



DET KONGELIGE
SOSIALDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 54

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 13. desember
1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.
(Rusreform II og rett til individuell plan)

Innhold

Del I Omorganisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere (Rusreform II)	7	4.1	Høringsnotatets forslag	26
1 Innledning	9	4.2	Høringsinstansenes syn	26
1.1 Verdigrunnlag	9	4.3	Departementets vurderinger og forslag	29
1.2 Økt kommunalt handlingsrom	9	5 Nærmere om reformforslaget		32
1.3 Fra oppsplittet tiltaksapparat til sammenhengende tiltakskjeder for den enkelte	10	5.1 Innledning		32
1.3.1 Dagens modell	10	5.2 Nærmere om kommunens sørge for ansvar for institusjoner og tiltak for rusmiddelmisbrukere		32
1.3.2 Rusreform I – et steg mot en sammenhengende tiltakskjede	10	5.2.1 Høringsnotatets forslag		32
1.3.3 Rusreform II – fra tre til to forvaltningsnivåer	11	5.2.2 Høringsinstansenes syn		32
1.4 Oversikt over innholdet i Odelstingsproposisjonen	13	5.2.3 Departementets vurderinger og forslag		33
1.5 Høringen	13	5.3 Særlig om kommunens ansvar for rusmiddelmisbrukere på tvang		33
1.6 Gjennomføring	17	5.3.1 Høringsnotatets innspill		33
2 Bakgrunn	18	5.3.2 Høringsinstansenes syn		33
2.1 Utfordringer	18	5.3.3 Departementets vurderinger		34
2.1.1 Videreutvikle spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere	18	5.4 Samarbeid mellom kommuner		34
2.1.2 Redusere antall forvaltningsnivåer	18	5.4.1 Høringsnotatets forslag		34
2.1.3 Unngå vridningseffekter	19	5.4.2 Høringsinstansenes syn		34
2.1.4 Bedre samordning og samarbeid mellom de ulike tiltak i tiltakskjeden	20	5.4.3 Departementets vurderinger og forslag		34
2.2 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer	20	5.5 Kommunens plan		35
2.3 Mål	20	5.5.1 Høringsnotatets forslag		35
2.4 Endrede rammebetingelser	21	5.5.2 Høringsinstansenes syn		35
3 Sosialtjenestens tiltaksapparat for rusmiddelmisbrukere	23	5.5.3 Departementets vurderinger og forslag		35
3.1 Dagens organisering	23	5.6 Reglene for inntak i og utskrivning fra institusjon		36
3.2 Det fylkeskommunale tiltaksapparatet	24	5.6.1 Høringsnotatets forslag		36
3.2.1 Dagens situasjon	24	5.6.2 Høringsinstansenes syn		36
3.2.2 Reformens omfang	24	5.6.3 Departementets vurderinger og forslag		36
4 Plassering av ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere – valg av nivå	26	5.7 Hjemmelen for kvalitetsforskrift		36
		5.7.1 Høringsnotatets forslag		36
		5.7.2 Høringsinstansenes syn		36
		5.7.3 Departementets vurderinger og forslag		37
		5.8 Kommunens kompetansebehov		37
		5.8.1 Høringsnotatets innspill		37
		5.8.2 Høringsinstansenes syn		37
		5.8.3 Departementets vurderinger		37
		5.9 Brukerrettigheter		38
		5.10 Diverse spørsmål knyttet til kommunens ansvar etter sosialtjenesteloven § 7–1		39

5.10.1	Forvaltningslovens anvendelse på private institusjoner	39	8.1	Innledning	52
5.10.1.1	Høringsnotatets forslag	39	8.2	Eierskapsovertakelse – omfanget av den kommunale overtakelsen	52
5.10.1.2	Høringsinstansenes syn	39	8.3	Andre formuesrettslige posisjoner – fylkeskommunens avtaler med private institusjoner	54
5.10.1.3	Departementets vurderinger og forslag	39	8.4	Økonomisk oppgjør	54
5.10.2	Endringer i kapittel 10	39	8.5	Gjennomføring av overtakelse av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret	55
5.10.2.1	Høringsnotatets forslag	39	8.6	Andre overgangsbestemmelser	56
5.10.2.2	Høringsinstansenes syn	39	8.7	Personalets rettsstilling ved overføring av virksomheter	56
5.10.2.3	Departementets vurdering	39			
6	Tilsyn	40	9	Økonomiske og administrative konsekvenser	57
6.1	Dagens tilsynsordninger	40	9.1	Innledning	57
6.2	Høringsnotatets forslag	40	9.2	Omorganisering- og eierskiftekostnader	57
6.3	Høringsinstansenes syn	40	9.3	Finansiering av drift	57
6.4	Departementets vurderinger og forslag	42	9.4	Vederlag for overtakelse av bygninger og driftsmidler	58
7	Organisering og gjennomføring av kommunal overtakelse	45			
7.1	Innledning	45	Del II Sosialtjenesteloven – rett til individuell plan	59	
7.2	Institusjoner som berøres av forslaget	45	10	Rett til individuell plan	61
7.3	Alternative modeller for gjennomføring av reformen	45	10.1	Bakgrunn	61
7.3.1	Fylkeskommunalt eide institusjoner	46	10.2	Høringen	61
7.3.1.1	Høringsinstansenes syn	46	10.3	Høringsinstansenes syn	63
7.3.1.2	Departementets vurderinger og forslag	47	10.4	Departementets merknader	64
7.3.2	Andre (private) institusjoner som har avtaler med fylkeskommunen om kjøp eller drift av plasser	47	10.5	Forskrift	65
7.3.2.1	Kommunene overtar avtalene	48	11	Økonomiske og administrative konsekvenser	66
7.3.2.2	Staten trer inn i avtalene	48			
7.3.3	Konklusjon	48	Del III Merknader til de enkelte bestemmelser	67	
7.4	Finansieringsordninger	48	12	Merknader til de enkelte bestemmelser	69
7.4.1	Høringsinstansenes syn	49	12.1	Til lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.	69
7.4.2	Departementets vurderinger og konklusjon	49	12.2	Til ikraftsettings- og overgangsbestemmelsene	72
7.4.3	Overgangsordninger	49			
7.4.3.1	Kommuner som overtar fylkeskommunalt eide institusjoner .	50	Forslag til lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.	75	
7.4.3.2	De private institusjonene	50			
7.4.3.3	Oslo er i en særstilling	50			
7.5	Oppfølging	50			
7.6	Vridningseffekter	51			
8	Rettslig grunnlag for kommunal overtakelse	52			



DET KONGELIGE
SOSIALDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 54

(2002–2003)

Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

*Tilråding fra Sosialdepartementet av 4. april 2003,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

Del I

*Omorganisering av fylkeskommunens ansvar
for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester
og omsorg for rusmiddelmisbrukere
(Rusreform II)*

1 Innledning

1.1 Verdigrunnlag

Regjeringens overordnede mål er at alle skal sikres sosial- og helsetjenester av høy kvalitet som dekker de individuelle behov på en forsvarlig måte. Enkeltmennesket står i sentrum for regjeringens rusmiddelpolitikk. Den offentlige hjelpeinnsatsen for mennesker med rusmiddelproblemer skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Tjenestene skal tilpasses brukerne, og ikke omvendt. Dette betyr at ulike personer skal bli møtt med ulike tjenester og ytelser, avhengig av individuelle behov og kunnskap om tiltakenes effekt. Personer med rusmiddelproblemer skal møtes med respekt, og behandles likeverdige med alle andre. Dette er utgangspunktet for regjeringens forslag om fornyelse av rammene for behandlings- og rehabiliteringstilbud.

