

Veileder

IS-1505

## Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Utgitt: 08/2008

Bestillingsnummer: IS-1505

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling rusmidler  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 200 50  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)

Hefтет kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling. Oppgi bestillingsnummer: IS-1505

Forfattere: Gabrielle Welle-Strand  
Hilde Jordal

# Forord

Denne veilederen beskriver behandling av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Samtidig gis veiledning om hvordan den faglige håndteringen kan skje i samsvar med gjeldende faglige og rettslige rammer. Et mål er å bidra til likeverdig behandling i hele landet.

Veilederen er en del av arbeidet knyttet til samarbeidsprosjektet "Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten". Her samarbeider Helsedirektoratet med de regionale helseforetakene om å utvikle veiledere for nærmere 30 fagområder innenfor spesialisthelsetjenesten.

Den primære målgruppen for veilederen er de som utfører eller deltar i å vurdere henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I praksis vil dette dreie seg om de vurderingsinstansene helseforetakene har utpekt. Sekundært vil veilederen være nyttig for sosialsentre og leger i førstelinjetjenesten, samt ansatte i spesialisthelsetjenesten.

Dokumentet har status som faglig veileder og er, som direktoratets øvrige veiledere, ikke bindende for tjenesteyterne. Veiledere beskriver imidlertid nasjonale helsemyndigheters oppfatning av god praksis og rett fortolkning av regelverk. Det bør derfor være basert på en konkret vurdering dersom tjenesten velger en annen praksis enn den som foreslås i veilederen. Domstoler og tilsynsmyndigheter legger normalt dette til grunn.

Denne veilederen er en videreføring av et arbeid som ble påbegynt av de regionale helseforetakene. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å slutføre arbeidet. I dette arbeidet deltok en faggruppe fra RHFene, Helsedirektoratet og representanter for brukere, forskning, sosialtjenesten og primærhelsetjenesten. *Veilederen sendes nå ut i en revidert utgave som inkluderer ventetidsgarantien for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som er gjeldende fra 1.september 2008.*

Helsedirektoratet takker deltakerne for det de har bidratt med i arbeidet med denne veilederen.

Bjørn-Inge Larsen  
direktør  
Helsedirektoratet

<b>Forord</b>	<b>3</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>1 Rusmisbrukeres rettigheter til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten</b>	<b>10</b>
1.1 Om veilederen	10
1.2 Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	12
1.3 Plikt til å tilby spesialisthelsetjenester	12
1.4 Rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og individuell frist	13
1.4.1 Plikt til å vurdere henviste pasienters helsetilstand	14
1.4.2 Plikt til å vurdere om pasienter har rett til nødvendig helsehjelp	15
1.4.3 Plikt til å fastsette individuell frist for rettighetspasienter	16
1.5 Øyeblikkelig hjelp	17
1.6 Veiledning til 1. linjetjenesten	18
<b>2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>	<b>19</b>
2.1 Organisering av helsehjelpstilbudet	20
2.2 Utredning/kartlegging	21
2.3 Avrusning	22
2.4 Behandling	22
2.4.1 Poliklinisk behandling	25
2.4.2 Institusjonsbehandling	25
2.4.3 Spilleavhengighet	26
<b>3 Henvisning og vurdering</b>	<b>27</b>
3.1 Henvisningen – hva forutsettes den å inneholde?	27
3.2 Vurdering av henvisning – faglig kompetanse	30
3.3 Mangelfulle henvisninger	30
3.4 Er henvisningen kommet til rett instans?	31
3.5 Tvang og helsehjelp som bygger på andre regler	31
3.6 Hvordan skal henvisninger vurderes?	32
3.7 Rettighetsvurdering av henvisningen/helsetilstanden	34
3.8 Pasienter som <u>ikke</u> har rett til nødvendig helsehjelp	35
3.9 Underretning til pasienten	36
<b>4 Prioriteringsforskriftens hovedvilkår for rett til nødvendig helsehjelp – faglige momenter</b>	<b>38</b>
4.1 Alvorlighetskriteriet	38
4.1.1 Utfall av vurdering av alvorlighet	41
4.1.2 Fare for liv og helse/selvdestruktivitet	42
4.1.3 Suicidalitet	42
4.1.4 Graviditet	43
4.1.5 Kriser og alvorlige livshendelser	44
4.1.6 Progresjon i skadelig bruk	44
4.1.7 Misbruk ved lav alder	45
4.1.8 Komorbiditet	46
4.1.9 Omsorg for små barn	48
4.1.10 Sosial situasjon	48
4.1.11 Andre forhold av betydning	49
4.2 Forventet nytte	49

4.2.1	Vurdering av om helsehjelpen vil gi forventet nytte	50
4.2.2	Utfall av vurdering av nytte	52
4.2.3	Ønske om endring/eget engasjement	53
4.2.4	Behandlingserfaring	53
4.2.5	Kort varighet på misbruk	55
4.2.6	Kognitiv fungering	56
4.2.7	Komorbiditet	56
4.3	Kostnadseffektivitet	57
4.3.1	Vurdering av om kostnadene står i rimelig forhold til nytten av helsehjelpen	59
4.3.2	Utfall av vurdering av kostnadseffektivitet	60
4.4	Helhetlig vurdering	61
<b>5</b>	<b>Fastsettelse av individuell frist for rettighetspasienter</b>	<b>62</b>
5.1	Individuell frist	62
5.1.1	Individuell frist og forholdet til forsvarlighetskravet	65
5.1.2	Forholdet til faglige retningslinjer ved fristfastsettelse	67
5.2	Ventetid for helsehjelp	67
5.2.1	Pasientutsatt frist	68
<b>6</b>	<b>Oppfølging fra andre</b>	<b>70</b>
6.1	Kommunal oppfølging	70
6.2	Tilbud fra andre deler av spesialisthelsetjenesten	72
<b>7</b>	<b>Andre forhold</b>	<b>73</b>
7.1	"Matching"	73
7.2	Behov for flere tiltak fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling	74
7.3	Pårørende	75
7.3.1	Organisering av helsehjelp til pårørende	75
7.3.2	Pårørende med behov for helsehjelp	76
7.4	Tvang	77
<b>8</b>	<b>Sjekkliste</b>	<b>78</b>
8.1	Sjekklisten	78
<b>9</b>	<b>Begrepsavklaringer og forkortelser</b>	<b>80</b>
<b>10</b>	<b>Referanser</b>	<b>81</b>
<b>11</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>83</b>
11.1	Vedlegg I. Nærmere om prioritering og hovedvilkårene for rett til nødvendig helsehjelp	83
11.2	Vedlegg 2. RHFenes vurderingsinstanser	91

# Sammendrag

## Henvisning og vurdering

Pasienten har etter pasientrettighetsloven § 2-2 rett til å få en vurdering av sin helsetilstand etter henvisning. Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan komme fra sosialtjenesten, barnevernet, fastleger/allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende legespesialister, leger ved andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget rusproblematikk, leger i fengselshelsetjenesten eller annet helsepersonell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen forutsettes å inneholde de opplysninger som er sentrale for å vurdere pasientens tilstand.

Er henvisningen mangelfull, må supplerende opplysninger innhentes dersom det er nødvendig for å kunne vurdere henvisningen. Det kan være nødvendig å innkalle pasienten til samtale. Barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som er henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til vurdering innen 10 dager<sup>1</sup>. Andre pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til vurdering i løpet av maksimalt 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering. Vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i spesialisthelsetjenesten skal skje på et faglig forsvarlig grunnlag. Pasientens tilstand vil i mange tilfeller kreve medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse.

En henvisning krever vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Det må vurderes om hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt. Innenfor hovedvilkårene skal det gjøres et faglig forsvarlig skjønn. Pasienten og henvisende instans skal underrettes om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og hvilken frist som er satt for når helsehjelpen senest skal påbegynnes.

---

<sup>1</sup> Jfr. ny § 4a i forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp skal vurderes omgående og uavhengig av vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd og prioriteringsforskriften § 2. Det betyr at behovet for øyeblikkelig hjelp normalt ikke vil være ledd i vurderingen av en henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Man må likevel være oppmerksom på at behovet for øyeblikkelig hjelp tidligere kan være oversett. I slike tilfeller må det sørges for at pasienten omgående vurderes og eventuelt gis adekvat øyeblikkelig hjelp.

### **Hovedvilkårene for rett til nødvendig helsehjelp**

De tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 skal vurderes hver for seg og samlet.

*Alvorlighetskriteriet* krever en vurdering av pasientens tilstand og hvilken utvikling pasienten mest sannsynlig vil ha dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes. Hovedtemaet for vurderingen vil være graden av rusmiddelmisbruk og avhengighet og hvilke konsekvenser misbruket og avhengigheten antas å ha for pasientens forventet livslengde og livskvalitet.

Når man har tilstrekkelig innsikt i pasientens tilstand, skal man vurdere pasientens tilstand dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes i forhold til hvilken tilstand pasienten forventes å få dersom det gis helsehjelp. For at vilkåret om alvorlighet skal være oppfylt må det antas som mest sannsynlig at pasientens forventet livslengde vil være kortere, eller forventet livskvalitet vil være lavere dersom helsehjelpen utsettes vurdert i forhold til situasjonen dersom pasienten får helsehjelp.

Følgende forhold som delvis er knyttet til misbruksproblemene vil ofte være relevante ved vurderingen:

- Fare for liv og helse/selvdestruktivitet
- Suicidalitet
- Graviditet
- Kriser og alvorlige livshendelser

- Progresjon i misbruk
- Misbruk ved lav alder
- Komorbiditet somatisk helse
- Komorbiditet psykisk helse
- Omsorgsansvar for små barn
- Sosiale forhold med betydelige konsekvenser for prognosetap
- Andre forhold

*Nyttekriteriet* krever en vurdering av om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil påvirke pasientens tilstand til det bedre eller hindre forverring. Helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell. Hovedpoenget er om helsehjelpen vil bedre pasientens livslengde og/eller livskvalitet med en viss varighet eller hindre forverring. Det foreligger også nytte dersom behandlingsmulighetene blir forspilt hvis helsehjelpen utsettes. Under nytte må det vurderes hva som er et aktuelt behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forhold som er relevante i forhold til alvorlighetskriteriet bør sammenholdes med følgende tilleggsmomenter:

- Ønske om endring/eget engasjement
- Behandlingserfaring
- Kort varighet på misbruk
- Kognitiv fungering
- Grad av komorbiditet

Kriteriet om *kostnadseffektivitet* krever at det skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandling og behandlingens forventede effekt når det gjelder å bedre pasientens helsetilstand eller forhindre forverring av helsetilstanden. Man skal se bort fra de kostnader som har påløpt ved tidligere behandling av samme pasient.

Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp bygger på at det er en innbyrdes sammenheng mellom hovedvilkårene og at disse skal vektes i forhold til hverandre.

### **Fastsettelse av frist**

Dersom pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal gi sikkerhet for at de aktuelle helsehjelpstiltak kan påbegynnes og fullføres i et forsvarlig forløp. Det skal ikke tas hensyn til kapasiteten ved denne vurderingen. Som hovedregel skal det bare settes en frist.

Barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har rett til helsehjelp innen en maksimalfrist. Fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp til disse gruppene skal ikke overstige 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder)<sup>2</sup>. Fristen skal regnes fra den dato pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

---

<sup>2</sup> Jfr. ny § 4a i forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833.

# 1 Rusmisbrukeres rettigheter til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten

## 1.1 Om veilederen

Veilederen er et teoretisk og praktisk hjelpemiddel når spesialisthelsetjenesten skal ta stilling til om pasienter som henvises har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og om de eventuelt har rett til nødvendig helsehjelp, dvs. om de er rettighetspasienter.

Veilederen er blitt til gjennom et samarbeid mellom fagfolk i primær- og spesialisthelsetjenesten og representanter for brukere, pårørende og forskning. Utgangspunktet var et forslag fra en faggruppe, nedsatt av de regionale helseforetakene, der disse deltok: Barnevernpedagog/familieterapeut Arne T. Bie (Helse Sør), sosionom Terje Haaland (Helse Midt-Norge og leder for faggruppen), klinisk sosionom Linda Os (Helse Vest), psykiater Wenche Sommerfelt (Helse Midt-Norge), psykiater Rune Tore Strøm (Helse Øst), psykologspesialist Bjørn Vere (Helse Vest) og psykologspesialist Knut Østvik (Helse Nord).

Oppdraget med å slutføre veilederen ble gitt til Helsedirektoratet. I det påfølgende samarbeidet deltok i tillegg til faggruppen fra RHFene, Helsedirektoratet og representanter for brukere, forskning, sosialtjenesten og primærhelsetjenesten: Aino Lindberg (A-senteret Maridalsveien), Mairi Mc Neill (Ås kommune), Ragnar Moan (Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon), Edle Ravndal (SIRUS), Svein Steinert (fastlege i Tromsø), Kariann Tingstein (Landsforbundet Mot Stoffmisbruk) og Lise Aasmundstad (LAR-nett). Seniorrådgiver Gabrielle Welle-Strand har ledet arbeidet i direktoratet.

Veilederen er skrevet slik at tverrfaglighet og juss er vevd i hverandre. Det skyldes at beslutninger om rettighetstildeling må være faglig forsvarlige sett fra et helse- og sosialfaglig ståsted, og de må samtidig være juridisk holdbare. Veilederen reflekterer dette og er derfor relativt omfattende.

I lov og forskrift er det gitt bindende føringer om hva som skal til for at en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Det er i lovverket også satt krav til hvilke vurderinger som skal gjøres av helsetilstanden hos pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten. Disse reglene står i pasientrettighetsloven Kapittel 2 og i prioriteringsforskriften kapittel 1 og blir omtalt i denne veilederen. Veilederen redegjør i tillegg for faglige momenter eller forhold som kan ha betydning når de omtalte reglene skal anvendes. De faglige forhold som omtales tar ikke sikte på å være førende for den individuelle skjønnsmessige vurdering som skal gjøres når en enkelt henvisning vurderes opp mot pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Ved vurdering av en enkelt pasient kan noen, men kanskje ikke alle de faglige forholdene som veilederen omtaler være relevante. I andre tilfeller kan det være relevant å ta hensyn til forhold som ikke er beskrevet. Dette er synliggjort i veilederen. I listen over faglige forhold som ofte vil være av relevans ved vurdering av alvorlighet er det for eksempel nederst fremhevet at "Andre forhold" også kan ha relevans. Veiledningen om faglige forhold gir uttrykk for hva som anses som faglig forsvarlig på det tidspunkt veilederen utgis.

Den innledende del om pasientenes rettigheter (kapittel 1) gir et lite innblikk i pasientenes rettigheter. Jussen utdypes i vedlegg 1 der hovedvilkårene i prioriteringsforskriften blir nærmere omtalt. Samtidig redegjør veilederens øvrige kapitler for juridiske rammevilkår ut fra en mer praktisk innfallsvinkel.

Veilederen redegjør i kapittel 2 for hovedelementer i det spesialiserte tjenestetilbudet. Henvisningen er grunnlaget for å få sitt behandlingsbehov vurdert i spesialisthelsetjenesten, og omtales i kapittel 3. I kapittel 4 redegjøres det for de faglige momenter som har særlig betydning ved vurdering av en henvisning. Momentene presenteres etter prioriteringsforskriftens systematikk, dvs. knyttet til hovedvilkårene om alvorlighet, forventet nytte og kostnadseffektivitet. Individuell frist

omtales spesielt i kapittel 5. Oppfølging fra andre og den utfordringen det er å finne fram til hva som er adekvate tiltak for den enkelte pasient omtales i kapittel 6 og 7.

Sjekklisten (kapittel 8) er et praktisk verktøy, som gir en forenklet oversikt over hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2.

## **1.2 Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten**

Rusreformen trådte i kraft 1. januar 2004, og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk ble en del av spesialisthelsetjenesten. Rusmiddelavhengige fikk som en konsekvens av rusreformen, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten på linje med andre pasientgrupper.

Pasienters rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1. Denne bestemmelsen gir pasienten rett til øyeblikkelig hjelp og til nødvendig helsehjelp dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt<sup>3</sup>. De materielle vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er nærmere fastlagt i forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp av 1. desember 2000.

## **1.3 Plikt til å tilby spesialisthelsetjenester**

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester.<sup>4</sup> Helsetjenester overfor publikum utføres av helseforetakene og de som har avtaler med RHFene om å yte helsetjenester. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften krever at det gjøres en vurdering av om en pasient har behov for spesialisthelsetjenester. Veilederen har fokus på vurdering av henvisning til spesialisthelsetjenesten og vil være til hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling.

---

<sup>3</sup> Jfr. lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven) § 2-1 første og andre ledd

<sup>4</sup> Jfr. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 Nr. 61 § 2-1 a.

Vurdering og prioritering av pasienter henvist til behandling er en sentral del av spesialisthelsetjenestens arbeid. Henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk kan gjøres av sosialtjenesten, barnevernet, fastleger/allmennpraktiserende leger, privatpraktiserende spesialister, andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget rusproblematikk eller annet helsepersonell som har rett til å henvise til spesialisthelsetjenesten. Det er fortsatt store ulikheter mellom helseregionene og helseforetakene når det gjelder vurdering av rettighetsstatus, individuelle behandlingsfrister og valg av behandlingsnivå for pasienter som er henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

#### **1.4 Rett til vurdering, nødvendig helsehjelp og individuell frist**

Rusmiddelmisbrukeres rett til å få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, slik det er nedfelt i pasientrettighetsloven kapittel 2, dreier seg om:

- Rett til øyeblikkelig hjelp
- **Rett til vurdering av helsetilstanden**
- **Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten**
- **Rett til individuell frist for når helsehjelp senest skal gis**
- Rett til oppfyllelse ved fristbrudd
- Rett til fornyet vurdering
- Rett til valg av sykehus
- Rett til individuell plan
- Rett til syketransport

Veilederens hovedfokus er de rettighetene som er markert med uthevet skrift. Retten til øyeblikkelig hjelp omtales kort nedenfor i punkt 1.5. For øvrig er det grunn til å fremheve retten til individuell plan. Pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan<sup>5</sup>. Dette kan være pasienter som har behov for botrening, aktiviteter, rusbehandling og evt. somatisk og psykiatrisk behandling. Dette innebærer samarbeid mellom pasient, helse- og sosialtjenestene på kommunalt nivå og ulike spesialisthelsetjenester.

---

<sup>5</sup> Se forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004

Pasientrettighetsloven gir for øvrig pasienter en rekke andre rettigheter. Det dreier seg om rett til medvirkning og informasjon i kapittel 3, rett til å samtykke til helsehjelp i kapittel 4, rett til journalinnsyn i kapittel 5, særlige rettigheter for barn i kapittel 6 og rett til å klage i kapittel 7. Disse rettighetene blir ikke nærmere omtalt i denne veilederen.

