

**Rusmiddelbrukeres rett til behandling
-rusmiddelmisbruk som gjenstand for helsehjelp**

Kandidatnummer: 663

Leveringsfrist: 25.04.08

Til sammen 15121 ord

25.04.2008

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>1</u>
1.1	Tema og problemstilling	1
1.2	Begrepsbruk	2
1.2.1	Rusmiddelbruker	2
1.2.2	Pasient	2
1.2.3	Rusmidler	2
1.2.4	Behandling	3
1.3	Rettskilder	3
1.4	Videre fremstilling av oppgaven og avgrensninger	5
<u>2</u>	<u>RUSREFORMEN</u>	<u>7</u>
2.1	Kort om reformen	7
2.2	Mål med reformen	8
2.3	Hva er «tverrfaglig spesialisert rusbehandling»?	10
2.4	Hvem har ansvaret for behandlingstiltakene?	11
<u>3</u>	<u>RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP I SPESIALISTHELSETJENESTEN</u>	<u>14</u>
3.1	Pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd	14
3.1.1	Begrepet «nødvendig helsehjelp»	15
3.1.2	Vilkår for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	18
3.1.3	Fastsettelse av frist for igangsetting av eventuell behandling	29
3.1.4	Hvem kan henvise rusmiddelmisbrukere til behandling innen spesialisthelsetjenesten?	30
3.1.5	Særlig om LAR	32

4	<u>RETT TIL ØYEBLIKKELIG HELSEHJELP</u>	37
4.1	Pasientrettighetsloven § 2-1, første ledd	37
5	<u>SAMTYKKE SOM UTGANGSPUNKT FOR GJENNOMFØRING AV HELSEHJELP</u>	39
5.1	Pasientrettighetsloven § 4-1, hovedregel om samtykke	39
5.1.1	Krav til samtykkets form	40
5.1.2	Når har en kompetanse til å samtykke (samtykkekompetanse)?	41
5.1.3	Konsekvenser av at helsehjelp gjennomføres uten at gyldig samtykke foreligger	43
6	<u>HELSEHJELP SOM RETTMESSIG KAN GJENNOMFØRES UTEN PASIENTENS SAMTYKKE, TVANG ETTER SOSIALTJENESTELOVEN §§ 6-2 TIL 6-3</u>	45
6.1	Krav til lovhjemmel (legalitetsprinsippet)	45
6.2	Formål / hensyn bak anvendelse av tvang	46
6.3	Vilkår for tilbakeholdelse i institusjon uten pasientens samtykke, sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a	47
6.3.1	Vilkår for tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2	47
6.3.2	Vilkår for tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2a	49
6.4	Vilkår for tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget forutgående samtykke, sosialtjenesteloven § 6-3	50
6.5	Overprøving av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a	51
7	<u>KLAGEADGANG</u>	53
7.1	Generelt om klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7	53
7.2	Særlig om klage i forbindelse med henvisning til behandling innen LAR (legemiddelassistert rehabilitering)	54

<u>8</u>	<u>OPPSUMMERING OG AVSLUTNING</u>	<u>57</u>
-----------------	--	------------------

<u>9</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>59</u>
-----------------	-------------------------------	------------------

1 Innledning

1.1 Tema og problemstilling

Rusmiddelmissbruk er et stadig problem i vårt samfunn. Det er imidlertid umulig å gi et presist anslag på hvor mange rusmiddelmissbrukere det finnes i Norge i dag, men ut i fra blant annet statistiske undersøkelser om salg og skjenking av alkohol og beslag av illegale rusmidler, kan en slå fast at bruken av rusmidler har økt fra første del av 1990-tallet til de senere år. Ut i fra dette vil det også være grunn til å tro at det også har vært en økning i antall rusmiddelmissbrukere de senere år, og at det derfor vil være flere enn tidligere som har behov for behandling for sitt misbruk. Tema for denne avhandlingen er derfor rusmiddelbrukeres rett til behandling. Nærmere bestemt tar avhandlingen sikte på å besvare hvorvidt en vil kunne ha rett til helsehjelp på grunnlag av rusmiddelmissbruk. I den forbindelse vil det være interessant å se på hva slags helsehjelp rusmiddelmissbrukere har rett på, og hvem det er i helsevesenet som har ansvaret for at slik helsehjelp eksisterer.

Som gruppe representerer rusmiddelmissbrukere et bredt mangfold av individer. Det ene ytterpunktet representerer mennesker som har et tilsynelatende velfungerende liv, men som har et urovekkende forbruk av for eksempel alkohol eller andre mildere sentralstimulerende midler, og det andre ytterpunktet vil være hjemløse alkoholikere og narkomane som på grunn av sitt misbruk er tydelige i bybildet. Til felles har de at det å være rusmisbruker kan oppleves som nokså stigmatiserende. Det at rusmiddelbrukere som anmoder behandling for sitt misbruk har fått status som pasienter ved gjennomføring av rusreformen vil dermed kunne være med på å fjerne noe av denne stigmatiseringen, samtidig som det kan bidra til større forståelse og sympati for denne gruppen pasienter. Det interessante for

avhandlingen sin del, vil være hvorvidt pasientstatusen kan sies å ha bidratt til et bedre behandlingstilbud.

1.2 Begrepsbruk

1.2.1 Rusmiddelbruker

Med rusmiddelbruker siktes det i denne avhandlingen til den del av befolkningen som må kunne sies å *misbruke* rusmidler. Det vil i fremstillingen derfor også brukes betegnelsen rusmiddel*misbruker*. I dagens samfunn bruker store deler av befolkningen en eller annen form for rusmiddel, hvor nytelse av alkohol må anses som den aller hyppigste. Tilnærmingen til rusmidler og bruken av dem vil imidlertid kunne variere sterkt mellom ulike miljøer og aldersgrupper. Hvor en trekker grensen for hva en regner som bruk og hva en regner som misbruk vil derfor variere med ulike menneskers individuelle oppfatninger av tema. I avhandlingen siktes det imidlertid til et rusmiddelbruk som er av en så omfattende karakter at det må karakteriseres som misbruk, og hvor rusmiddelbrukeren på grunnlag av dette sies å ha fått et rusmiddel*problem*. Problemet kan sies å ha oppstått når rusmiddelet har kontroll på brukeren, og ikke motsatt.

1.2.2 Pasient

Pasient omfatter i denne avhandlingen rusmiddel*misbrukere* som har, eller anmoder rett til helsehjelp.

1.2.3 Rusmidler

Begrepet rusmidler brukes i vår tid for å beskrive en rekke substanser som er egnet til å fremkalle alternative bevissthetsformer.¹ I avhandlingen brukes rusmidler som en samlebetegnelse for medikamenter, narkotika og alkohol.

¹. *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007 s.245.

1.2.4 Behandling

Med behandling menes det i denne oppgaven helsehjelp som er nødvendig for pasienten på grunn av vedkommendes misbruk av rusmidler. Altså, helsehjelp som har som hensikt å avhjelpe misbrukssituasjonen, eventuelt helseproblemer som har oppstått som konsekvens av denne.

1.3 Rettskilder

En av de store utfordringene med å skrive denne avhandlingen er at området er preget av et noe begrenset rettskildetilfang. Den sentrale rettskilden i oppgaven vil være ordlyden de aktuelle bestemmelsene i lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 nr.81 (sosialtjenesteloven), lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr.63 (pasientrettighetsloven) og lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr 61 (spesialisthelsetjenesteloven). Videre er det benyttet enkelte uttalelser i lovenes forarbeider, til hjelp ved tolkning av bestemmelsene. Spesielt vil odelstingsproposisjonene i forbindelse med rusreformen ha betydning, da reformen førte til at reglene i pasientrettighetsloven omfattet en ny pasientgruppe (rusmiddelbrukerne) og at reglene i spesialisthelsetjeneloven omfattet behandling av denne gruppen (tverrfaglig spesialisert rusbehandling).

Videre er det benyttet noe juridisk teori, men her må tema for avhandlingen sies å være beskjedent representert. Det finnes riktignok litteratur om sosialrett, velferdsrett og pasientrettigheter, men lite om rusmiddelbrukeres rett til behandling særskilt. Noe er skrevet om rusmiddelbrukeres rettsstilling, men det meste er skrevet før rusreformen, og dermed noe foreldet med hensyn til oppgavens tema.

Når det kommer til rettspraksis er det lite å hente. Saker om nødvendig helsehjelp kommer sjelden opp for domstolene. Direkte har Høyesterett bare behandlet spørsmålet en gang (Fusa-dommen Rt.1990 s. 874) siden begrepet «nødvendig helsehjelp» ble introdusert i 1982 gjennom kommunehelsetjenesteloven.² Den

² *Nødvendig helsehjelp, som redskap for prioriteringer.* Lov og Rett, nr.3 2004. s.145.

samme mangel på rettspraksis gjelder også spørsmålet om adgangen til å treffe vedtak om tvang overfor rusmiddelbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. På dette området finnes ingen avklarende avgjørelser fra Høyesterett, og det er samtidig meget få saker som kommer opp for underinstansene.³ Disse vil dessuten ikke ha samme rettskildemessig betydning som avgjørelser fra Høyesterett. Det finnes imidlertid mange avgjørelser fra fylkesnemndene på dette området, og «det er i juridisk teori enighet om at forvaltningspraksis er en relevant rettskildefaktor, om enn med varierende gjennomslagskraft».⁴ Fylkesnemndenes praksis vil derfor ha en viss rettskildemessig betydning hva gjelder spørsmålet om tvang, og spesielt ettersom det er total mangel på avgjørelser fra Høyesterett, men kan ikke ilegges for stor rettskildemessig verdi ettersom rettspraksis skal anses som «primært rettsgrunnlag».⁵ Det er i avhandlingen ikke tatt direkte stilling til noen av fylkesnemndenes avgjørelser på området, da det kun publiseres et utvalg av nemndenes saker.

Videre benyttes Helse- og omsorgsdepartementets rundskriv i forbindelse med lovendringene i pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven ved rusreformen, enkelte steder i avhandlingen. Slike rundskriv karakteriseres som en orientering til berørte parter om tolkninger av lover og forskrifter, og gjenspeiler forvaltningens rettsoppfatning. I følge rettskildelæren vil slike rundskriv dermed ikke være av avgjørende rettskildemessig betydning, men vil kunne være til hjelp ved tolkning av nye bestemmelser i foreløpig mangel av andre rettskilder på området.

³ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007 Kap.3.

⁴ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007. s.70.

⁵ *Rettsgrunnlag og standpunkt*, Nils Nygård, Oslo 2004. Kap.11.

1.4 Videre fremstilling av oppgaven og avgrensninger

Jeg har i avhandlingen valgt å konsentrere meg om retten til å bli pasient og hvilke vilkår som må være oppfylt for å få helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten på grunn av sitt rusmiddelmisbruk. Det er således avgrenset mot behandling av eventuelle rettigheter en måtte ha som pasient når en mottar helsehjelp, dette begrunnet i oppgavens begrensede omfang. I tilknytning til dette er det derfor også avgrenset mot de særskilte utskrivningsreglene, i avsnittet som omhandler LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Videre er det avgrenset mot de tilfeller hvor rusmiddelbrukere ikke oppfyller vilkårene for rett til helsehjelp, men allikevel må sies å ha behov for slik hjelp, jf. avhandlingens tittel.

Underveis i arbeidet med avhandlingen oppdaget jeg dessuten at flere av problemstillingene og momentene, som oppgaven reiser, er av såpass omfattende karakter at de kunne vært gjenstand for en avhandling i seg selv. Godt eksempel på dette er behandlingen av adgangen til bruk av tvang etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Jeg har allikevel følt at tema som dette er nødvendig for oppgavens helhet, og dermed ikke kan utelates ved behandling av spørsmålet om rett til behandling for rusmiddelbrukere. Det er derfor bevisst ikke avgrenset mot dette tema, til tross for at det ikke vil kunne behandles like inngående som i en selvstendig avhandling.

Jeg vil i det videre først gjøre kort rede for rusreformen. Dette fordi den er av sentral betydning for hvilket regelverk som i dag benyttes ved avgjørelse om rett til behandling for rusmiddelmisbrukere foreligger. Det vil i den forbindelse også bli gjort rede for hvem som har ansvaret for helsehjelpstilbudet rettet mot rusmiddelmisbrukere, og hva slags helsehjelp dette innebærer. Videre tar avhandlingen for seg vilkårene for å få rett til slik helsehjelp, hva som er utgangspunktet for å kunne gi helsehjelp (frivillighet) og unntak fra dette (tvang). Til slutt i avhandlingen gjøres det rede for hvilke muligheter en har til å klage, dersom

rettmessig helsehjelp ikke ytes i tide eller dersom en ikke får tilbud om helsehjelp
en mener å ha krav på.

2 Rusreformen

2.1 Kort om reformen

Rusreformen trådte i kraft 1.januar 2004, etter å ha vært behandlet i to etapper på Stortinget. De to behandlingsetappene omtales senere som henholdsvis rusreform I og II. Reformen er sentral i forbindelse med oppgavens tema, ettersom den førte til at rusmiddelmisbrukere fikk rettigheter på lik linje med andre pasienter etter pasientrettighetsloven.

Rusreform I tok sikte på å overføre deler ansvaret for behandling av rusmiddelbrukere til spesialisthelsetjenesten, som tidligere hadde vært underlagt fylkeskommunen, herunder alle spesialiserte helsetjenester med rusmiddelmisbruk som spesialitet, til staten. Ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester, samt omsorgsinstitusjonene ble liggende under fylkeskommunene, mens kommunen hadde ansvaret for de kommunale sosiale tjenestene samt kommunehelsetjenester. Det ble altså operert med tre ulike forvaltningsnivåer.⁶ Med rusreform II ønsket man å kutte et forvaltningsnivå innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere, slik at man fikk to nivåer å forholde seg til; staten og kommunen. Kommunen overtok dermed ansvaret for de spesialiserte sosiale tjenester og omsorgsinstitusjonene, mens staten ved de regionale helseforetakene fortsatte å ha ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene.⁷

Som en konsekvens av reformen (I og II) fikk rusmiddelavhengige rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten på linje med andre pasientgrupper, og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ble omdefinert fra å være

⁶ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.

