasjonalt kompetansesenter som bistår de regionale senterne og fastlegene.

Jeg er usikker på det kontrollnivå som finnes i behandlingsapparatet alltid er nødvendig. Brudd på behandlingsregimet bør som utgangspunkt ikke føre til utskrivning. Så lenge ytelsen av helsehjelpen er forsvarlig, mener jeg at man ikke skal kunne frata pasienter medisinen.

Rusmiddelavhengige er gjennom lovgivning gitt en rekke rettigheter i forhold til helse- og sosialtjenesten. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved realiteten av disse rettighetene. Denne pasientgruppen har muligens dårlig kunnskap om sine rettigheter. Mange rusmiddelavhengige har ofte nok med å komme seg gjennom dagen. Det kan ikke forventes at de fleste av målgruppen til LAR klarer å orientere seg i forhold til sin

egen rettighetsposisjon. I tillegg kan det tenkes at det for en slik pasientgruppe vil være svært krevende å påberope seg sine rettigheter. At rusmiddelavhengige nå har en rekke pasientrettigheter, er en sannhet med modifikasjoner.

10 Litteraturliste

Bachs LC, Bramness JG, Waal H *Buprenorfin i legemiddelassistert rehabilitering – Hva vet vi i dag?* Oslo 2001 ISBN 82-91049-33-5.

Befring, Anne Kjersti og Ohnstad, Bente *Helsepersonelloven – med kommentarer* Fagbokutvalget Vigmostad & Bjørke AS 2001 2. utgave ISBN 82-7674-759-0.

Bernt, Jan Fridthjof og Rasmussen Ørnulf *Frihagens forvaltningsrett Bind I* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2003 ISBN 82-7674-830-9.

Bruun, Kjetil og Christie, Nils *den gode fiende* Universitetsforlaget 2003 3. utgave ISBN 82-15-00360-5.

Eskeland, Ståle *Lov om pasientrettigheter* Ad Notam forlag AS 1992 ISBN 82-417-0130-6.

Forbrukerrådet *Pasientrettigheter* Universitetsforlaget 1983 2.opplag ISBN 82-00-06951-6.

Frantzen, Evy *Metadonmakt* Universitetsforlaget 2001 ISBN 82-15-00171-8.

Gurrik, T, Haga W, Hole R, Spillhaug G, Waal H *MAR I NORGE; UTVIKLING UTFORDRINGER OG PERSPEKTIVER* Notat vedtatt som grunnlag for planarbeid av nasjonalt kontaktmøte for MAR- regionene Bergen 29-30 november 2002.

Kjellevoid, Alica *Retten til individuell plan* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2002 ISBN 82-7674-854-6.

Kjønstad, Asbjørn *Helserett* TANO A.S. 1987 2.opplag ISBN 82-518-2313-7

Kjønstad, Asbjørn *Kompendium i helserett* Gyldendal Norsk Forlag AS 2003 ISBN 82-05-32728-9.

Kjønstad A, Bernt J F mfl. *Sosial trygghet og rettssikkerhet - under sosialtjenesteloven og barneverntjenesteloven* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2000 2. utgave ISBN- 82 7674-628-4.

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak (red.) *Helseprioriteringer og pasientrettigheter* Ad Notam Gyldendal AS 1992 ISBN 82-417-0177-2.

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak *Helserettslige emner Rett til helsehjelp Taushetsplikt og informert samtykke Sinnslidende og psykisk utviklingshemmete* Ad Notam Gyldendal 1994 ISBN 82-417-0417-8.

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak. *Velferdsrett I Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* Gyldendal Norsk Forlag AS 2001, 2.utgave ISBN 82-417-1147-6.

Kjønstad, Asbjørn og Syse, Aslak mfl. *Velferdsrett II De sosiale tjenestene* Ad Notam Gyldendal 1999 ISBN 82-417-0998-6.

Syse, Aslak *Pasientrettighetsloven med kommentarer* Gyldendal Norsk Forlag AS 2004, 2. utgave ISBN 82-05-31546-9.

Offentlige publikasjoner

NOU 1987: 23 *Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste*

NOU 1992: 8 *Lov om pasientrettigheter*, Sosialdepartementet, ISBN 82-583-0253-1

Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005, Sosialdepartementet, U-9/2002

NOU 1997: 18 *Prioriteringer på ny- Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste*

St. prp. nr 1 (2004-2005) *Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjetterminen 1. januar - 31. desember 2005* Tilrådning fra Finansdepartementet av 1. oktober 2004, godkjent i statsråd samme dag.