#### **1.4.1 Plikt til å vurdere henviste pasienters helsetilstand**

Pasientens rett til å få vurdert sin helsetilstand korresponderer med en plikt for spesialisthelsetjenesten til å vurdere pasientens helsetilstand. Dette er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-2 og prioriteringsforskriften § 4.

Barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har rett til å få vurdering av spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager, eventuelt raskere hvis behovet tilsier det. Fristen gjelder for barn og unge med psykiske lidelser eller rusavhengighet inntil de fyller 23 år.<sup>6</sup> Det vil si for pasienter som ikke er fylt 23 år på det tidspunkt henvisningen sendes. Fristen skal sikre en rask vurdering av individuelle behov innen rus- og psykiatriomsorgen i spesialisthelsetjenesten for disse pasientene.

Henvisninger for andre pasienter enn dem som har en særskilt frist for vurdering, skal være vurdert i løpet av maksimalt 30 virkedager fra de er mottatt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering enn de fastsatte maksimalfrister (10 for barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet og 30 dager for andre pasienter).<sup>7</sup> Vurderingen skjer som utgangspunkt på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse.

Sykehus, spesialistpoliklinikker eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, har plikt til å gjøre en vurdering av tilstanden for pasienter som er henvist til dem. Andre (offentlige eller private) institusjoner som har avtale med RHFene om å foreta slike vurderinger har samme frist.

<sup>6</sup> Jfr. ny § 4a i forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833.

<sup>7</sup> Se pasientrettighetsloven § 2-2 fjerde ledd.

#### **1.4.2 Plikt til å vurdere om pasienter har rett til nødvendig helsehjelp**

Pasientens rett til vurdering etter pasientrettighetsloven § 2-2 omfatter også en rett til å få vurdert om vedkommende har rett til nødvendig helsehjelp. Rusmisbrukeres rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1. Bestemmelsen er utdypet i prioriteringsforskriften § 2, ev også § 3, dersom helsehjelp må gis i utlandet på grunn av manglende kompetanse i Norge.<sup>8</sup>

Prioriteringsforskriften bygger på NOU 1997: 18 "Prioritering på ny". Det såkalte Lønning II-utvalget fremla forslag til retningslinjer for prioritering. Det ble der gjort en inndeling av helsetjenesten i 4 grupper. Disse gruppene er:

1. Grunnleggende helsetjenester (som skal ytes)
2. Utfyllende helsetjenester (som bør ytes)
3. Lavt prioriterte helsetjenester (som kan ytes)
4. Ikke prioriterte helsetjenester (som det offentlige ikke bør finansiere)

Prioriteringsforskriften § 2 angir hvem som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Den er en effektivering av Lønning II utvalgets forslag til prioriteringsgruppe 1 og 2.

I prioriteringsforskriften § 2 er det fastsatt tre vilkår for rett til nødvendig helsehjelp som alle må være oppfylt:

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

---

<sup>8</sup> Se pasientrettighetsloven § 2-1, og prioriteringsforskriften §§ 2 og 3.

Når prioriteringsforskriften § 2 etter en samlet vurdering er oppfylt, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av om helsetjenesten har kapasitet til å yte helsehjelpen. Kapasitetsbegrensningen som tidligere fulgte av pasientrettighetsloven, ble opphevet ved at pasientrettighetsloven ble endret i desember 2003.<sup>9</sup>

Pasientrettighetsloven § 2-1 og hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 er basert på at helsetjenester er et offentlig velferdsgode som skal fordeles på en rettferdig måte i samfunnet. Derfor må grunnleggende etiske og forvaltningsrettslige prinsipper følges i vurderingen av hvem som skal få helsetjenester. I vedlegg 1 er det gjort en nærmere vurdering av hovedvilkårene og av det rettslige og etiske grunnlag for prioritering. Den vurdering som der er gitt, skal legges til grunn.

#### **1.4.3 Plikt til å fastsette individuell frist for rettighetspasienter**

Dersom en pasient er vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal det fastsettes en frist for når pasienten senest skal få helsehjelpen. Det framgår av pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd at fristen skal være det seneste tidspunktet faglig forsvarlighet krever at pasienten skal få nødvendig helsehjelp.

Barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har rett til helsehjelp innen en maksimalfrist. Fristen for å gi prioritert helsehjelp til disse gruppene kan maksimalt settes til 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder)<sup>10</sup>. Maksimalfristen skal sikre disse pasientene et raskere behandlingstilbud innen rus- og psykiatriomsorgen i spesialisthelsetjenesten. Hvis pasienten etter henvisning har rett til nødvendig helsehjelp, skal denne hjelpen gis innen forsvarlig tid, som i mange tilfeller kan være kortere enn 65 virkedager.

<sup>9</sup> Lov om endring av pasientrettighetsloven av 12. desember 2003 nr. 110 (i kraft 1. september 2004)

<sup>10</sup> Jfr. ny § 4a i forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833.

Å fastsette individuell frist innebærer å prioritere mellom rettighetspasientene slik at de sykeste får utredning/behandling først. Den individuelle fristen kan ikke settes så sent at man risikerer at uforsvarlighet oppstår på et eller annet tidspunkt i behandlingsforløpet. Det skal heller ikke gjøres en "ny" vurdering av tilstandens alvorlighet eller nytte i forbindelse med fastsettelse av den individuelle fristen.

Individuell frist er nærmere omtalt i kapittel 5.

## **1.5 Øyeblikkelig hjelp**

Rusmiddelmisbrukere har, som andre pasienter, rett til både øyeblikkelig hjelp og nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jfr. pasientrettighetsloven § 2-1 første og andre ledd. Retten til øyeblikkelig hjelp innebærer en plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte helsehjelp til pasienter som trenger somatisk eller psykiatrisk helsehjelp eller tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Regionale helseforetak skal utpeke det nødvendige antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen som skal ivareta øyeblikkelig hjelp. Disse institusjonene eller avdelinger i slike institusjoner har plikt til straks å motta pasienter som trenger helsehjelp i tilfeller hvor det må antas at den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig.

Ved behov for akutt hjelp (øyeblikkelig hjelp) fra spesialisthelsetjenesten er det pasientens tilstand (sykdom) som blir bestemmende for hvor pasienten eventuelt skal tas inn. Ved infeksjoner eller kirurgiske lidelser er det ikke faglig grunnlag for en tverrfaglig spesialisert vurdering av tilstanden. Slik vil det også være hvis rusmiddelmisbrukeren har en medisinsk tilstand der det er akutt fare for vedkommendes liv eller helse som for eksempel ved intoksikasjon, overdoser eller delir. De somatiske deler av spesialisthelsetjenesten er i slike tilfeller etter de nevnte regler forpliktet til å vurdere det akutte behovet for helsehjelp. Dersom rusmiddelmisbruk er dominerende i sykdomsbildet må det gjøres en tverrfaglig vurdering og pasienten må gis helsehjelp hvis hjelpebehovet er akutt.

Foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjon skal helsehjelp umiddelbart ytes i tråd med helsepersonelloven § 7. Med de begrensninger som følger av pasientrettighetsloven § 4-9, skal den helsehjelp som er nødvendig gis selv om pasienten ikke er i stand til å samtykke, og selv om pasienten motsetter seg helsehjelpen.

## **1.6 Veiledning til 1. linjetjenesten**

Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 omhandler den veiledningsplikt helsepersonell ansatt i statlige helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten har overfor kommunehelsetjenesten. Det skal gis råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

Spesialisthelsetjenesten bør i arbeidet med henvisninger være tilgjengelig for å veilede henvisende instans og åpne for å diskutere mulige behov for å henvise enkeltpasienter.

## 2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk innebærer at RHFene har ansvar for avrusning, utredning og behandling, inkludert ansvaret for institusjonsplasser der rusmiddelmisbrukere kan holdes tilbake uten eget samtykke (sosialtjenestelovens §§ 6-2, 6-2a og 6-3). Tjenesten skal inneholde både helse- og sosialfaglige tilbud.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling skiller seg fra andre tjenesteområder i spesialisthelsetjenesten ved at fagområdet ikke er tilknyttet en spesifikk medisinsk spesialitet.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling anbefales å ha kompetanse til å:

- *Kartlegge med hensyn til klientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt psykiske og fysiske tilstand*
- *Vurdere pasientens motivasjon og relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon*
- *Vurdere pasientens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy*
- *Foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og ev somatiske tilleggslidelser, herunder kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og ev andre spesialistutredninger*
- *Foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnose(r) og anbefale adekvat(e) behandlingstilbud*

Innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere skal det gis utrednings- og behandlingstilbud til pasienter med ulike former for rusmiddelavhengighet (alkohol, illegale stoffer og legemidler). Svært mange rusavhengige har i tillegg ulike former for psykiske vansker/lidelser, somatiske sykdommer og sosiale problemer. En må ta utgangspunkt i at pasientene skal tilbys behandlingsopplegg som integrerer disse områdene.

Rusmiddelmisbruk er en sentral del av sykdomsbildet hos pasienter i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nødvendig at rusmiddelproblemer blir avdekket og registrert med sikte på å gi pasientene nødvendig helsehjelp både for sitt rusmiddelproblem og for andre helseproblemer. En kompliserende faktor i behandlingen av disse lidelsene kan ofte være abstinensproblematikk.

## **2.1 Organisering av helsehjelpstilbudet**

Helselovgivningen gir føringer som er bindende for hvordan de regionale helseforetakene kan innrette helsetjenestetilbudet til befolkningen. Etter helsepersonelloven § 16 skal for eksempel virksomhet som yter helsetjenester organisere seg slik at helsepersonell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Likevel har de regionale helseforetakene stor frihet i å organisere tjenestetilbudet til befolkningen. For eksempel kan tjenestetilbudet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk organisatorisk være knyttet til enheter som også gir tjenestetilbud innen psykisk helsevern. I andre regioner tilbys slike tjenester av to atskilte enheter.

Det er også ulikheter når det gjelder innholdet i tjenestetilbudet i de fem helseregionene. I noen regioner har man spesialisert seg på tjenestetilbud som ikke nødvendigvis finnes i andre regioner.

Selv om det er ulikheter i de fem helseregionene når det gjelder innretningen og organiseringen av tjenestetilbudet, har pasientene likevel krav på et forsvarlig helsehjelpstilbud.

Uansett hvordan tjenestetilbudet er bygget opp og organisert, skal henvisninger alltid vurderes slik at pasientens behov for helsehjelp vurderes opp mot pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2. Gjelder henvisningen om en pårørende til en rusmisbruker har rett til nødvendig helsehjelp, er det den pårørendes eget behov for helsehjelp som skal vurderes. Pårørende med behov for helsehjelp er nærmere omtalt i punkt 7.3.2.

De regionale helseforetakene avviklet den særegne nivåinndelingen innenfor TSB fra 1.1.2008. Nivåinndeling er blitt avløst av en nivåforståelse som samsvarer med hva som legges til grunn i de øvrige spesialisthelsetjenester. Inndelingen blir etter dette poliklinikk, dagbehandling, døgnbehandling, samt LAR og sosialtjenesteloven/tvangsbehandling.

Retten til fritt sykehusvalg innebærer, som kjent, at pasienten fra det tidspunkt vedkommende henvises til spesialisthelsetjenesten, i utgangspunktet har rett til å velge på hvilket sykehus, distriktpsikiatriske senter eller institusjon som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, eller behandlingssted i en slik institusjon behandlingen skal foretas. Det er en forutsetning at institusjonen eies av et regionalt helseforetak eller har avtale med et regionalt helseforetak som gir pasienten en slik valgrett. Pasienten kan ikke velge behandlingsnivå. Retten til valg av sykehus gjelder ikke valg av senter for legemiddelassistert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten dersom dette vil være uforsvarlig eller i betydelig grad egnet til å svekke formålet med behandlingen.

Flere forhold kan modifisere retten til fritt sykehusvalg. Fritt sykehusvalg gjelder videre bare innen rammen av kapasitet på det sykehus pasienten velger seg til. Når det gjelder fritt sykehusvalg vises til [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no) for mer informasjon.

Noen henvisninger vil kunne gi grunnlag for ulike typer behandling i en behandlingsskjede (eksempelvis avrusing før døgnbehandling).

## **2.2 Utredning/kartlegging**

Utredningen bør bygge på det som allerede er gjort i kommunen. I spesialisthelsetjenesten kan utredning/kartlegging enten skje poliklinisk og/eller mens pasienten er innlagt på institusjon. Når det er aktuelt, gjennomføres kartleggingen med standardiserte undersøkelses- og kartleggingsmetoder. Følgende bør inngå i en utredning/kartlegging:

- Fysisk helse

- Avhengighet/rusmønster
- Psykisk helse
- Familie/nettverk
- Skole/arbeid
- Planlegging av behandlings- og oppfølgingsbehov

### **2.3 Avrusning**

Det meste av avrusningen skjer ved at pasienten selv trapper ned bruken av eller slutter med rusmidler, enten fordi han eller hun ikke har tilgang på rusmidler eller fordi pasienten har bestemt seg for dette, i alle fall for en periode. Avrusning kan også skje poliklinisk enten med veiledning fra primærhelsetjenesten eller ruspoliklinikk. Det er ønskelig å øke andelen polikliniske avrusninger, selv om det ikke alltid er tilstrekkelig og/eller gjennomførbart. Det er også mulig å tenke seg at en avrusning kan begynne og/eller avsluttes poliklinisk med en innleggelse i den fasen hvor det er mest behov for skjerming.

Avrusning på institusjon vil kunne være nødvendig som et enkeltstående tiltak uten videre behandling i spesialisthelsetjenesten eller som et ledd i annen oppfølging/behandling i regi av 1.linjen/spesialisthelsetjenesten. Det vil da være viktig med god koordinering innen spesialisthelsetjenesten og mellom 1. og 2. linje, slik at pasienten kan overføres direkte fra avrusning til videre behandling.

### **2.4 Behandling**

Det er en målsetting i behandlingen av alkohol- og narkotikaproblemer å hjelpe misbrukeren til å stoppe misbruket så raskt som mulig. For en del kan det være snakk om kronisk avhengighet, der behandlingen er innrettet på å forhindre tilbakefall. Derved framheves betydningen av at behandlingen bør være innrettet på å forhindre tilbakefall ("relapse prevention") og å forlenge misbruksfrie perioder (skadereduksjon). Avhengig av hva man anser som ønsket målsetting (forventninger om total rusfrihet, gradvis lengre rusfrie perioder, bedret livskvalitet) har

behandlingsinnsats gjennomgående en positiv helseeffekt. Målsettingen ved behandling av rusmiddelavhengighet må utformes individuelt. Realistiske målsettinger må relateres til når misbruket ble etablert, hvor lenge det har vedvart, type rusmiddel, pasientens alder og kjønn, pasientens psykiske og fysiske helsetilstand, samlivserfaringer, utdanning, arbeidserfaringer og økonomiske situasjon. Noen vil trenge institusjonsinnleggelse for å nå sine mål, mens andre kan nyttiggjøre seg poliklinisk behandling.

I behandlingen av den enkelte pasient og i samhandlingen mellom forskjellige instanser skal hovedfokus være den helsehjelp som kan dekke pasientens behov. Behandlingen forutsettes å være forsvarlig, herunder at følgende forhold ivaretas:

- pasientenes rettssikkerhet
- respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd
- kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient
- pasientenes behov for å bli integrert i et sosialt fellesskap, og nyttiggjøre seg samfunnets fellesskapsgoder og ansvar
- brukermedvirkning (rettigheter og ansvar)

Behandlingen tilrettelegges ut fra individuell vurdering av behandlingsbehov. Utgangspunktet for behandlingen er avhengighets-/misbruksproblematikk, men i tillegg har mange pasienter psykiske vansker/lidelser, somatiske sykdommer og sosiale vansker som må behandles samtidig med rusbehandlingen eller i samarbeid med andre instanser.

*Behandlingen kan bestå av:*

- *Avhengighets-/rusbehandling.* Målsettingen kan enten være å endre rusmønster og rusatferd, eller totalavhold fra alle rusmidler.
- *Medisinsk/medikamentell behandling.* Aktuelle medikamenter i forhold til rusavhengigheten er metadon/buprenorfin, disulfiram, acamprosat eller naltrexon/nalmefen. Enkelte pasienter med ADHD-diagnose behandles med amfetaminliknende eller andre medikamenter. I tillegg kan annen medikamentell behandling for ulike psykiske eller somatiske lidelser være aktuelt.

- *Psykoterapeutisk behandling.* Integrert behandling av avhengighet og psykiske vansker og atferdsvansker gis i forbindelse med ulike psykiske vansker eller lidelser. Ved alvorlige personlighetsforstyrrelser, bipolare stemningslidelser, anoreksi/bulimi, psykoser, utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming og demens bør rusbehandling skje i samarbeid med psykisk helsevern eller annen spesialisthelsetjeneste som ivaretar primærbehandlingen.
- *Familiearbeid/-behandling.* Rusavhengighet rammer ikke bare den som inntar rusmidlene, familiens situasjon blir på ulike måter påvirket av misbruket. Både for misbrukerens del, men også for partner og de øvrige familiemedlemmer, er par-/familiearbeid velbegrunnet. Når barna trekkes med, bør det være med utgangspunkt i at barnas behov skal bli ivaretatt. Det kan være aktuelt å etablere egne behandlingsopplegg for pårørende uavhengig av om misbrukeren selv deltar i denne behandlingen. Slik helsehjelp er i tilfelle begrunnet med de behov for helsehjelp den pårørende har. Pårørende skal henvises og vurderes i tråd med pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2. Dette er nærmere omtalt i veilederen her punkt 7.3.2.
- *Habilitering eller rehabilitering* skal inngå i tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for.<sup>11</sup> I tilbudet bør inngå nødvendig undersøkelse og utredning, og trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning. Intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling skal også gis. RHFet skal sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring. Råd, veiledning og samarbeid i forhold til kommunen om enkeltbrukere, råd og veiledning til ansatte i kommunen og samarbeid med andre etater skal være en del av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet.

---

<sup>11</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering av 28. juni 2001 nr. 765

#### **2.4.1 Poliklinisk behandling**

Spesialisert rusbehandling ved poliklinikkene bør bygge på den flerfaglighet de ansatte ved poliklinikkene representerer. Avhengighets- og misbruksproblematikk utgjør den primære kunnskap.

Tilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter med psykiske lidelser som alvorlige personlighetsforstyrrelser og psykoseproblematikk, er ofte organisert innenfor egne poliklinikker/avdelinger for psykisk helsevern. Hvis så er tilfelle forutsettes disse pasientene henvist til disse enhetene. I enkelte tilfeller kan det være hensiktsmessig at behandlingen gjennomføres i samarbeid mellom ruspoliklinikken og andre behandlingsinstanser innenfor spesialisthelsetjenesten. Legene ved ruspoliklinikken må vurdere behovet for og følge opp eventuell medikamentell behandling for de pasienter som får helsehjelp ved poliklinikken.

Intensive polikliniske behandlingsopplegg kan være et alternativ til institusjonsinnleggelse for pasienter med omsorgsoppgaver og/eller arbeidsforpliktelser.