⁷ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.

sosial tjeneste regulert av sosialtjenesteloven, til å være spesialisthelsetjenester regulert av spesialisthelsetjenesteloven. Dette må kunne sies å være en tilsiktet konsekvens av reformen, og innebar blant annet at institusjonene som tilbyr slik behandling ble å anse som helseinstitusjoner underlagt de regler som gjelder slike institusjoner og tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven og dens forskrifter. Pasienters rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1. Etter reformen ble også rusmiddelbrukere med rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling omfattet av deler av pasientrettighetene. Altså, en rusmiddelbruker med behov for tverrfaglig spesialisert behandling for sitt rusmiddelmisbruk vil være en pasient i pasientrettighetslovens forstand, og behandlingen som tilbys vil være helsehjelp etter pasientrettighetsloven.

2.2 Mål med reformen

Målet med rusreform I var å «legge det organisatoriske grunnlaget for en styrkning av spesialisthelsetjenesten ovenfor rusmiddelmisbrukere». ⁸ Reformen påpeker også at de regionale helseforetakene skal sørge for at rusmiddelbrukere får tilgang på spesialisthelsetjeneste på linje med den øvrige befolkningen, hvilket tyder på et ønske om å styrke behandlingstilbudet for denne gruppen pasienter. Rusreform II tilføyde målet om at «den enkelte bruker skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Tiltaksapparatet må være helhetlig organisert og ta høyde for at rusmiddelbrukere er forskjellige, og at de er på ulike trinn i misbruksforløpet og på ulike stadier i behandlingen og rehabiliteringen. Tiltakene for rusmiddelbrukere må organiseres slik at deres individuelle behov fanges opp, og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres. Ansvaret må til enhver tid være klart, og samarbeidet mellom og innenfor de ansvarlige

⁸ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v., s.11.

forvaltningsnivåer skal hindre at rusmiddelbrukere og deres pårørende blir kasterbatter i systemet.»⁹

Mange rusmiddelbrukere trenger dessuten behandling for sammensatte lidelser, både psykiske og somatiske, og det er derfor et mål at behandling av rusmiddelbrukere skal utvikles til en tverrfaglig spesialisttjeneste. At tjenesten i tillegg fokuserer på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, der både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver skal vektlegges, er vilkår Stortinget har satt for at tjenesten skal kunne anses for å være av god kvalitet.¹⁰

Ved gjennomføring av reformen (I og II) ønsket man også å fjerne stigmatiseringen av rusmiddelbrukere ved å gi dem status som pasienter, og å frigjøre dem fra deres tidligere noe nedverdiggende klientstempel. «Ved behandlingen av reformen fremhevet sosialkomiteen betydningen av at rusmiddelavhengige som trenger behandling for sitt rus- og avhengighetsproblem, likestilles med og gis samme rettigheter som andre pasientgrupper, jf. (Innst.O.nr.4 (2003-2004) side 20.»¹¹ «Regjeringen vil derfor satse på å gjøre helsetjenestene på alle nivåer bedre i stand til å ta i mot rusmiddelmisbrukere som pasienter på linje med andre pasienter. Med bakgrunn i det økende antall personer med tungt misbruk og omfattende hjelpebehov over lang tid, ser Regjeringen det som avgjørende å styrke omfang,

⁹ Ot.prp. nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v., s.10.

¹⁰ *Rapport IRIS - 2006/1227, evaluering av rusreformen, samt Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere*, perspektiver og strategier, Helse- og omsorgsdepartementet 2004.

¹¹ *Høringsnotat vedrørende rusreformen*, Regjeringen.no.

innhold og organisering av behandlings-, omsorgs- og skadereduksjonstilbudene for denne gruppen.»¹²

2.3 Hva er «tverrfaglig spesialisert rusbehandling»?

Det kommer frem av Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 02.juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a, første ledd nr.5 at de regionale helseforetakene har ansvaret for den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen innen helseregionene. Det følger av loven imidlertid ingen legaldefinisjon av hva som menes med «tverrfaglig spesialisert rusbehandling». En må derfor søke til andre kilder for å finne hva som regnes som denne type behandling.

I høringsforlaget til Ot. prp. nr.3 2002-2003 (rusreform I), ble det satt opp en liste over hvilke helsetjenester man mente skulle defineres som spesialisthelsetjeneste ved behandling av rusmiddelmissbrukere. Og i Ot.prp nr. 54 2002-2003 (rusreform II) opplyses det om at følgende tjenester skal underlegges de regionale helseforetakenes ansvar for tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

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

Listen representerer behandling på ulike nivåer i helsetjenesten, samtidig som den omfatter det tverrfaglige ved behandling av rusmiddelmissbrukere ved at både psykisk og somatisk helsehjelp er omfattet. Dessuten er LAR (legemiddelassistert rehabilitering) regnet som en del av den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen. Dette gjelder også akutt hjelp, jf. de regionale helseforetakenes plikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, annet ledd, til å utnevne institusjoner som driver med tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Ikke minst er inntak i

¹² *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere, perspektiver og strategier*, Helse- og omsorgsdepartementet 2004, s. 132.

institusjon på grunnlag av reglene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3 regnet som en del av det tverrfaglige spesialiserte rustilbud. Dette følger av de regionale helseforetakenes plikt til å utnevne institusjoner som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i disse bestemmelsene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a nr.5.

Innenfor den tverrfaglige spesialiserte behandlingen skal det gis utrednings- og behandlingstilbud til pasienter med ulike former for rusavhengighet, herunder alkohol, illegale stoffer og legale legemidler. Det skal videre tas utgangspunkt i at både de somatiske, psykiske og sosiale aspektene integreres i den tverrfaglige behandlingen som tilbys. Fokuset på det tverrfaglige ved behandlingen kommer av kunnskapen om at rusproblemer ofte henger tett sammen med psykiske problemer. Såkalte «dobbeltdiagnoser», altså rusmiddelmisbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse, er utbredt blant denne gruppen pasienter. Det er dessuten en kjensgjerning at rusmiddelmisbruk ofte fører med seg sosiale problemer.

«Institusjoner som tilbyr spesialisert behandling (helsefaglig og/eller sosialfaglig) for rusmiddelmisbruk vil være helseinstitusjon etter spesialisthelsetjenesteloven og være omfattet av de rettigheter og plikter som loven og dens forskrifter legger på helseinstitusjoner.»¹³

2.4 Hvem har ansvaret for behandlingstiltakene?

Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for hele spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Herunder alle spesialiserte helsetjenester for rusmiddelbrukere, jf. bestemmelsens første ledd nr.5 og Ot.prp. nr.54 2002-2003. Behandling for rusmiddelmisbruk ble dermed omdefinert fra å være sosiale tjenester til å være spesialisthelsetjenester, ved gjennomføring av rusreformen. Også ansvaret for LAR-sentrene (sentre for

¹³Rundskriv I-8/2004, Helse- og omsorgsdepartementet. s. 8.

legemiddelassistert rehabilitering), ligger hos de regionale helseforetakene, Virksomheten ved disse sentrene anses for å være en del av den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen, og tjenestene defineres dermed som spesialisthelsetjeneste. Kommunene på sin side har ansvaret for de spesialiserte sosiale tjenestene, omsorgsinstitusjoner og kommunehelsetjenestene, jf. Ot.prp. nr.54 2002-2003. Man opererer dermed med to forvaltningsnivåer ved behandling av rusmiddelmissbrukere.

Et regionalt helseforetak er virksomhet som eies av staten og som er opprettet i medhold av Lov om helseforetak 15.juni 2001 nr.53 (helseforetaksloven) § 8. De regionale foretakene plikter å «sørge for» at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester, og utøver dermed statens ansvar for slike tjenester. Dette ansvaret innebærer et tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, første ledd nr. 5. Foretaket legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov, jf. helseforetaksloven § 2, annet ledd. «De regionale foretakene kan oppfylle plikten ved å yte helsetjenestene selv eller ved å inngå avtaler med andre tjenesteytere, for eksempel private helseinstitusjoner eller privatpraktiserende spesialister.»¹⁴ Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, tredje ledd. Foretakene kan imidlertid ikke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig tilbud i sin region.¹⁵

Ansvaret for behandlingstiltak gjelder overfor «personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen», jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, 1.ledd. Bestemmelsen § 5-1 i samme lov regulerer hva som skal regnes som pasienters

¹⁴ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

¹⁵ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

bostedsregion, og etter denne regnes den helseregion der pasienten har sin faste bopel, som bostedsregion.

Med fast bopel menes der vedkommende har sitt hjem.¹⁶ Dersom pasienten ikke har fast bopel, skal den regionen som var siste oppholdssted regnes som bostedsregion. Med dette menes en mer varig/fast tilknytning enn et midlertidig opphold i regionen (som for eksempel ferie).¹⁷ Det må i hvert tilfelle foretas en konkret vurdering og fortolkning av hvilken region, som etter disse reglene, skal anses som den enkelte pasients bostedsregion. Vedkommendes folkeregistrerte adresse vil ikke være avgjørende i en slik vurdering.¹⁸

Ansvarer omfatter også en plikt for de regionale helseforetakene til å peke ut hvilke institusjoner i de enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3, altså rusmiddelbrukere som holdes tilbake uten eget samtykke. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, annet ledd. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, annet ledd skal helseforetakene også utpeke et nødvendig antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner, innen regionen, som kan motta rusmiddelbrukere med behov for øyeblikkelig hjelp.

Det er per i dag en inndeling på fire regionale helseforetak i Norge, henholdsvis Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør-Øst.

¹⁶ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

¹⁷ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

¹⁸ Rundskriv I-8/2004, Helse- og omsorgsdepartementet. s. 9.

3 Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

3.1 Pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd

Som nevnt tidligere i fremstillingen førte rusreformen til at den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen ble innlemmet i spesialisthelsetjenesten. Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten reguleres av pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd jf. forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjon- og klagenemd 1. desember 2000 nr 1208 (prioriteringsforskriften) § 2. Prioriteringsforskriften ble gitt med hjemmel i pasientrettighetslovens § 2-1, sjette ledd og presiserer hvordan helsetjenesten skal vurdere om en pasient har rett på nødvendig helsehjelp eller ikke, ved at den klargjør enkelte punkter som er uavklart i selve lovteksten.

Bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd har følgende ordlyd:

«Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Spesialisthelsetjenesten skal fastsette en frist for når faglig forsvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest skal få nødvendig helsehjelp.»

Med pasient menes det i loven «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle» dette følger av pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a. En rusmiddelmissbruker som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eller som er under tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil dermed være for pasient å regne. Hva loven regner som «spesialisthelsetjeneste» har man imidlertid ingen legaldefinisjon på. Man finner en oppregning av ulike spesialisthelsetjenester i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a, men denne er ikke å anse som uttømmende, da også andre tjenester enn de som er nevnt her kan bli å anse som spesialisthelsetjenester jf. § 1-2 i samme lov.

«Man kan derfor si at spesialisthelsetjenesten er alt det som ikke er primærhelsetjenesten eller også omtalt som førstelinjetjenesten. Primærhelsetjenesten er alle helsetjenester som kommunene etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene er forpliktet til å opprette, herunder pleie- og omsorgstjenester, legevaktordning, jordmortjeneste og allmennlegetjeneste (herunder en fastlegeordning).»¹⁹ En kan si at spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at den tilbyr helsetjenester som forutsetter en viss grad av spesialisert kompetanse og utstyr.²⁰ Med helsehjelp menes det i loven «*handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.*». Dette følger av pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Den behandling som pasienter mottar under tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil ut i fra dette regnes som helsehjelp.

Retten til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd forutsetter at vedkommende rusmiddelmissbruker har «fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller ha rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat (konvensjonspasienter)». Dette følger av pasientrettighetsloven § 1-2, første ledd jf. prioriteringsforskriften § 1.

3.1.1 Begrepet «nødvendig helsehjelp»

Pasienter, og her rusmiddelbrukere, har rett til «*nødvendig helsehjelp*» fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd. Begrepet «*nødvendig helsehjelp*» dukket for første gang opp i lovgivningen med kommunehelsetjenesteloven av 1982, og har senere blitt brukt flere andre steder i

¹⁹ NOU 2006:5, Norsk helsearkiv - siste stopp for pasientjournalene, Helse- og omsorgsdepartementet.

²⁰ Ot.prp. nr.10 (1998-99), Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Pkt. 4.2.4.1.

lovgivningen.²¹ Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten ble en lovmessig nyskaping i pasientrettighetsloven av 1999.

I følge forarbeidene til pasientrettighetsloven²² innebar lovfesting av pasienters rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, en rett til et tjenestetilbud. Begrepet «*nødvendig helsehjelp*» betegner dermed en materiell rettighet. Innføringen av materielle rettigheter førte, i følge helse- og omsorgsdepartementet, i denne sammenheng med seg enkelte utfordringer. Dette på bakgrunn av at vilkårene for å oppnå den materielle rettigheten, samt ytelsens art og omfang var relativt upresise. Variasjoner i det medisinske skjønn ville dermed kunne påvirke avgjørelser om pasienters rett til nødvendig helsehjelp. Igjen ville dette kunne forsterke vilkårlighet ved tildeling av helsetjenester, selv om intensjonen ved innføringen av den materielle rettighet var det motsatte. Det ble imidlertid foretatt store utvidelser i retten til nødvendig helsehjelp ved endringslov 12. desember 2003 nr.110.²³ Dette innebar blant annet at de som hadde rett til nødvendig helsehjelp skulle få fastsatt en frist for når forsvarlighet krever at behandlingen senest kunne igangsettes. (Vil komme nærmere inn på fastsettelse av frist nedenfor i fremstillingen.) Endringene i 2003 gjorde det dermed noe enklere å forstå hvor langt retten til nødvendig helsehjelp strakk seg, og ga således en nærmere presisering av ytelsens omfang.

Ved at retten til nødvendig helsehjelp ble lovfestet, har pasienter et *rettskrav* på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd. Dette innebærer at den pasient hvis rettighet blir krenket, kan få sitt krav behandlet av domstolen. De tre første årene etter at regelen i pasientrettighetsloven § 2-1 trådte i kraft, var det få klagesaker og ingen søksmål

²¹ *Nødvendig helsehjelp, som redskap for prioriteringer*. Lov og Rett, nr.3 2004. s.143.