For å hjelpe mennesker ut av rusmiddelproblemer er det nødvendig både med spesialisert behandling og rehabilitering/oppfølging i dagliglivet. Et verdig liv og økt livskvalitet er avhengig av at grunnleggende behov som bolig, arbeid og/eller aktivitet og sosialt nettverk dekkes. I Norge har vi en sterk tradisjon for institusjonsbasert behandling, men institusjonsopphold vil være av tidsavgrenset varighet. Det kan ta tid å arbeide seg ut av et omfattende rusmiddelmisbruk og det er nødvendig med sammenhengende tiltak både før, under og etter institusjonsopphold. Behandling og rehabilitering må forankres i den enkeltes nærmiljø. Regjeringen vil legge til rette for et oppfølgingsapparat som dekker rusmiddelmisbrukernes behov for langsiktig oppfølging og rehabilitering i dagliglivet, og hvor det samtidig gis mulighet for hjelp i institusjon i perioder hvor det er nødvendig.

Forslagene i denne proposisjonen (Rusreform II) fullfører den omorganiseringen av rusfeltet som ble påbegynt gjennom Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) (Rusreform I). Omorganiseringen vil samle ansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere, med unntak av spesialiserte helsetjenester, i kommunene. Det er derved lagt bedre til rette for at kommunene skal kunne planlegge helhetlige tiltakskjeder, til beste for brukerne. Med andre ord:

- Ressursene skal brukes riktig.
- Alle skal få individuelt tilpassede tiltak.
- Alle tiltak skal henge sammen slik at vi unngår flaskehalser og forebygger tilbakefall.

- Det skal fokuseres på kvalitet, dvs. tjenester og tiltak som virker.

1.2 Økt kommunalt handlingsrom

Som det blir slått fast i Sem-erklæringen, er det et sentralt mål for samarbeidsregjeringen å styrke det lokale selvstyret gjennom desentralisering av oppgaver og delegering av myndighet til kommunene. Kommunene skal på denne måten selv få utvikle et tjenestetilbud tilpasset befolkningens ønsker og kommunenes forutsetninger. Ved å flytte ansvar til dem som er nærmest mulig brukerne gir vi begrepet brukerorientering et innhold.

Kommunene har pga. sin nærhet til brukerne bedre muligheter enn staten til å prioritere ressursene i samsvar med variasjoner i lokale behov og forutsetninger. Dette forutsetter at kommunene må gis mulighet til å utføre sine oppgaver i henhold til egne prioriteringer.

Statlige myndigheters oppgave er å legge til rette for kommunal utvikling og lokal tilpasning. Kommunene skal gis hensiktsmessige statlige rammebetingelser i betydningen tilstrekkelig handlingsrom. Regjeringen vil bidra til å øke kommunenes handlingsrom på flere områder.

Regjeringen vil øke kommunenes andel frie inntekter gjennom en betydelig reduksjon av øremerkede tilskudd. Høy andel frie inntekter bidrar til å styrke lokaldemokratiet ved å gi lokale folkevalgte økt handlingsrom. Det bidrar også til å effektivisere tjenesteproduksjonen gjennom bedre tilpasning til lokale forhold. I denne sammenheng skal det nevnes at Kommunal- og regionaldepartementet (KRD) har satt i gang et forskningsprosjekt som skal se på variasjoner i kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri. Formålet med prosjektet er bl.a. å undersøke om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri varierer.

Regjeringen vil forenkle og redusere det regelverket som er rettet mot kommunesektoren. Detaljerte statlige reguleringer kan gjøre det lokale ansvaret uklart og gi løsninger som er dårlig tilpasset lokale forhold. Regjeringen vil forenkle kravene til

rapportering og oppfølging av kommunal virksomhet. Regjeringen vil også utvikle det statlige tilsynssystemet slik at det bedre ivaretar rettssikkerheten til den enkelte og bidrar til at tjenestene holder tilstrekkelig kvalitet.

Det avgjørende for brukernes opplevelse av kvalitet på tjenestene er forholdet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker. Kommunene må få handlingsrom til å utvikle den enkelte medarbeider og den tjenesteytende del av organisasjonen. Regjeringen mener at det derfor er behov for å utvikle nye samhandlingsformer mellom stat og kommune.

Dialog med kommunesektoren gjennom konsultasjonsordningen med Kommunenes Sentralforbund (KS) gjør at staten og kommunesektoren kommer nærmere en felles forståelse av situasjonen i kommunesektoren. Konsultasjonsordningen kan også benyttes på ulike sektorområder som grunnlag for «avtaler» mellom staten og kommunesektoren om hvilke mål som skal nås og hvilke oppgaver som skal prioriteres.

Det vil også være hensiktsmessig å utvikle mer insentivbaserte styringsvirkemidler. Ved å sette fokus på belønning av gode prestasjoner som er i tråd med nasjonale overordnede målsetninger skaper en (ytterligere) insentiver for utvikling av kvalitet.

Erfaringene fra «Kommunenettverk for fornyelse og effektivisering», som er etablert av KRD og KS, gir kommunene muligheter for å lære av hverandre, og derigjennom gjennomføre tilpasninger og forbedringer i egen tjenesteproduksjon.

1.3 Fra oppsplittet tiltaksapparat til sammenhengende tiltakskjeder for den enkelte

1.3.1 Dagens modell

Det er i dag 3 forvaltningsnivåer i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere.

Kommunen, som er den primære velferdsprodusenten i dagens Norge, har det gjennomgående ansvaret for å yte bistand til rusmiddelmisbrukere. Kommunene har ansvaret for vesentlige deler av velferdsapparatet; kommunehelsetjenesten, herunder fastleger, sosialtjenesten, barnevern, boligkontor, skole og kulturretat. I mange kommuner finnes det dessuten andre sentrale samarbeidsparter som politi eller lensmann, trygdekontor og Aetat. Hele dette apparatet er viktige bidragsyttere i behandlingen av og omsorgen for rusmiddelmisbrukere.

Den kommunale sosialtjenesten har ansvar for å gi råd og veiledning, tilby hjelp til misbrukerne i deres lokalmiljø, herunder medvirke til å skaffe

særlig tilpasset bolig med hjelpe- og vernetiltak, og å skaffe plass i egnet institusjon dersom hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig. Sosialtjenesten har også ansvar for å følge opp brukeren etter et institusjonsopphold. Kommunen rår på denne måten over de fleste tiltak og virkemidler som tas i bruk for å hjelpe rusmiddelmisbrukere. Unntaket er etablering og drift av institusjoner.

Fylkeskommunen har ansvaret for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmisbrukere.

Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmisbrukere, som for befolkningen for øvrig.