#### **2.4.2 Institusjonsbehandling**

For noen pasienter må deler av behandlingen skje på institusjon. Tradisjonelt har store deler av institusjonsbehandlingen vært langvarig behandling på samme institusjon. De senere årene har dette bildet blitt endret, og institusjonsbehandling benyttes mer fleksibelt og individuelt tilpasset. For mange pasienter vil det være aktuelt med langvarige behandlingsforløp, der den polikliniske behandlingskontakten vil representere kontinuiteten over tid. Følgende institusjonsforløp kan være aktuelle (ikke ment å være uttømmende eller ekskludere andre opplegg):

- 1-3 måneder på institusjon i forbindelse med oppstart av poliklinisk behandling
- Opphold på institusjon under forløpet av poliklinisk behandling, for eksempel i forbindelse med økende misbruk eller kritiske livshendelser

- Opphold på institusjon i forbindelse med oppstart av annen behandling i spesialisthelsetjenesten (LAR, ADHD, antipsykotisk behandling, hepatitt C med mer)
- Langvarig behandling (> 6 måneder) på institusjon for pasienter med et omfattende rusproblem, ofte med tilleggsproblematikk.

### 2.4.3 **Spilleavhengighet**

Tiltak for å hjelpe spilleavhengige skal utvikles innenfor eksisterende helse- og sosialtjenester og det er de regionale helseforetakene som er tillagt ansvaret for at tilbudet er tilpasset behovet i sin region. Alle helseregioner skal sørge for å ha et behandlingstilbud til spilleavhengige, (jfr. handlingsplan mot spilleavhengighet V-0934 B utgitt av Kultur- og kirke departementet).

Behandlingstilbudet til spilleavhengige er ulikt organisert fra helseforetak til helseforetak. I hovedsak er det ruspoliklinikker og behandling sinstitusjoner for rusmiddel misbrukere som gir behandlingstilbud. Det gis imidlertid også tilbud ved noen psykiatriske poliklinikker, spesielt i Helse Midt. Der slike tilbud er organisert under tverrfaglig spesialisert rusbehandling, anbefales det at veilederen med sjekkliste benyttes som hjelpemiddel for å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

## 3 Henvisning og vurdering

Pasienten har krav på å få vurdert sin helsetilstand med sikte på å få vite om han/hun har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Har pasienten rett til nødvendig helsehjelp, skal det settes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp.

Henvisningen kan komme fra:

- Sosialtjenesten
- Barnevernet
- Fastleger/allmennpraktiserende leger
- Privatpraktiserende legespesialister
- Leger i fengselshelsetjenesten
- Leger i andre deler av spesialisthelsetjenesten ved nyoppdaget rusproblematikk

Pasientens behov for helsehjelp skal i utgangspunktet vurderes på bakgrunn av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse, jfr. pasientrettighetsloven § 2-2 tredje ledd.

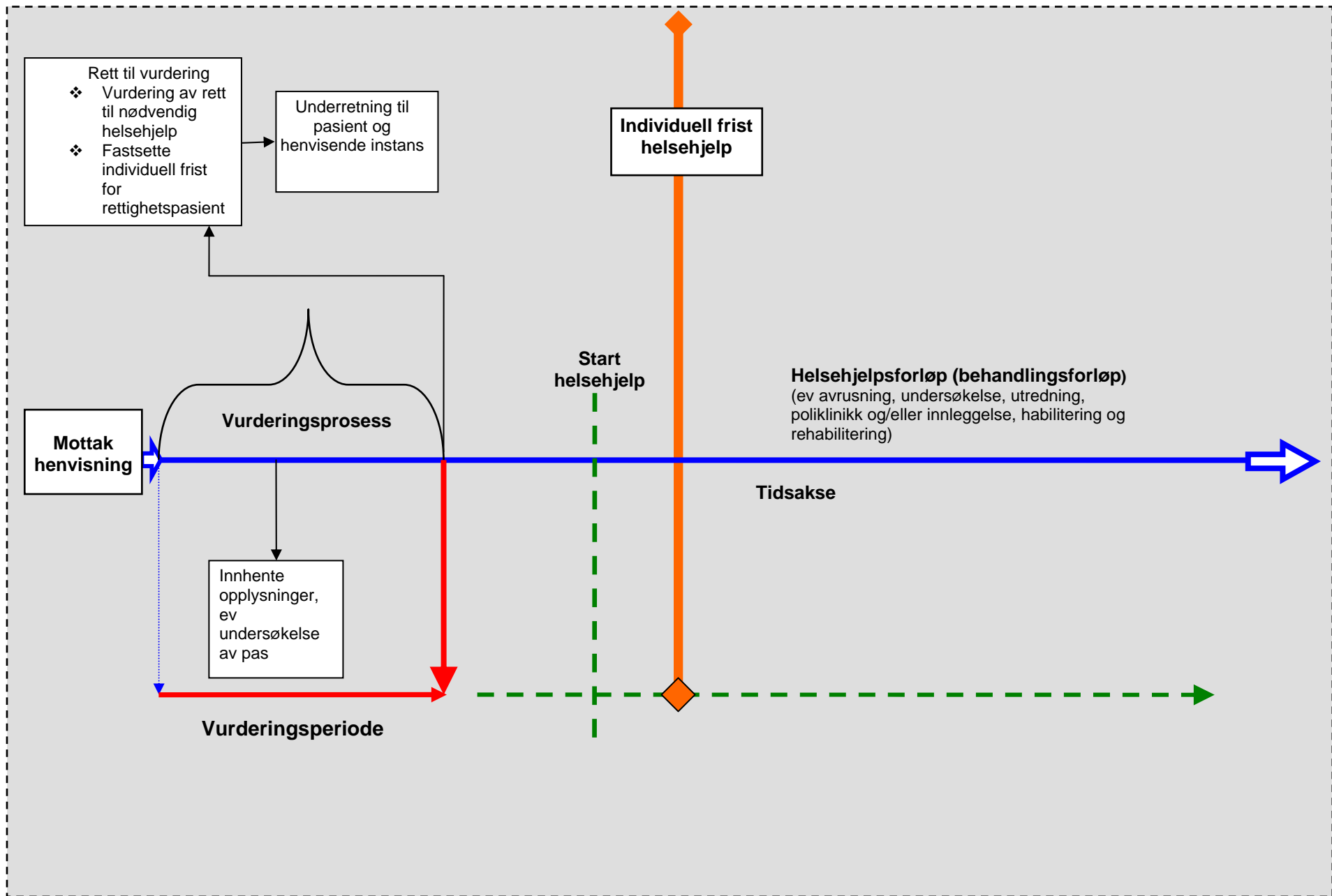
Helsedirektoratet legger til grunn at den lovfestede vurderingsprosessen etter pasientrettighetsloven § 2-1, 2-2 og prioriteringsforskriften § 2 som regel vil foregå slik figur 1 på side 30 viser.

### 3.1 Henvisningen – hva forutsettes den å inneholde?

Henvisningene forutsettes å inneholde de opplysninger som er nødvendige for å vurdere pasientens tilstand. Mangelfulle henvisninger er omtalt i punkt 3.3.

Henvisningen bør blant annet inneholde:

- Tydelig beskrivelse av problemet
- God anamnese som redegjør for aktuelle problem/lidelser
- Informasjon familie og sosial forhold
- Resultat av relevante utredninger og undersøkelser
- Hva er prøvd av behandling tidligere så vel i 1. som i 2. linjen
- Uttalelse fra fastlege, sosialtjeneste m.fl.
- Status om individuell plan
- Forslag til og/eller ønske om type tiltak



### **3.2 Vurdering av henvisning – faglig kompetanse**

Det er forutsatt at vurderingen av henvisning i spesialisthelsetjenesten skal gjøres av ansatte som har tilstrekkelig kompetanse for å kunne tilby de helsetjenester som omfattes av sørge for ansvaret i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk forutsettes å være tverrfaglig. Vurderingsinstansene bør derfor ha:

- **Medisinskfaglig kompetanse**
- **Psykologfaglig kompetanse**
- **Sosialfaglig kompetanse**

For å sikre at avgjørelser om en pasient er rettighetspasient eller ikke bygger på tverrfaglige vurderinger, og for å trygge vurderingen av pasientens helsetilstand bør helsepersonell med tverrfaglig kompetanse være inne i prosessen knyttet til vurdering av henvisninger. Spesialisthelsetjenesten må sikre tilgang til nødvendig kompetanse slik at en forsvarlig vurdering av henvisningene kan foretas. Prosedyrer som sikrer dette bør etableres. Beslutningen om rettighetstildeling kan likevel legges til legespesialist, såfremt hensynet til tverrfaglighet i vurderingsprosessen er ivarettatt.

### **3.3 Mangelfulle henvisninger**

Vurderingsinstansen kan ikke avvise/returnere henvisninger selv om de er mangelfulle. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes. Det kan også være nødvendig å gjøre kliniske undersøkelser av pasienten.

Innhenting av nye opplysninger eller undersøkelse av pasienten skal skje innenfor vurderingsfristen på maksimalt 30 virkedager (for rusmiddelavhengige pasienter over 23 år) fra henvisningen er mottatt. For barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller unge rusmiddelavhengige skal det innenfor vurderingsfristen på 10 dager innhentes nye opplysninger eller gjøres undersøkelse av pasienten hvis det er nødvendig ut fra en forsvarlighetsvurdering.

### **3.4 Er henvisningen kommet til rett instans?**

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal de henvisninger der pasientens hovedproblematikk knytter seg til rusmiddelmisbruk vurderes. Fristen løper fra den dag spesialisthelsetjenesten har mottatt henvisningen.

Henvisninger som er feilsendt, skal videresendes til rett vurderingsinstans uten opphold. Henvisende instans bør få melding om dette. Det kreves rutiner som sikrer at så skjer. Uttrykkes det i henvisningen at pasienten ønsker behandling ved det stedet henvisningen er sendt til, må det vurderes om pasienten har rett til fritt sykehusvalg.

### **3.5 Tvang og helsehjelp som bygger på andre regler**

Henvisning til tverrfaglig spesialisert rusbehandling er basert på et ønske fra pasienten om å få behandling. Om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2, vil det dreie seg om et frivillig tilbud om å motta helsehjelp. Vurderinger av om pasienten skal tilbys nødvendig helsehjelp, skal holdes atskilt fra vurderinger om bruk av tvang. Det skyldes at tvang må vurderes særskilt i forhold til hjemler som gir grunnlag for slike inngrep.

Vurderingsinstansen kan ikke la være å vurdere en henvisning fordi det anses ønskelig at sosialtjenesten vurderer grunnlaget for tiltak uten samtykke etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a.

Tilsvarende kan ikke vurdering av gjennomføring av straff i institusjon (straffegjennomføringsloven § 12) skje som et ledd i vurdering av en henvisning med ønske om frivillig helsehjelp. Vurderingsinstansen må tydeliggjøre sin vurdering av retten til nødvendig helsehjelp uten å blande inn vurderinger som skal skje med basis i helt andre regler (ev tvangsregler).

### **3.6 Hvordan skal henvisninger vurderes?**

Vurderingen skal konkludere med om pasientens helsetilstand er slik at helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er nødvendig, og om det skal gis rett til slik behandling med individuell frist. Spesialisthelsetjenesten forutsettes i løpet av 30 virkedager (10 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet) å få fram opplysninger som gir grunnlag for en forsvarlig vurdering av pasientens videre utrednings- og behandlingsbehov.

Det kan være formålstjenlig å dele henvisninger inn i to kategorier:

- a) Pasientens diagnose er stilt på forhånd av henvisende lege eller andre, eller tentativ diagnose er sannsynliggjort ved supplerende opplysninger/undersøkelser i vurderingsfasen og øvrige opplysninger om pasienten gir grunnlag for å planlegge hvilken behandling som vil kreves.
- b) Pasienten henvises p.g.a. mer uklare symptomer, som på tross av supplerende opplysninger/undersøkelse i vurderingsfasen, kan peke i retning av mange lidelser/forskjellige typer helsehjelp.

I gruppe a) vil det være faglig grunnlag for å planlegge behandlingen. I gruppe b) vil det ikke være klart hvilken behandling som bør gis. I begge tilfeller skal det gjøres en vurdering av helsetilstanden i forhold til prioriteringsforskriften § 2. Å anse en tilstand

som uklar (gruppe b) ovenfor) kan bare gjøres etter at det har vært gjort adekvate tiltak for å frambringe opplysninger om pasienten. Selv om det ikke er mulig i løpet av vurderingsfristen å fastslå diagnose, har pasienten krav på en reell og faglig vurdering av sin tilstand med hensyn på videre undersøkelse og behandling.

Det er både likheter og forskjeller i vurderingen av henvisninger i gruppe a) og b). Likheten er at det både i gruppe a) og b) skal gjøres en vurdering i forhold til hovedvilkårene i prioriteringsforskriftens § 2 som inkluderer en samlet vurdering av om hovedvilkårene er oppfylt. Forskjellen er hva som er vurderingstema.

I gruppe a) har man faglig grunnlag for

- (tentativ) diagnose og opplysninger om pasienten slik at det kan vurderes hvilke helsehjelpstiltak som er aktuelle i forhold til pasientens tilstand. Tiltakene utgjør et mulig behandlingsforløp.

Vurderingstema for gruppe a) vil være å holde den (tentative) diagnosen og øvrige opplysninger om pasienten opp mot hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2. Diagnosen (ev. tentativ diagnose) og øvrige opplysninger er utgangspunktet for å vurdere om pasienter i gruppe a) har rett til nødvendig helsehjelp.

I gruppe b) er symptombildet uklart og man vil ikke kunne vurdere hvilken behandling som er relevant. Pasienten må først utredes videre. Vurderingstema for gruppe b) vil, på tilsvarende måte, være å holde det uklare symptombildet og øvrige opplysninger om pasienten opp mot hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2. Vurderingen av hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 bør skje i forhold til:

- den påtenkte videre utredning
- hvilken risiko for alvorlig sykdom som foreligger ut fra det uklare symptombildet
- de utsikter eventuell behandling kan ha for pasientens prognose og
- den helsehjelpen som er mest tidskritisk av mulige senere behandlingsoalternativer

I både gruppe a) og b) kan det være pasienter som vil ha behov for helsehjelp utover det man rår over i egen enhet. Når helsehjelpen skal planlegges er det en forutsetning at elementene i behandlingsforløpet drøftes med alle aktuelle behandlingssenheter. Det gjelder også mer spesialiserte tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten (for eksempel regional avdeling for anoreksi/bulemi). Pasienten skal få vurdert sin rettighetsstatus i forhold til spesialisthelsetjenesten som en helhet. Behovet og muligheten for slike tjenester må avklares innenfor vurderingsfristen som maksimal er på 10 dager for barn og unge med psykiske lidelser eller rusavhengighet og 30 dager for andre pasienter.

### **3.7 Rettighetsvurdering av henvisningen/helsetilstanden**

Vurderingen av de tre hovedvilkårene og den helhetlige vurderingen skal gjøres ut fra vilkår fastsatt i lov/forskrift og et faglig forsvarlig skjønn. Skjønnets er ikke fritt. De vurderinger som gjøres, må være forankret i pasientrettighetsloven § 2-2, prioriteringsforskriften § 2 og i faglig forsvarlig praksis. I tillegg må etiske og rettslige grunnleggende forvaltningsprinsipper følges. I vedlegg 1 er det redegjort for hvordan hovedvilkårene bør forstås.

Faglig sett må man være oppmerksom på at hovedvilkåret om forventet nytte i prioriteringsforskriften § 2 forutsetter at det foreligger dokumentasjon for at helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet. I dette ligger at det må foreligge vitenskaplig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved behandling,

I en del tilfeller vil det ikke foreligge vitenskaplig dokumentasjon for forventet nytte av behandlingen, til tross for at behandlingen har bred faglig aksept og er ansett som faglig forsvarlig. Ved den vurdering som skal gjøres av hovedvilkårene i forbindelse med rettighetstildeling, kan det derfor ikke oppstilles noe absolutt krav om vitenskaplig dokumentasjon for at forventet nytte skal foreligge.

Vurderingen av pasientens helsetilstand i forhold til pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 skal avklare om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

De pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp skal få en vurdering av om de har behov for helsehjelp eller om de verken har rett eller behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

Vurderingen av en pasients helsetilstand etter pasientrettighetsloven § 2-2 kan få følgende resultater:

1. Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten fordi vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt
2. Pasienten får ikke rett til nødvendig helsehjelp, men anses å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten
3. Pasienten får ikke rett til nødvendig helsehjelp, og anses ikke å ha behov for helsehjelp

### **3.8 Pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp**

Spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å gi helsehjelp også til pasienter som ikke omfattes av bestemmelsen om rett til nødvendig helsehjelp. Tjenestetilbudet til de som ikke har rett, men behov, skal gis innen rammen av de ressurser som er stilt til disposisjon for RHFene.

Det er ikke gitt nærmere regler eller retningslinjer for vurdering av pasienter som enten anses å ha behov for spesialisthelsetjenester eller som ikke anses å ha rett eller behov for slike tjenester. Noen grunnleggende prinsipper gjelder likevel når offentlige helsetjenester skal fordeles.

Pasientrettighetslovens formål i § 1 tilsier at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang på helsehjelp. Likhetsprinsippet er et viktig element i de etiske og rettslige forvaltningsprinsipper som skal legges til grunn ved vurdering av om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Disse prinsipper er omtalt i vedlegg 10.1. Prinsippene gjelder også for fordeling av helsetjenester til dem som ikke har rett til nødvendig helsehjelp, men som enten vurderes å ha behov eller ikke ha behov for helsetjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Et viktig prinsipp i en likhetstankegang er at de som er mer syke må få behandling før de som er mindre syke. Prinsippet gjelder for innbyrdes prioritering mellom rettighetspasienter, og får også anvendelse ved vurdering av de henviste pasientene som viser seg å ikke få rett til nødvendig helsehjelp.

I praksis skal pasienter som ikke oppnår å få rett til nødvendig helsehjelp vurderes ut fra helsefaglige/medisinske forhold (for ruspasienter ut i fra helse- og sosialfaglige forhold). Det må gjøres en vurdering av hvor alvorlige deres helseproblemer er eller har utsikt til å være og man må ivareta grunnleggende forvaltningsrettslige prinsipper som sikrer at helsetjenester fordeles på et saklig og allment akseptert grunnlag.

Den som er ansvarlig for tjenesteytelsen forutsettes å legge organisatorisk til rette for å hindre ulikhet i fordeling av helsetjenester, og for at helsepersonellet i denne forbindelse kan opptre profesjonelt og forsvarlig.

### **3.9 Underretning til pasienten**

Rettighetspasienter skal underrettes om at de har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, når det planlegges å yte helsehjelp, og hvilken frist som er satt for når utredning, behandling eller andre tiltak senest skal påbegynnes. Slik underretning skal også sendes til henvisende instans.