²² Ot.prp. nr.12 (1998-99) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

²³ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005

hvor man overprøvde retten til nødvendig helsehjelp.²⁴ Ved at retten ble utvidet med endringsloven i 2003, åpnet man adgangen for at regelen kunne rettsliggjøres ved for eksempel klage eller søksmål. Dette da man nå fikk mulighet til å overprøve om nødvendig helsehjelp for eksempel hadde blitt gitt innen forsvarlig tid, eventuelt om hjelpen var gitt innen de frister som pasienten med rett til nødvendig helsehjelp hadde fått vedtatt. Det er Høyesterett som i siste rettslige instans kan tolke innholdet av begrepet «nødvendig helsehjelp», innholdet av retten er imidlertid sjeldent behandlet av domstolene, og bare en gang har Høyesterett direkte tatt stilling til spørsmålet (Rt.1990, s.874, Fusa-dommen), og da med utgangspunkt i kommunehelsetjenesteloven. Her kom retten til at det gikk en nedre grense for helsetjenestens standard på tilbud om omsorg og pleie.

Hva som anses som «nødvendig helsehjelp» kan ses fra både et samfunnsmessig/kollektivt perspektiv og et personlig/individuell perspektiv.²⁵ Fra det kollektive/samfunnsmessige perspektivet blir vurderingsmomentene hvorvidt de ulike behandlingstilbudene er så nødvendige at kostnadene bør dekkes av det offentlige og hvor mye det er forventet at samfunnet skal yte. Fra et personlig/individuell perspektiv vil vurderingsmomentene være subjektive og dreie seg om behovet til den enkelte pasient. Det er det sistnevnte perspektiv en tar utgangspunkt i når en vurderer om helsehjelpen kan anses som nødvendig etter pasientrettighetsloven.

Begrepet «nødvendig helsehjelp» betegnes som en såkalt rettslig standard. En rettslig standard åpner for at «en og samme lovbestemmelse kan ilegges ulikt innhold på ulik tid, avhengig av hva som er alminnelige oppfatningen av det aktuelle moralske eller sosiale spørsmålet.»²⁶ Hva som anses som nødvendig

²⁴ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

²⁵ Jf. *Nødvendig helsehjelp, som redskap for prioriteringer*. Lov og Rett, nr.3 2004.

²⁶ *Jusleksikon* (Kunnskapsforlaget). Jon Gisle, Kristian Andenæs m.fl.

helsehjelp vil derfor kunne forandres med tidens løp. Sykdomsbildet i befolkningen vil stadig kunne endre seg, nye sykdommer kommer til og andre blir med årene mer sjeldne, og i takt med dette vil også synet på hva som anses som nødvendig helsehjelp endre seg. Det at tverrfaglig spesialisert rusbehandling nå er en del av den nødvendige helsehjelpen som spesialisthelsetjenesten yter, er et eksempel på dette. Problemer med rusmidler har i lange tider eksistert, men omfanget og antall mennesker det rammer har nok økt siden begrepet «nødvendig helsehjelp» ble innført i 1982.²⁷ Både moralsk og sosialt sett er det derfor nå naturlig at behandling av denne tilstanden anses som nødvendig helsehjelp.

Standarden «nødvendig helsehjelp» har også en forvaltningsrettslig dimensjon, som stiller krav til likebehandling og saklighet ved vurdering av om retten til slik hjelp foreligger, og henvender seg mot prioriteringen mellom enkeltpasienter.²⁸ Prinsippet om likebehandling stammer fra forvaltningsretten og handler om at forvaltningen skal behandle like tilfeller likt, og om at tilfeldighet og usaklighet skal unngås ved saksbehandlingen.²⁹ Prinsippet vil dermed også gjøre seg gjeldende ved vurdering av om pasienter har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd. Retten til slik helsehjelp er et resultat av tanken om en velferdsstat, hvor godene skapes gjennom felles byrder. En krever derfor at disse godene fordeles rettferdig, slik at pasienter med samme behov for helsehjelp også møter samme tilbud om helsehjelp.

3.1.2 Vilkår for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

Retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (her; tverrfaglig spesialisert rusbehandling) gjør seg kun gjeldende dersom visse vilkår er oppfylt. Pasienten (her; rusmiddelmisbrukeren) må kunne ha forventet **nytte av**

²⁷ Lov om helsetjenesten i kommunene 19.november 1982 nr 66 (kommunehelsetjenesteloven) § 2-1.

²⁸ *Nødvendig helsehjelp, som redskap for prioriteringer*. Lov og Rett, nr.3 2004.

²⁹ *Jusleksikon* (Kunnskapsforlaget). Jon Gisle, Kristian Andenæs m.fl.

helsehjelpen, og kostnadene må stå i rimelig forhold til tiltakets effekt, jf. pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd, andre setning, for at helsehjelpen skal kunne anses som nødvendig. Dessuten legges det til grunn at pasientens tilstand er av en viss **alvorlighet**, jf. prioriteringsforskriften § 2, første ledd. Alle momentene anses for å være av faglig karakter, og må derfor vurderes av spesialisthelsetjenesten selv, og fortrinnsvis av spesialister på det aktuelle området.³⁰ For at en pasient skal få rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, hvilket er det sentrale i denne fremstillingen, forutsettes det i tillegg at han eller hun har et rusmiddelrelatert problem, og at dette er bakgrunnen for at det søkes «nødvendig helsehjelp» i spesialisthelsetjenesten.

Alle de tre vilkårene som pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2, første ledd fremsetter (alvorlighetskriteriet, nyttekriteriet og kriteriet om kostnadseffektivitet) må være oppfylt for at helsehjelpen skal anses som nødvendig. Dette følger av bestemmelsens ordlyd. Hvert vilkår skal imidlertid vurderes hver for seg, og er relative i forhold til hverandre. Dette medfører at det må foretas en helhetlig, samlet vurdering i tillegg til vurderingen av hvert enkelt selvstendig vilkår. Vilåret for rett til «nødvendig helsehjelp» bygger altså på sammenhenger mellom tilstandens alvorlighet, helsehjelpens nytte og tiltakets kostnadseffektivitet. Det er videre understreket i Ot. prp. Nr 63 (2002-2003) at dersom pasientens prognose er meget dårlig, kan kravet til behandlingens forventede nytte være lavere enn om prognosene er bedre. Motsatt kan det også stilles lavere krav til tilstandens alvorlighet dersom tiltakets nytte er kjent for å være god.

Ettersom vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, jf. prioriteringsforskriften § 2 første ledd er av faglig karakter, er det nødvendig at spesialisthelsetjenesten og de aktuelle vurderingsinstanser også er

³⁰ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

klar over vilkårenes omfang og innholdet av dem. Det er i den forbindelse utgitt en veileder til bruk ved vurderinger av henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (veileder 15-1505 for «vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling») Denne ble utgitt av Sosial- og helsedirektoratet i desember 2006. Dens hensikt er å gi veiledning om hvordan den faglige håndteringen kan skje i samsvar med faglige og rettslige rammer, ved vurderinger av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den har også som mål å bidra til likebehandling av henvisninger i hele landet, jf. veilederens forord. Slik kan veilederen også bidra til å ivareta den forvaltningsrettslige dimensjonen ved «nødvendig helsehjelp» som rettslig standard, nemlig ved at likebehandling og saklighet ivaretas ved vurderinger av henvisninger til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Ved vurdering av vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd jf. prioriteringsforskriften § 2, første ledd, kommer man til om helsehjelpen kan anses nødvendig på det individuelle nivå, altså om helsehjelp kan anses som nødvendig for den enkelte pasient.

Det vil nedenfor gjøres en redegjørelse for de ulike vilkårene, og innholdet i disse. Vilrårene vil dessuten bli forsøkt satt i relasjon til rusmiddelmissbruk.

3.1.2.1 Alvorlighetskriteriet

I følge prioriteringsforskriften § 2, første ledd nr. 1 settes det, blant annet, som vilkår for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten at «*pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes*». Dette kriteriet for nødvendig helsehjelp omtales som «alvorlighetskriteriet».

«Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes 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 kommer frem av bestemmelsens andre ledd. Alvorlighetskriteriet kommer ikke uttrykkelig fram av ordlyden i pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd, men ved en helhetstolkning av bestemmelsen finner man det naturlig at kriteriet må legges til grunn for å kunne gi de øvrige vilkårene (nytte og kostnadseffektivitet) mening. Det må være en viss alvorlighet ved tilstanden for at helsehjelpen skal kunne forventes å gi nytte, likeledes gjelder dette for at kostnadene skal stå i forhold til tiltakets effekt. Kriteriet er derfor nærmere presisert i forskriften.

Ved henvisning til «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» krever alvorlighetskriteriet en undersøkelse av pasientens tilstand og hvilken utvikling pasienten mest sannsynlig vil ha dersom helsehjelpen utsettes. Dette følger av veileder 15-1505 (se omtale ovenfor). Det er her pasientens rusmiddelmisbruk som vil være vurderingsgjenstand for å avgjøre om rett til nødvendig helsehjelp foreligger, da både med tanke på pasientens rushistorie og pågående misbruk.

Graden av rusmiddelmisbruket og avhengigheten til rusmiddel vil kunne si noe om tilstandens alvorlighet, og det avgjørende vil være i hvilken grad misbruket og avhengigheten fører til enten prognosetap med hensyn til pasientens livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet.³¹ Det er tilstrekkelig at et av de to vilkårene er oppfylt, for at tilstanden skal kunne anses som alvorlig jf. prioriteringsforkriften § 2 første ledd nr. 1.

Ved vurderingen må en se for seg hvordan misbrukerens tilstand vil kunne utvikle seg dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten enten utsettes eller uteblir. Dersom en kommer til at dette mest sannsynlig vil føre til prognosetap med hensyn til livslengden eller mest sannsynlig gjøre at livskvaliteten blir mer enn ubetydelig

³¹ Veileder 15-1505, *vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2006. s.37.

nedsatt, må en kunne si at alvorlighetskriteriet anses som oppfylt. La oss, for eksempel, tenke oss hvordan tilstanden vil kunne utvikle seg for en heroinist dersom helsehjelp i form av avrusning eller LAR utsettes eller uteblir. Heroinisten vil da utsette både sine fysiske og psykiske funksjoner ved å fortsette heroinmisbruket frem til helsehjelpen eventuelt blir gitt. Dessuten vil heroinmisbruket gjøre at vedkommende er utsatt for overdoser og dermed brå død, slik at prognosene for livslengden vil også kunne påvirkes av misbruket. Det er lite sannsynlig at misbrukeren klarer å slutte med heroinen selv, slik at utsikten for vedkommende dersom helsehjelp uteblir, vil kunne være svært dårlig. En å i slike tilfeller kunne anta at alvorlighetskriteriet er oppfylt.

Det vil være flere forhold knyttet til misbruket, delvis andre forhold, som anses som relevante for vurderingen av alvorlighetsgraden ved pasientens tilstand. Veilederen (15-1505) nevner ti ulike forhold en må ta med i vurderingen:

1. Fare for liv og helse/selvdestruktivhet
2. Suicidalitet
3. Graviditet
4. Kriser og alvorlige livshendelser
5. Progresjon i misbruk
6. Misbruk ved lav alder
7. Komorbiditet³² ved somatisk eller psykisk lidelse
8. Omsorgsansvar for små barn
9. Sosiale forhold med betydelige konsekvenser for prognosetap
10. Andre forhold av betydning.

³² Det opereres med ulike oppfatninger av «komorbiditet» innenfor medisinen og psykiatrien. Den definisjonen som imidlertid ser ut til å treffe best i forhold til hva de har ment i veilederen er: «At flere lidelser opptrer samtidig eller innenfor et tidsrom hos en pasient, kaller vi *komorbiditet eller samsykdom*». Lærebok i psykiatri, Malt, U.F., Retterstøl, N., Dahl, A.A. (2003) s.16.

Ut i fra prioriteringsforskriftens § 2, første ledd er det i utgangspunktet pasientens *egen* helse som skal være vurderingsgrunnlaget for hvor alvorlig vedkommendes tilstand er. Punkt 1 i listen ovenfor sikter til de tilfeller hvor misbruket må kunne sies å sette pasientens liv eller helse i fare. I slike tilfeller må en vurdere hvorvidt det kan være nødvendig med øyeblikkelig hjelp. Dersom en kommer til at øyeblikkelig hjelp er nødvendig, avbrytes vurderingen av rettighetstildeling. Pasienten regnes som selvdestruktiv i tilfeller hvor misbruket fører til selvskading eller annen destruktiv utagering. Videre må eventuell suicidalitetsrisiko tas med i vurderingen av tilstandens alvorlighet, og en må også her vurdere hvorvidt pasientens liv og helse vil stå i fare dersom helsehjelpen utsettes eller uteblir. Det interessante vil være hvorvidt suicidaliteten er knyttet til skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler. Videre vil kriser og alvorlige livshendelser kunne påvirke alvorligheten i pasientens tilstand. En må da vurdere om krisen eller livshendelsen har ført til en klar forverring i det pågående misbruk. Progresjon i misbruket vil dessuten kunne påvirke tilstandens alvorlighet uavhengig av hva som er årsaken til progresjonen. Det avgjørende vil være hvorvidt misbruket har tatt en negativ retning, og om pasienten må kunne sies å ha redusert kontroll og en tilstand i forverring. Alvorlighetsgraden vil også påvirkes av misbrukerens alder, hvor alvorlighetsgraden øker jo yngre pasienten er når misbruket etableres. Videre er det blant rusmiddelmissbrukere utbredt med komorbiditet ved psykisk eller somatisk lidelse. Dersom pasienten lider av somatiske eller psykiske lidelser i tillegg til sitt rusmiddelmissbruk, kreves det en samlet vurdering i forhold til vilkåret om tilstandens alvorlighet. I slike tilfeller vil det kunne være nødvendig at vurderingsinstansen på rusfeltet søker bistand hos andre deler av spesialisthelsetjenesten for vurdering av enten somatisk eller psykisk relaterte forhold. Misbruk av rusmidler i kombinasjon med somatiske lidelser vil kunne ha betydning i forhold til både redusert livskvalitet og livslengde. Det samme gjelder kombinasjonen rusmiddelmissbruk og psykisk lidelse. Dessuten vil alvorligheten i rusmiddelmissbrukerens tilstand kunne påvirkes av vedkommendes sosiale

situasjon. Dette gjelder særlig dersom pasienten er uten fast bolig, arbeid og nettverk eller nylig har opplevd bortfall av dette. Det må også tas med i vurderingen av den sosiale situasjon om vedkommende utøver vold mot sin familie eller pårørende. Er den sosiale situasjonen særlig vanskelig kan dette påvirke alvorlighetsgraden.