En slik tredeling av tjenesteapparatet er lite rasjonelt, fordi det vanskeliggjør etablering av helhetlige tiltakskjeder. For rusmiddelmisbrukeren kan det bety at han eller hun ikke får et tjenestetilbud som er tilpasset behovet. For eksempel kan kommunen i samråd med brukeren komme til at det vil være det beste for vedkommende med plassering i institusjon i kortere eller lengre perioder, mens fylkeskommunen ikke kan stille slik plass til disposisjon. I slike tilfeller skal kommunen i dag om nødvendig sørge for midlertidige tiltak. Det er imidlertid fylkeskommunene som har driftsmidler til institusjoner, noe som gir kommunene liten mulighet for å etablere fleksible og gode løsninger i skjæringspunktet mellom institusjoner og boligtiltak.

Det er bred enighet om at det er behov for en enklere og mer helhetlig organisering. I Semerklæringen uttrykte samarbeidspartiene at de ville styrke behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere. Målet er at den enkelte bruker skal få bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Tiltaksapparatet må være helhetlig organisert og ta høyde for at rusmiddelmisbrukere er forskjellige, at de er på ulike trinn i misbruksforløpet og på ulike stadier i behandlingen og rehabiliteringen. Tiltakene for rusmiddelmisbrukere må organiseres slik at deres individuelle behov fanges opp, og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres. Ansvaret må til enhver tid være klart, og samarbeidet mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer skal hindre at rusmiddelmisbrukere og deres pårørende blir kasteballer i systemet.

1.3.2 Rusreform I – et steg mot en sammenhengende tiltakskjede

Stortinget vedtok forslagene i Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for rusmiddelmisbrukere) 28. januar 2003. I henhold til vedtaket vil ansvaret for de spesi-

aliserte helsetjenestene og institusjoner og tiltak som yter slike tjenester til rusmiddelmisbrukere, overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Det tas sikte på at lovendringen trer i kraft 1. januar 2004. Målet med denne reformen, senere i denne proposisjonen omtalt som Rusreform I, har vært å legge det organisatoriske grunnlaget for en styrking av spesialisthelsetjenesten overfor rusmiddelmisbrukere. Reformen understreker at de regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester overfor rusmiddelmisbrukere, på lik linje med det ansvar de har overfor befolkningen for øvrig. Reformen innebærer at de regionale helseforetakene overtar ansvaret for

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

1.3.3 Rusreform II – fra tre til to forvaltningsnivåer

Hvilke tjenester omfattes av Rusreform II?

Det som etter Rusreform I er igjen av fylkeskommunens opprinnelige ansvar for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere, er ansvaret for etablering og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmisbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere.

Tiltak for spesialiserte sosiale tjenester spenner over et vidt spekter. Det dreier seg om tiltak hvor hovedinnsatsen er sosialfaglig forankret, med sosialpedagogiske, psykososiale eller andre miljøterapeutiske metoder, og hvor målet er sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. Dette er metoder som fokuserer på å klare seg i dagliglivet og takle forhold som rutiner, normer og å trene seg opp til å delta i samfunnet gjennom aktiviteter, utdanning og arbeid. Mange av de sosialfaglige institusjonene yter også tjenester som berører andre sektors ansvar, som arbeidstrening og utdanning. Tiltakene varierer med hensyn til målgrupper, og også når det gjelder medarbeidernes kompetanse. Se nærmere om dette nedenfor i kapittel 3.2 under overskriften «Nærmere om hva slags tiltak som berøres». Det er glidende overganger mellom slike institusjoner, og de tiltak kommunene i dag utvikler som kombinerer bolig med oppfølgingstjenester.

Døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere omfatter tiltak som i hovedsak har til

formål å gi rusmiddelmisbrukeren omsorg, herunder bl.a. mat, klær, varme, tak over hodet og noen å prate med, uten at en der og da har hovedfokus på langsiktige mål om rehabilitering. En og samme institusjon kan tilby samme person omsorg i en fase og spesialiserte sosiale tjenester i en annen.

Hvordan kan ansvaret for disse tjenestene best organiseres?

Det fylkeskommunale ansvaret kan legges til staten, slik at alle typer institusjoner for rusmiddelmisbrukere samles på samme forvaltningsnivå. Dette gir i prinsippet samme løsning som før sykehusreformen, ved at ansvaret for institusjonstiltak igjen samles på ett nivå (staten), og ansvaret for alle andre tiltak forblir på et annet (kommunen). De aller fleste institusjoner, både offentlige og private, ønsker en slik løsning. Mange antar at dette vil kunne sikre tryggere drift for institusjonene.

Regjeringen har lagt til grunn et annet, mer brukerorientert prinsipp for ansvarsdeling. Det har vært avgjørende for valg av modell at tjenestene skal tilpasses brukerne, og ikke omvendt. Ved å legge et mer samlet ansvar til kommunene vil de kunne stilles fritt til å bygge ut tjenesten ut fra lokale forhold og behov. Prinsipielt er det glidende overganger mellom en bolig med tilpassede tjenester og institusjoner med spesialiserte sosiale tjenester. Innenfor eldreomsorgen har vi sett en utvikling i retning av kombinasjonsmodeller mellom døgnbaserte hjemmetjenester og omsorgsboliger, og mer tradisjonelle institusjonstjenester og sykehjem. Dette er mulig fordi ansvaret for begge typer tjenestetilbud er lagt til kommunen. Uavhengig av hva slags modeller og ytre rammer kommunene har valgt å satse på, vil det avgjørende for den enkelte være kvaliteten og innholdet på tjenestetilbudet, ikke hvor og i hva slags bygninger tjenestene gis. Det er denne typen fleksible, brukertilpassede løsninger regjeringen ønsker å legge til rette for også for rusmiddelmisbrukere. Det er kommunene som har de beste kunnskaper om den enkelte rusmiddelmisbruker og kan fange opp lokale behov.

Det er på denne bakgrunn at regjeringen har valgt å foreslå at tiltak og institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmisbrukere overføres til kommunene. Mange kommuner støtter denne modellen. Offentlige og private institusjoner utgjør i dag viktige ledd i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere. Regjeringen er overbevist om at institusjonene også i framtiden vil spille en slik rolle. Det kan imidlertid være nødvendig med endringer og tilpasninger dersom

	Kommunen	Fylkeskommunen	Staten
Inntil 1. januar 2002	Kommunale sosiale tjenester <i>Kommunehelsetjenester</i>	Institusjoner for rusmiddelmissbrukere, herunder – spesialiserte helsetjenester – spesialiserte sosiale tjenester – omsorgsinstitusjoner <i>Spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Enkelte spesialisthelse- tjenesteinstitusjoner, herunder Statens klinikk for narkomane</i>
Sykehusreform 1. januar 2002	Kommunale sosiale tjenester <i>Kommunehelsetjenester</i>	Institusjoner for rusmiddelmissbrukere, herunder – spesialiserte helsetjenester – spesialiserte sosiale tjenester – omsorgs- institusjoner	<i>Flere spesialisthelse- tjenester, herunder Statens klinikk for narkomane og flere andre institusjoner med rusmiddelmissbruk som spesialitet</i>
Rusreform I	Kommunale sosiale tjenester <i>Kommunehelsetjenester</i>	Institusjoner for rusmiddelmissbrukere, herunder – spesialiserte sosiale tjenester – omsorgs- institusjoner	<i>Hele spesialisthelsetjenesten, herunder – alle spesialiserte helsetjenester med rusmiddelmissbruk som spesialitet</i>
Rusreform I og II i kraft 1. januar 2004	Kommunale sosiale tjenester, herunder – spesialiserte sosiale tjenester – omsorgsinstitusjoner <i>Kommunehelsetjenester</i>		<i>Hele spesialisthelsetjenesten, herunder – alle spesialiserte helsetjenester for rusmiddelmissbrukere</i>

Figur 1 Oversikt over ansvarsnivåer for tiltaksapparatet innenfor helse- og sosialtjenesten for rusmiddelmissbrukere før og etter sykehusreformen og Rusreform I og II.

vi skal oppnå en mer individbasert, brukerorientert modell.