Pasienter med behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten skal orienteres om når det planlegges å yte behandlingen.

Pasienter som verken får rett til helsehjelp eller anses å ha behov, skal få melding om det. I underretningen skal pasienten få opplysning om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage.

## 4 Prioriteringsforskriftens hovedvilkår for rett til nødvendig helsehjelp – faglige momenter

For at pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp innenfor tverrfaglig, spesialisert behandling (TSB), må pasienten ha et rusmiddelrelatert problem. Det skal foretas en vurdering av pasienten i tråd med de krav som framgår av pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2, ev § 3.

De tre hovedvilkårene i prioriteringsforskriften skal vurderes hver for seg. Alle tre må være oppfylt. Om pasienten skal ha rett til nødvendig helsehjelp, beror på en helhetsvurdering der de tre vilkårene vurderes samlet. Er pasientens prognose meget dårlig, kan kravet til behandlingens forventede nytte være lavere enn om prognosen er bedre. Hovedvilkårenes relative vekt krever at det må gjøres en helhetlig samlet vurdering i tillegg til vurderingen av hvert enkelt hovedvilkår.

Nedenfor i punkt 4.1, 4.2 og 4.3 gjennomgås hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2. I punkt 4.4 omtales den helhetlige vurderingen.

### 4.1 Alvorlighetskriteriet

Alvorlighetskriteriet krever en vurdering av pasientens tilstand og hvilken utvikling pasienten mest sannsynlig vil ha dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

Dersom pasienten har skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, vil graden av rusmiddelbruk og avhengighet si noe om alvorligheten i pasientens tilstand. Hovedtemaet for vurderingen vil være hvilke konsekvenser misbruket og avhengigheten antas å ha for pasientens forventet livslengde og livskvalitet.

Når man har tilstrekkelig innsikt i pasientens tilstand, skal man tenke seg pasientens tilstand dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes og vurdere denne i forhold til sannsynlig tilstand dersom det gis helsehjelp.

Vilkåret om alvorlighet vil være oppfylt dersom et av de to følgende alternativene er tilstede:

1. Pasientens livslengde vil mest sannsynlig bli redusert med en viss varlighet som følge av rusmisbruket/avhengigheten dersom den aktuelle helsehjelpen ikke gis.
2. Pasientens livskvalitet vil mest sannsynlig bli mer enn ubetydelig nedsatt som følge av rusmisbruket/avhengigheten og av at den aktuelle helsehjelpen ikke gis.

Med "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" menes i denne sammenheng at pasientens livskvalitet uten behandling for rusmiddelmissbruk/avhengigheten merkbart reduseres på grunn av smerte eller lidelse, problemer med vitale livsfunksjoner (for eksempel næringsinntak) eller fordi pasienten har nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.

Disse forholdene skal vurderes ut fra pasientens rushistorie og det pågående misbrukets alvorlighetsgrad. For eksempel vil et høyt forbruk av alkohol, heroin eller andre rusmidler på ulik måte kunne medføre alvorlig prognosetap for livslengde og livskvalitet. Faglig sett er det erkjent at en del forhold, ut over selve rusmisbruket, kan ha betydning for hvordan pasientens tilstand vil utvikle seg dersom helsehjelpen utsettes.

Vurderingen av alvorlighet blir litt forskjellig avhengig av om pasienten har en (tentativ) diagnose ev at supplerende opplysninger indikerer hvilken behandling som vil kreves eller om pasienten har et uklart symptom-bilde. Hvis det foreligger tilstrekkelig opplysninger om hva som er pasientens helseproblem, baseres vurderingen av alvorlighet på denne kunnskapen. Hvis pasienten har et uklart symptom-bilde slik at det ikke er faglig grunnlag for å si sikkert hva som feiler

pasienten, kan det dermed være uklart hvor alvorlig tilstanden er. Alvorlighet vurderes da på grunnlag av en faglig bedømmelse av det uklare symptombilde og hvilken risiko for alvorlig sykdom som foreligger.

Følgende forhold som delvis er knyttet til misbruksproblemene, delvis til andre forhold, er relevante for vurderingen av alvorlighetskriteriet:

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

De ti nevnte forholdene knytter seg til konsekvenser for pasientens egen helse og/eller fosteret ved graviditet. Slik prioriteringsforskriften er utformet skal forhold knyttet til pasienten egen helse i utgangspunktet være avgjørende for hvor alvorlig pasientens tilstand er. Graviditet er et forhold som har betydning for kvinnens helse, men også for fosterets. Det har bred faglig forankring i rusomsorgen å legge vekt på graviditet når behandlingstilbud til rusmisbrukere vurderes. Rusmisbruk er i særlig grad egnet til å utgjøre en risiko for skader på fosteret. Det er også lang faglig tradisjon for å legge vekt på at rusmisbrukeren har omsorgsansvar for små barn, i forbindelse med prioriteringsvurdering. Dette antas det å være rettslig grunnlag for ved rettighetsvurdering dersom omsorgsansvaret for egne barn etter en konkret vurdering er egnet til å påvirke rusmisbrukerens helseforhold i negativ retning. Belastningen ved ikke å være i stand til å ivareta omsorgen for egne små barn kan dermed tillegges vekt ved vurdering av hvor alvorlig pasientens helsetilstand er.

Nedenfor omtales hver enkelt av punktene med henblikk på å vurdere alvorligheten i pasientens tilstand.

I omtalen av de ovenfor nevnte forhold som ofte vil være relevante for vurdering av tilstanden, trekkes også fram forhold som er relevante for en tenkt utvikling av tilstanden hvis helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

#### **4.1.1 Utfall av vurdering av alvorlighet**

Utfallet av vurderingen av graden av alvorlighet kan være:

1. Den foreliggende kliniske tilstanden anses å være så alvorlig at den klart oppfyller alvorlighetskriteriet
2. Den foreliggende kliniske tilstanden anses å være så alvorlig at den sannsynligvis oppfyller alvorlighetskriteriet
3. Den foreliggende kliniske tilstanden vurderes slik at det er tvil om den er alvorlig nok til å oppfylle alvorlighetskriteriet
4. Den foreliggende kliniske tilstanden anses ikke å være tilstrekkelig alvorlig til å oppfylle alvorlighetskriteriet

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 1 eller 2, er hovedvilkåret om alvorlighet oppfylt, og man går videre og foretar vurderingen av hovedvilkåret om nytte.

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 3, må man søke evidens, eller eventuelt foreta en eksplisitt vurdering av det faglige grunnlaget for vurderingen. Dersom det fortsatt er tvil om hovedvilkåret om alvorlighet anses oppfylt går man videre til vurdering av hovedvilkåret om nytte.

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 4, er vilkåret ikke oppfylt. Pasienten får da ikke rett til nødvendig helsehjelp, og vurderinger av de øvrige hovedvilkårene foretas ikke.

#### **4.1.2 Fare for liv og helse/selvdestruktivitet**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Rusmisbruk som forårsaker reduksjon i pasientens forventet livslengde
- Rusmisbruk som merkbart reduserer pasientens livskvalitet på grunn av smerte eller lidelse, på grunn av problemer med vitale livsfunksjoner eller på grunn av nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå.
- Rusmiddelmissbruk som er ute av kontroll med stadige overdoseringer med alkohol og/eller andre rusmidler
- Alvorlige komplikasjoner, som forverres pga rusmiddelmissbruk
- Rusmiddelmissbruk som forårsaker atferd som setter liv og helse i fare
- Selvdestruktiv atferd i form av selvskading eller selvdestruktiv utagering av annen type hvor selve rusmønsteret får preg av dette

Dersom rusmiddelmissbruket vurderes å sette pasientens liv og helse i fare, må det alltid vurderes om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp. I tilfelle avbrytes vurderingen av rettighetstildeling, og det sørges for at pasienten får øyeblikkelig hjelp. Ved tilstander som ikke vurderes å være øyeblikkelig hjelp tilfeller kan likevel situasjonen framstå som alvorlig. Det må vurderes om pasienten antas å få redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes. Det må også vurderes om pasienten må gis somatisk eller psykiatrisk behandling.

#### **4.1.3 Suicidalitet**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Om rusmiddelmissbrukeren har høy risiko for suicid og sliter med suicidale tanker, spesielt dersom aktuell suicidalitet er knyttet til skadelig bruk/avhengighet av rusmidler

Suicidalitetsrisiko må vurderes. Dersom tilstanden vurderes å sette pasientens liv og helse i fare, må det alltid vurderes om pasienten trenger øyeblikkelig hjelp. I tilfelle avbrytes vurderingen av rettighetstildeling, og det sørges for at pasienten får øyeblikkelig hjelp. Eventuelt vurderes pasienten lagt inn i akuttpsykiatrisk avdeling.

Selv om tilstanden ikke vurderes som øyeblikkelig hjelp, kan likevel situasjonen være alvorlig. Tapsopplevelser, brutte relasjoner, brudd i behandling, tidligere forsøk på å ta sitt eget liv, og impulsivitet eller aggresjon, er momenter man bør ha med i vurderingen. Dette må sees i forhold til annen tilleggsproblematikk, for eksempel psykiske lidelser. Vilkåret om alvorlighet vil være oppfylt dersom pasientens liv og helse vil stå i fare hvis helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

#### 4.1.4 Graviditet

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Graviditet i kombinasjon med rusmiddelmisbruk, fordi risikoen for fosterskader og abstinenser hos den nyfødte er stor

Hvilke tiltak som allerede er iverksatt for å stoppe eller begrense den skadelige bruken bør tas i betraktning, tidligere behandlingshistorie, svangerskapets varighet, osv.

Rusmiddelmisbruk må alltid oppfattes som fosterskadelig. Det er dokumentert fosterskader ved inntak av små alkoholemengder. Sjansen for tidlig fødsel og abstinensproblematikk er til stede ved bruk av en rekke rusmidler. Kvinnens sjanse for å følge opp svangerskapskontroller under pågående misbruk er også redusert. Selv om livskvaliteten og livslengde for den gravide ikke påvirkes direkte av at helsehjelpen utsettes, er det tilstrekkelig for oppfyllelsen av alvorlighetskriteriet at risiko for skade av fosteret foreligger dersom helsehjelpen utsettes. Graviditet i kombinasjon med rusmiddelmisbruk vurderes som en alvorlig tilstand. Det må antas at fosteret (og ofte også moren) får redusert livslengde eller nedsatt livskvalitet hvis nødvendig helsehjelp ikke gis.

#### **4.1.5 Kriser og alvorlige livshendelser**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Kriser og alvorlige livshendelser som er aktuelle, og som har ført til en klar forverring i et pågående rusmisbruk med vekt på hendelser som er av ny dato og/eller er ubearbeidet

Grad av aktualitet og krisens alvorlighetsgrad må vurderes. Krisen/den alvorlige livshendelsen må være noe som påvirker pasienten i dagens situasjon. Avhengig av krisens alvorlighet må situasjonen vurderes sammen med punkt 4.1.4 om suicidalitet.

Vilkåret om redusert livslengde og nedsatt livskvalitet vil normalt være oppfylt ved en klar forverring på grunn av kriser og alvorlige livshendelser som antas å vedvare dersom helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

#### **4.1.6 Progresjon i skadelig bruk**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Om det har vært rask endring i rusmiddelmisbruket i negativ retning som tyder på at pasienten har redusert kontroll og at tilstanden er i forverring. Eksempel kan være en person som går fra misbruk av alkohol og cannabis og over til misbruk av sentralstimulende og/eller opiater – eventuelt injeksjonsbruk

Ved alvorlighetsvurderingen bør en særlig ha fokus på om det har vært en nylig forverring av tilstand mht rusbruken.

Rask endring i rusmiddelmisbruket eller økende misbruk eller introduksjon av nye rusmidler, eller mer alvorlig misbruksmønster som injisering, kan ha betydning for om redusert livslengde og/eller nedsatt livskvalitet anses å foreligge. Hovedvilkåret

om alvorlighet vil være oppfylt dersom en nylig forverring av tilstanden mht rusbruken fører til nedsatt livskvalitet i form av smerte eller lidelse eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå hvis helsehjelp fra spesialisthelsetjenestens utsettes.

#### **4.1.7 Misbruk ved lav alder**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av

- Ung alder hvor oppstart av rusmiddelmisbruk kan medføre tap av normal emosjonell og kognitiv utvikling gjennom pubertet og ungdomstid, samt øke risikoen for utvikling av andre psykiske lidelser. Faren for omfattende og alvorlig utviklingssvikt øker jo yngre pasienten er.
- Ung alder hvor rask avhengighetsutvikling eller atferdsendringer som følge av misbruket, medfører stor risiko for å falle ut av skole/ jobb og vanlig sosialisering i normalsamfunnet.

Ved alvorlighetsvurdering bør en særlig ha fokus på om det har oppstått endringer i tilknytning, interesser og atferdsmønstre pga rusbruken. Alvorlighetsgraden øker jo yngre ungdommen er når misbruket etableres.

Rask endring i skadelig bruk/avhengighet i ung alder, kan ha betydning for om redusert livslengde og/eller nedsatt livskvalitet foreligger. Hovedvilkåret om alvorlighet vil være oppfylt dersom tilstanden fører til ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet i form av smerte eller lidelse eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå hvis helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

#### 4.1.8 Komorbiditet

##### Somatiske lidelser

Rusmiddelmissbrukere har økt risiko for somatisk sykkelighet, det er derfor viktig at de vurderes i forhold til dette. Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av om den rusmiddelavhengige har:

- Et misbruk som medfører fare for å utvikle helseskader
- Aktiv hepatitt og/eller HIV/AIDS
- Andre kroniske sykdommer eller skader
- Vært utsatt for ulykker og/eller akutte skader og trenger oppfølging og rusbehandling for å kunne nyttegjøre seg behandling og opptrening
- Andre sykdommer hvor rusbehandling og oppfølging er nødvendig for å kunne nyttiggjøre seg annen helsehjelp

Det bør vurderes om pasienten trenger tverrfaglig spesialisert behandling og stabilisering for at den somatiske tilstanden:

- Kan diagnostiseres
- Kan behandles
- Ikke forverres

Somatiske lidelser i tillegg til rusmiddelmissbruk krever en samlet vurdering i forhold til vilkåret om tilstandens alvorlighet. Det kan være nødvendig for vurderingsinstansene på rusfeltet å søke bistand hos andre deler av spesialisthelsetjenesten for vurdering av somatisk relaterte forhold. Alle vurderinger, undersøkelser og bistand fra andre må skje innenfor 30 virkedager (10 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet). Somatisk lidelser i tillegg til bruk av rusmidler kan ha betydning i forhold til både redusert livslengde og redusert livskvalitet. Om hovedvilkåret om alvorlighet er oppfylt beror på om pasienten får redusert livslengde og/eller nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen fra spesialisthelsetjenesten utsettes.

## Psykiske lidelser

Rusmiddelmissbrukere har økt risiko for psykisk sykdom, derfor er det viktig at de vurderes i forhold til dette. Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Om den rusmiddelavhengige har en psykisk lidelse
- Hvilken type psykisk lidelse pasienten har

Har pasienten en psykisk lidelse som vil kunne stabiliseres gjennom rusbehandling?  
Er dette en lidelse som indikerer behandling innenfor psykisk helsevern?  
Krever tilstanden parallell/integrert behandling?

Pasienter som har både et alvorlig rusproblem og en alvorlig ruslidelse omtales ofte som dobbeltdiagnosepasienter.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser bør behandles innen psykisk helsevern, med mindre tiltaket innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruke er spesielt rettet inn mot denne gruppen. Helsehjelp innen psykisk helsevern er for eksempel aktuelt for schizofreni, bipolar lidelse, alvorlige depresjoner og alvorlige personlighetsforstyrrelser (se Sosial- og Helsedepartementets rundskriv I-36/2001, Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmisbruk).

Psykiske lidelser i tillegg til skadelig bruk/avhengighet av rusmidler krever en samlet vurdering i forhold til vilkåret om tilstandens alvorlighet. Kombinasjonen psykisk lidelse og rusmisbruk kan gi forverret prognose. Det kan være nødvendig for vurderingsinstansene på rusfeltet å søke bistand hos andre deler av spesialisthelsetjenesten for vurdering av psykisk relaterte forhold. Alle vurderinger, undersøkelser og bistand fra andre må skje innenfor 30 virkedager (10 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusavhengighet).

Psykiske lidelser i tillegg til bruk av rusmidler kan ha betydning i forhold til både redusert livslengde og redusert livskvalitet.

#### **4.1.9 Omsorg for små barn**

Alvorligheten i pasientens tilstand påvirkes i særlig grad av:

- At en forelder med omsorgsoppgaver overfor et barn har rusmiddelproblemer

Situasjonen for pasienten kan være påvirket av om vedkommende har omsorgsansvar overfor små barn. Primært er det pasientens egen tilstand som skal tillegges vekt når alvorligheten i pasientens tilstand skal vurderes. For pasienter som har et reelt omsorgsansvar for små barn tilsier barnets avhengighet av den eller de som har foreldreansvar at disse forhold kan vektlegges. Det forutsettes at det gjøres en konkret vurdering i det enkelte tilfelle av om omsorgsansvaret er reelt og om at omsorgsansvaret er egnet til å påvirke pasientens helsetilstand.

Dersom det er grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for omsorgssvikt, har helsepersonell plikt til å melde fra til barneverntjenesten, jfr. lov av 2. juli 1999 Nr. 64 om helsepersonell § 33. Det er ikke hjemmel for å sende bekymringsmelding til barnevernet med mindre meldeplikt etter helsepersonelloven foreligger eller med samtykke fra den som er berørt.

#### **4.1.10 Sosial situasjon**

Alvorligheten i pasientens tilstand vil i særlig grad kunne påvirkes av:

- Pasienten har hatt nylig bortfall, eller fare for tap av bærende sosiale forhold, slik som bo- og arbeidsforhold, familieforhold osv.
- Det gjelder misbrukere uten fast bolig, arbeid, nettverk og/eller inntekt
- Pasienten har atferd preget av forsømmelse, utnyttning, trusler, vold, prostitusjon eller kriminalitet og/eller vil i høy grad stå i fare for å miste viktige relasjoner og støtte

Hvordan er pasientens sosiale situasjon? Er pasienten i ferd med å miste familie, bolig, jobb osv? Utøves det vold overfor pårørende/familien?

En særlig vanskelig sosial situasjon, i tillegg til rusmiddelmissbruk, kan ha betydning for vurdering av hovedvilkåret om alvorlighet. Slike forhold bør vurderes i forhold til vilkåret om nedsatt livskvalitet, ev også redusert livslengde. Om vilkåret er oppfylt beror på om pasientens livskvalitet merkbart reduseres, ev om livslengden reduseres, dersom helsehjelpen utsettes.