Som allerede nevnt, vil misbrukerens egen helse være utgangspunktet for vurdering av alvorlighetskriteriet. Graviditet har imidlertid innvirkning på kvinners helse, og det er velkjent at rusmiddelmisbruk under graviditet utgjør en stor risiko for fosteret. En eventuell graviditet må derfor også tas med i vurderingen. I veileder (15-1505) oppgis det at rusmiddelmisbruk alltid skal oppfattes som fosterskadelig, og det er her hensynet til barnets helse som veier tyngst. Det vil i slike tilfeller være tilstrekkelig at det er *risiko* for skade på fosteret dersom helsehjelpen utsettes, for at alvorlighetskriteriet skal anses som oppfylt. Også det faktum at pasienten har omsorgsansvaret for egne barn, vil kunne påvirke i den retning av at helsetilstanden skal anses som alvorlig.

Til slutt kan andre forhold enn det som er behandlet ovenfor kunne være av betydning for vurdering av alvorligheten ved pasientens tilstand. Slike kriterier må, på lik linje med de øvrige, vurderes i henhold til alternativene om redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet. Alle kriterier som vektlegges skal være godt begrunnede og saklige.

Dersom utfallet av vurderingen av alvorlighetskriteriet blir at den foreliggende kliniske tilstanden anses for under tvil å være alvorlig nok til å oppfylle kriteriet, må en søke etter kunnskap (evidens) som kan avklare tvilen. Er imidlertid utfallet av vurderingen at den foreliggende kliniske tilstanden regnes for å være så alvorlig at den klart eller sannsynligvis oppfylder alvorlighetskriteriet, anses vilkåret som oppfylt, og man kan gå videre for å vurdere nyttekriteriet.

3.1.2.2 Nyttekriteriet

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd jf. prioriteringsforskriften § 2, første ledd nr. 2 at pasienter har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, *dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen*. Dette omtales som nyttekriteriet.

Prioriteringsforskriftens § 2 tredje ledd går nærmere inn på hva som er ment med «forventet nytte». Bestemmelsen sier at *«med forventet nytte av helsehjelpen menes 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 behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.»*

Som det kommer frem av ordlyden, er dette kunnskapsbaserte vilkår som viser til kunnskap innen medisinen for å kunne avgjøre hvorvidt nyttekriteriet anses oppfylt eller ei. I følge veilederen (15-1505) skal man ta utgangspunkt i pasientens tilstand, for å konkretisere innholdet i den aktuelle helsehjelpen og komme frem til hvilken helsehjelp som kan gis.

I tillegg til vurderingsmomentene under «alvorlighetskriteriet», sier veilederen (15-1505) at det ved vurdering av nytten ved behandlingstiltaket må foretas en vurdering av disse momentene:

1. Ønske om endring/ eget engasjement
2. Behandlingserfaring
3. Kort varighet på misbruk
4. Kognitiv fungering
5. Grad av komorbiditet (se definisjon under «alvorlighetskriteriet» ovenfor i fremstillingen).

Pasientens eget ønske om endring og engasjement vil kunne ha betydning for behandlingens forventede nytte. Eventuelt vil det kunne ha betydning for hvilken behandlingstype som må kunne anses å ha best mulig nytte. Dersom pasientens målsettinger er dårlige, kan det vurderes å sette i gang tiltak som vil høyne pasientens forventninger til bedring. Har pasienten tidligere vært til behandling, må en ta stilling til hva det var med det tidligere behandlingen som ikke fungerte, og en må vurdere hvorvidt årsaken til den lave nytten ved tidligere helsehjelp kan slå inn igjen ved den behandlingen man nå anser som aktuell. Videre må pasientens kognitive funksjonsnivå³³ tas med i betraktningen av hvilket behandlingsopplegg som vil gjøre mest nytte. Pasienter som har en form for kognitiv svikt, vil ofte trenge behandling som er tilpasset den enkelte.³⁴

Videre peker en forskningsrapport³⁵ fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) på nytten, som behandling av rusmiddelbrukere vil ha, overfor andre enn rusmiddelbrukeren selv. For eksempel vil det kunne virke svært nyttig for rusmiddelmisbrukerens nærmeste familie og venner at misbruket reduseres, eventuelt avsluttes, og at helsetilstanden bedres. Videre vil det også kunne være nyttig for samfunnet for øvrig at antallet rusmiddelmisbrukere blir redusert. Det er en kjensgjerning at rusmiddelmisbruk fører med seg flere ulemper for samfunnet som helhet. Nyttige endringer her vil kunne være reduserte kostnader i forbindelse

³³ «Kognisjon innbefatter bevisste prosesser i hjernen som det å tenke, huske, lære, gjenkalle, oppfatte og vurdere kunnskap eller informasjon om miljøet (Deary, 2000). Svikt i disse prosessene kan påvirke områder som informasjonsbehandling, iakttakelse og oppmerksomhet, hukommelse og vurderings- og beslutningsprosesser.»

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=30031&a=Kapittel.

³⁴ Veileder 15-1505, *vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2006. s.50-55.

³⁵ *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad* (SIRUS rapport nr.4/2003).

<http://www.sirus.no/files/pub/191/sirusrap.4.03.pdf>

med utbetaling av sosialstønader, redusert kriminalitet og dermed lavere kostnader i forbindelse med soning i fengsle og flere arbeidsføre. Det kan dermed argumenteres for at nytten av helsehjelpen ikke bare vil kunne ha innvirkning på pasientens egen velferd, men også andres. Dette er imidlertid momenter som en ikke kan ta hensyn til ved vurdering av om helsehjelpen anses som nyttig etter pasientrettighetsloven, da det vil være den individuelle nytten som her vil være avgjørende for om helsehjelpen anses som nødvendig. Det er imidlertid interessant å se at behandling av rusmiddelmissbrukere vil kunne ha nytte for flere enn vedkommende selv.

Ved vurdering av om nyttekriteriet anses oppfylt, er det ikke krav om at helsehjelpen forventer å gi optimal nytte. Hva som anses som optimal nytte vil variere med de ulike behandlingstiltakene, og må dermed vurderes i hvert enkelt tilfelle. Det er tilstrekkelig at helsehjelpen vil være, eller sannsynligvis vil være nyttig for at kriteriet skal anses som oppfylt. Er imidlertid utfallet av vurderingen at helsehjelpen, under tvil, vil være nyttig, må en søke kunnskap (evidens) som kan avklare tvilen i den ene eller andre retning.

3.1.2.3 Kostnadseffektivitet

Pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd jf. prioriteringsforskriften § 2, første ledd nr. 3 slår fast at rett til nødvendig helsehjelp forutsetter at helsehjelpens forventede kostnader «*står i rimelig forhold til tiltakets effekt*». Prioriteringsforskriften går i § 2 ikke nærmere inn på å forklare hva som menes med «kostnadseffektivitet», slik den gjør med de øvrige to kriteriene (alvorlighet og nytte), men gjentar kun ordlyden slik den allerede framstår i lovteksten. Utfordringen vil derfor bestå i å foreta en tolkning av hva som anses som et *rimelig* forhold mellom kostnad og effekt. Heller ikke forarbeidene til endringene i pasientrettighetsloven (Ot.prp. nr.63 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.) gir noen god forklaring på hva som kan anses som rimelig. En må derfor ta utgangspunkt i en naturlig forståelse av ordlyden.

Dette vilkåret, for rett til nødvendig helsehjelp, er nok noe vanskelig å anvende i helsepersonellens vurderinger av enkeltpasienters rettigheter, og er nok heller ment som et virkemiddel ved fordeling av helsetjenester mellom pasientgrupper.³⁶

Kriteriet vil imidlertid kunne gjøre seg gjeldene ved vurdering av om helsehjelp bør gis til enkelttilfeller. En kan for eksempel tenke seg en bløder som anmoder en hofteoperasjon hvor kostnadene vil beløpe seg til 36 millioner kroner.

Kriteriet om kostnadseffektivitet henger tett sammen med vilkåret om at helsehjelpen må ha en viss forventet nytte og tilstandens alvorlighet hos pasienten. Høy kostnad kan forsvares dersom tiltaket har forventet høy effekt, og motsatt blir det vanskeligere å forsvare en høy kostnad dersom kunnskap tilsier at tiltaket vil ha heller liten effekt. Både kostnadene til avrusning, utredning, diagnostikk, poliklinikk, innleggelse, habilitering og rehabilitering må tas med i vurderingen av om tiltaket anses for å være kostnadseffektivt.³⁷

Når det gjelder behandling av en pasientgruppe som rusmiddelmissbrukere, må en videre ha en realistisk holdning til hvorvidt pasienten vil kunne bli fullstendig rehabilitert som følger av helsehjelpen. For høye forventninger og krav til nytte og endring kan også føre til at pasienten stadig mislykkes. Det er en kjensgjerning at mange rusmiddelmissbrukere trenger flere «forsøk» på å bli rusfrie, og mange blir dessverre ikke rusfrie i det hele tatt til tross for at helsehjelp blir gitt.

Dersom pasienten tidligere har fått helsehjelp uten at en har oppnådd forventet nytte eller forbedring av helsetilstanden, skal dette ikke tas med i betraktningen ved vurdering av om helsehjelpen kan anses som kostnadseffektiv. En skal altså se bort i fra tidligere påløpte kostnader. Manglende resultater ved tidligere behandling vil imidlertid kunne si noe om nytten. Det er siste henvisning til

³⁶ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

³⁷ Veileder 15-1505, *vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2006. s.56.

helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som skal være gjenstand for vurdering av kriteriet. Dette kommer frem av veilederen (15-1505).³⁸

Dersom utfallet av vurderingen om kostnadseffektivitet blir at helsehjelpen under tvil er kostnadseffektiv, må en søke etter kunnskap (evidens) for å avklare tvilen. Kommer en imidlertid til at helsehjelpen anses som, eller sannsynligvis er, kostnadseffektiv, vil vilkåret være oppfylt. En må da foreta en samlet vurdering av de tre vilkårene (alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet) for å avklare om pasienten har rett på nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, hvilket her vil være en avklaring om rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling foreligger.

3.1.3 Fastsettelse av frist for igangsetting av eventuell behandling

I følge pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd, siste setning skal pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten få fastsatt *«frist for når medisinsk forvarlighet krever at en pasient som har en slik rettighet, senest får nødvendig helsehjelp.»*

Bestemmelsen reiser et ytterligere krav til spesialisthelsetjenesten, og styrker pasientenes (herunder rusmiddelmissbrukere med rett til tverrfaglig spesialisert rusbehandling) rettigheter. Det forutsettes her at man har vurdert vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og kommet til at pasienten oppfyller disse. Det kreves da at det fastsettes en konkret, individuell frist for når helsehjelpen skal igangsettes. Fristen fastsettes av spesialisthelsetjenesten, etter å ha mottatt en henvisning av pasienten. Retten til nødvendig helsehjelp oppstår dermed ved at fristen fastsettes. Spesialisthelsetjenesten må ha oppfylt pasientens rettslige krav på helsehjelp innen denne tid. Ettersom fristen er basert på en

³⁸ Veileder 15-1505, *vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling*, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2006. s.58-59.

individuell medisinsk vurdering, vil fristene kunne variere noe, også i likeartede tilfeller.³⁹

Det er videre lovfestet i pasientrettighetsloven § 2-1, fjerde ledd at brudd på den individuelle fristen utløser et umiddelbart krav om helsehjelp. Det ble understreket i Ot.prp. Nr.63 (2002-2003) at pasienters behov ville bli bedre ivaretatt dersom brudd på den individuelle fristen utløste et slikt krav. En overskridelse av fristen vil dermed gjøre at rettighetspasienten (pasient med rett til nødvendig helsehjelp) får rett til å motta den nødvendige helsehjelpen uten opphold, og om nødvendig fra privat tjenesteyter eller hos tjenesteyter utenfor riket. Denne retten anses som en såkalt «subsidiær rett», og utløses dersom det regionale helseforetaket selv ikke klarer å oppfylle retten til behandling innen den fastsatte fristen.

3.1.4 Hvem kan henvise rusmiddelmissbrukere til behandling innen spesialisthelsetjenesten?

Både sosialtjenesten og leger har anledning til å henvise rusmiddelmissbrukere til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Henvisning fra sosialtjenesten skal likestilles med henvisning fra lege. Dette følger av spesialisthelsetjenesteloven § 3-12.

Tidligere var det sosialtjenesten som henviste til rusbehandling, mens legene kunne henvise til rusbehandling i institusjoner innen psykiatrien (for eksempel døgnposter, psykiatriske ungdomsteam og andre rusteam/poliklinikker) som tilhørte spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsen i § 3-12 ble tilføyd i spesialisthelsetjenesteloven i forbindelse med gjennomføringen av rusreformen i 2004, og gjør at også sosialtjenesten har hjemmel til å henvise rusmiddelbrukere til denne type rusbehandling, forutsatt at behandlingen anses som en del av den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen, jf. Innst. O. nr.4 2003-2004. s. 35. Ønsker en rusmiddelbruker behandling av annen type innen spesialisthelsetjenesten, enn det som kommer frem av § 2-1a, 1.ledd nr. 5 (for

³⁹ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

eksempel psykiatrisk behandling), må henvisning gjøres av lege. Endringene medfører også at legene nå har anledning til å henvise pasienter til all type tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og ikke bare til behandling i institusjoner innen psykiatrien, som følger av at tjenestene nå omfattes av spesialisthelsetjenesten. Rusmiddelbrukere som først kontakter fastlege, kan dermed bli henvist direkte til behandling, uten å deretter måtte oppsøke sosialtjenesten.

Bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-12 må ses i sammenheng med pasientrettighetsloven § 2-2. Denne omhandler retten til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 dager. Spesialisthelsetjenesten er dermed pålagt å utføre en slik vurdering som pasientrettighetsloven § 2-2 nevner, både etter henvisning fra lege og fra sosialtjenesten.