Regjeringen vil gjennom valg av modell

- legge til rette for økt brukermedvirkning og bedre ivaretagelse av brukerperspektivet
- legge til rette for bedre sammenheng i tiltaks-kjeden for den enkelte bruker
- hindre uheldige vridningseffekter som følge av ulike betalingsordninger

Et viktig prinsipp i denne reformen er å gi kommunene et helhetlig ansvar for den enkelte som trenger hjelp til å løse sine rusmiddelproblemer. Etter regjeringens syn kan ingen andre enn kommunene ta et slikt helhetsansvar. Individuelle planer er et konkret virkemiddel for å følge opp helhetsansvaret. Regjeringen foreslår derfor å lovfeste retten til individuell plan i sosialtjenesteloven. Det er regjeringens syn at grunnlaget med dette, sammenholdt med samordning av tilsynet for de tjenester som her foreslås flyttet, med den tilsynsordning som eksisterer for andre deler av kommunens virksomhet etter sosialtjenesteloven, legges for at den enkelte rusmiddelmisbruker skal få et bedre behandlingstilbud, og for at de samlede samfunnsmessige ressursene på feltet blir utnyttet på en mer formålstjenlig måte.

1.4 Oversikt over innholdet i Odelstingsproposisjonen

I kapittel 2 redegjøres det for bakgrunnen for lovforslaget, herunder allerede endrede rammebetingelser som følge av sykehusreformen, samt de endringer som vil komme ved ikrafttreddelsen av lovvedtaket i Stortinget 28. januar 2003 (Rusreform I).

I proposisjonens kapittel 3 gis en oversikt over ansvars- og oppgavefordelingen på tiltaksfeltet for rusmiddelmisbrukere, slik det ser ut i dag.

I kapittel 4 vurderes fire alternative modeller for ansvars plassering og organisering av det fylkeskommunale ansvaret for tiltak og institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere; fortsatt fylkeskommunalt ansvar, statlig ansvar, kommunalt ansvar og delvis statlig og delvis kommunalt ansvar. Det foreslås at det fylkeskommunale ansvaret for tiltak og institusjoner for rusmiddelmisbrukere legges til kommunen.

I kapittel 5 gjennomgås enkelthetene i reformforslaget med utgangspunkt i de lovendringer som er foreslått, herunder presiseres kommunens ansvar, det redegjøres for samarbeid mellom kommuner, kommunenes kompetansebehov og nye bestemmelser om individuelle planer, jf. del II i denne proposisjonen.

I kapittel 6 foreslår departementet å samordne tilsynet med den virksomhet og de tjenester som foreslås flyttet til kommunen med tilsynet med øvrig virksomhet og tjenester etter sosialtjenesteloven. Dette innebærer at fylkesmannen fortsatt skal utøve tilsyn med disse tjenestene. Videre innebærer dette at tilsynet i utgangspunktet forutsettes ført etter systemrevisjonsmetoden. Kommunens plikt til å føre internkontroll foreslås utvidet tilsvarende. For ytterligere å sikre sammenheng i regelverket, foreslår departementet å samordne også fylkesmannens tilsyn med institusjoner som tar imot rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a (tvang) med tilsynet etter helselovgivningen og øvrige deler av sosialtjenesteloven.

I kapittel 7 redegjøres for organiseringen og gjennomføringen av overtakelsen. Etter forslaget skal kommunene overta ansvaret for eierskap til og drift av fylkeskommunalt eide institusjoner. Eierskapet til fylkeskommunale institusjoner foreslås overtatt av en kommune eller flere kommuner (gjennom interkommunalt samarbeid) som har mange brukere i en institusjon (brukerkommune). Dette vil gjennomgående gjelde de større kommunene. Det foreslås at staten trer inn i fylkeskommunens avtaler med de private institusjonene for å få en smidig overgangsordning. For å sette kommunene og institusjonene i stand til å omstille seg vil departementet anbefale en overgangsordning når det gjelder finansiering, med øremerket tilskudd til drift i en periode på to år. Departementet foreslår at midlene legges inn i rammetilskuddet til kommunene etter overgangsperioden.

I kapittel 8 behandles det rettslige grunnlaget for kommunal overtakelse, og i kapittel 9 gjennomgås de økonomiske og administrative konsekvensene av overføringene.

1.5 Høringen

Sosialdepartementet sendte 26. november 2002 forslag til omorganisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere (Rusreform II) på høring. Høringsfristen var satt til 14. januar 2003.

Høringsinstansene var:

Departementene
Statsministerens kontor
Barneombudet
Datatilsynet
De regionale helseforetakene
Forbrukerombudet
Helsetilsynet

Likestillingsombudet	Norsk Psykologforening
Folkehelseinstituttet	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Regjeringsadvokaten	Arbeidsgiverforeningen NAVO
Rikstrygdeverket	Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
Senter mot etnisk diskriminering	De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål
Sosial- og helsedirektoratet	Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassis-tert rehabilitering
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Kriminalomsorgen, regionkontorene
Fylkeskommunene	Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Fylkeslegene	Blå Kors i Norge
Fylkesmennene	Kirkens Bymisjon
Fylkesnemndene for sosiale saker	Koordineringsutvalget for de psykiatriske ung-domsteam (KUP)
Kommunenes Sentralforbund	Landsforeningen for utekontakter
Landets kommuner	Norsk forum for terapeutiske samfunn
Oslo kommune	Samarbeidsforumet for norske kollektiver
Universitetet i Oslo	Frelsesarmeens sosialtjeneste
Universitetet i Bergen	Pinsevennenes evangeliesentre
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)	Arbeidernes Edruskapforbund
Universitetet i Tromsø	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Universitetet i Oslo, psykologisk institutt	Avholdsfolkets landsråd
Høgskolen i Agder	Brukerforeningen
Høgskolen i Bergen	Anonyme narkomane
Høgskolen i Bodø	Anonyme alkoholikere
Høgskolen i Finnmark	Helse- og sosialombudet i Oslo
Høgskolen i Lillehammer	Pasientombudene v/pasientombudet i Vestfold
Høgskolen i Oslo	Mental helse
Høgskolen i Sogn og Fjordane	Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien
Høgskolen i Stavanger	Diakonhjemmets høgskolesenter
Høgskolen i Sør-Trøndelag	Kontoret for fri rettshjelp i Oslo
Høgskolen i Telemark	Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)
Høgskolen i Volda	Juss-Buss
Høgskolen i Østfold	Jussformidlingen
Forskningsstiftelsen FAFO	Jusshjelpa
Institutt for sosialvitenskap ISV Consult	Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighe-tene (KIM)
Instituttgruppa for samfunnsforskning	Aleneforeldreforeningen
Norges forskningsråd	Foreningen 2 foreldre
Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)	Gjeldsofferaksjonen
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)	Klientaksjonen
Rogalandsforskning	Norsk forening for kriminalreform (KROM)
Rådet for høgskoleutdanning i helse- og sosialfag	Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS)
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	Landsforeningen for tapere
Akademikerne	Den norske jordmorforening
Den norske lægeforening	Helseansattes Yrkesforbund
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, so-sionomer og vernepleiere	Helsetjenestens lederforbund
Landsorganisasjonen (LO)	Heltef
Lærerforbundet	Kommunalansattes fellesorganisasjon
Norges Ingeniørorganisasjon	Landets kontrollkommisjoner
Norges juristforbund	Landets private sykehus
Norges kristelige juristforbund	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Norges helse- og sosialforbund	Norsk institutt for sykehusforskning
Norsk kommuneforbund	Norsk Pasientforening
Norsk Sykepleierforbund	