#### **4.1.11 Andre forhold av betydning**

Kriteriene ovenfor knyttet til graviditet, fare for liv og helse, suicidalitet osv er faglig sett av særlig betydning ved vurdering av hovedvilkåret om alvorlighet. Mangfoldet man møter i en klinisk hverdag kan bety at også andre kriterier bør tas i betraktning i enkeltsituasjoner. Kriterier som ikke er omtalt her, må på tilsvarende måte veies opp mot alternativene redusert livslengde og nedsatt livskvalitet. Kriterier som vektlegges må være saklige og velbegrunnede.

#### **4.2 Forventet nytte**

Vilkåret om forventet nytte krever en vurdering av om helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten vil påvirke pasientens tilstand til det bedre eller hindre forverring, se nærmere beskrivelse i punkt 1.2. Med utgangspunkt i pasientens tilstand skal innholdet i den aktuelle helsehjelpen konkretiseres, slik at man kommer fram til hvilken type hjelp som kan gis.

Forventet nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er det sentrale. Helsehjelp favner vidt og omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsmål og som utføres av helsepersonell. Noen pasienter trenger å bli satt i stand til å motta helsehjelp for en annen lidelse.

Hovedpoenget hva angår nytte, er om helsehjelpen forventes å bedre pasientens livslengde (prognose) og/eller livskvalitet med en viss varighet eller hindre forverring. Det foreligger også forventet nytte om behandlingsmuligheter blir forspilt hvis helsehjelpen utsettes. Hvilken behandling som er aktuell er avhengig av pasientens tilstand og behandlingsmulighetene. Nærmere omtale av hva som kan være god behandling for den enkelte pasient er gitt i punkt 7.1.

Vurderingen av forventet nytte blir litt forskjellig avhengig av om pasienten har en (tentativ) diagnose ev at supplerende opplysninger indikerer hvilken behandling som vil kreves eller om pasienten har et uklart symptom-bilde. Hvis det foreligger tilstrekkelig opplysninger til å planlegge hvilken behandling som vil kreves, skal forventet nytte vurderes i forhold til hele behandlingsforløpet. Hvis man bare har et uklart symptom-bilde er utredning/diagnostikk aktuelle helsehjelpstiltak. Da skal forventet nytte vurderes i forhold til utredningen/diagnostikken, risiko for alvorlig sykdom, de utsikter eventuell behandling kan ha for prognosen og den helsehjelpen som er mest tidskritisk av mulige senere behandlingsalternativer.

Styrking av oppfølging fra andre instanser kan også være ønskelig for å hindre tilbakefall etter utskrivelse. Spesialisthelsetjenesten har imidlertid et ansvar for å fullføre behandling av rettighetspasienter til de har fått den helsehjelpen som er nødvendig, se punkt 5.3. For personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester bør rammebetingelsene være sikret gjennom individuell plan.

#### **4.2.1 Vurdering av om helsehjelpen vil gi forventet nytte**

Ved vurdering av forventet nytte skal man ha fokus på hvilken betydning det vil ha for pasienten å få helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis denne helsehjelpen utsettes eller ikke gis vil pasienten kunne tas hånd om i primærhelsetjenesten og sosialtjenesten. Det skal ikke legges til grunn at pasienten, uten helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, vil stå helt uten helsehjelp. På den annen side kan ikke vurderingsinstansene ta stilling til hvilket tilbud pasienten kan eller bør få på kommunalt nivå. Vurderingen av en henvisning kan ikke utelukkende gå ut på at pasienten heller bør tas hånd om på kommunalt nivå. Spesialisthelsetjenesten er forpliktet til å gjøre en konkret vurdering av om pasienten har rett til nødvendig

helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det krever en vurdering av pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2.

For de som har de mest alvorlige og sammensatte problemene, vil optimal nytte av spesialistbehandling være avhengig av andres innsats. Mange trenger hjelp og støtte langt ut over hva spesialisthelsetjenesten kan tilby. Innsats fra den kommunale helse- og sosialtjeneste og fra frivillige vil for mange være helt avgjørende for at behandling i spesialisthelsetjenesten skal gi en varig god effekt, jfr. retten til en individuell plan. Det er derfor svært viktig at pasientene får god oppfølging fra aktuelle tjenesteytere både før, under og etter utskrivning fra rusbehandling. Parallelle behandlingsløp vil øke kostnadseffektiviteten og hindre tidstap for pasienten.

Det er ikke et vilkår for å ha rett til nødvendig helsehjelp at den aktuelle behandlingen forventes å gi optimal nytte. Spesialisthelsetjenesten kan derfor ikke kreve at bestemte tiltak iverksettes på kommunalt nivå, som vilkår for at pasienten skal få rett til spesialisthelsetjenester. Er det ønskelig at tiltak settes i verk i kommunal regi samtidig med at det ytes spesialisthelsetjeneste, må spesialisthelsetjenesten samarbeide med disse tjenestene.

Enkelte forhold knyttet til tilstanden kan ha særlig betydning for vurderingen av vilkåret om forventet nytte, og omtales nærmere nedenfor. Pasientens engasjement og ønske om endring omtales også, selv om dette ikke hører direkte sammen med tilstandsvurderingen. Engasjement eller ønske om endring kan ha innvirkning på hvilken helsehjelp som er relevant.

### **Utgangspunkt for vurdering av nytte**

Pasientens tilstand slik den er vurdert i forhold til hovedvilkåret om alvorlighet legges til grunn, sammen med andre relevante tilleggsmomenter, se nedenstående liste.

Det betyr at forhold som er relevante etter alvorlighetskriteriet bør sammenholdes med følgende tilleggsmomenter:

1. Ønske om endring/eget engasjement
2. Behandlingserfaring
3. Kort varighet på misbruk
4. Kognitiv fungering
5. Grad av komorbiditet

Tilleggsmomentene omtales nærmere nedenfor.

#### **4.2.2 Utfall av vurdering av nytte**

Utfallet av vurderingen av forventet nytte kan være:

1. Det forventes at helsehjelpen vil være nyttig
2. Det forventes at helsehjelpen sannsynligvis vil være nyttig
3. Det forventes at helsehjelpen under tvil vil være nyttig
4. Det forventes at helsehjelpen ikke vil være nyttig

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 1 eller 2, er hovedvilkåret om nytte oppfylt, og man går videre og foretar vurderingen av hovedvilkåret om kostnadseffektivitet.

Dersom utfallet blir som punkt 3, anses hovedvilkåret om nytte under tvil oppfylt. Man må da søke etter kunnskap som kan avklare tvilen, eventuelt foreta en eksplisitt vurdering av det faglige grunnlaget. Dersom det fortsatt er tvil om hvorvidt hovedvilkåret om nytte er oppfylt, går man videre i vurdering av hovedvilkåret om kostnadseffektivitet.

Dersom utfallet blir som punkt 4, er vilkåret om nytte ikke oppfylt. Pasienten får da ikke rett til nødvendig helsehjelp, selv om hovedvilkåret om alvorlighet er oppfylt. Vurdering av hovedvilkåret om kostnadseffektivitet foretas ikke.

#### **4.2.3 Ønske om endring/eget engasjement**

Ønske om endring/eget engasjement kan ha betydning på flere måter. Det kan virke inn på hvilken helsehjelp som anses best egnet, og det kan bety at pasienten har økte utsikter til bedret livslengde og bedret livskvalitet.

Dersom pasienten har liten innsikt eller at ønsket om endring baserer seg på urealistiske forventninger, peker dette i retning av mindre forventet nytte av helsehjelpen. Dersom pasienten har bedre/god innsikt og eget engasjement, vil det lettere dannes behandlingsallianser og sannsynligheten for nytte av helsehjelpen øker.

Pasientens egen målsetting/forventninger bør tas i betraktning. Det bør vurderes om en kan iverksette tiltak som kan høyne pasientens motivasjon og innsikt.

Det må tas hensyn til at det å bedre pasientens engasjement/motivasjon oftest er en viktig målsetning tidlig i et behandlingsforløp. Pasienter som tilsynelatende har mangelfull motivasjon når henvisningen vurderes, kan i løpet av kort tids behandling fremstå som meget motiverte.

Om helsehjelpen som anses aktuell antas å ville gi bedret livslengde og livskvalitet eller forhindre redusert livslengde eller livskvalitet må vurderes konkret.

#### **4.2.4 Behandlingserfaring**

Behandlingserfaringen har betydning for hvilken helsehjelp som er aktuell, men kan ikke ubetinget tillegges vekt ved vurdering av livslengde/livskvalitet. Vurderingstema bør være hvor sannsynlig det er at årsaken til den lave nytten ved tidligere behandling slår inn igjen ved den behandling som nå er aktuell.

Behandlingserfaring kan virke inn på hvilken helsehjelp som anses best egnet. Har man tidligere prøvd poliklinisk behandling uten tilstrekkelig effekt, kan det tilsi at for eksempel ytterligere utredning, innleggelse eller andre uprøvde tiltak bør forsøkes. Behandlingsambisjonene må sees i sammenheng med den kontakt/det tilbud

pasienten tidligere har hatt i behandlingsapparatet. Det bør imidlertid minnes om at vurderingen av behandlingsbehov for rusmiddelmissbruk var mindre systematisk før rusreformen og for mange pasienter ble tilbudet det tiltaket som hadde ledig plass.

Når det gjelder pasientens utsikter til bedret livslengde og livskvalitet, kan behandlingserfaring bare vektlegges i begrenset grad. Gjentatte tidligere behandlinger kan ha vært nytteløse på grunn av at pasienten ikke har tatt sin del av ansvaret for å følge behandlingsopplegget, men kan også skyldes at behandlingstiltaket ikke har matchet pasientens behov. I vurdering av nytte skal det legges til grunn at ingen skal nektes behandling på grunn av at tilstanden skyldes uaktsom eller tankeløs atferd.

Det bør legges vekt på om behandlingstilbudet det henvises til er tilpasset pasientens behov. Videre bør det vurderes om det er behov for parallelle behandlingsforløp for å dekke alle behandlingsbehovene.

Følgende forhold bør tas i betraktning:

- For pasienter med behandlingserfaring bør en vurdere behandlingstiltak ut fra den erfaring pasienten tidligere har hatt i behandlingsapparatet. Det bør vurderes om det er riktig å fortsette behandlingen på samme behandlingssted. Foreligger behov for annen metodikk? Hva pasienten ønsker er viktig. Helsepersonell har imidlertid ansvar for at de tiltak som tilbys er forsvarlige.
- Om det er grunnlag for endringer i behandlingstilbudet, slik at behandlingstilbudet i større grad passer til pasientens behov
- For pasienter som har falt ut av behandling, bør det vurderes om rask innleggelse på samme behandlingssted kan gi økt nytte.
- For pasienter med behov for koordinerte tjenester utarbeides individuell plan (IP) hvis pasienten ønsker det. Det er viktig å informere pasienten nøye om hva individuell plan innebærer og motivere ham/henne til å få IP
- For pasienter med ingen eller lite behandlingserfaring bør det vurderes å begynne med poliklinisk behandling eller et kortere institusjonsopphold før

langvarig behandlingstiltak iverksettes. Det bør vurderes å utrede tilstanden i første omgang, slik at man finner ut hvilken type behandling han/hun trenger.

- Det bør vurderes om det for pasienter med et tungt og langvarig misbruk, bør settes inn tilleggsbehandling (for eksempel institusjonsbehandling i tillegg til LAR).

I vurdering av forventet nytte kan det tas hensyn til at personer som er i et lokalt opplegg eller nylig har vært i et behandlingsopplegg innen spesialisthelsetjenesten med dokumentert positiv endring, kan ha utsikt til bedret livslengde eller bedret livskvalitet dersom det i tillegg tilbys nye tiltak fra spesialisthelsetjenesten. Slike situasjoner kan dreie seg om tilbakefall, krisesituasjoner, problemer med rusfrihet i LAR m.v. Det må vurderes konkret om nye tiltak i spesialisthelsetjenesten kan hindre at en tidligere oppnådd bedring i tilstanden forspilles.

#### **4.2.5 Kort varighet på misbruk**

Ved kort ruskarriere kan situasjonen være slik at tiltak i førstelinjen fortsatt antas å ha god effekt. Foreligger en henvisning må det likevel gjøres en konkret vurdering av om vilkårene i pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt. Spørsmålet blir om det i en slik situasjon er utsikt til nytte av tiltak i spesialisthelsetjenesten. Dersom effekten av tiltak i førstelinjen vurderes som god både i nå-situasjonen og framover i tid, vil det antakelig ikke foreligge tilstrekkelig nytte av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

Tidlig intervensjon taler for høyere forventet nytte av et relativt kortvarig behandlingstilbud. Tidlig intervensjon vil også kunne forhindre utvikling av en kronisk tilstand, og anses spesielt viktig ved ung alder (<25 år). Ved tilbakefall etter tidligere gjennomført behandling, kan også nytteverdien være stor ved å komme raskt i behandling.

Det bør vurderes hvor langvarig og omfattende rusproblematikken er, og hvilke konsekvenser det har medført. Om rusbruken dominerer eller om pasienten fungerer godt på noen områder er også relevant. Videre må det vurderes hva som er adekvat

helsehjelp (hvilke tiltak) i spesialisthelsetjenesten og hvilke andre instanser som bør kobles inn.

#### **4.2.6 Kognitiv fungering**

Behandlingstilbudet må tilpasses pasientens kognitive funksjonsnivå.

Dersom pasienten har kognitiv svikt som følge av ulykker, overdoser eller toksiske skader av rusmidler, kan nytte av behandling være redusert. Pasienten kan være ute av stand til å nyttiggjøre seg behandling utover et omsorgsbasert tilbud, med evt. korte avrusningsopphold etter rusepisoder. Pasienter med ulike former for kognitiv svikt vil ofte trenge spesialisert behandling for å få god nok utredning og hjelp, fordi behandlingen i større grad må tilpasses den enkelte. Der det hersker tvil om den kognitive fungeringen, bør en søke å få dette klarlagt gjennom en utredning. Der hvor pasienten har vært stabilisert i omsorgstilbud over tid må man igjen vurdere om endringspotensialet er bedret. For å vurdere ev kognitiv svikt er det viktig at pasienten har vært rusfri over noen tid, helst flere måneder.

Det bør vurderes om pasienten har betydelig kognitiv svikt og om pasienten kognitivt sett er i stand til å ha nytte av behandlingstilbudet. Pasientens behandlings-/rehabiliteringspotensiale må vurderes bl.a. ut fra hans/hennes kognitive fungering og utsikt til bedret kognitiv fungering.

#### **4.2.7 Komorbiditet**

Grad av komorbiditet under forventet nytte er en annen vurdering enn under alvorlighetskravet. Det er her tenkt på forhold som oppfattes som hindringer for å få nytte av behandling for et rusproblem. Det kan dreie seg om sykdommer av psykisk eller somatisk art som ev bør behandles før eller samtidig med tverrfaglig spesialisert behandling. Det vil kunne gi lav nytte dersom ikke adekvate tiltak er gjennomført. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å trekke inn andre relevante deler av spesialisthelsetjenesten.

Her bør det også vurderes om tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil gjøre pasienten i stand til å motta helsehjelp for andre psykiske eller somatiske lidelser. Eksempler på dette er avrusning/stabilisering før kreftbehandling eller før pasienten kan motta behandling for aktiv hepatitt.

Her må det videre vurderes om pasienten har lidelser som vil være til hinder for nytte av tverrfaglig spesialisert rusbehandling og om pasienten har lidelser det er viktig å sette pasienten i stand til å motta behandling for gjennom rusbehandling (ev andre tiltak innen spesialisert rusbehandling).

### **4.3 Kostnadseffektivitet**

Det siste hovedvilkåret om kostnadseffektivitet krever at det skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved helsehjelpen og den forbedring eller unngått forverring av pasientens helsetilstand som helsehjelpen forventes å gi.

For å vurdere det tredje hovedvilkåret skal den helsehjelp som anses aktuell ut fra pasientens tilstand (alvorlighet) (punkt 4.1.2 -4.1.10) og tilleggsmomentene omtalt under nytte (4.2.3 – 4.2.7) sammenholdes med de kostnader det vil medføre å gi pasienten denne helsehjelpen. Det betyr at kostnader til avrusning, utredning, diagnostikk, poliklinikk, innleggelse, habilitering og rehabilitering skal tas med i vurderingen. Hvis utredning/diagnostikk er aktuelle helsehjelpstiltak fordi det ikke foreligger noen (tentativ) diagnose, skal kostnadseffektivitet vurderes i forhold til kostnader ved utredningen/diagnostikken og risikoen for alvorlig sykdom.

Pasienter som har behov for tverrfaglig spesialisert rusbehandling har ofte sammensatte lidelser. De mest utsatte av rusmiddelmissbrukerne har meget høy dødelighet og sykkelighet. Til tross for LAR, kunnskapsbasert behandling, nye og manualbaserte metoder, reformer, evalueringer og behandlingsforskning er fortsatt fullføringsprosenten i de fleste behandlingstiltak for stoffmisbrukere som for 20-30 år siden, det vil si et sted mellom 20-40 %. Dette gjelder både nasjonalt og

internasjonalt. Behandlingsstudier viser, både nasjonalt og internasjonalt, at rundt 30-40 % av en behandlingspopulasjon er rusfrie 2 til 5 år etter gjennomført behandling – uansett hvilken type tiltak pasienten har vært i.

Det er med andre ord viktig å ha et realistisk syn på hva som kan oppnås av forbedringer ved å yte helsehjelp til rusmiddelmissbrukere. Forskning viser at nettopp denne gruppen misbrukere trenger stabile kontakter/relasjoner, struktur, trygghet og gode nettverk over lang tid for at eventuelle endringer kan finne sted. De fleste har i perioder psykiske problemer som depresjon og angst i tillegg til en eller flere personlighetsforstyrrelser. Dermed blir *relasjonsproblematikken* av meget sentral betydning både i forhold til primærfamilie, partner, barn, sosiale nettverk og ikke minst behandlingsapparatet. Den høye frafallsprosenten i de fleste behandlingstiltak er delvis også et utslag av denne problematikken.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) har gjort en undersøkelse når det gjelder kostnads/nytteperspektivet innenfor behandling av narkotikamisbrukere i Norge<sup>12</sup>. Denne studien er en av få i sitt slag, også internasjonalt. I "Kost-nytte" – undersøkelsen var personlighetsforstyrrelser en av de viktigste prediktorene for drop-out i alle de 4 tiltaksgruppene (døgntiltak, PUT'er, poliklinisk LAR og kollektiver).

For høye forventninger om nytte og endring kan bidra til at pasientene hele tiden vil mislykkes. Hva nytte er kan være meget forskjellig for de enkelte pasienter – for svært mange i den aktuelle gruppen er nytten ofte en pause i misbruket, god ernæring og mye omsorg. Nytte kan også oppnås gjennom at utsiktene til overlevelse øker. Forskning viser at en behandlingspopulasjon av misbrukere har lavere dødelighet over tid sammenlignet med en tilsvarende populasjon som ikke er i behandling (dødelighet 3-4 %). Dette gjelder selv om de går ut og inn av behandling uten å fullføre. I "Kost-nytte"-prosjektet var dødeligheten 1.9 % pr år i løpet av en 7-års observasjonsperiode, 1998-2006. Dødeligheten i behandlingspopulasjonen har holdt seg på samme nivå siden 80-årene, når vi sammenligner med tidligere tilsvarende undersøkelser (rundt 2 %).