En undersøkelse gjort av IRIS (International Research Institute of Stavanger), på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet i 2006, viser at det fremdeles er fastlegene i primærhelsetjenesten som står for de fleste henvisningene til rusbehandling. Sosialtjenesten står for mellom 10 og 20% av henvisningene. Det finnes imidlertid unntak, fra ett av de distriktpspsykiatriske sentrene de hadde innhentet data sto sosialtjenesten for nesten 50 % av alle henvisningene.⁴⁰ Alt i alt kunne det allikevel synes som at det meste av økningen i henvisninger til rustiltak etter rusreformen, var henvisninger fra lege og viderehenvisninger fra andre deler av spesialisthelsetjenesten. Årsaken til ulikhetene i mellom distriktene, hva gjelder opprinnelsen fra henvisningene, kan være at det hos saksbehandlerne ved de ulike distriktene hersker differensiert kunnskap om forandringene i lovverket som følger av reformen. Det kan også hende at det er faktisk forskjell på pågangen av klienter, som oppsøker

⁴⁰ *Rapport IRIS - 2006/1227, evaluering av rusreformen,*

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00013/Evaluering_av_rusref_13520a.pdf.

sosialtjenesten i de ulike regionene, og som har behov for henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hva årsaken til ulikehetene mellom distriktene kan være, sier undersøkelsen imidlertid ingenting om. Undersøkelsen ble gjort 2-3 år etter at endringene i lovverket var trådt i kraft, slik at det må tas forbehold om at tallene kan være annerledes nå, 4 år etter reformen. Tydeligere virkninger av reformen vil teoretisk kunne vises når det har gått lengre tid siden den trådte i kraft.

3.1.5 Særlig om LAR

3.1.5.1 Hva er LAR?

LAR ble for første gang et landsomfattende tilbud i Norge i 1998,⁴¹ og skiller seg fra andre behandlingstiltak innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ved at pasienten *under behandlingen* ikke er fullstendig rusfri. I stedet blir brukerens misbruk erstattet med brukerdoser (bestående av metadon eller susbutex) som er kontrollert av lege, herav betegnelsen «substitusjonsbehandling». Det er imidlertid et mål at pasienten på sikt skal bli rusfri. Forskrift 27.april 1998 nr.455 om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (utleveringsforskriften), regulerer legers rett til slik rekvirering av de aktuelle legemidlene. Behandlingstilbudet skiller seg dessuten fra de andre behandlingstilbudene ved at det retter seg mot en bestemt målgruppe blant rusmiddelmissbrukerne, og er beregnet for de som har et langvarig og opiatdominert⁴² rusmiddelmissbruk bak seg. Denne gruppen

⁴¹ Helsedirektoratet (www.shdir.no)

⁴² «Opioider er en felles betegnelse på en rekke stoffer som kommer fra opiumsvalmuen (opiat), eller kunstig framstilte stoffer med en tilsvarende virkning.....Opium utvinnes av saften i frøkaplene på opiumsvalmuen (Papaver somniferum). Råopium inneholder blant annet de aktive stoffene morfin og kodein. Morfin er et meget effektivt middel mot sterke smerter og brukes ofte i sykehusbehandling. Heroin framstilles av morfin ved en kjemisk prosess. Heroin er mest kjent som misbruksstoff.» *Helsedirektoratet, «fakta om narkotika»,* http://www.shdir.no/rusmidler/fakta_om_rusmidler/fakta_om_narkotika/

narkomane betegnes som nokså «tunge» misbrukere. Dette skyldes at bruken av opiater er kjent for å være meget vanedannende samt at toleranseutviklingen for stoffet kan gå meget raskt. Dette medfører at kroppen stadig tåler høyere doser, samtidig som abstinenssymptomene utvikler seg. Disse faktorene til sammen vil i de fleste tilfeller gjøre det meget vanskelig å bli rusfri. I Norge er det dessuten meget utbredt at heroin, som er det vanligste misbruksstoffet blant opiatene, injiseres. Misbrukeren utsettes med dette for stor risiko for overdose samt infeksjoner som HIV og aids. Risikoen for det sistnevnte skyldes imidlertid ikke bruken av stoffet i seg selv, men bruken av urene sprøytespisser.⁴³ Narkomane som har kommet så langt i sitt misbruk at de er avhengig av heroin lever dessuten ofte på siden av samfunnet, hvor hverdagen og livet er dreier seg om hvordan å få tak i neste dose.

Målet med å bruke legemidler, som ett av flere virkemidler, under behandlingen av denne type rusmiddelavhengighet er flere. Regjeringen opplyser at målet med metoden er å bistå de aktuelle rusmiddelmisbrukerne med følgende:

- komme seg ut av de hardt belastede misbruksmiljøene,
- nyttiggjøre seg andre behandlings-, rehabiliterings- og omsorgstiltak,
- redusere skadene av misbruket og faren for overdosedødsfall,
- bedre den fysiske og sosiale funksjonsevnen og
- oppnå rusfrihet, bedret livskvalitet og - så langt mulig - yrkesmessig og sosial rehabilitering.⁴⁴

⁴³ Helsedirektoratet, «fakta om narkotika»,

http://www.shdir.no/rusmidler/fakta_om_rusmidler/fakta_om_narkotika/

⁴⁴ Pressemelding, regjeringen.no, publisert 17.10.2002,

<http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-II/Helsedepartementet/247340/246857/Fakta-om-legemiddelassistert-rehabilitering-.html?id=422372>

3.1.5.2 Inntakskriterier for LAR

LAR skiller seg videre fra andre behandlingstilbud innen den tverrfaglige spesialiserte rusbehandling, ved at behandlingsmetoden har egne inntakskriterier. Inntakskriteriene følger av punkt 6 og 7 i «retningslinjene for legemiddelassistert rehabilitering av narkotikamisbrukere»⁴⁵ Disse retningslinjene er gitt i rundskrivene I-35/2000, I-33/2001 og I-5/2003 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Punkt 6 i retningslinjene oppgir følgende kriterier:

«Klienten skal:

- 1. ha fylt 25 år*
- 2. ha langvarig narkotikamisbrukskarriere. Misbruket skal på søkertidspunktet og over flere år ha vært klart opiatdominert*
- 3. i rimelig omfang ha gjennomgått behandling og rehabilitering uten bruk av metadon og opioider med sikte på rusfrihet.»*

Punkt 7 tilføyer:

«Det kan gjøres unntak fra inntakskriteriene pkt. 6 a-c⁴⁶ dersom rusmiddelmissbrukeren har en kronisk og livstruende sykdom som gjør behandlingsopplegget nødvendig, eller dersom en samlet vurdering tilsier det.»

Spørsmålet som da reiser seg er hvorvidt disse kriteriene skal sammenholdes med vilkårene for å kunne få rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, etter pasientrettighetsloven § 2-1, annet ledd jf. prioriteringsforskriften § 2. LAR-sentrene vurderer selv henvisningene til LAR-behandlingen og beslutter eventuelle inntak til behandlingen i medhold av inntakskriteriene. En må derfor komme til at det er disse kriteriene alene som avgjør om hvorvidt pasienten skal få helsehjelp i form av LAR-behandling. En sammenholding av kriteriene i både pasientrettighetsloven og retningslinjene til LAR ville antagelig gjort det

⁴⁵ Rundskriv I-5/2003, Helse- og omsorgsdepartementet

⁴⁶ En må regne med at pkt. 6 a-c, som en her viser til, samsvarer med pkt. 6 1-3 i retningslinjene. Rundskrivet (I-5/2003) opererer med ulik punktsetning.

uforholdsmessig vanskelig å slippe igjennom nåløyet til slik behandling. Dessuten vil en oppfyllelse av inntakskriteriene til LAR, antagelig også i de fleste tilfeller oppfylle vilkårene som pasientrettighetsloven reiser for rett til nødvendig helsehjelp, ved at behandlingen omfatter pasienter hvis tilstand er av en viss alvorlighet og hvor behandlingen må kunne forventes å ha nytte. En må også anta at det foreligger en forutsetning om at behandlingen i seg selv anses som kostnadseffektiv, og at dette også gjelder ved behandling av den enkelte pasient når vedkommende først har oppfylt inntakskriteriene. På den annen side vil kriteriene for behandling i LAR i enkelte tilfelle fange opp pasienter som ellers ikke ville oppfylle vilkårene for nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. En kan her tenke seg pasienter som på grunn av sin høye alder ikke ville oppfylle kriteriet om alvorlighet, og som på grunn av sine tidligere forsøk på rehabilitering ville komme dårlig ut ved vurdering av helsehjelpens nytte.

Av rundskriv I-5/2003 gjør Helse- og omsorgsdepartementet oppmerksom på muligheten for å gjøre unntak fra punkt 6a-c, jf. punkt 7 i retningslinjene, og da særlig med sikte på alderskriteriet som kommer frem av punkt 6a. Departementet opplyser videre at dersom en foretar en slik «samlet vurdering» som punkt 7 nevner, skal det ved vurdering av om det skal gjøres unntak fra alderskriteriet legges vekt på om «opiatmisbrukeren over tid har hatt en særlig vanskelig livssituasjon med massiv og sammensatt problematikk, herunder:

- 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

Det understrekes at eksemplene i punktene ovenfor ikke er uttømmende, og at det vil være en kombinasjon av flere forhold som til sammen kan begrunne at det gjøres unntak fra alderskriteriet.»⁴⁷

Det følger videre av rundskriv I-33/2001 fra Helse- og omsorgsdepartementet at pasienter, som er under LAR, bør følges opp av vedkommendes fastlege. I de tilfeller at lege henviser, vil det være naturlig at dette gjøres av rusmiddelmissbrukerens fastlege. I praksis vil det imidlertid bety at fastlegen ved henvisningen må samarbeide med sosialtjenesten, da rundskriv I-33/2001 krever at det med henvisningen vedlegges både en medisinskfaglig og sosialfaglig vurdering. Det er derfor anbefalt legen og sosialtjenesten sammen med pasienten utarbeider søknaden om godkjenning av opplegget for den legemiddelassisterte rehabiliteringen. Dette er dessuten gjengitt i rundskriv I-8/2004 fra helse- og omsorgsdepartementet. Da dette rundskrivet ble gitt i forbindelse med endringene i lovverket som følger av rusreformen, må en anta at det også skal praktiseres slik etter reformen.

⁴⁷ Rundskriv I-5/2003, Helse- og omsorgsdepartementet.

4 Rett til øyeblikkelig helsehjelp

4.1 Pasientrettighetsloven § 2-1, første ledd

Det følger av pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, første setning at pasienter har rett til øyeblikkelig hjelp.

Retten til øyeblikkelig hjelp, er i motsetning til retten til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, ikke betinget av at man har enten fast bopel eller oppholdssted i riket, er medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester eller har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat, jf. prioriteringsforskriften § 1. Retten til øyeblikkelig hjelp gjelder *alle* som oppholder seg i riket, dette følger av pasientrettighetsloven § 1-2, første ledd.

Retten til øyeblikkelig hjelp i pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, må ses i sammenheng med bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, annet ledd og i lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 7, da disse vil gi innhold i retten til øyeblikkelig hjelp. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-1, annet ledd pålegger de regionale helseforetakene å utpeke det nødvendige antallet institusjoner eller avdelinger innen slike institusjoner, som kan ta i mot pasienter (og med plikt til å gjøre dette), som har behov for øyeblikkelig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Retten til øyeblikkelig hjelp vil dermed også gjelde overfor rusmiddelmisbrukere. Tidligere gjaldt bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 annet ledd kun overfor institusjoner som kunne ta imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innen psykiatrien. Med gjennomføringen av rusreformen tilføyde man imidlertid, med virkning fra 1. januar 2004, også plikten til å peke ut institusjoner som yter tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette må anses som et viktig ledd for å sikre rusmiddelbrukernes rett på lik linje med andre pasienter. Helsepersonelloven § 7, første ledd pålegger helsepersonell å straks yte den helsehjelp de evner, når det må antas at helsehjelpen er påtrengende nødvendig. Denne plikten gjelder for alt helsepersonell, jf helsepersonelloven § 3. Plikten begrenser seg imidlertid til å

gjelde den kompetanse de ulike stillingsgrupper innen helsevesenet har til å gi helsehjelp. Dette kommer frem av bestemmelsens ordlyd, som sier at helsepersonell skal «gi den helsehjelp de evner». Ikke alt helsepersonell kan forventes å ha muligheten til å gi helsehjelp på lik linje med, for eksempel, leger.

En rusmiddelmisbruker vil ha rett til øyeblikkelig hjelp i tilfeller hvor han eller hun har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for vedkommendes liv eller helse, som for eksempel ved intoksikasjon, overdose eller delir.⁴⁸ Med intoksikasjon menes forgiftning⁴⁹, mens delir er en tilstand som kan oppstå hos alkoholikere som brått stopper å drikke og innebærer at de opplever akutte sinnsforstyrrelser, kraftige skjelvninger og angst.⁵⁰

⁴⁸ Rundskriv I-8/2004, Helse- og omsorgsdepartementet. s.10.

⁴⁹ *Caplex*.

⁵⁰ <http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=2423>

5 Samtykke som utgangspunkt for gjennomføring av helsehjelp

5.1 Pasientrettighetsloven § 4-1, hovedregel om samtykke

Det følger av pasientrettighetsloven § 4-1, første ledd, første setning at helsehjelp, herunder også behandling av rusmiddelmissbruk i spesialisthelsetjenesten, i utgangspunktet bare skal gis med pasientens samtykke. Samtykke anses som det alminnelige rettsgrunnlag for å yte helsehjelp, og gjelder for «alle typer helsemessig virksomhet som pasienter undergis eller medvirker til, dvs. pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling.»⁵¹ Alle myndige individ har i utgangspunktet full selvbestemmelsesrett hva gjelder sin frihet, sin helse og sitt liv. Dette gjelder uavhengig av individets samfunnsmessige tilknytning og sosiale sammenheng, og framgår av norsk lovgivning og rettspraksis. Det ulovfestede legalitetsprinsipp kan ses som bakgrunn for denne selvbestemmelsesretten og kravet til at helsehjelp bare skal gis med pasientens samtykke.⁵²

Ved behandling av rusmiddelmissbrukere er ønsket om at helsehjelpen skjer på grunnlag av frivillighet også forankret i kunnskapen om at dette er hva som oftest fører til de beste resultatene. Rusmiddelmissbrukeren vil ofte være bedre motivert for helsehjelpen i de tilfellene den er basert på et forutgående samtykke, noe som er et viktig element for at man skal kunne lykkes med tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Det kreves dessuten at et samtykke til helsehjelp er gyldig. For at pasientens samtykke skal anses som gyldig må han/hun ha fått tilstrekkelig med informasjon om sin helsetilstand og innholdet av helsehjelpen. Dette følger av pasientrettighetsloven § 4-1, første ledd, siste setning, og må ses i sammenheng med pasientrettighetsloven § 3-2, om pasienters rett til informasjon. Pasienten må

⁵¹ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

⁵² *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001. s.176.

dermed ha fått informasjon om formålet med behandlingen, metoder som vil bli benyttet, mulige bivirkninger og risikoer. Selv om at pasienten har samtykket til helsehjelpen, har han eller hun mulighet til å trekke sitt samtykke tilbake, jf. pasientrettighetsloven § 4-1, annet ledd. Dersom pasienten velger å gjøre dette, skal vedkommende underrettes om konsekvensene av at den planlagte helsehjelpen uteblir.