St.meld. nr. 16 (1996-97) *Narkotikapolitikken*

Ot.prp. nr. 10 (1998-1999) *Om lov om spesialisthelsetjenesten m m.*

Ot.prp. nr. 12 (1998-1999) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*

Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonellloven)*

Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmissbrukere).*

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).*

Ot.prp. nr. 63 (2002-2003) *Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Innst. O. nr. 91 (1998-1999) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*

Innst. O. nr. 4 (2003-2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. Og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)*

Innst. O. nr. 23 (2003-2004) *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Innst. O. nr. 104 (2003-2004) *Innstilling til Odelstinget fra justiskomiteen*

Besl. O. nr. 5 (2003-2004) *Lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*

Besl. O. nr. 23 (2003-2004) *Lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*

Referat fra Odelstinget, Møte tirsdag den 11. november 2003, Sak nr. 5.

Dokument nr. 8:56 (2003-2004) *Privat forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hanssen.*

Innst. S. nr. 211 (2003-2004) *Innstilling til Stortinget fra sosialkomiteen Dokument nr. 8:56 (2003-2003)*

Referat fra Stortinget Møte onsdag den 9. juni 2004, Sak nr. 5 *Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene John I. Alvheim og Bjarne Håkon Hanssen om tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering*

Vedtak Nr. 414 og Nr. 415 om Dokument nr. 8:56 (2003-2004)

Rundskriv:

Rundskriv IK-15/2000 *Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk.*
Statens helsetilsyn.

Rundskriv IK-24/ 2000 *Legemiddelassistert rehabilitering ved narkotikamisbruk-
Endring i utleveringsforskriften.* Statens helsetilsyn.

Veileder fra Statens helsetilsyn, IK-2755 *Vanedannende legemidler forskrivning og forsvarlighet*.

Rundskriv I-60/2000- *Lov om pasientrettigheter*. Sosial- og Helsedepartementet.

Rundskriv I-35/2000 *Retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-33/2001 *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere*. Sosial- og helsedepartementet.

Rundskriv I-5/2003 *Legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere – nærmere om inntakskriterier og unntak fra disse*. Helsedepartementet.

Rundskriv I-8/2004- *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Helsedepartementet.

Rettspraksis

Rt. 1990 s.874 *Fusa- dommen*

LB- 2001-01092. Borgarting lagmannsrett- Kjennelse

Rapporter

SIRUS Nasjonal rapport 2002- *Narkotikasituasjonen i Norge 2002*. ISBN 82-7171-243-1

SIRUS rapport nr. 4 2003- *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. ISBN 82-7171-250-0

SINTEF rapport 2003- *Helsetjenester for tunge rusmiddelmisbrukere*. ISBN 82-14-02959-7

Sundhedsstyrelsen Årsrapport til EMCDDA- *Narkotikasituasjonen i Danmark 2002*.

Årsmeldinger

Årsmelding 2003 fra Sosial- og helsedirektoratet.

Helse- og sosialombudets årsmelding for 2003

Helse- og sosialombudets årsmelding for 2002

Helse- og sosialombudets årsmelding for 2001

Helse- og sosialombudets årsmelding for 2000

Helse- og sosialombudets årsmelding for 1999

Helse- og sosialombudets årsmelding for 1998

Artikler

Aftenposten 29. oktober 2004 Aftenutgaven. *Nytt tilbud til metadonbrukere s. 32* av Werpe, Ingrid.

Aftenposten 27. oktober 2004 Aftenutgaven. *Mer vold og flere misbrukere s. 8* av Braathen, Frøydis.

Aftenposten 6. april 2004. *Ingen mirakelmedisin*

(www.aftenposten.no/forbruker/helse/article768949.ece)

Aftenposten 15. mars 2004. *Flere fanger skal få metadon* av Hansen, Kåre M.

(www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article753140.ece)

Aftenposten 28. februar 2004. *Helsedirektøren krever økt metadonsatsing* av Henmo, Ola. (www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article741640.ece)

Aftenposten 14. oktober 2003. *48 ble fratatt metadon i fjor* av Engh, Christine.

(www.aftenposten.no/nyheter/iriks/oslo/article.jhtml?articleID=647040)

Aftenposten 13. oktober 2003. *Metadontilbudet blir ikke fulgt opp* av Engh, Christine.

(www.aftenposten.no/nyheter/iriks/oslo/article.jhtml?articleID=646203)

Aftenposten 5. desember 2001. *Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp* av Christie, Nils og Syse, Aslak. (www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article228737.ece)

Aftenposten 10. januar 2002. *Når Metadontilsynet forsvarer sine skanser* av Christie, Nils og Syse, Aslak. (www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article255522.ece)

Dagsavisen 23. mai 2004. *Elendig oppfølging av metadonbrukere* av Sæther, Anne Karine. (www.dagsavisen.no/innenriks/article1123638.ece)

Jussens Venner hefte 3-4/ 2004 *Rett til helsetjenester s. 217* av Kjørstad, Asbjørn

LOV OG RETT NR 7-8, 2004 43. årgang *Rettskapende virksomhet, velferdstjenester og pasientrettigheter s. 385* av Kjørstad, Asbjørn.

rus & avhengighet nr. 3, 2004. *Regionale forskjeller granskes (notis) og Metadonregime(R)s. 33-34* av Øiern, Tone.