---

<sup>12</sup> Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad (SIRUS rapport nr. 4/2003)

I "Kost-nytte"-undersøkelsen er 40 % stoffrie (noe bruk av alkohol) og 34 % rusfrie siste 30 dager ett eller to år etter behandling. Dette er faktisk et ganske godt resultat for en såpass belastet gruppe rusmiddelmissbrukere sammenlignet med ulike livsstilssykdommer innen somatikken (sukkersyke, høyt blodtrykk etc.) hos normalpopulasjonen.

Mange metodisk gode behandlingsstudier både nasjonalt og internasjonalt viser at behandling av rusmisbrukere virker. Få av disse studiene er RCT (randomiserte, kontrollerte studier) studier. RCT-studier er heller ikke best egnet for å se på utfall av behandling for rusmiddelmissbrukere.

#### **4.3.1 Vurdering av om kostnadene står i rimelig forhold til nytten av helsehjelpen**

For å vurdere det tredje hovedvilkåret skal forventet nytte sammenholdes med kostnadene som går med til helsehjelpen.

Eksempler på ressurser som medgår er:

- liggetiden
- helsepersonells tidsbruk
- bruk av legemidler
- bruk av avansert medisinsk utstyr
- omfang av etterfølgende tiltak

Forskriften krever ikke at det skal gjøres en analyse av for eksempel hvilke ressurser som vil medgå for å yte helsehjelp til den enkelte pasient. Det er tilstrekkelig å gjøre en skjønnsmessig vurdering av hvilke ressurser som medgår til å yte helsehjelpen.

Når man skal vurdere om kostnadene ved helsehjelpen står i et rimelig forhold til den forbedring av pasientenes helsetilstand som behandlingen forventes å gi, skal man se bort fra de kostnader som har påløpt ved tidligere ytelse av helsehjelp av samme pasient. En pasient skal ikke fratras rett til nødvendig helsehjelp fordi om vedkommende har tidligere har mottatt helsehjelp uten tilstrekkelig/forventet

forbedring av sin situasjon/helsetilstand. Kostnadene skal vurderes ut fra den forventede nytte pasienten vil ha av behandling med utgangspunkt i siste henvisning.

#### **4.3.2 Utfall av vurdering av kostnadseffektivitet**

Utfallet av vurderingen av kostnadseffektivitet kan være:

1. Helsehjelpen anses som kostnadseffektiv
2. Det anses at helsehjelpen sannsynligvis er kostnadseffektiv
3. Helsehjelpen anses under tvil kostnadseffektiv
4. Helsehjelpen anses ikke som kostnadseffektiv

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 1 eller 2, er hovedvilkåret om kostnadseffektivitet oppfylt, og man går videre og foretar en samlet vurdering av om vilkårene etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt.

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 3, innebærer det at hovedvilkåret om kostnadseffektivitet under tvil anses oppfylt. Man må da søke etter kunnskap som kan avklare tvilen. Foreligger fortsatt tvil, går man videre og gjør en samlet vurdering av om vilkårene etter pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt.

Dersom utfallet av vurderingen blir som punkt 4, er vilkåret om kostnadseffektivitet ikke oppfylt. Pasienten får da ikke rett til nødvendig helsehjelp, selv om de øvrige to hovedvilkår er oppfylt. Samlet vurdering av hovedvilkårene foretas ikke.

#### 4.4 Helhetlig vurdering

Prioriteringsforskriften legger til grunn at det i tillegg til vurdering av hvert enkelt hovedvilkår, skal foretas en samlet vurdering av de tre hovedvilkårene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. Alle de tre hovedvilkårene må være oppfylt for at pasienten skal ha rett til helsehjelp. Hovedvilkårene er relative i forhold til hverandre. Det betyr at en lav vektning av et hovedvilkår kan oppveies av at et annet hovedvilkår oppfylles i høyere grad. Lav vektning foreligger dersom det er tvil om vilkåret er oppfylt. For eksempel kan lav nytte oppveies av høy grad av alvorlighet.

Utfallet av den helhetlige vurderingen av hovedvilkårene beror på skjønnsmessige vurderinger på et faglig grunnlag. Utfallet av den skjønnsmessige vurderingen kan være:

- Hvis hovedvilkårene om alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet er oppfylt og det ikke er tvil knyttet til vurdering av noen av hovedvilkårene, har pasienten rett til nødvendig helsehjelp.
- Hvis det er tvil knyttet til om ett av hovedvilkårene er oppfylt, må tvilen oppveies av en høyere vektning på minst ett av de øvrige hovedvilkårene for at pasienten skal få rett til nødvendig helsehjelp.
- Hvis det foreligger tvil om to eller tre av hovedvilkårene er oppfylt, har pasienten ikke rett til nødvendig helsehjelp.

## 5 Fastsettelse av individuell frist for rettighetspasienter

### 5.1 Individuell frist

Dersom pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp skal det fastsettes en frist for når faglig forsvarlighet krever at pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Det vil si at beslutningen om når fristen skal settes, skal treffes på grunnlag av en skjønnsmessig faglig vurdering. Dette er fastsatt i pasientrettighetsloven § 2-1 andre ledd og i prioriteringsforskriften § 4.

Barn og unge med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet som får rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp har rett til helsehjelp innen en maksimalfrist. Fristen for å gi prioritert helsehjelp til disse gruppe kan maksimalt settes til 65 virkedager (90 kalenderdager som er ca 3 måneder)<sup>13</sup>. Maksimalfristen skal sikre disse pasientene et raskere behandlingstilbud innen rus- og psykiatriomsorgen i spesialisthelsetjenesten. Hvis pasienten etter henvisning har rett til nødvendig helsehjelp, skal denne hjelpen gis innen forsvarlig tid, som i mange tilfeller kan være kortere enn 65 virkedager.

Fristen skal gi sikkerhet for at de aktuelle helsehjelpstiltak (utredning, behandling m.v.) blir påbegynt og fullført som et forsvarlig forløp. Vurderingen skal bygge på hva som er forsvarlig innenfor tverrfaglig spesialisert behandling. Fristen må settes slik at helsehjelpen kan ytes på et tidspunkt hvor man ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling oppnår forbedring av pasientens helsetilstand og unngår at tilstanden forverres eller at undersøkelses- eller behandlingsmuligheter går til spille. Det må være faglig forsvarlig å utsette behandlingen til den frist som settes uten at dette går utover prognosen. En pasient med rask forverring/progresjon i tilstanden bør prioriteres høyere enn en med en kronisk tilstand, forutsatt at pasientenes tilstand ellers er like.

<sup>13</sup> Jfr. ny § 4a i forskrift av 1. desember 2000 nr 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd, endret ved forskrift av 25. juli 2008 nr 833.

Dersom (tentativ) diagnose foreligger skal fristen settes i forhold til det hovedtiltak pasienten skal tilbys. Har pasienten en uklar tilstand skal det settes en frist for når utredningen senest skal starte. En slik frist kan bare settes i de situasjoner der det av medisinske årsaker ikke er mulig å avklare pasientens tilstand innen vurderingsfristen. Fristen skal fastsettes på basis av medisinske/helsefaglige forhold og hensyn. Det er ikke anledning til å vektlegge eventuelle kapasitetsbegrensninger.

Alle aspektene ved tilstanden bør være med i totalvurderingen, men ved sammensatte problemstillinger vil det alvorligste helsehjelpsbehovet være bestemmende for hvor lenge det er forsvarlig å utsette behandling.

Selv om tilstanden ikke anses som øyeblikkelig hjelp kan det faglig sett være grunnlag for kort frist, for eksempel i forhold til:

- Gravide som av hensyn til barnets prognose bør i behandling innen 1 uke
- Suicidalitet /overhengende overdosefare
- Rusmiddelmisbruk hos pasienter som har omsorgsansvar for barn

### **Hvilke forhold kan ikke vektlegges?**

Når individuell frist fastsettes kan det ikke tas hensyn til kapasiteten til å få gjort utredning/behandling eller andre tiltak, verken i den institusjonen der man selv jobber eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten.

### **Kan det fastsettes flere frister?**

Det skal som hovedregel bare settes en frist. Pasienten skal innen 30 virkedager (10 virkedager for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet) få en vurdering både med hensyn til videre undersøkelse og behandling. Hovedregelen er dermed at pasienten skal få en frist som tar høyde for at hele behandlingsforløpet blir forsvarlig. Spesialisthelsetjenesten har en oppfylleelsesplikt overfor pasienten og er forpliktet seg til å sørge for at helsehjelpen er forsvarlig underveis i hele forløpet.

For pasienter uten fastsatt diagnose og med uklare symptomer, kan det være vanskelig eller umulig å vurdere hvilken helsehjelp som bør tilbys ut over innledende tiltak, så som undersøkelse eller utredning. I forhold til slike pasienter bør det tas skritt for å få fram supplerende opplysninger. Det kan være å innhente ytterligere opplysninger fra henvisende instans eller andre, eller å utføre undersøkelser av pasienten i egen enhet eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten innen 30 dagers fristen. Dersom man til tross for dette ikke finner faglig grunnlag for å vurdere hvilke behandlingstiltak som er adekvate, kan det settes en frist for utredning. Det bør i slike tilfeller framgå av avgjørelsen om tildeling av frist hva som er grunnlaget for at man ikke finner å kunne vurdere hvilken behandling som er aktuell etter innledende utredning.

Dersom det bare er faglig grunnlag for å sette frist for innledende tiltak, får spesialisthelsetjenesten ansvar for å vurdere om pasienten har rett til ytterligere helsehjelpstiltak, eventuelt behandling, når resultatet av den innledende utredning foreligger. Har pasienten fortsatt behov for nødvendig helsehjelp skal det gis tilbud om adekvat behandling, eller eventuelt andre tiltak. Dette følger av spesialisthelsetjenestens plikt til å oppfylle pasientens rett til nødvendig helsehjelp. Tiltakene må gis til tidspunkter som sikrer at det samlede tilbudet til pasienten er forsvarlig og bør også være av god kvalitet. Kapasitetsvurderinger kan heller ikke utover i behandlingsforløpet være styrende for hvilke tiltak rettighetspasienter skal få tilbud om.

Av Helsedirektoratets rundskriv om pasientrettighetsloven (IS-12/2004) fremgår det at i spesielle situasjoner kan det være prøvd ut et behandlingsopplegg som senere viser seg å ikke føre fram, eller hvor det av andre grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg. Pasienten vil på dette tidspunktet ha krav på at det settes en separat frist for det nye behandlingsopplegget, slik at pasienten totalt sett får et faglig forsvarlig behandlingsforløp regnet fra det tidspunktet helsehjelpen ble igangsatt<sup>14</sup>. Pasientene det her er snakk om er vurdert som rettighetspasienter, og har på denne bakgrunn fått rett til utredning, avrusning, behandling eller andre tiltak i spesialisthelsetjenesten.

---

<sup>14</sup> Rundskriv IS-12/2004 side 13.

### 5.1.1 Individuell frist og forholdet til forsvarlighetskravet

Utgangspunktet er at det bare skal settes én frist.

Ny frist kan settes hvis et behandlingsopplegg viser seg ikke å føre frem, slik at det av faglige grunner er nødvendig å gå over til et helt annet behandlingsopplegg. Da har pasienten krav på at det settes ny frist for det nye behandlingsopplegget, jfr. Rundskriv IS-12/2004 side 13. Ny frist kan bare settes unntaksvis, og kan i prinsippet både brukes der hvor behandlingsopplegget er lagt i vurderingsfasen og etter endt utredning/diagnostikk, dvs. i gruppe a) og b) som er omtalt i punkt 3.6. Enhver endring i behandlingsopplegget kan dermed ikke gi grunnlag for at det settes ny frist.

- Eksempel på dette kan være: Behandling på poliklinikken ble planlagt og vurdert som tilstrekkelig, men viser seg likevel ikke å bedre pasientens situasjon. Helt andre tiltak er da aktuelle (for eksempel døgntil behandling) og pasienten får krav på ny frist i forhold til det nye tiltaket.

Pasienter som tas inn til utredning/diagnostikk fordi man ikke har tilstrekkelig opplysninger til å planlegge hvilken behandling som kreves, kan ikke gis ny frist, jfr. Rundskriv IS-12/2004 side 13.

Etter endt utredning planlegges et videre forløp for hvilken helsehjelp som skal gis. Det videre forløp skal til enhver tid være forsvarlig og reflektere at det dreier seg om rettighetspasienter. Det er ikke adgang til å ta hensyn til kapasitet utover i forløpet.

Etter at planlagt oppfølging av rettighetspasienter er gjennomført, vil mange pasienter ha oppnådd tilsiktet bedring av sin helsetilstand. Dersom dette ikke er tilfellet og pasienten fortsatt er i behov av nødvendig helsehjelp, bør det iverksettes ytterligere helsehjelp. Det kan for eksempel være videre oppfølging på poliklinikk eller andre typer jevnlig kontroll eller ettervernstiltak. Pasienten fortsetter å være rettighetspasient inntil vedkommende er behandlet ut av sin status som

rettighetspasient. Hvis ytterligere helsehjelp må gis av en annen enhet enn den som har behandlingsansvar for pasienten, skal pasienten henvises til annen enhet i spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging.

- For eksempel kan en pasient som har vært innlagt i institusjon for rusmiddelmisbruk og fortsatt være så dårlig at han/hun tilfredsstiller kravene til å bli betraktet som rettighetspasient. Pasienten bør da henvises til etterfølgende oppfølging, for eksempel poliklinisk behandling. Det kan ikke kreves at slike pasienter skaffer ny henvisning for å få nødvendig etterfølgende behandling på poliklinikk.

Dersom pasienten ønsker ettervern/oppfølging som et separat opplegg kan hun/han takke nei til ytterligere helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og eventuelt be om at legen eller sosialkontoret vurderer ny henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Det er som hovedregel bare pasienter som henvises til elektiv helsehjelp som skal vurderes i forhold til prioriteringsforskriften § 4, jfr. pasientrettighetsloven § 2-2. Dersom en pasient henvises videre innenfor spesialisthelsetjenesten skal den interne henvisningen som hovedregel ikke vurderes på nytt i forhold til rettighetsstatus og juridisk frist der den så mottas. Pasienten er allerede i et henvisnings/behandlingsforløp som forutsettes å være faglig forsvarlig. Dette gjelder også dersom den videre henvisningen er til et annet helseforetak.

Et vanlig spørsmål er om pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp skal rettighetsvurderes når den akutte fasen er over og pasientens behov for oppfølging skal vurderes. Den ansvarlige for akutthjelpen må vurdere om pasienten er tiltrengende ytterligere helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Hvis så er tilfelle bør pasienten henvises til adekvat instans i spesialisthelsetjenesten. Henvisningen rettighetsvurderes på vanlig måte av den som mottar den, siden det dreier seg om start på et forløp som pasienten ikke tidligere er rettighetsvurdert i forhold til.

### **5.1.2 Forholdet til faglige retningslinjer ved fristfastsettelse**

Dersom det foreligger nasjonale retningslinjer/anbefalinger/lokale/regionale retningslinjer eller prosedyrer som er relevante for det videre forløpet av helsehjelp, bør det ved fristfastsettelse tas utgangspunkt i innholdet i disse. Slike retningslinjer bygger vanligvis på "god praksis", og er derfor ikke direkte styrende for den individuelle fristen som skal settes. Den individuelle fristen skal settes til det tidspunkt faglig forsvarlighet krever at helsehjelpen senest skal gis.

## **5.2 Ventetid for helsehjelp**

Ved fastsettelse av individuell frist for når en rettighetspasient skal få helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, må de prinsipper det er redegjort for i punkt 5.1 ovenfor følges.

Fristens lengde for den enkelte pasient kan variere, i det den skal være fastsatt ut fra en individuell forsvarlighetsvurdering. I noen tilfeller kan det være nødvendig å ha en kort frist før avrusing eller oppstart av poliklinisk undersøkelse eller behandling. I andre tilfeller kan det være forsvarlig at fristen er noe lenger. En annen situasjon er at en pasient anses å ha rett til nødvendig helsehjelp (undersøkelse, utredning eller behandling) i form av døgnbehandling. Forsvarlighetsvurderingen kan tilsi at slik behandling skal startes innen noen tid, for eksempel ni måneder. I alle disse situasjonene (avrusing, poliklinisk undersøkelse, utredning eller behandling, eventuelt ved innleggelse) vil pasienten få en viss ventetid før helsehjelpen startes. Ventetiden kan være kort eller av noe lengre varighet.

Den individuelle fristen skal settes til det tidspunkt faglig forsvarlighet krever at en rettighetspasient, senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen settes ut fra de opplysningene man har eller eventuelt har innhentet om pasienten på vurderingstidspunktet. Dersom spesialisthelsetjenesten i ventetiden mottar opplysninger fra henvisende instans om en mer alvorlig utvikling av pasientens tilstand enn man hadde grunn til å regne med da fristen ble satt, bør det vurderes

om pasienten har rett til en forkorting av fristen. Den fastsatte behandlingsfristen kan imidlertid ikke endres til ulempe for pasienten (forlenges) selv om en på bakgrunn av nye opplysninger eller nye omstendigheter vurderer at en utsettelse av fristen vil være faglig forsvarlig.

En vanlig situasjon er at spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med helse- og sosialtjenesten i kommunen, legger til rette et tjenestetilbud til pasienten som innebærer at ventetiden blir forsvarlig. Spesialisthelsetjenesten kan ikke pålegge andre tjenesteytere å gi bestemte tjenestetilbud til pasienten, men må kunne legge til grunn at kommunen ivaretar sitt ansvar for tjenesteytelse etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven.

### 5.2.1 Pasientutsatt frist

I noen situasjoner kan det være flere enheter i spesialisthelsetjenesten som tilbyr tiltak som er aktuelle for en enkelt pasient. Noen pasienter ønsker å få helsehjelp i en bestemt institusjon, selv om tilsvarende tiltak også ytes av andre institusjoner. Flere institusjoner kan tilby tiltak som er relevante og forsvarlige. Pasienten kan ikke selv beslutte hva som er et forsvarlig helsehjelpstilbud, men kan delta i valget mellom flere tilgjengelige og likeverdige tilbud<sup>15</sup>.