Norsk pasientskadeerstatning
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Rådet for psykisk helse
 Senter for samfunnsforskning (SEFOS)
 SINTEF-UNIMED
 Riksadvokaten
 Forbundet Mot Rusgift
 Kirkens sosialtjeneste
 Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
 Stiftelsen Kraft

Høringsnotatet ble videre ettersendt til de instanser som ba om det. Følgende 150 høringsinstanser har svart:

Akershus fylkeskommune
 Alta kommune
 Arbeidernes Edruskapsforbund
 Arbeids- og administrasjonsdepartementet
 Arbeidsgiverforeningen NAVO
 Asker kommune
 Aust-Agder fylkeskommune
 Aust-Agder sykehus HF
 Averøy kommune
 Barne- og familiedepartementet
 Barneombudet
 Bergen kommune
 Bergensklinikkene
 Blå Kors Norge
 Borgestadklinikken
 Buskerud fylkeskommune
 Bærum kommune
 Datatilsynet
 Den norske lægeforening
 Det norske radiumhospital HF
 Drammen kommune
 Eigersund kommune
 Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
 Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)
 Finnmark fylkeskommune
 Folkehelseinstituttet
 Folloklinikken
 Forbrukerombudet
 Forbundet Mot Rusgift
 Fredrikstad kommune
 Frelsesarmeens sosialtjeneste
 Frogn kommune
 Fylkeslegen i Telemark
 Fylkesmannen i Aust-Agder
 Fylkesmannen i Buskerud
 Fylkesmannen i Hedmark
 Fylkesmannen i Hordaland
 Fylkesmannen i Nordland
 Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
 Fylkesmannen i Oppland

Fylkesmannen i Oslo og Akershus
 Fylkesmannen i Rogaland
 Fylkesmannen i Telemark
 Fylkesmannen i Troms
 Fylkesmannen i Vest-Agder
 Grimstad kommune
 Hammerfest kommune
 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
 Hedmark fylkeskommune
 Helse Blefjell HF
 Helse Nord RHF
 Helse Nord-Trøndelag HF
 Helse Sunnmøre HF
 Helse Vest RHF
 Helse Øst RHF
 Helsedepartementet
 Hordaland fylkeskommune
 Høgskolen i Østfold
 Høylandet kommune
 Interkommunalt samarbeid – FLV Frosta, Levanger, Verdal
 Justis- og politidepartementet
 Jølster kommune
 Karasjok kommune
 Karmøy kommune
 Kirkens sosialtjeneste
 Kommunal- og regionaldepartementet
 Kommunenes Sentralforbund (KS)
 Kommunenes Sentralforbund Vestfold
 Kongsvinger kommune
 Koordineringsutvalget for psykiatriske ungdomsteam (KUP)
 Kriminalomsorgen region nordøst
 Kriminalomsorgen region sør
 Kristiansand kommune
 Kvinesdal kommune
 Landbruksdepartementet
 Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
 Landsorganisasjonen i Norge (LO)
 Larvik kommune
 Lier kommune
 Likestillingsombudet
 Lørenskog kommune
 Malvik kommune
 Meløy kommune
 Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget
 Miljøverndepartementet
 Molde kommune
 Møre og Romsdal fylkeskommune
 Narvik kommune
 Nedre Eiker kommune
 Nittedal kommune
 Nordland fylkeskommune
 Nordlandsklinikken

Nord-Trøndelag fylkeskommune
Norges forskningsråd
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)
Norsk forum for terapeutiske samfunn (NFTS)
Norsk Psykologforening
Norsk Sykepleierforbund
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Nærings- og handelsdepartementet
Nøtterøy kommune
Oppegård kommune
Oppland sentralsykehus HF
Orkide - Ordfører- og rådmannskollegiet for Nordmøre
Oslo kommune
Porsgrunn kommune
Riksadvokaten
Ringerike kommune
Rogaland fylkeskommune
Rusfeltets samarbeidsorgan
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Samarbeidsforum for norske kollektiv
Samferdselsdepartementet
Sandefjord kommune
Senter mot etnisk diskriminering
Skedsmo kommune
Skien kommune
Sogn og Fjordane fylkeskommune
Sola kommune
Statens helsetilsyn
Stavanger kommune
Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo
Stiftelsen Kraft
Stiftelsen Rus-Nett
Stiftelsen Solliia-kollektivet
Strand kommune
Surnadal kommune
Sykehuset Buskerud HF
Sykehuset Telemark HF
Sør-Trøndelag fylkeskommune
Telemark fylkeskommune
Tinn kommune
Troms fylkeskommune
Tyrilistiftelsen
Tønsberg kommune
Universitets- og høyskolerådet
Universitetssykehuset i Nord-Norge
Utdannings- og forskningsdepartementet
Utenriksdepartementet
Vest-Agder fylkeskommune
Vestby kommune
Vestfold fylkeskommune
Vestre Toten kommune
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Østfold fylkeskommune

Østnorsk kompetansesenter for rusmiddelrelaterte spørsmål
Østråt omsorg og rehabilitering
Øvre Eiker kommune
Ålesund kommune
Ås kommune

Mange høringsinstanser har pekt på at høringsfristen var for kort, særlig tatt i betraktning av at jule- og nyttårshelgen kom i mellom. Ingen høringsinstanser har fått utsettelse på høringsfristen, men departementet har tatt imot og forholdt seg til de uttalelsene som har kommet fram til skriveprosessen ble avsluttet.

I tillegg avholdt departementet et høringsmøte 9. januar 2003, hvor enkelte kommuner, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) ble invitert. I samråd med KS ble følgende kommuner invitert: Oslo kommune, Bergen kommune, Trondheim kommune, Stavanger kommune, Kristiansand kommune, Fredrikstad kommune, Verdal kommune, Frei kommune, Harstad kommune, Nittedal kommune, Drammen kommune, Asker kommune og Bærum kommune. De som møtte var KS, HSH, Oslo kommune, Trondheim kommune, Kristiansand kommune, Fredrikstad kommune, Drammen kommune, Asker kommune og Bærum kommune. I tillegg møtte representanter for Helsedepartementet og Kommunal- og regionaldepartementet. Departementet fikk flere konstruktive innspill, og i hovedsak støtte for å overføre det fylkeskommunale ansvaret til kommunene, samt for at brukerkommunene bør overta de konkrete institusjonene.