Samtiden. Tidsskrift for politikk, litteratur og samfunnsspørsmål, 2-2004. *Drug courts- Dørums nye speeda idè* av Lillevolden, Stein. ISSN 0036-3928

Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 11, 2004. *Mer metadon – mindre rehabilitering? s. 1559* av Bakke, Hans Kristian.

Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 3, 2004. *Opiatmisbrukere i metadonassistert rehabilitering ett og to år etter inntak s. 329-331* av Ravndal, Edle og Lauritzen, Grethe

Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 30, 2002. *Er Subutex en tryllemedisin? s. 2925-6* av Krook, Aud L.

Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 12, 2002. *Regelmessig forskrivning av A- og B- preparater til rusavhengige i allmennpraksis, s. 1202-4* av Andersen, Harald T.

Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 12, 2002. *Fra "kvoteforskrivning" til legemiddelassistert rehabilitering – erfaringer med overgangsbestemmelser, s. 1228-31* av Dahl, Ian V og Waal, Helge.

Tidsskrift for den norske Lægeforening, nr. 29, 2000. *Stoffmisbrukere må ha særomsorg, s. 3596* av Sundin, Göran.

Tidsskrift Mot Rusgift nr. 67, april 2001. *Medikamentassistert rehabilitering i Norge* av Reinås, Knut T (<http://www.fmr.no/index.php?id=72630&cat=9603&printable=1>)

Tidsskriftet Stof nr. 12, oktober 2000 *Kursændring i metadonbehandling hos den praktiserende læge* av Broksø, Keld (<http://www.stofblad.dk/arkiv/Stof12/tema.htm>)

Annet

Preparatomtale fra Statens legemiddelverk om Metadon sist oppdatert 07.04.2003
(www.legemiddelverket.no/prpdata/spc/Godkjente/Miksturmetadon.doc)

Styringsdokument for Helse Øst RHF 2004.

(www.odin.dep.no/shd/sykehusreformen/brev/042031-990041/dok-bn.html)

Tiltaksplan for alternativer til rusmiljøene i Oslo sentrum

(www.oslo.kommune.no/dokumenter/plan/sentralt/platapla.doc)

Instruks for ombudet for brukere av helse- og sosialtjenester, vedtatt av Oslo bystyre 11/6-97.

Aktuelt fra Justis- og politidepartementet 01. september 2003. *Behandlingsdom som alternativ til fengselsstraff.*

(www.odin.dep.no/jd/norsk/aktuelt/012101-210032/index-dok000-b-n-a.html)

Brev til Helsedepartementet fra helsedirektør Lars E. Hanssen av 20. februar 2004.

Legemiddelassistert rehabilitering- manglende behandlingsskapasitet og lange ventelister. REF: 2004/161 II LRY/-

(www.helsetilsynet.no/presseme/brev2004/legemiddelassistert_rehabilitering_behandlingskapasitet%20_ventelister.pdf)

Pressemelding fra Helsedepartementet, Nr 97, 12. desember 2003. *De regionale helseforetakene er i rute med rusreformen.*

Legemiddelassistert rehabilitering. Faglig tilråkning. Avgitt av Sosial- og helsedirektoratet til Helsedepartementet i 2002. (Utlevert fra Sosial- og helsedirektoratet, har ikke funnet denne ved annet kildesøk)

Narkotikastatistikk fra KRIPOS

(www.kripos.no/statistikker/Narkotikastatistikk/narkotikadodsfall.html.)

Statistikk fra Oslo kommune, Rusmiddelstaten. Registrerte overdosedødsfall 1998-2004 (www.rusmiddelstaten.oslo.kommune.no/default.asp?page=&id=93120)

Brosjyren *Er du klar for MAR?* Håndbok i medikamentassistert rehabilitering. Utgitt av MAR ØST. Utarbeidet av arbeidsgruppe bestående av: Frantzen, P M, Welle-Strand, G, Eikeli, O og Nordvik, R.

Seminar:

Dagsseminar: Rusreform, nye lovghjemler og konsekvenser. 1. mars 2004 i Oslo, Aker universitetssykehus HF, Klinikk for psykiatri, Avdeling for rusbehandling

Den 4. nasjonale MAR-konferansen 2004, Individet i fokus

Nasjonalt ruspolitisk seminar 2004, Pasientrettigheter til rusmiddelavhengige - er vi villige til å betale prisen? Åpen høring. Fredag 7. mai 2004 i Oslo, Fagrådet innen Rusfeltet i Norge.

Utvidet Nasjonalt Møte 2. september 2004 på MAR ØST.

Skandinaviske rettskilder:

Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna (SOSFS 1990:16) om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiaterna på indikation narkomani; beslutade den 13 januari 2004.