I slike tilfeller hender det at pasienten settes på venteliste ved den institusjon han/hun har preferanse for hvis det anses forsvarlig. Det kan vise seg at behandling ved denne institusjonen ikke kan oppnås innenfor den individuelt fastsatte fristen. I slike situasjoner vil fristbrudd inntre hvis den individuelle fristen oversittes. Fristbrudd unngås hvis pasienten får et forsvarlig behandlingstilbud ved annen institusjon. Pasienter som etter eget ønske foretrekker å stå på venteliste ved en institusjon fremfor å takke ja til et alternativt tilbud ved en annen institusjon, har pasientutsatt frist. Pasienten blir da satt på venteliste ved den institusjon pasienten selv ønsker å komme inn på og får krav på helsehjelp, men ikke innenfor en fastsatt bindende frist, jfr. merknadene til ventelisteforskriften § 3. Pasienten bør i slike tilfeller få beskjed om at de må henvende seg til fastlege/henvisende instans dersom tilstanden utvikler

---

<sup>15</sup> Pasientrettighetsloven § 3-1.

seg i alvorlig retning i ventetiden. Fastlege/henvisende instans bør i slike tilfeller ta fornyet kontakt med spesialisthelsetjenesten, ev sende ny henvisning slik at det kan vurderes om pasientens endrede tilstand tilsier nye/endrede behandlingstiltak.

## 6 Oppfølging fra andre

I behandling av rusmiddelavhengige er det viktig med et nært samarbeid med andre deler av hjelpeapparatet. Dette gjelder både med førstelinjen; sosial-, helse- og barneverntjenesten, NAV og med andre deler av den spesialiserte andrelinjetjenesten når det er behov for dette.

Den kommunale helse- og sosialtjenesten er sentrale og naturlige samarbeidspartner i behandling og rehabilitering av ruspasienter. Dette er særlig viktig i forbindelse med utarbeidelse av individuell plan. Helseforetakene har plikt til å utarbeide individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud, og skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene.<sup>16</sup>

Dersom det er indikasjoner for tiltak i regi av barnevernet, bør man forsøke å få pasientens samtykke til at barneverntjenesten kontaktes og holdes orientert om situasjonen. Melding til eller kontakt med barnevernet skal i utgangspunktet skje i samråd med pasienten. Det er viktig med et nært samarbeid mellom behandlingsapparatet og barnevernet ved igangsetting av ulike behandlingstiltak, og det må hele tiden være oppmerksomhet knyttet til situasjonen. Dersom det er grunn til å tro at barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt har helsepersonell plikt til å gi opplysninger til barnevernet av eget tiltak<sup>17</sup>. Se nærmere redegjørelse i Rundskriv IS-8/2004 "Helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten".

### 6.1 Kommunal oppfølging

Hvis pasienten får tilpassede tiltak på kommunalt nivå kan det øke nytten av tiltak fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Med tilpassede tiltak menes:

---

<sup>16</sup> Se Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 Nr. 61 § 2-5.

<sup>17</sup> Se helsepersonelloven § 33.

### Sosialt tilpassede tiltak:

- nettverk, støttende relasjoner
- aktivisering (arbeid, fritidsaktiviteter)
- bolig
- økonomi
- klær/utstyr
- utdanning
- kontakt med frivillige organisasjoner m.m.
- praktisk bistand/opplæring i dagliglivets aktiviteter

### Oppfølging fra fastlegen/kommunehelsetjenesten

- medikamentell behandling, for eksempel i form av nedtrapping eller abstinensbehandling
- oppfølging av medisinske problemer

### Faglig tilpassede tiltak:

- ansvarsgruppe
- individuell plan (for de med rett på og behov for en slik plan)
- andre igangsatte tiltak på kommunalt eller annet spesialisthelsetjenestenivå
- lokal oppfølging

Det kan ikke settes som vilkår for å gi pasienten rettighetsstatus at det skal foreligge nødvendige rammebetingelser på kommunalt nivå. Dette gjelder uansett hvilken utredning/behandling eller andre tiltak som er aktuelle i spesialisthelsetjenesten. Den individuelle fristen for når en rettighetspasient skal få nødvendig helsehjelp kan heller ikke skyves ut i tid fordi kommunale tiltak ikke er på plass.

I samarbeid med det kommunale tjenesteapparat, bør spesialisthelsetjenesten bidra til at pasienten kan få et helhetlig og sammenhengende tilbud på tvers av

tjenestenivåene. Det vises til punkt 1.6 der spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten er omtalt.

## 6.2 Tilbud fra andre deler av spesialisthelsetjenesten

Mange rusmiddelmissbrukere har behov for andre spesialisthelsetjenester i tillegg til den behandlingen som gis innenfor tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Dette kan være behandlingsbehov innenfor både somatikk og psykiatri. Ofte vil det være nødvendig med parallelle behandlingsforløp. Det er viktig at slike behandlingsbehov kartlegges og at det sørges for at pasientene får aktuell behandling fra andre i spesialisthelsetjenesten. Rutiner for å ivareta dette skal etableres.<sup>18</sup>

Behandling av for eksempel PTSD (posttraumatisk stress syndrom) eller behandling av traumer etter seksuelle overgrep kan være nødvendig for å sikre nytte av rusbehandlingen. Det er også viktig at pasienten får tilgang på utredning og behandling for en eventuell hepatitt C, mens han/hun er i behandling for sitt rusmiddelmissbruk.

---

<sup>18</sup> Se § 4 g i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten av 20. desember 2002 nr. 1731

## 7 Andre forhold

### 7.1 "Matching"

Vurdering av hva som er forsvarlig og tilpasset behandling for hver enkelt pasient er en vanskelig oppgave som krever god kjennskap til de ulike behandlingstilbudene og inngående kunnskaper om den enkelte pasient. Målet er at pasienten tilbys behandling innenfor riktig behandlingsnivå og at behandlingsmetodikken er egnet for pasientens problematikk og pasientens kognitive fungeringsnivå.

Det er viktig at man vurderer pasientens innstilling og oppfatning av hva som kan hjelpe han eller henne, og at tilbudet har en tilnærming som passer. Behandlingsapparatet har et mangfold av ulike tilnærminger.

Pasienter med langvarig opiatmisbruk bør vurderes i forhold til LAR. Pasienter som har ustrukturert livsførsel, innarbeidet langvarig rusmisbrukeratferd, med evt. psykiske eller fysiske komplikasjoner bør vurderes i forhold til oppsøkende/ambulante team.

Pasienten kan også ha rehabiliteringsbehov som for eksempel botrening, arbeidstrening osv. Dette kan enten ivaretas innenfor behandlingsinstitusjon der hvor langtidsbehandling finner sted eller i samarbeid med andre instanser. Det er viktig at alle aspektene ivaretas gjennom individuell plan.

*Viktige faktorer som bør være med i alle vurderinger:*

- Passer behandlingstilbudet til pasientens kulturelle bakgrunn?
- Har pasienten tilstrekkelige språkkunnskaper og kognitive funksjoner til å kunne nyttiggjøre seg behandlingsopplegget?
- Hvordan passer behandlingen i forhold til tidligere behandlingserfaring?

- Kan behandlingstilbudet tilfredsstillende pasientens behandlingsbehov innenfor somatisk og psykisk helse?
- Om annen spesialisthelsetjeneste skal gi tilbud i forhold til f. eks. spiseforstyrrelser, aktiv hepatitt, ADHD, eller en aktuell psykisk lidelse
- Blir rehabiliteringsbehov (bolig, arbeid, aktiviteter) ivaretatt integrert eller parallelt?
- Er det indikasjon for LAR?
- Pasientens egne vurderinger – hva slags behandlingstilbud ønsker pasienten?

Tiltak på lavest mulig omsorgsnivå (LEON-prinsippet) i spesialisthelsetjenesten bør vurderes først: Poliklinisk behandling bør vurderes/forsøkes før døgnbehandling iverksettes. Medikamentfri behandling bør være vurdert/forsøkt før LAR (legemiddelassistert rehabilitering) iverksettes. Ved valg av behandlingsnivå og type behandling er det viktig å legge vekt på eventuell tidligere behandlingserfaring og pasientens egne synspunkter.

## **7.2 Behov for flere tiltak fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Ved behov for tilbud fra flere forskjellige tiltak i tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter hverandre er det viktig at vurderings- og koordineringssenheten synliggjør og skaffer plass til slike tiltak uten unødig venting mellom tiltakene. Et eksempel her kan være en pasient som skal starte opp i LAR som først trenger avrusning, deretter et stabiliseringsopphold på 1-2 måneder og så plass ved LAR-poliklinikk. Et annet eksempel kan være en pasient som søker seg inn til behandling, men hvor det ikke er faglig grunnlag for å vurdere hvilken type behandling som er aktuell. Her vil det være aktuelt først med avrusning, deretter utredning/kartlegging før videreføring til aktuell behandlingssenheter på institusjon eller poliklinikk. Spesialisthelsetjenesten har plikt til å sørge for at dette skjer ved at pasienten får tilbud om et helhetlig, forsvarlig behandlingsforløp.

### 7.3 Pårørende

Den som står nær pasienten kan ha rettigheter i forbindelse med at det ytes helsehjelp. Det er derfor gitt regler om hvem som er pårørende i denne forbindelse. Pasientrettighetslovens § 1-3 b fastslår at den nærmeste pårørende er den pasienten selv peker ut som nærmest. I tilfeller der pasienten ikke er i stand til å oppgi eller ta stilling til spørsmålet om hvem som skal være nærmeste pårørende, bestemmer pasientrettighetsloven hvem som skal ha en slik stilling. Det er den nærmeste av de pårørende som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskaplignende eller partnerskaplignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Det er her viktig å huske hovedprinsippet om:

- (a) den pasienten oppgir som pårørende og
- (b) nærmeste pårørende

Det er for øvrig egne regler i sosialtjenesteloven om hvem som er pårørende for en rusmisbruker dersom det skal vurderes bruk av tvang.

#### 7.3.1 Organisering av helsehjelp til pårørende

Pårørende til rusmisbrukere kan oppleve at tjenestetilbudet er innrettet og organisert forskjellig i helseregionene. Helsehjelpstilbudet til pårørende til rusmisbrukere er i en del regioner organisert som et spesialisert tilbud som er samlokalisert med tjenestetilbudet til pasienter med rusmiddelmissbruk. Da er det vurderingsinstansen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling som vurderer henvisningen. I andre regioner er det ikke spesielle enheter som gir tilbud til pårørende til rusmisbrukere, men helsehjelp gis ved de enheter som tilbyr den helsehjelp som er aktuell for den pårørende. Har pårørende for eksempel depresjon i kombinasjon med andre plager, blir henvisning vurdert av vurderingsinstanser innen psykisk helsevern.

### 7.3.2 Pårørende med behov for helsehjelp

Pasientens pårørende kan deles inn i 2 kategorier:

1. Pårørende som del av rusmisbrukerens nettverk
2. Pårørende som del av rusmisbrukerens nettverk, som selv er i behov av helsehjelp som følge av sin stilling som pårørende

Det er nødvendig å skille mellom de situasjoner der en pårørende ikke mottar helsehjelp, men har funksjon som pårørende, og de situasjoner der pårørende har belastninger som det er aktuelt å yte helsehjelp for.

Pårørendes behov for helsehjelp kan være av ulik karakter:

- a) Det kan være behov for råd og veiledning for å være til støtte for rusmisbrukeren, hvor egne problemer er til stede, men hvor disse er av underordnet karakter
- b) Behovet for helsehjelp kan være så uttalt at vedkommende selv trenger helsehjelp hos lege eller annet helsepersonell

I situasjon a) legges til grunn at helsepersonell kan vise støtte og omsorg for pårørende selv om ytelse av helsehjelp til rusmisbrukeren er hovedfokus. I slike situasjoner er rusmisbrukeren pasient, og den som har pasientrettigheter. Taushetsplikten må overholdes overfor pårørende. Det vil si at taushetsbelagte opplysninger ikke kan gis pårørende, med mindre pasienten samtykker til dette eller det er annet rettslig grunnlag for å gi opplysninger. Det kan dreie seg om mindreårig pasient hvor pasient og foreldre som hovedregel skal informeres eller pasient over 16 år som ikke kan ivareta egne interesser, hvor både pasient og nærmeste pårørende skal informeres. Opplæring av pårørende er viktig. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 er det særskilt understreket at opplæring av pasienter og pårørende er en oppgave – sammen med pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og forskning – som sykehus særlig skal ivareta.

I situasjon b) kan behovet for helsehjelp søkes dekket hos fastlege, ev ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Henvisning av pårørende må vurderes på lik

linje med andre henvisninger. Henvisningen vurderes av den vurderingsinstans som ut fra organiseringen i regionen er forutsatt å skulle gjøre slike vurderinger. Det vises til punkt 2.1 foran om organisering av helsehjelpstilbudet.

I tilfeller hvor pårørende selv mottar helsehjelp, skal de alminnelige regler følges, dvs. at det skal opprettes pasientjournal, og informasjonsplikten og taushetsplikten skal overholdes. Selv om den pårørende ikke får rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, kan vedkommende likevel vurderes å ha nytte av spesialistbehandling. Slike pasienter vil eventuelt ha prioritet etter de som har rett til nødvendig helsehjelp.

Det eksisterer i dag enkelte tilbud til mindreårige barn med rusmiddelmissbruk i familien. Disse tilbudene er ulikt organisert i henholdsvis russektor eller barne- og ungdomspsykiatrien. Det er viktig at barnas situasjon blir tatt med i vurderingen, både med hensyn til informasjon, omsorg og annen oppfølging.

#### **7.4 Tvang**

Vurdering av rett til nødvendig helsehjelp forutsetter at pasienten ønsker behandling. Dersom pasienten ikke ønsker behandling faller grunnlaget for frivillige tilbud bort. Pasienter har, som kjent, rett til å takke nei til behandling.

Behandling av rusmiddelmissbrukere er i Norge tuftet på frivillighet. Opphold i institusjon som ikke er frivillig krever at det finnes hjemmel for tvang. Regler om tvang overfor rusmiddelmissbrukere finnes i sosialtjenesteloven kapittel 6. Selv om det iverksettes tvang etter de nærmere bestemmelser i kapittel 6 gir ikke dette hjemmel for å utføre tvangsbehandling. Oppholdet skal benyttes til motivasjon og tilrettelegging av behandling.

## 8 Sjekkliste

### 8.1 Sjekklisen

Sjekklisen (nedenfor) er et forenklet skjema som gir oversikt over hovedkriteriene i pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2.

Hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2	Graderinger			
	Ja, hovedkriteriet anses oppfylt	Ja, hovedkriteriet anses sannsynligvis oppfylt	Ja, hovedkriteriet anses under tvil oppfylt	Nei, hovedkriteriet anses ikke å være oppfylt
Alvorlighetskriteriet (punkt 4.1)				
Kriteriet om forventet nytte (punkt 4.2)				
Kriteriet om kostnadseffektivitet (punkt 4.3)				
Samlet vurdering (hovedvilkårene vektet i forhold til hverandre, punkt 4.4)	Tildeles rett til nødvendig helsehjelp			
	Tildeles ikke rett til nødvendig helsehjelp			
Individuell frist innen seneste forsvarlige starttidspunkt (kapittel 5)				

Alvorlighetskriteriet	Kriteriet om forventet nytte	Kriteriet om kostnadseffektivitet
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fare for liv og helse/selvdestruktivitet</li> <li>2. Suicidalitet</li> <li>3. Graviditet</li> <li>4. Kriser og alvorlige livshendelser</li> <li>5. Progresjon i misbruket</li> <li>6. Misbruk ved lav alder</li> <li>7. Komorbiditet somatisk helse</li> <li>8. Komorbiditet psykisk helse</li> <li>9. Omsorgsansvar for små barn</li> <li>10. Sosiale forhold med betydning for prognosetap</li> <li>11. Andre forhold av betydning</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ønske om endring/eget engasjement</li> <li>2. Behandlingserfaring</li> <li>3. Grad av avhengighet</li> <li>4. Kognitiv fungering</li> <li>5. Grad av komorbiditet</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kost-nytteundersøkelser</li> <li>2. Skjønn mht ressursbruk (liggetid, helsepersonells tidsbruk, bruk av legemidler, bruk av avansert utstyr, omfang av etterfølgende tiltak, mv)</li> <li>3. Merbruk av ressurser ifht en gjennomsnittspasient</li> </ol>

## 9 Begrepsavklaringer og forkortelser

*Helsehjelp:* Handlinger som har forebyggende, diagnostiske, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell.<sup>19</sup>

*Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk:* Begrepet ble innført i forbindelse med rusreformen og overføringen av ansvaret som tidligere var fylkeskommunenes til de regionale helseforetakene. Etter spesialisthelsetjenesteloven er dette en tjeneste på linje med andre tjenester som ytes i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig spesialisert (TSB) behandling gjennomføres på grunnlag av medisinsk, psykologisk og sosialfaglig kompetanse.

*Vurderingsinstans:* De fleste helseforetakene har organisert seg slik at disse vurderingene gjøres av vurderingsenheter. I veilederen brukes primært begrepet vurderingsinstans, for å poengtere at det er denne funksjonen man sikter til, uavhengig av hvordan foretakene faktisk har organisert seg.

*RHF:* Regionale helseforetak

*HF:* Helseforetak

*Prognose:* Utsikt mht en sykdoms forløp og følger.

*Komorbiditet:* Pasienten har flere helseproblemer samtidig, i denne sammenheng menes oftest både rusmiddelproblemer og psykiske eller somatiske problemer.

---

<sup>19</sup> Fra pasientrettighetsloven § 1-3 Definisjoner

## 10 Referanser

Prosjektrapport Aker Universitetssykehus, avdeling for rus og avhengighet 2006:  
Etablering av ruspoliklinikker ved helseforetakene og de private sykehusene i Oslo

IS-1388/2006 Veileder for distriktpspsykiatriske sentre

Den norske lægeforening 2006. På helsa løs. Legeforeningens Rusmiddelpolitiske utvalg

Nordnorsk Kompetansesenter-Rus. Rapport 1 2006. Koordineringa av inntak til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Nord-Norge

Helsetilsynet 2006. Rapport 7/2006. Når det haster. Øyeblikkelig hjelp ved bevisstløshet – annerledes ved rus?

Helsedirektoratet Veileder IS-1253. Individuell plan 2005. Veileder til forskrift om individuell plan

Helsedirektoratet 2005 Veileder IS-1162. ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015)

Helse Vest 2005. FOU-avdeling. Praktisering av prioriteringsforskriften i Helse Vest

Forskrift 23. desember 2004 nr.1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven

Helsedepartementet. Rundskriv I-8/2004. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven

Helsedepartementet 2004. Strateginotat. Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere. Perspektiver og strategier.

Helsedirektoratet 2004. IS 12/2004 Rundskriv til Lov om pasientrettigheter

Helsedirektoratet 2004. IS-1289. Kvalitetsforbedring av Sosial- og helsetjenesten til rusmiddelmissbrukere

Sintef Helse 2004 STF78 A044513. Rusklienter og tjenester før "rusreformen". En tverrsnittsundersøkelse.

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

Lov om endring av pasientrettighetsloven av 12. desember 2003

NOU 2003:4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak.