Høringsinstansene gir gjennomgående støtte for det verdigrunnlag og de mål som ble presentert i høringsnotatet. Høringsinstansene gir også støtte til notatets forståelse av de utfordringer som er på området – se for øvrig nedenfor i kapittel 2.

Praktisk talt ingen høringsinstanser tar til orde for fortsatt fylkeskommunalt ansvar. Fra de større kommunene er det klar støtte for at kommunene skal overta dette ansvaret. Øvrige offentlige instanser som har uttalt seg, representert ved bl.a. 17 fylkeskommuner, 12 fylkesmenn og 49 kommuner, har ulike syn. Flertallet ønsker en statlig overtakelse av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere. Blant de mange interesse- og fagorganisasjoner er bildet blandet, fra ønske om statlig overtakelse til støtte for et kommunalt ansvar. Et stort antall behandlingsinstitusjoner har uttalt seg, og gjennomgående ønsker de at staten overtar fylkeskommunens restansvar.

Blant de instansene som har uttalt seg om

spørsmålet, er det et absolutt flertall for at det er store brukerkommuner som bør overta ansvaret for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmisbrukere. Departementet har gjennomgående fått liten veiledning fra høringsinstansene i forhold til øvrige spørsmål som reises i Rusreform II.

Høringsnotatets forslag følges i all hovedsak opp i proposisjonen her.

1.6 Gjennomføring

Det tas sikte på at reformen kan tre i kraft 1. januar 2004, dvs. samtidig med Rusreform I. Dette innebærer at det i 2003 vil måtte skje en omfattende kartlegging av institusjoner og avtaler som skal overtas av kommunene. Det nødvendiggjør et ut-

strakt samarbeid mellom berørte departementer, fylkeskommunene og de aktuelle kommuner. Det vises i denne sammenheng til at Helsedepartementet har etablert et prosjekt for overføring av oppgaver, institusjoner og avtaler fra fylkeskommunene til de regionale helseforetakene (Rusreform I) som også vil få betydning for gjennomføringen av forslaget i denne proposisjonen. Private ideelle institusjoner utgjør en viktig del av behandlingsapparatet som omfattes av Rusreform II. Det vil være nødvendig med et særlig fokus på deres situasjon.

En betydelig del av institusjonene som omfattes av forslagene i høringsnotatet er eid av Oslo kommune eller blir drevet av private etter avtale med kommunen. Oslo er i en spesiell situasjon fordi den både er kommune og fylkeskommune. Departementet har derfor foreslått at Oslo holdes utenfor overgangsordningen, jf. kapittel 7.

2 Bakgrunn

2.1 Utfordringer

Rusmiddelmisbrukere trenger innsats fra mange og ulike deler av det samlede offentlige tiltaksapparatet. Rusmiddelmisbrukeres hjelpebehov er knyttet til arbeid, bolig, familie, manglende nettverk og psykiske og somatiske lidelser i tillegg til rus. Av Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 går det fram at dagens situasjon innebærer betydelige utfordringer for det samlede hjelpeapparat:

- Narkotikamisbruket blant ungdom har økt sterkt på slutten av 1990-tallet.
- Utviklingen er preget av hurtige endringer, høyere aksept for bruk av illegale rusmidler, rekreasjonsmisbruk, utstrakt eksperimentering og kombinasjonsmisbruk.
- Ungdom har blitt mer liberale til narkotika, og vi opplever en økt liberalisering av narkotika i flere land i Europa.
- Mange som eksperimenterer med narkotika stopper i tide, mens andre fortsetter en ruskarriere med skader og i verste fall døden som resultat.
- Overdosedødsfallene er høye.
- Det er stor grad av sykелighet og økt alder på narkotikamisbrukerne.
- Alkoholomsetningen øker, og kontinentale drikkevaner kommer i tillegg til de tradisjonelle norske.
- Det har vært en stor økning av alkoholforbruket blant ungdom og befolkningen for øvrig de siste årene. Et høyere forbruk antas å øke de totale skadevirkningene.

Å gjøre tiltaksapparatet i stand til å tilpasse seg endringer og møte den enkeltes behov, er et viktig mål i forhold til forslaget om endringer i organiseringen av tiltaksapparatet. For å nå dette, er det viktig å fange opp svakheter ved dagens tiltaksapparat. I det følgende gjennomgås de, etter departementets mening, viktigste utfordringer vi står ovenfor.

2.1.1 Videreutvikle spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere

Ved omorganiseringen av det ansvar som ligger igjen i fylkeskommunen etter Rusreform I, er det viktig å finne en organiseringsform som sikrer at den delen av tiltakskjeden som institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere representerer, gis rammevilkår som legger til rette for samspill med de øvrige deler av tiltakskjeden. Reformen foreslår endringer i gjeldende ansvarsforhold mellom forvaltningsnivåene. Reformen handler ikke om å opprettholde eller nedlegge enkeltinstitusjoner. Innholdet i tiltaksapparatet vil ikke, og skal ikke, være statisk. Dette betyr at endringer i institusjonsmassen vil og bør oppstå over tid. Innenfor et samlet kommunalt ansvar vil det også kunne utvikles gode alternativer til det eksisterende behandlingsapparatet. Det blir en utfordring å arbeide for at denne delen av tiltaksapparatet inneholder adekvate, gode tiltak. Mange av institusjonene arbeider i dag aktivt for å utvikle nye virkemidler og arbeidsmåter i samarbeid med sosialtjenesten i kommunene. Reformen skal legge til rette for at institusjonene får mulighet til utvikling i takt med endringer i brukernes behov. Det er en utfordring å sikre mangfold, og samtidig kvalitet. Det er videre behov for at det for eksempel finnes institusjoner som er egnet til å ta imot rusmiddelmisbrukere som etter lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) § 12 kan sone i behandlingsinstitusjon. Mer generelt er det også behov for innslag av gode, private institusjoner. De ideelle organisasjonene representerer en viktig del av mangfoldet på dette feltet. Samtidig skal samme krav til kvalitet og resultater settes til ideelle som offentlige institusjoner.

2.1.2 Redusere antall forvaltningsnivåer

En betydelig andel av de høringsinstanser som uttalte seg om forslaget til Rusreform I, ga uttrykk for en skepsis mot å introdusere tre forvaltningsnivåer i rusfeltet, noe man mente ville skje dersom kun deler av fylkeskommunens ansvar for annenlinjetiltak for rusmiddelmisbrukere overtas av staten. Allere-

de gjennom sykehusreformen ble det etablert tre forvaltningsnivåer på rusfeltet. De institusjoner som ble drevet under spesialisthelsetjenestelovgivningen ble overført til staten ved de regionale helseforetakene. Situasjonen pr. 1. januar 2002 er derfor at kommunen, fylkeskommunen og staten alle ivaretar funksjoner og oppgaver i arbeidet med behandling og rehabilitering av rusmiddelmissbrukere.