5.1.1 Krav til samtykkets form

Krav til samtykkeformen finner vi i pasientrettighetsloven § 4-2, og det følger av bestemmelsen at samtykket kan gis både uttrykkelig og stilltiende. Et stilltiende samtykke «*anses å foreligge dersom det ut i fra pasientens handlemåte eller andre omstendigheter er sannsynlig at han eller hun godtar helsehjelpen.*»⁵³ En kan også si at et stilltiende samtykke blir gitt ut i fra såkalt konkludent atferd, altså at det fremkommer av pasientens atferd at vedkommende har samtykket til helsehjelpen. Dette er nok i praksis den vanligste formen for samtykke, da det antagelig vil være mer vanlig at pasienten gir uttrykkelig beskjed dersom han eller hun *ikke* ønsker å motta helsehjelp. En må kunne anta at et stilltiende samtykke eller konkludent atferd vil kunne være tilstrekkelig for å igangsette behandling for rusmiddelmissbruk.

Det er videre praktisk å se for seg at dersom en rusmiddelmissbruker oppsøker lege eller sosialtjeneste for å få henvisning til helsehjelp på grunnlag av sitt rusmiddelmissbruk, at vedkommende da også ønsker å motta slik helsehjelp. Det vil ut i fra dette være naturlig å lese et samtykke til helsehjelpen. Det kan allikevel tenkes at pasienten velger å ikke samtykke til helsehjelpen, for eksempel dersom tiltaket som tilbys viser seg å ikke være av det slag som rusmiddelbrukeren selv ønsker, eller medfører at pasienten må dra til en institusjon langt fra sitt tilholdssted.

⁵³ Pasientrettighetsloven § 4-2, første ledd.

5.1.2 Når har en kompetanse til å samtykke (samtykkekompetanse)?

Etter pasientrettighetsloven første ledd, bokstav a og b, har myndige personer og mindreårige pasienter som har fylt 16 år, samtykkekompetanse, med mindre noe annet følger av særlige lovbestemmelser. Mindreårige som har fylt 16 år kan dessuten miste sin samtykkekompetanse dersom det følger av tiltakets art. En kan dermed si at den helserettslige myndighetsalder er 16 år. Bestemmelsen regulerer kompetansen til å ta stilling til hvorvidt en ønsker å motta helsehjelp i form av undersøkelser eller behandling. Det kan ikke oppstilles noen formell aldersgrense for mindreåriges rett til på egenhånd å kunne oppsøke helsetjenesten for råd og veiledning.⁵⁴

Samtykkekompetansen kan falle bort, helt eller delvis, dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter, og dette skyldes fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming, jf. pasientrettighetsloven § 4-3, annet ledd. Det er opp til helsepersonellet som yter helsehjelpen å avgjøre hvorvidt pasienten mangler slik samtykkekompetanse, dette følger av tredje ledd i samme bestemmelse. Det må vurderes i hvert enkelt tilfelle hvorvidt slik kompetanse foreligger eller ei, da evnen til å treffe avgjørelse om helsehjelp kan variere etter hva slags tiltak det gjelder. Dersom det hersker tvil rundt pasientens samtykkekompetanse, skal denne tvilen komme pasienten til gode, slik at vedkommende selv kan samtykke eller motsette seg behandlingen.⁵⁵ Det følger videre av bestemmelsene om samtykkekompetanse at helsepersonellet ut i fra pasientens alder, psykiske tilstand, modenhet og erfaringsbakgrunn skal legge forholdene best mulig til rette for at pasienten selv kan samtykke til helsehjelp, jf. § 3-5 i pasientrettighetsloven, ved å sørge for at informasjonen som gis om helsehjelpen er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Dersom

⁵⁴ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001. s.210.

⁵⁵ *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

helsepersonellet kommer til at pasienten mangler samtykkekompetanse, skal avgjørelsen være skriftlig og begrunnet, og om mulig straks legges frem for pasienten og dennes nærmeste pårørende. Dersom pasienten mangler nærmeste pårørende, skal avgjørelsen legges frem for helsepersonell som nevnt i § 4-8. Dette er bestemt i pasientrettighetsloven § 4-3, fjerde ledd. En avgjørelse om at pasienten mangler samtykkekompetanse kan påklages.

5.1.2.1 Samtykke på vegne av barn

Det kommer frem av pasientrettighetsloven § 4-4, første og andre ledd at barnets foreldre, andre som har foreldreansvaret for barnet, eller barneverntjenesten, dersom de har overtatt omsorgen, har rett til å samtykke til at det gis helsehjelp. Bestemmelsen gjelder barn opp til 16 år, og vil derfor kunne være aktuell ved spørsmål om det skal ytes tverrfaglig spesialisert rusbehandling, ettersom rusmiddelmissbruk kan forekomme blant barn allerede i denne alderen. Bestemmelsens tredje ledd slår fast at barnets foreldre, andre som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten skal, etter hvert som barnet modnes, høre hva det har å si, før samtykke gis. Fra barnet er 12 år, skal det få uttale seg i alle spørsmål hva angår egen helse, og det skal legges økende vekt på barnets mening i takt med dets modenhet og alder. For eksempel vil et barn over 12 år med rusproblemer, kunne tas inn i institusjon som nevnt i sosialtjenesteloven § 6-3, på bakgrunn av sitt eget og foreldrenes samtykke, jf. bestemmelsens femte ledd, første setning. Dersom rusmiddelmissbruk er årsak til at helsehjelpen skal gis, bør det tas med i vurderingen at barnet muligens ikke er stand til å stilling til hva som er til sitt eget beste, nettopp på grunn av sitt misbruk. I slike tilfeller vil dermed de som har foreldreansvaret eller barneverntjenesten, dersom de har tatt over omsorgen, kunne gi samtykke til at helsehjelp i form av tverrfaglig spesialisert rusbehandling blir gitt, selv om barnet selv motsetter seg dette. Avgjørelse av om helsehjelp skal gis faller inn under foreldreansvaret etter lov om barn og foreldre 8.april 1981 nr.7 (barnelova), som inneholder to hovedelementer - en omsorgsplikt

og bestemmelsesplikt og -rett.⁵⁶ Dette kommer frem av lovens kapittel 5, som omhandler innholdet i foreldreansvaret.

Det eksisterer videre særskilte regler for samtykke på vegne av ungdom som har fylt 16 år, men som ikke har samtykkekompetanse (pasientrettighetsloven § 4-5) og myndige personer uten samtykkekompetanse (pasientrettighetsloven § 4-6). Velger imidlertid å avgrense mot behandling av bestemmelsene, da disse ikke vil kunne sies å gjøre seg gjeldende i forbindelse med samtykke til den helsehjelp som denne fremstillingen omhandler, nemlig tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

5.1.3 Konsekvenser av at helsehjelp gjennomføres uten at gyldig samtykke foreligger

Dersom helsehjelp blir gitt på grunnlag av, for eksempel, et ugyldig samtykke vil pasienten kunne ha erstatningsmessig krav mot behandleren eller sykehuset etter reglene til Norsk pasientskadeerstatning.⁵⁷ Dette gjelder følgelig også rusmiddelmissbrukere som uten sitt samtykke eller på grunnlag av et ugyldig samtykke har fått tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette forutsetter imidlertid at reglene om tvang (sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-2a) ved slik behandling ikke kan legges til grunn. Det mest praktiske eksempel i denne sammenheng vil dermed være at behandling etter sosialtjenesteloven § 6-3 gjennomføres, og at pasienten i ettertid eller underveis i behandlingen hevder at samtykke ikke er gitt til slik behandling eventuelt at det gitte samtykket ikke kan anses som gyldig. Den som utfører helsehjelpen vil dessuten kunne rammes av straffelovens bestemmelser om legemskrenkende handlinger og annen urettmessig angrep mot den personlige frihet. Etter Høyesteretts vurdering vil det allikevel ikke være naturlig å anvende disse bestemmelsene når behandlingen i utgangspunktet har skjedd i pasientens interesse. Det vil i så fall være mer hensiktsmessig å bruke

⁵⁶ *Barn og foreldre*, Lucy Smith og Peder Lødrup, 7.utgave 2006.

⁵⁷ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001. s.185.

andre reaksjoner, som for eksempel erstatning og/eller reaksjoner fra tilsynsmyndighetene.⁵⁸ En må kunne anta at tverrfaglig spesialisert rusbehandling i utgangspunktet må sies å være i pasientens interesse, selv om det skjer på grunnlag av ugyldig eller manglende samtykke. Et viktig poeng vil her være hvorvidt den urettmessige behandlingen førte til at pasienten ble rusfri eller ikke. Urettmessig gjennomføring av slik behandling vil dermed sannsynligvis ikke kunne utløse annet enn for eksempel erstatningsansvar. Behandling på bakgrunn av urettmessig tilbakeholdelse vil imidlertid kunne synes skjerpende, da dette vil medføre en inngripen i vedkommendes selvbestemmelsesrett.

⁵⁸*Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001. s.185.

6 Helsehjelp som rettmessig kan gjennomføres uten pasientens samtykke, tvang etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3

6.1 Krav til lovhjemmel (legalitetsprinsippet)

Det følger av pasientrettighetsloven § 4-1, første ledd, andre setning at helsehjelp kan ytes uten pasientens samtykke, dersom det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for dette. Lovhjemmel for behandling av rusmiddelmissbrukere uten deres samtykke, finner vi i lov om sosiale tjenester m.v. 13. desember 1991 nr.81 (sosialtjenesteloven) §§ 6-2 og 6-2 a, som åpner for at rusmiddelmissbrukere og gravide rusmiddelmissbrukere kan holdes tilbake i institusjon uten deres samtykke, dersom enkelte vilkår er oppfylt. § 6-3 i samme lov, åpner for at rusmiddelmissbrukere kan holdes tilbake i institusjon på bakgrunn av et forutgående samtykke. En taler gjerne om at en utøver tvang, når behandling blir gjennomført på bakgrunn av disse reglene, og «tvang kan i denne sammenheng defineres som tiltak pasienten uttrykkelig motsetter seg».⁵⁹

Som nevnt tidligere i fremstillingen forutsettes det at hvert individ har full selvbestemmelsesrett hva gjelder, blant annet, sin egen helse. Denne selvbestemmelsesretten må også gjelde ens forhold til rusmidler, og hvilket forbruk av rusmidler en anser som akseptabelt. En kan gjerne tale om en positiv og negativ avgrensning av sin selvbestemmelsesrett, hvor den positive avgrensningen er retten til å gjøre ulike type valg på egne vegne, mens den negative avgrensningen er retten til å være i fred for ulike inngrep fra utenforstående.⁶⁰ I følge legalitetsprinsippet kreves det derfor at en har hjemmel i formell lov, dersom en skal gå ut over denne selvbestemmelsesretten og utøve tvang overfor enkeltindivider. Det følger videre av legalitetsprinsippet at jo mer omfattende

⁵⁹ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001. s.205.

⁶⁰ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007. s.83.

inngrep det er snakk om, jo klarere må lovhjemmelen være. Prinsippet vil derfor illustrere både et hjemmelskrav og et fortolkningsprinsipp. Høyesterett har i Rt. 1995 s. 530, uttalt følgende:

«Jeg antar, med bakgrunn i teori og praksis, at kravet til lovhjemmel må nyanseres blant annet ut i fra hvilket område en befinner seg på, arten av inngrepet, hvordan det rammer og hvor tyngende det er overfor den som rammes. Også andre rettskildefaktorer enn loven selv må etter omstendighetene trekkes inn.»

Ved avgjørelse av om tvang kan utøves overfor rusmiddelmissbrukere må en dermed vurdere hvorvidt tiltaket står i forhold til den ønskede effekt man håper å oppnå, og om det eventuelt vil være mer tyngende enn givende for pasienten at tvangstiltaket gjennomføres. Reglene om tvang i sosialtjenesteloven (§§ 6-2 til 6-3) stiller opp en rekke vilkår som åpner for en slik vurdering på et mer konkret nivå, før en kan iverksette tvangstiltak. Disse behandles nærmere nedenfor i avhandlingen.

6.2 Formål / hensyn bak anvendelse av tvang

Når det fortas tvangsinngrep overfor rusmiddelmissbrukere, etter reglene i sosialtjenesteloven kapittel 6, er det først og fremst begrunnet i hensynet til rusmiddelmissbrukeren selv eller dets barn dersom misbrukeren er gravid. En ønsker ved utøvelse av tvang å hindre negative konsekvenser hos pasienten eller barnet som følger av vedkommendes rusmiddelmissbruk.

En forutsetter her at rusmiddelmissbruket og avhengigheten har ført til at det er vanskelig for vedkommende å komme seg ut av situasjonen han eller hun befinner seg i, og at vedkommende på grunnlag av dette ikke selv klarer å ta de riktige avgjørelsene for å hindre mulige konsekvenser. Dette kan være konsekvenser som helseskader eller i verste fall død. Konsekvensene av pasientens misbruk kan en aldri med sikkerhet slå fast, men en gjør seg på forhånd opp prognoser for mulige utfall og legger disse til grunn for vurdering av tiltaket.