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

Forskrift om ventelisterregistrering av 7. desember 2000 nr 1233

Helse- og omsorgsdepartementet (1999): Lov om pasientrettigheter (lov av 2. juli 1999 nr. 63)

Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. av 2. juli 1999 Nr. 61 § 2-1a

NOU 1997:18. Prioritering (Lønning II-utvalget)

## 11 Vedlegg

### 11.1 Vedlegg I. Nærmere om prioritering og hovedvilkårene for rett til nødvendig helsehjelp

#### Prioritering i en bredere sammenheng

Prioritering av helsetjenester har vært gjenstand for mye oppmerksomhet i en del år. Professor Inge Lønning ledet Lønning II utvalget,<sup>20</sup> som foretok en gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (NOU 1997: 18). Dette utvalgets arbeid var en videreføring av tenkningen fra NOU 1987: 23 om Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. Lønning II utvalget fikk blant annet i oppdrag å utarbeide retningslinjer for prioriteringer i helsevesenet, samt å vurdere om ordningen med en ventetidsgaranti var hensiktsmessig. Utvalget skulle videre gi råd til departementet i forbindelse med utarbeidelsen av entydige kriterier for 3-måneders behandlingsgaranti som trådte i kraft 1.7.1997. Lønning II utvalget anbefalte blant annet å dele inn pasientgruppene i prioriteringsgrupper basert på tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakenes forventede nytte og kostnader. For å klarlegge hva man legger i begrepene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet ble det anbefalt å opprette faggrupper som skulle gi anbefalinger om prioritering innen sitt fagfelt.

Slike faglige retningslinjer/veiledere er en del av arbeidet som følges opp i samarbeidsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsprosjektet er et toårig samarbeidsprosjekt som har som mål å

*”Å ha utviklet en helhetlig strategi som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering”.*

---

<sup>20</sup> NOU 1997: 18 Prioritering på ny

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet ansvaret for å lede samarbeidsprosjektet om prioritering i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med de regionale helseforetakene (RHFene). Arbeidet startet opp i januar 2006 og skal avsluttes sommeren 2009. Arbeidet i samarbeidsprosjektet skal bygge på erfaringer fra andre prioriteringsrelevante tiltak.

I arbeidet med å lage en helhetlig strategi og identifisere tiltak som kan gi større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering, har styringsgruppen i samarbeidsprosjektet lagt opp til en to-delt tilnærming:

- a) Utvikle forslag til veiledere til spesialisthelsetjenesten som hjelp ved fastsetting av rettighetstildeling
- b) Utvikle et nasjonalt system for monitorering innen prioritering for "følge med" ansvaret for å fange opp både de ventende og avviklede pasientene

Gjennom arbeid i faggrupper skal det utvikles forslag til nasjonale veiledere for fastsetting av rettighetstildeling innen 30 fagområder. Helsedirektoratet har ansvaret for å utgi nasjonale veiledere til spesialisthelsetjenesten.

### **Hvordan skal pasientrettighetsloven § 2-1 og hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 forstås?**

Vilkårene for å få rett til nødvendig helsehjelp framgår av pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2, ev § 3. Hovedvilkårene i prioriteringsforskriften § 2 bygger på sammenhengen mellom tilstandens alvorlighet, muligheten for å forbedre den ved helsehjelp og helsehjelpens kostnadseffektivitet. Vilkårene er relative i forhold til hverandre. Er pasientens prognose meget dårlig, vil kravet til behandlingens forventede nytte kunne være lavere enn om prognosen ikke er så dårlig. Tilsvarende vil det kunne kreves mindre med hensyn til tilstandens alvorlighet dersom den forventede nytten er stor. Innenfor samme diagnose vil noen pasienter ha rett til nødvendig helsehjelp og andre ikke.

Prioriteringsforskriften skal danne grunnlag for reell prioritering av de pasientgrupper som trenger hjelpen mest. Dette innebærer at man innenfor vurdering av henvisninger må skille klart mellom de pasientene som har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og de som ikke har det.

Når prioriteringsforskriften skal anvendes i enkelttilfeller må det tas hensyn til at helsetjenester er et offentlig velferdsgode som skal fordeles på en rettferdig måte i samfunnet. De forvaltningsrettslige prinsippene handler i hovedsak om å ha forankring i lov/forskrift (legalitetsprinsippet), gjøre en forsvarlig saksbehandling (forsvarlighetsprinsippet), være saklig og nøytral (saklighetsprinsippet) og sørge for likhet i vurderingene (likhetsprinsippet), jfr. Graver, Hans Petter: Alminnelig forvaltningsrett, Oslo 2002 side 71 flg. Nedenfor er det redegjort kort for disse prinsippene. Man kan ikke velge å se bort fra dem, verken generelt eller når en enkelt henvisning skal vurderes.

Hver enkelt pasient skal få en individuell vurdering av sine rettigheter uavhengig av kapasitet. De tre vilkårene i prioriteringsforskriften skal være til stede samtidig for at en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, men hvert vilkår behøver ikke innbyrdes ha lik vekt. Forholdet mellom de ulike vilkårene skal derfor vurderes. Det må foretas en helhetlig samlet vurdering av om pasientrettighetsloven § 2-1 og prioriteringsforskriften § 2 er oppfylt.

Pasientrettighetsloven med forarbeider og prioriteringsforskriften med kommentarer utdyper hva som skal til for at de tre vilkårene om rett til helsehjelp i spesialisthelsetjeneste i prioriteringsforskriften § 2 skal være oppfylt. Rundskriv IS-12/2004 fra Helsedirektoratet gjengir pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften sammen med relevante merknader om forståelsen av bestemmelsene.<sup>21</sup> Man må være oppmerksom på at pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften er endret og at lov- og forskriftstekst i rundskriv IS-12/2004 dermed ikke er helt oppdatert. NOU 1997: 18 Prioritering på ny, kan også gi en viss veiledning. Lønning II utvalget skrev sin utredning på et tidspunkt da retten til helsehjelp bare gjaldt innenfor de grenser kapasiteten setter. I desember 2003 ble adgangen i pasientrettighetsloven til å ta hensyn til kapasitet vedtatt fjernet.

---

<sup>21</sup> Rundskriv IS-12/2004 finnes på Helsedirektoratets nettsider på adressen: [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)

Det er nødvendig å se nærmere på hvordan de tre vilkårene i prioriteringsforskriften § 2 skal forstås, dvs. vilkår 1) tilstandens alvorlighet, vilkår 2) forventet nytte og 3) kostnadseffektivitet.

### *1. Alvorlighet*

Vilkåret krever at det gjøres en vurdering av hvordan pasientens situasjon vil bli, dersom helsehjelpen utsettes. At helsehjelpen utsettes betyr i praksis at helsehjelp ikke gis i etterkant av at henvisningen er vurdert. Vilkåret er oppfylt dersom prognostiske vurderinger tilsier at pasienten vil få en tidligere død dersom helsehjelpen utsettes. Lønning II utvalgets angivelse om at prognosetap foreligger når risikoen for å dø som følge av sykdom i løpet av 5 år er større enn 5-10 prosent, kan være veiledende.

Vilkåret om alvorlighet er også oppfylt dersom pasienten får "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" dersom helsehjelpen utsettes. Begrepet "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" er forklart i prioriteringsforskriften § 2 andre ledd. Med begrepet 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. De momenter som er oppregnet i bestemmelsen er ikke ment å være uttømmende, men antas å dekke de fleste situasjoner hvor vilkåret er oppfylt. Nedsettelsen av pasientens livskvalitet må være ikke ubetydelig. I vurderingen skal det tas hensyn både til nedsettelsens omfang og varighet. Livslengde og livskvalitet er alternative kriterier. De kan likevel ses i sammenheng. Dersom reduksjon av livslengde og livskvalitet hver for seg ikke er tilstrekkelig, kan de to kriteriene ses i sammenheng slik at vilkåret likevel kan være oppfylt.

### *2. Forventet nytte*

Vilkåret krever en vurdering av pasientens situasjon hvis helsehjelpen gis. Begrepet forventet nytte er forklart i prioriteringsforskriften § 2 tredje ledd. Vilkåret er oppfylt når det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig

spesialisert 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. Det dreier seg her om det er utsikt til at helsehjelp vil påvirke pasientens tilstand til det bedre eller vil hindre forverring. Det dreier seg også om tilfeller hvor muligheten til å få behandling forspilles hvis helsehjelp ikke gis.

Vilkåret om å ha forventet nytte av helsehjelpen krever at det skal foreligge god vitenskaplig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved aktiv behandling. I tilfeller hvor pasientens tilstand for eksempel ikke er diagnostisert, må nytte vurderes ut fra et antatt forløp der det gis helsehjelp. Et antatt forløp kan omfatte tiltak for å diagnostisere, eventuelt utrede tilstanden og behandle den. Begrepet helsehjelp favner vidt, slik pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c angir (helsehjelp: handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende, eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell). Retten til nødvendig helsehjelp omfatter i utgangspunktet ikke eksperimentell eller utprøvende behandling. I spesielle tilfeller kan enkeltpersoner få eksperimentell eller utprøvende behandling i utlandet. Det vises til prioriteringsforskriften § 3 der dette er beskrevet.

For at forventet nytte skal foreligge kreves at det foreligger god dokumentasjon for at helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet. I merknadene til prioriteringsforskriften § 2 er uttalt at det skal foreligge god vitenskaplig dokumentasjon for at forholdene kan forandres til det bedre ved medisinskfaglig behandling. En rekke av de behandlingstiltak som er adekvate innenfor tverrfaglig spesialisert behandling bygger i større grad på anerkjent klinisk erfaring enn på vitenskaplig dokumentasjon. Rusveilederen legger til grunn at vilkåret om forventet nytte skal anses oppfylt dersom vitenskaplig dokumentasjon eller anerkjent klinisk erfaring tilsier at pasienten vil ha forventet nytte av helsehjelpen.

Lønning II utvalget angir som veiledende at vilkåret om forventet nytte foreligger når et av følgende vilkår er oppfylt:

- Økningen i sannsynlighet for 5-års overlevelse er større enn 10 prosent (absolutt risikoreduksjon)
- Forbedret fysisk etter psykisk funksjonstilstand: Hel eller delvis gjenopprettelse av tidligere helsetilstand
- Reduksjon av smerter som fører til bedret funksjonsnivå
- Pleie og omsorg som kan sikre tilstrekkelig næringstiltak, naturlige funksjoner, hygiene, påkledning og mulighet for ytre stimulering eller sosiale kontakter.

### 3. *Kostnadseffektivitet*

Vilkåret krever at det skal foreligge et rimelig forhold mellom kostnadene ved behandlingen og den forbedring av pasientenes helsetilstand som behandlingen forventes å gi.

Lønning II utvalget viser til at arbeidet i helsesektoren bør helst skje så effektivt som personell, bygninger og teknisk utstyr tillater (NOU 1997: 18 side 87 andre spalte flg.). Det innebærer at alle tiltak med en gitt kvalitet skal ytes til lavest mulige kostnader. Hvis disse forutsetninger gjennomføres, hevdes det, får vi en effektiv ressursbruk og effektiv måloppnåelse. En ytterligere betingelse er at den gitte ressursinnsatsen i helsesektoren må brukes på de pasientene som samlet får den høyeste helsegevinsten, målt ved forbedret livskvalitet og forlenget levetid (fordelingseffektivitet). I kravet om fordelingseffektivitet ligger blant annet at hvis man må velge å gi bare en av to pasientgrupper behandling der diagnosen er forskjellig, men ressursinnsatsen den samme, skal den som har størst forventet helsemessig gevinst av behandling velges. Konsekvensen av dette er at pasienter og pasientgrupper må settes opp mot hverandre i en prioriteringsdiskusjon. Lønning II utvalget fremhever at når det argumenteres med at ressursinnsatsen i helsesektoren bør konsentreres om de behandlinger eller behandlingsformer som er kostnadseffektive, er det for å sikre at gevinstene av den behandling som faktisk tilbys, er større enn de potensielle gevinstene som må forsakes av dem som nektes behandling.

Vilkåret om kostnadseffektivitet i prioriteringsforskriften innebærer at det ved vurdering av kostnader i forhold til antatt forbedring av pasientens helsetilstand skal tas hensyn både til andre enkeltpasienter og andre pasientgrupper (som kunne fått behandling i stedet). Det kreves dermed en vurdering av kostnadseffektivitet som favner bredere enn en isolert vurdering knyttet til hvert enkelt fagfelt (rus, psykiatri, hjertekirurgi etc.).

### **Det rettslige og etiske grunnlag for prioritering – grunnleggende krav**

Et overordnet mål er at pasientrettighetsloven skal bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten, jfr. pasientrettighetsloven § 1-1 Formål. Loven gir rettigheter og skal sikre at prosessen for å få rettighetene ivaretas. Pasientrettighetsloven skal også ivareta pasientene i møtet med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd.

Med lik tilgang til helsetjenester menes at befolkningen skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn og bosted, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Kravet til lik tilgang til helsetjenester bygger på likhetsprinsippet, et grunnleggende forvaltningsrettslig prinsipp. Arbeidet med prioritering i spesialisthelsetjenesten må innrettes slik at likhetsprinsippet blir ivaretatt, det vil si at like tilfeller behandles likt og at ulike tilfeller behandles ulikt. Det stiller krav til organisatoriske forhold i helsetjenesten for å hindre ulikhet, samt til profesjonalitet og forsvarlighet fra personellens side.

Like tilfeller skal, så langt mulig, behandles likt (NOU 1997: 18 side 93). Det betyr at hvis en pasient får et tilbud, bør det være et mål å gi alle pasienter i samme situasjon et likeverdig tilbud (lik tilstand mht alvorlighetsgrad, tiltakets nytte og kostnadseffektivitet). Ulik alvorlighetsgrad, ulik forventet nytte og ulik kostnadseffektivitet er legitime grunner for forskjellsbehandling. Lønning II utvalget trekker også fram noen andre kriterier for sortering og rangering i tillegg til hovedkriteriene alvorlighet, nytte og kostnadseffektivitet. Kriteriene kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuell orientering og sosial status anser Utvalget under ingen omstendighet som relevante (NOU

1997: 18 side 95). Kriteriene alder, livsstil som reduserer effekten av tiltak og visse sosiale behov, er derimot kriterier Lønning II utvalget mener kan inngå i skjønsmessige prioriteringsbeslutninger på klinisk nivå.

Når prioriteringsforskriften angir tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet som prioriteringsvilkår, innebærer det at man ikke i stedet kan vektlegge andre prioriteringsvilkår. Forskriftens vilkår er bindende for de vurderinger som skal gjøres. Det Lønning II utvalget anser som andre kriterier for sortering og rangering, kan likevel ha betydning ved vurderingen av prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår når det gjelder rett til nødvendig helsehjelp. Lønning II utvalgets tilleggskriterier er nært knyttet til likhetsprinsippet og er relevante for de fleste fagområder innenfor spesialisthelsetjenesten. Om prioriteringsforskriftens hovedvilkår skulle bli praktisert på en slik måte at pasientens sosiale og økonomiske situasjon ble utslagsgivende for å få rett til helsehjelp ville det stride mot målsettingen om at alle skal få et likeverdig tilbud.

Det legges til grunn at kriterier som kjønn, etnisk tilhørighet, tidligere helseskadelig atferd, produktivitet, livssyn, seksuell orientering og sosial status under ingen omstendighet er relevante som del av vurderingen knyttet til tilstandens alvorlighet, tiltakets nytte og tiltakets kostnadseffektivitet, jfr. Lønning II utvalget side 95. Det betyr at disse kriterier ikke kan tillegges vekt i vurderingen av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Kriteriene alder, livsstil som reduserer effekten av tiltak og sosial situasjon (bo- og arbeidsforhold, familieforhold) kan tillegges en viss vekt ved vurdering av hovedkriteriene etter prioriteringsforskriften § 2. Det er en forutsetning at det dreier seg om å vektlegge forhold som er alminnelig forståelige, slik at avviket fra likebehandlingsprinsippet framstår som saklig og velbegrunnet.

## 11.2 Vedlegg 2. RHFenes vurderingsinstanser

### Helse Nord

Det er opprettet i alt ti vurderingsinstanser i Helse Nord. Tre av vurderingsinstanser er knyttet til offentlige døgninstitusjoner og sju til poliklinikker. Alle er tverrfaglig sammensatt. I tillegg er det opprettet en egen koordineringsenhet. Denne mottar ferdig vurderte henvisninger fra vurderingsinstansene med evt. rett og frist for nødvendig helsehjelp, samt forslag til type tiltak. LAR-systemet holdes foreløpig utenfor fordi de følger egne retningslinjer for inn- og utskrivning.

### Helse Midt

Helse Midt-Norge RHF har pekt ut 11 instanser for vurdering av henvisninger til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk; 8 rusteam/ruspoliklinikker, LAR-Midt samt 2 døgnenheter i Rusbehandling Midt-Norge. Unntak fra henvisningsrutinene er gjort for akutt avrusning, innleggelser ved familieenheten, LAR, sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, samt innleggelser etter § 12 i straffegjennomføringsloven.

### Helse Vest

Det er totalt 18 vurderingsinstanser i helseregion Vest. Av disse er fem ved private ideelle institusjoner som har avtale med Helse Vest RHF, de øvrige er organisert under helseforetakene. En av vurderingsinstansene er et oppsøkende behandlingsteam. Alle instansene vurderer i forhold til avrusning, poliklinisk behandling og institusjonsbehandling.

### Helse Sør-Øst

Legemiddelassistert rehabilitering er ikke omtalt og følger egne forskrifter. Det er vurderingsinstanser knyttet til alle helseforetakene i regionen. De er organisert under DPSene som egne ruspoliklinikker eller som sosialmedisinske poliklinikker. Det er fritt sykehusvalg også når det gjelder vurdering, men hovedregel er at henvisning sendes til sektorsykehus.

Akutfunksjoner og avgiftning under Aker universitetssykehus vurderer henvisninger og henvendelser ved Avdeling avgiftning og behandling alkohol og Avdeling avgiftning narkotika.

Noen private rusinstitusjoner er tildelt vurderingskompetanse. Det gjelder: Borgestadklinikken, Blå Kors Sør i Skien og 4 A-klinikker i Oslo. Disse er: A-senteret under Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Incognito klinikk, Trasoppklinikken og Blå Kors senter.

Avdeling koordinering pasientstrøm ved Aker universitetssykehus mottar ferdigvurderte henvisninger og videresender henvisningene til private avtaleparter i hele regionen, dvs. at pasientene har fått evt. rett og frist for nødvendig helsehjelp. Vanligvis følger også en vurdering av hvilken type tiltak som er ønsket.

Koordineringsenheten videresender henvisningen til den aktuelle instansen, som svarer på om de kan gi behandlingstilbud innen rettighetsfrist. Hvis ikke, skal koordineringsenheten finne alternativt behandlingstilbud innen fristen.

Veiledere fra Helsedirektoratet utarbeides innenfor helsefaglige temaområder der det er behov for utdypende beskrivelser av faglige spørsmål, løverk, administrative, organisatoriske og institusjonelle forhold. Metode for utarbeiding er beskrevet i hver enkelt veileder.

Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)