Departementet er enig i at en situasjon hvor tre forvaltningsnivåer har delt ansvar for dette feltet, medfører økt fare for gråsoner og ansvarsfraskrivelser. Det er viktig at organisatoriske forhold ikke motvirker muligheten for å utvikle helhetlige tiltakskjeder for den enkelte rusmiddelmissbruker. Like viktig er det at ansvaret for de enkelte delene av tiltaksapparatet er tydelig forankret i de ulike instanser og på de ulike forvaltningsnivåene.

To forvaltningsnivåer gir ingen garanti for økt koordinering og samlet opptreden til beste for rusmiddelmissbrukere, men sannsynligheten for å få til en samordnet innsats er større enn med dagens tredelte ansvar.

2.1.3 Unngå vridningseffekter

Ulike rammevilkår for ulike deler av tiltaksapparatet kan føre til at de totale ressursene ikke utnyttes optimalt, noe som igjen kan føre til et dårligere tilbud både generelt og for den enkelte rusmiddelmissbruker konkret. Noe som ofte framheves som et problem er at det i dag er kommunal egenandel for de annenlinjetiltak fylkeskommunen har ansvaret for, mens spesialisthelsetjenesten følger helselovgivningens finansieringsordninger.

Det er i den sammenheng viktig å peke på at de tilbudene som gis er basert på faglige vurderinger. Forut for behandling i spesialisthelsetjenesten vil det eksempelvis ligge en faglig, medisinsk vurdering av om dette tilbudet er relevant i forhold til den enkelte søkers behov. Dette vil bidra til å sikre at behandlingsplasser for rusmiddelmissbrukere innen spesialisthelsetjenesten ikke benyttes som et alternativ til den kommunale og fylkeskommunale bistandsplikt, når faglige hensyn tilsier at behandlingen bør ha et innhold som ligger utenfor spesialisthelsetjenestens fagområde. Departementet ser imidlertid at ulike finansieringsordninger kan gi utilsiktede vridningseffekter med hensyn til valg av tiltak. Det er et siktemål at enhver hjelpetrequende skal bli tilbudt den hjelp han eller hun trenger, uavhengig av finansieringsordninger. Sosialtjenesten og helsetjenesten er bygget opp etter ulike modeller, noe som bl.a. skyldes tjenestenes karakter. De-

partementet legger vekt på å finne løsninger som i størst mulig grad eliminerer uheldige vridningseffekter av den type som er beskrevet ovenfor.

Tiltak for rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven har skjæringspunkter mot mange sektorer som har ulike finansieringsordninger mv. Hensynene til samordning med ulike sektorer som helse og barnevern trekker enkelte ganger i ulike retninger, og vridningseffekter vil derfor ikke kunne elimineres fullt ut. Regjeringen vil likevel tilstrebe å unngå vridningseffekter i den grad det er mulig. Dette gjelder i denne reformen, og kommer også til syne i ulike prosjekter som regjeringen har satt i gang.

Den 21. mars 2003 ble det ved kgl.res. oppnevnt et lovutvalg som skal utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Siktemålet med harmoniseringen er å sikre ensartet regulering av likeartede tjenester, sikre helhetlige tilbud til brukere med sammensatte behov og bedre kommunenes mulighet for å gjennomføre dette, hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer og forenkle regelverket for brukere, tjenesteytere og kommuner. Lovforslaget skal bl.a. baseres på at kommunene skal ha stor frihet til å velge organisering av sine tjenester. Utvalget skal legge fram sin innstilling innen ett år fra oppnevningen.

Videre satte Helsedepartementet 1. februar 2002 ned et utvalg som skulle vurdere finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. Utvalget leverte sin innstilling 17. desember 2002, se NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.

Det skal også nevnes at Kommunal- og regionaldepartementet har satt i gang et forskningsprosjekt som skal se på kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri. Formålet med prosjektet er bl.a. å identifisere de kommunale tjenestene som mennesker med rus og/eller psykiatriske problem er brukere av, samt å undersøke om kostnadene ved å tilby disse tjenestene kan identifiseres i KO-STRÅ. Videre vil det fokuseres på hva som kan forklare at behovet for tjenester innen rus- og psykiatrisektoren varierer mellom kommunene. Formålet med prosjektet er å undersøke om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri varierer. Hvis dette ikke er tilfelle er målet å utvikle kriterier som fanger opp kostnadsulempen ved å gi et likeverdig kommunalt tjenestetilbud innenfor rus- og psykiatrisektoren. Resultatene vil bli presentert i kommuneproposisjonen for 2004.

2.1.4 Bedre samordning og samarbeid mellom de ulike tiltak i tiltakskjeden

Rusmiddelmissbrukere har behov for individuelt tilrettelagte tiltak. Brukerne bør møtes av et tiltaksapparat som nærmer seg vedkommendes problemer på en helhetlig måte, og ikke kun ut fra ståstedet til den instansen man først kommer i kontakt med. En rehabiliteringsprosess omfatter mange og ulike områder hvor det tas sikte på forandring og heving av funksjonsnivå.

På denne bakgrunn er det åpenbart at det er behov for stor grad av samarbeid mellom de ulike instansene – den kommunale sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, fylkeskommunen og andre. De har alle et ansvar for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, og for å lykkes i å yte god og helhetlig hjelp må de ulike instansene samarbeide. Departementet vil i denne sammenheng understreke at disse tjenesteyterne gjennom en rekke lover er pålagt å samarbeide. Det vises til sosialtjenesteloven § 3–2, se nedenfor i kapittel 3.1, og § 6–1 siste ledd. Videre er helsetjenesten, etter lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) § 2–5, jf. lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) § 6–2a, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2–5 og lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4–1, pålagt å utarbeide individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helsetjenesten skal samarbeide med andre tjenesteytere, bl.a. sosialtjenesten, om planen. Det skal i tillegg nevnes at lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 32 inneholder regler om opplysningsplikt til sosialtjenesten for den som yter helsehjelp. Lovmessig grunnlag for samarbeid er derfor til stede.

Departementet ser at samarbeidet og samordningen mellom ulike instanser og forvaltningsnivåer ikke fungerer godt nok i dag. Dette har flere årsaker, for eksempel manglende kompetanse, til dels knappe ressurser og ansvarsfraskrivelser mellom ulike faggrupper og instanser. Videre skyldes problemet at dagens samarbeidshjemler ikke tas i bruk i tilstrekkelig grad. I tillegg mener departementet at det er behov for å tydeliggjøre samarbeidsplikten i lovverket.

For å imøtekomme rusmiddelmissbrukernes behov må gode rammevilkår og samarbeidsverktøy suppleres av god faglig kompetanse hos de som arbeider i tiltaksapparatet. Innen dagens tiltaksapparat finnes mye god kompetanse. Likevel er det både i sosialtjenesten og i andre deler av tiltaksapparatet

behov for å sikre at kompetansen bygges opp og beholdes. Ikke minst er det behov for at ansatte i ulike deler av tiltaksapparatet har kunnskap om de øvrige deler av tiltaksapparatet. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne legge til rette for en helhetlig tiltakskjede for den enkelte misbruker.