6.3 Vilkår for tilbakeholdelse i institusjon uten pasientens samtykke, sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

Det kommer frem av både §§ 6-2 og 6-2a i sosialtjenesteloven at «*rusmiddelmissbrukere*» kan tas inn i en institusjon, pekt ut av de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, annet ledd nr.5, uten eget samtykke. Bestemmelsene kan kun komme til sin anvendelse overfor pasienter som er for rusmiddelmissbrukere å regne. Dette kommer frem av ordlyden i både §§ 6-2 og 6-2a, jf. overskriftstittelen til kapittel 6. Loven har tatt utgangspunkt i de problemer som misbruket fører med seg ved opprettelse av reglene i kapittel 6, og skiller derfor ikke mellom de ulike typene rusmiddelmissbruk.⁶¹ Rusmiddelmissbruk etter disse reglene omfatter dermed misbruk av alkohol, medikamenter og/eller narkotika.⁶² Videre er det en forutsetning for anvendelse av tvang etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a at hjelpetiltak av frivillig art etter § 6-1 i samme lov, ikke er tilstrekkelig. Bestemmelsene kan således ikke anvendes overfor personer som frivillig vil behandles i institusjon, eller dersom tiltak utenfor institusjon vil være tilstrekkelig, jf. «det mildeste inngreps prinsipp».⁶³ En må ut i fra dette forstå det slik at frivillige tiltak allerede må være prøvd, eller åpenbart nytteløse. Bruk av tvang må dermed anses som en siste utvei fra samfunnets side. En kan si at bestemmelsene knesetter et subsidiaritetsprinsipp.⁶⁴

6.3.1 Vilkår for tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2

For at tvang etter sosialtjenesteloven § 6-2 skal kunne utøves kreves det, i tillegg til de ovennevnte vilkårene, at misbruket til vedkommende rusmiddelmissbruker er av en «*omfattende*» og «*vedvarende*» karakter. Bestemmelsen sikter med dette til

⁶¹ *Sosialrett*, Kristian Andenæs m.fl., Universitetsforlaget 2003.

⁶² *Norsk Lovkommentar*, Gyldendal forlag 2005.

⁶³ *Sosialrett*, Kristian Andenæs m.fl., Universitetsforlaget 2003. s.241-242.

⁶⁴ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007. s.287.

de sterkt belastede misbrukerne. Kortvarig og mer sporadisk misbruk omfattes ikke, dette følger av NOU 1985: 18 s.232, og oppfyller ikke vilkåret for at et inngripen som tvang etter denne bestemmelsen kan benyttes overfor pasienten. For det andre må det omfattende og vedvarende misbruket føre til at vedkommende utsetter sin egen «fysiske eller psykiske helse for fare». Ved anvendelse av bestemmelsen ønsker en dermed å unngå negative helsekonsekvenser hos rusmiddelmisbrukeren selv, og en tar utgangspunkt i at dette er konsekvenser som vedkommende ikke klarer å begrense nettopp på grunn av sitt misbruk. Hensynet til misbrukerens familie, venner eller graviditet kan ikke begrunne bruk av tvang etter denne bestemmelsen. Det må sies at en har utsatt sin egen fysiske helse for fare, når prognoser viser at misbruket av rusmidler vil føre til negative konsekvenser for den somatiske helsen. Videre er det en stor hyppighet av psykiske lidelser blant rusmiddelmisbrukere, og da særlig blant «sosialt utstøtte» sprøytenarkomane, og en finner tilsvarende hyppighet av rusproblemer hos psykiatriske pasienter.⁶⁵ I enkelte tilfeller vil det være rusmiddelmisbruket i seg selv (virkningen av rusmiddelet) som gjør at en utsetter sin egen psykiske helse for fare, i andre tilfeller vil det være livsførselen og omstendighetene rundt. Noen teorier legger også vekt på at psykiske pasienter kan forsøke rusmiddelbruk som en form for selvmedisinering.⁶⁶ En må anta at heller ikke dette er heldig for den psykiske helsen hos vedkommende. Bestemmelsen i § 6-2 åpner ikke for tvangs*behandling*, men for «*undersøkelse og tilrettelegging av behandling*». Dette følger av ordlyden i første ledd. Dessuten kommer det frem av forarbeidene (Ot.prp. nr.29 (1990-91) s.91) at intensjonen bak bestemmelsen var å gi muligheten for å kunne holde rusmiddelmisbrukere tilbake i institusjon for å «motivere for behandling og tilrettelegging av langsiktige behandlingstiltak».⁶⁷ En kan dermed si at § 6-2 åpner for å tvangs*innlegge* og

⁶⁵ *Rus*, Hans Olav Fekjær, Gyldendal akademisk forlag 2004.

⁶⁶ *Rus*, Hans Olav Fekjær, Gyldendal akademisk forlag 2004.

⁶⁷ *Sosialrett*, Kristian Andenæs m.fl., Universitetsforlaget 2003. s.233-234.

tvangstilbakeholde rusmiddelmisbrukere i institusjon, hvor formålet med tiltaket er å fremme behandling.

6.3.2 Vilkår for tilbakeholdelse etter sosialtjenesteloven § 6-2a

Det kommer frem av ordlyden i § 6-2a at utøvelse av tvang etter denne bestemmelsen kun kan utføres overfor gravide rusmiddelmisbrukere. Det er videre et vilkår for tilbakeholdelse i institusjon etter § 6-2a at «*misbruket er av en slik art at det vil være overveiende sannsynlig at barnet blir født med skade*». Etter § 6-2a vil det, i motsetning til regelen i § 6-2, være hensynet til en annen person enn rusmiddelmisbrukeren selv som utløser bruken av tvang. Rusmiddelmisbruk skal alltid anses som fosterskadelig, jf. veileder 15-1505, ved vurdering av tilstandens alvorlighet hos pasienten. Det anses derfor som legitimt at det utøves tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere, som motsetter seg behandling for sitt misbruk, da tiltaket vil kunne være nødvendig for å kunne begrense mulige skader på fosteret. Det er også ønskelig at mor, under oppholdet, skal kunne få kontroll på sitt rusmiddelmisbruk slik at hun selv kan ta vare på barnet etter fødselen. Dette kommer frem av bestemmelsens annet ledd, og illustrerer dermed også et hensyn til moren selv.

Hvilke skader som kvalifiserer for at tvangsinnleggelse skal kunne anses som forholdsmessig, må avgjøres ved en skjønnsmessig helhetsvurdering. En taler her om at det må være «overveiende sannsynlighet» for at skade på barnet vil inntreffe, men det kreves imidlertid ikke at skadene på barnet er av betydelig art. Det er videre ikke krav om at skadene gjør seg gjeldende allerede under fødselen. Overveiende sannsynlighet for at skader eller komplikasjoner vil kunne inntreffe etter at barnet har levd en stund vil også kunne kvalifisere for bruk av tvang etter § 6-2a. Eksempler på komplikasjoner som vil kunne ha praktisk betydning ved rusmiddelmisbruk under svangerskap er for tidlig fødsel og/eller abstinenser hos barnet. I følge teorien må begge disse komplikasjonene kunne kvalifisere som skader på barnet, ettersom barn normalt blir født uten abstinenser og det faktum at for tidlig fødsler innebærer økt risiko for at barnet pådrar seg ulike komplikasjoner i

oppveksten.⁶⁸ Vurderingstemaet blir dermed hvorvidt barnets psykiske eller fysiske helse vil avvike negativt, sammenlignet med den helsen barnet ville hatt dersom moren under svangerskapet ikke hadde misbrukt rusmidler.

Gravide rusmiddelmissbrukere kan med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-2a holdes tilbake i institusjon under hele svangerskapet. Blir svangerskapet brutt, faller imidlertid grunnlaget for tilbakeholdelse i institusjon etter denne bestemmelsen bort. Dette følger av Ot.prp. nr. 48 (1994-95) s.21.

6.4 Vilkår for tilbakeholdelse i institusjon på grunnlag av eget forutgående samtykke, sosialtjenesteloven § 6-3

Etter sosialtjenesteloven § 6-3 kan en rusmiddelmissbruker holdes tilbake i institusjon som er utpekt av de regionale helseforetakene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, annet ledd nr.5, dersom rusmiddelmissbrukeren på forhånd har samtykket til dette. Bestemmelsen forutsetter på lik linje med de øvrige tvangsbestemmelsene i loven, at det er tale om en rusmiddelmissbruker, jf. bestemmelsens ordlyd. Videre må denne rusmiddelmissbrukeren ha gitt et forutgående samtykke til å bli holdt tilbake i institusjonen.

Bestemmelsen illustrerer et behandlingstiltak overfor rusmiddelmissbrukere som kombinerer frivillighet og tvang, eller en såkalt «avtalt tvang». Ved institusjonsopphold etter sosialtjenesteloven § 6-3 har pasienten frivillig latt seg behandle, i motsetning til når tiltak skjer etter §§ 6-2 eller 6-2a i samme lov. Rusmiddelmissbrukeren ser imidlertid sannsynligheten for at han eller hun kan komme til å bryte behandlingsopplegget i løpet av de første ukene, for eksempel i forbindelse med abstinenser. Regelen i § 6-3 bygger på den erfaring at mange rusmiddelmissbrukere lider av motivasjonssvikt i løpet av behandlingen, selv når innleggelse er basert på frivillighet. Vedkommende gir derfor et forutgående samtykke til å kunne bli holdt tilbake i institusjonen mot sin egen vilje. Utøvelse av

⁶⁸ *Tvang overfor rusmiddelavhengige*, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007.

tvang med hjemmel i denne bestemmelsen kan dermed synes lettere å legitimere, ettersom brukeren selv har samtykket til det, men overfor rusmiddelmisbrukeren selv vil utøvelse av tvang etter denne bestemmelsen kunne synes like inngripende, som det ville gjort etter bestemmelsene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, ettersom tvangsaspektet ved behandlingen først vil gjøre seg gjeldende når vedkommende ikke lenger ønsker å være ved institusjonen.

Et samtykke etter sosialtjenesteloven § 6-3 må gjøres skriftlig og leveres til institusjonsledelsen senest samme dag som oppholdet ved institusjonen begynner, dette følger av bestemmelsens tredje ledd. Ved at samtykket gjøres notorisk unngår man å så tvil rundt hvorvidt tvangstiltaket opprinnelig var ønsket av rusmiddelmisbrukeren selv. Det følger videre av tredje ledd at samtykket ikke er gyldig, med mindre rusmiddelmisbrukeren er gjort kjent med de vilkår som institusjonen kan sette for oppholdet etter første og annet ledd, før samtykket har blitt gitt. Dette er av hensyn til rusmiddelmisbrukeren, slik at vedkommende, før samtykket blir gitt, skal være klar over hvilke tiltak samtykket faktisk innebærer.

6.5 Overprøving av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a

Vedtak om tilbakeholdelse i institusjon etter reglene i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a treffes av fylkesnemda for barnevern og sosiale saker, jf. sosialtjenesteloven §§ 6-2, annet ledd og 6-2a, første ledd. I følge sosialtjenesteloven § 6-6 kan fylkesnemdas vedtak overprøves. Dette gjøres ved at vedtaket bringes inn for retten etter reglene i lov om mekling og rettergang i sivile tvister (tvisteloven) kapittel 36. Det følger av bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 6-6 at vedtaket kan prøves av både den private part (pasienten) og kommunen, hvor kommunen også anses som part i saken.

En slik adgang til overprøving av tvangsvedtak fremmer pasientenes rettsikkerhet, ved at en ny instans vurderer hvorvidt inngripenen i pasientens selvbestemmelsesrett kan anses som legitim eller ei, dersom pasienten mener at tilbakeholdelsen er urettmessig. Det følger av sosialtjenesteloven § 6-6, annet ledd

at fristen for å reise slikt søksmål regnes fra den dag den som har rett til å reise søksmål fikk melding om vedtaket. Søksmålet må reises innen to måneder etter at en fikk denne meldingen.

Tilbakeholdelse i institusjon etter sosialtjenesteloven § 6-3 skjer på grunnlag av et forutgående skiftlig samtykke fra pasienten selv. Fylkesnemda vil derfor ikke være involvert i slike saker. For tilfeller det hevdes at tilbakeholdelse i institusjon skjer på urettmessig grunnlag etter sosialtjenesteloven § 6-3, se punkt 5.1.3 i avhandlingen.

7 Klageadgang

7.1 Generelt om klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7

Reglene om klage etter pasientrettighetsloven kapittel 7 gjelder for alle pasientgrupper og ved alle typer helsehjelp. Adgang til å klage etter reglene i kapitlet gjelder derfor også rusmiddelmissbrukere som mener å ha rett på tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Retten til å klage, dersom man ikke får de ytelser man mener å ha krav på fra det offentlige, regnes som en viktig del av rettsikkerheten, og knytter seg til de prosessuelle krav en stiller til forvaltningen. Pasienters, og her rusmiddelbrukeres, rettsikkerhet er dermed ivaretatt gjennom klageadgangen i pasientrettighetsloven kapittel 7.

Dersom en rusmiddelmissbruker mener å ikke ha fått oppfylt sine rettigheter til behandling etter § 2-1 i pasientrettighetsloven, kan vedkommende i første omgang *anmode* den som skal yte helsehjelpen om at disse rettighetene blir oppfylt, jf. pasientrettighetsloven § 7-1, første ledd. Anmodning kan også skje fra den som representerer rusmiddelmissbrukeren (for eksempel advokat eller pasientombud), og er den som har fullmakt til å klage på rusmiddelmissbrukerens vegne, eller som har samtykkekompetanse etter kapittel 4 i pasientrettighetsloven (se behandling av samtykkekompetanse ovenfor i fremstillingen), jf. pasientrettighetsloven § 7-1, tredje ledd. Dersom denne anmodningen blir avvist av den som yter helsehjelpen, eller det påstås at rettighetene allerede er oppfylt, kan det sendes *klage* til Helsetilsynet i fylket. Dette følger av pasientrettighetsloven § 7-2, første ledd. Også klage kan fremsettes av representant for rusmiddelmissbrukeren, jf. tredje ledd i samme bestemmelse. Bestemmelsen i § 7-1 kan således formelt sett ikke omtales som en klageregel, men er ment som en uformell og ubyråkratisk måte å løse tvister mellom pasient og helsevesen.⁶⁹ Det er derfor ikke stilt noen formkrav til anmodningen, slik at den kan like gjerne skje muntlig. Ved klage til Helsetilsynet

⁶⁹ *Pasientrettighetsloven med kommentarer*, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001.

kreves det imidlertid, etter pasientrettighetsloven § 7-3, at klagen gjøres skriftlig og at den er underskrevet av pasienten selv eller den som representerer. Videre bør klagen inneholde hvilke forhold det klages over og gi opplysninger som ellers kan være av betydning for behandlingen av klagen. Det gis mulighet for rettelse, dersom klagen inneholder mangler eller feil, jf. pasientrettighetsloven §7-3, siste setning.

Fristen for anmodning og klage er regulert i pasientrettighetsloven § 7-5. Anmodning må, etter bestemmelsens første ledd, fremmes innen fire uker fra rusmiddelbrukeren fikk eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å fremme en slik anmodning. Denne fristen avbrytes når en anmodning er fremmet. Klage, må etter bestemmelsens annet ledd, fremmes innen tre uker etter at vedkommende fikk eller burde ha fått kunnskap om utfallet av anmodningen. Tidspunktet for fristen etter bestemmelsens første ledd kan være vanskelig å avklare. Fristen etter andre ledd er imidlertid klarere, ettersom en her vil ha tidspunktet for utfallet av anmodningen å forholde seg til. Fristen for å klage vil dermed begynne å løpe fra og med man fikk svar på anmodningen.

7.2 Særlig om klage i forbindelse med henvisning til behandling innen LAR (legemiddelassistert rehabilitering)

Pasienter som mener en har rett til legemiddelassistert rehabilitering, har på lik linje med andre pasienter innen den tverrfaglige spesialiserte rusbehandling, mulighet til å klage etter reglene i pasientrettighetsloven kapittel 7. Pasienten vil kunne følge disse reglene om klage, dersom legen beslutter å ikke henvise til legemiddelassistert rehabilitering, eller dersom LAR-sentret beslutter å ikke tilby vedkommende behandling.

Det stiller seg imidlertid annerledes dersom det er sosialkontoret som beslutter å ikke henvise pasienten til LAR. En slik avgjørelse kan nemlig ikke påklages, jf. lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker 10. oktober 1967 (forvaltningsloven) § 2 bokstav b og sosialtjenesteloven § 8-1 annet ledd. Å henvise, eller å ikke henvise,

til LAR anses nemlig som en prosessuell avgjørelse som ledd i sosialtjenestens behandling av saken. Retten til å klage gjelder kun over enkeltvedtak, jf. forvaltningsloven § 28 og sosialtjenesteloven § 8-6. Således kan det dermed synes som at rusmiddelbrukerens rettssikkerhet blir bedre ivaretatt dersom det er fastlegen som tar beslutningen om å ikke henvise, og ikke sosialtjenesten, ettersom pasienten da i alle fall vil ha sin klagerett etter pasientrettighetsloven i behold. At reglene skal praktiseres og forstås på denne måten, kommer frem av helse- og omsorgsdepartementets rundskriv i forbindelse med rusreformen,⁷⁰ og gjenspeiler dermed forvaltningens rettsoppfatning på området. En samtale med sosialtjenesten i Trondheim bekrefter dessuten at reglene praktiseres på denne måten blant deres saksbehandlere. Det kunne opplyses om at det vanligste ved henvendelse fra rusmiddelmissbrukere, som ønsket hjelp av sosialtjenesten, var at det ble fattet enkeltvedtak om igangsetting av oppfølging. I andre tilfeller fattes vedtak om hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven § 6-1, som alternativ til LAR. Å vurdere henvisning til LAR vil bli ansett som en del av denne oppfølgingen, og en eventuell avgjørelse om å ikke henvise regnes dermed ikke som et vedtak i seg selv. Rusmiddelmissbrukeren gis dermed adgang til å klage over vedtaket om oppfølging og hjelpetiltak, men har ikke adgang til å klage over de ulike avgjørelsene som blir tatt som del av hjelpetiltaket. Enkeltvedtak skal gjøres skriftlig og grunngis, jf. forvaltningsloven §§ 23 og 24. Hvilke vurderinger legges til grunn for de prosessuelle avgjørelsene under saksbehandlingen vil imidlertid ikke være undergitt noen krav om verken begrunnelse eller skriftlighet, og det vil dermed være meget vanskelig å etterfølge hva som er lagt til grunn for en eventuell avgjørelse om å ikke henvise klienten til LAR. Dette gjør det også umulig å spore noen entydig praksis, og faren for vilkårlighet vil dermed være tilstedet. Det vil i denne forbindelse være naturlig å vise til forvaltningsrettens prinsipp om likebehandling, som stadfester at like tilfeller skal behandles likt og at tilfeldighet og usaklighet skal unngås ved saksbehandling. Om likhetsprinsippet ivaretas slike

⁷⁰ Rundskriv I-8/2004, Helse- og omsorgsdepartementet. s.30-34.

saker, vil i mangel av notoritet ved saksbehandlingen være umulig å si. En kan dermed tørre å påstå at hvilket arbeid som legges tiltaket, og hvilke avgjørelser som tas underveis, vil kunne være meget avhengig av personen som har ansvaret for det enkelte hjelpetiltak.

Tildeling av eventuelle hjelpetiltak vil regnes som enkeltvedtak, jf. sosialtjenesteloven § 8-1, annet ledd og kan i følge § 8-6 i samme lov, påklages til fylkesmannen. Som sagt må alle enkeltvedtak begrunnes, og i saksutredningen vil det dermed fremgå at rusmiddelmisbrukeren selv ønsket henvisning til LAR. Ved klage vil fylkesmannen kunne prøve alle sider av saken, men sosialtjenestens skjønn kan bare overprøves av fylkesmannen dersom det synes «åpenbart urimelig». Dette følger av sosialtjenesteloven § 8-7, første ledd. Fylkesmannen vil kunne stadfeste, oppheve eller omgjøre vedtaket. Dersom det besluttes at vedtaket skal omgjøres eller oppheves, vil fylkesmannen kunne gi føringer for sosialtjenestens oppfølging av saken og eventuelt anbefale at henvisning til LAR bør prøves.

8 Oppsummering og avslutning

En kan konkludere med at rettighetsfestingen av helsehjelp for rusmiddelmissbruk gjør det lettere å stadfeste hva slags behandling en som rusmiddelmissbruker kan kreve. Det er på det rene at en på grunnlag av sitt rusmisbruk kan ha rett på helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, samt rett til øyeblikkelig helsehjelp. Rusmisbruket kan dessuten utløse en rett til å utøve tvang, fra samfunnet sin side. I følge en evaluering av rusreformen, foretatt av IRIS (International research institute of Stavanger) i 2006, har overføringen av ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, til de regionale helseforetakene, dessuten ført til at pasientrettighetene blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte ved denne type helsehjelp.⁷¹ Det slår meg imidlertid, etter å ha behandlet temaet, at det er noe tungvint å orientere seg i bestemmelsene som regulerer disse rettighetene, og at lovverket kan oppleves som noe «vanskelig tilgjengelig». Dette skyldes blant annet at en må innom en rekke ulike regelsett og bestemmelser før en kan kartlegge hva rettighetene innebærer. Regelsettene omfatter bestemmelser angående både pasientrettigheter, helsevesen og sosialtjenester. Det kreves dessuten at en har tilgang til forarbeider, og evnen til å anvende juridisk metode for å kunne «forstå» enkelte av bestemmelsene. Helsepersonell og sosialarbeidere, som til daglig vil være de yrkesgrupper som håndterer de aktuelle reglene, kan ikke forventes å ha evnen til å anvende slik juridisk metode. For at de som anvender rettsreglene skal få god oversikt over gjeldende rett, er det derfor viktig at det utarbeides gode veiledere og andre oversikter som kan brukes i deres daglige arbeid. Dette er nødvendig for å kunne foreta riktige vurderinger av henvisninger til spesialisthelsetjenesten, samt god oppfølging av de rusmiddelmissbrukere som kontakter sosialtjenesten. Rusmiddelmissbrukere vil ofte være ute av stand til selv å gjøre sine retter gjeldende, nettopp på grunn av rusmisbruket. Det er derfor ekstra viktig at de som jobber med denne gruppen pasienter på best mulig måte søker å

⁷¹ Rapport IRIS - 2006/1227, evaluering av rusreformen,

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00013/Evaluering_av_rusref_13520a.pdf

ivareta deres rettigheter ved å ha god kjennskap til de aktuelle reglene. Intensjonen med å gi rusmiddelbrukerne pasientrettigheter kan anses som god, dette vil imidlertid hjelpe lite dersom det vil være vanskelig å gjøre rettighetene gjeldende.

Avhandlingen slår dessuten fast at det foreligger ulik adgang til å klage, alt ettersom om det er lege eller sosialtjeneste som beslutter å *ikke* henvise pasienter til LAR. En beslutning om å ikke henvise til LAR fra legen sin side vil gi pasienten adgang til å klage etter pasientrettighetsloven. En beslutning om å ikke henvise fra sosialtjenesten sin side vil imidlertid ikke åpne for klageadgang. Det er riktignok åpnet for at både lege og sosialtjeneste skal kunne henvise til all type tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og en må anta at denne adgangen er innført, først og fremst, av hensyn til rusmiddelbrukerne. Tanken er at en skal kunne få lik adgang til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvem en oppsøker for å få henvist til slik helsetjeneste. Det kan imidlertid synes som at lovgiver, ved innføring av bestemmelsen i spesialisthelsetjenesteloven § 3-12, ikke har tatt høyde for at det vil kunne forligge ulike saksbehandlingsregler til grunn for henvisningen fra de ulike instansene. Likheter etter bestemmelsen vil dermed kun gjøre seg gjeldende dersom det i første omgang faktisk besluttes å henvise.

Dette er momenter som alle kan peke i retning av at det enda gjenstår noe arbeid for å sikre et helhetlig behandlingstilbud for rusmiddelbrukere i helsetjenesten. En må imidlertid kunne si at tildeling av pasientrettigheter til rusmiddelmisbrukerne tyder på at en er i riktig retning, og at dette er et problem i folkehelsen som endelig har blitt tatt på alvor.

9 Litteraturliste

Bøker:

Tvang overfor rusmiddelavhengige, Karl Harald Søvig, Fagbokforlaget Bergen 2007.

Rettsgrunnlag og standpunkt, Nils Nygård, Oslo 2004. Kap.11

Jusleksikon (Kunnskapsforlaget). Jon Gisle, Kristian Andenæs m.fl.

Pasientrettighetsloven med kommentarer, Aslak Syse, Gyldendal Akademiske forlag, Oslo 2001.

Barn og foreldre, Lucy Smith og Peder Lødrup, 7.utgave 2006

Sosialrett, Kristian Andenæs m.fl., Universitetsforlaget 2003.

Rus, Hans Olav Fekjær, Gyldendal akademisk forlag 2004

Velferdsrett I, Asbjørn Kjønstad og Aslak Syse, Gyldendal akademiske forlag, Oslo 2000.

Norsk Lovkommentar, Gyldendal forlag 2005.

Caplex

Lærebok i psykiatri, Malt, U.F., Retterstøl, N., Dahl, A.A. (2003) s.16.

Elektroniske dokumenter:

Høringsnotat vedrørende rusreformen, Regjeringen.no

Hvorfor mislykkes behandlingen? En undersøkelse av kognitiv funksjon og personlighet hos pasienter i legemiddelassistert

rehabilitering, http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=30031&a=Kapittel.

Rapport IRIS - 2006/1227, evaluering av rusreformen,

http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00013/Evaluering_av_rusref_13520a.pdf

Helsedirektoratet, «fakta om narkotika»,

http://www.shdir.no/rusmidler/fakta_om_rusmidler/fakta_om_narkotika/

Pressemelding, regjeringen.no, publisert 17.10.2002,

<http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik->

[II/Helsedepartementet/247340/246857/Fakta-om-legemiddelassistert-rehabilitering-.html?id=422372](http://Helsedepartementet/247340/246857/Fakta-om-legemiddelassistert-rehabilitering-.html?id=422372)

Delirium tremens,

<http://www.pasienthandboka.no/default.asp?mode=document&documentid=2423>

Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad (SIRUS rapport nr.4/2003).

<http://www.sirus.no/files/pub/191/sirusrap.4.03.pdf>

Forarbeider:

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.

Ot.prp. nr.54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13.desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.

Ot.prp. nr.10 (1998-1999), Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Pkt. 4.2.4.1.

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

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

NOU 1985:18, Lov om sosiale tjenester mv.

NOU 2006:5, Norsk helsearkiv - siste stopp for pasientjournalene, Helse- og omsorgsdepartementet.

Artikler:

Nødvendig helsehjelp, som redskap for prioriteringer. Lov og Rett, nr.3 2004.

Rundskriv, veiledere, strategidokument m.m:

Rundskriv I-5/2003, Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv I-8/2004, Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv I-35/2000, Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv I-33/2001, Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv I-5/2003, Helse- og omsorgsdepartementet.

Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmisbrukere, perspektiver og strategier, Helse- og omsorgsdepartementet 2004.

Veileder 15-1505, vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling, Sosial- og helsedirektoratet, desember 2006.

Domsregister:

Rt. 1990 s.874 (Fusa-dommen)

Rt. 1995 s.530

Lovregister:

Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) 2.juli 1999 nr. 63

§ 1-2 første ledd

§ 1-3 bokstav a og c

§ 2-1

§ 3-2

§ 3-5

§ 4-1

§ 4-2

§ 4-3

§ 4-4

§ 4-8

§ 7-1

§ 7-2

§ 7-3

§ 7-5

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.(spesialisthelsetjenesteloven) 2.juli 1999 nr 61

§ 1-2

§ 2-1a

§ 2-2

§ 3-1 annet ledd

§ 3-12

§ 5-1

Lov om helseforetak m.m.(helseforetaksloven) 15.juni 2001 nr.93

§ 2 annet ledd

§ 8

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) 2.juli 1999 nr. 64

§ 3

§ 7

Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) 13.desember 1991 nr.81

§ 6-1

§ 6-2

§ 6-2a

§ 6-3

§ 6-6

§ 7-1

§ 8-1 annet ledd

§ 8-6

§ 8-7

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningslova) 2.oktober 1967

§ 28

Forskrifter:

Forskrift om prioriteringer av helsetjenester (prioriteringsforskriften) FOR 2000-12-01

1208

§ 1

§ 2

Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek (utleveringsforskriften)

FOR 1998-04-27 nr 455