Overføring av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere til staten ved de regionale helseforetakene, skaper nye utfordringer både for helseforetakene og for de øvrige deler av tiltaksapparatet. Det øvrige tiltaksapparatet må organiseres slik at det møter de utfordringene de nye rammevilkårene gir.

2.2 Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer

I Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005, heter det i punktet om verdigrunnlag bl.a.:

«For de som har rusmiddelproblemer, skal den offentlige hjelpeinnsatsen ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Tjenestene skal tilpasses brukerne, og ikke omvendt. Dette betyr at ulike personer kan bli møtt med ulike tjenester og ytelser, avhengig av de individuelle behov og kunnskap om tiltakenes effekt.

Det kan ta tid å arbeide seg ut av et omfattende rusmiddelmissbruk, og det er nødvendig med sammenhengende tiltak før, under og etter behandlingen. Regjeringen vil føre en politikk som gir den som trenger det en ny sjanse. Regjeringen vil arbeide aktivt for å endre eventuelle negative holdninger og fordommer overfor rusmiddelmissbrukere blant de aktører som har ansvar for tjenesteyting til denne gruppen. Tjenesteapparatets møte med brukerne skal bygge på respekt for menneskeverdet og fremme verdier som personlig ansvar, individets råderett over eget liv og medansvar for fellesskapet.»

2.3 Mål

I Sem-erklæringen uttrykte samarbeidspartiene at de ville styrke behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere. Med dette utgangspunktet formuleres følgende mål:

- Rusmiddelmissbrukere skal få bedre tjenester og behandlingsresultatene skal bli bedre.
- Tiltaksapparatet må danne en helhetlig kjede.
- Tiltakene må organiseres slik at rusmiddelmissbrukernes individuelle behov fanges opp, og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres.
- Ansvaret må til enhver tid være klart, og det må samarbeides mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer.

En viktig premiss for å nå målene er et tiltaksapparat som tar høyde for at rusmiddelmisbrukere er forskjellige, og at de kan befinne seg på ulike stadier i misbrukskarrieren og på ulike stadier i behandlingen og rehabiliteringen. Noen vil trenge spesialisthelsetjenester, og kan senere ha behov for å komme over i andre tiltak, andre trenger hjelp til å bo og et poliklinisk behandlingstilbud, mens andre kan trenge et mer langvarig opphold, f. eks. i et kollektiv. Departementet vil understreke at organisering og ansvars plassering skal hindre gråsoner og potensiale for ansvarsfraskrivelse som gjør rusmiddelmisbrukerne og deres pårørende til kasterballe i systemet.

Med andre ord bør

- brukeren tilbys et tiltaksapparat som er i stand til å identifisere, fange opp og tilby hjelp til personer som er i ferd med å utvikle en misbrukskarriere
- brukeren tilbys et tiltaksapparat som kan dokumentere og utrede den enkeltes hjelpebehov så godt at egnede tiltak tilbys til rett tid av rett instans
- brukeren tilbys et tiltaksapparat som leverer helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tiltak til den enkelte
- brukeren tilbys oppfølging før og etter institusjonsopphold for å unngå avbrudd i behandlings- og rehabiliteringsforløpet
- brukeren tilbys et tiltaksapparat som sikrer effektivitet og god utnyttelse av ressursene
- brukeren tilbys et tiltaksapparat hvor den enkelte rusmiddelmisbruker opplever å bli møtt med samme verdighet og respekt som andre brukere av det offentlige hjelpeapparatet
- finansieringsordningene i de ulike deler av tiltaksapparatet være utformet slik at valg av tiltak ikke styres av økonomiske vurderinger

2.4 Endrede rammebetingelser

Sykehusreformen

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvar og eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Dette gjaldt tiltak og institusjoner som hadde sitt lovgrunnlag i spesialisthelsetjenesteloven. De enkelte tiltak og institusjoner ble organisert i helseforetak. En del fylkeskommunale behandlingstilbud og tiltak for rusmiddelmisbrukere var hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og fulgte dermed med over til staten ved sykehusreformen. Fra samme tidspunkt ble dermed tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere fordelt over tre forvaltningsnivåer.

Rusreform I

Regjeringen la fram Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere), den såkalte Rusreform I, 11. oktober 2002. Lovendringen ble vedtatt 28. januar 2003.

Rusreform I representerer en opprydding på rusfeltet etter sykehusreformen. Før 1. januar 2002 hadde fylkeskommunene ansvar for alle spesialiserte tiltak og institusjoner for behandling av og omsorg for rusmiddelmisbrukere. Fylkeskommunene hadde valgt ulik lovgivningsmessig tilknytning for sine institusjoner og tiltak. De var dels tilknyttet sosialtjenesteloven og dels spesialisthelsetjenesteloven. Sykehusreformen førte til at institusjoner og tiltak etter spesialisthelsetjenesteloven gikk over til staten, mens tiltak og institusjoner hjemlet i sosialtjenesteloven ble igjen i fylkeskommunen. Valg av lovforankring var imidlertid ikke alltid begrunnet i tiltakene og institusjonenes karakter av henholdsvis sosialtjeneste og helsetjeneste. Dermed finner vi etter sykehusreformen relativt likeartede tiltak og institusjoner for behandling av rusmiddelmisbrukere både som statlig ansvar og som fylkeskommunalt.

Rusreform I innebærer at staten ved de regionale helseforetakene vil overta sektoransvaret for spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere som systematisk hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter

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

Eieransvaret for fylkeskommunale institusjoner som driver slike tjenester vil overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Staten ved de regionale helseforetakene vil tre inn i de avtalene fylkeskommunene har med private aktører om slike institusjonsplasser. Videre vil staten, ved de regionale helseforetakene, få sørge for ansvaret for institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmisbrukere i henhold til vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a (tvang), og de vil få plikt til å peke ut spesialisthelsetjenesteinstitusjoner som skal kunne stille som vilkår for inntak at rusmiddelmisbrukeren samtykker i tvungen tilbakeholdelse («frivillig tvang»).

I Rusreform I er det lagt organisatorisk til rette for en forbedring og styrking av det helsefaglige

behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere innenfor en helhetlig statlig ramme. Det er satt fokus på at rusmiddelmisbrukere i dag ikke får de spesialisthelsetjenester de har krav på og på hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar.

Etter Rusreform I vil fylkeskommunens ansvar bli innskrenket til ansvar for institusjoner og tiltak for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere. Kommunens ansvar vil i prinsippet være uforandret.

Rusreform II

Etter sykehusreformen har det vært en forutsetning at det fylkeskommunale tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere som helhet skulle gjennomgå. Rusreform I representerte første skritt, mens departementet i denne proposisjonen legger fram en vurdering og et forslag til omorganisering av det øvrige tiltaksapparatet – Rusreform II – det vises til beskrivelsen nedenfor. Private rusmiddelinstitusjoner som ikke er tatt inn på fylkeskommunal plan, f. eks. Pinsevevnenes evangeliesentre og enkelte Minnesotaklinikker, omfattes ikke av reformen.

3 Sosialtjenestens tiltaksapparat for rusmiddelmisbrukere

3.1 Dagens organisering

Ansvarsdelingen mellom kommunen og fylkeskommunen

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) understreker kommunenes ansvar for tiltak til rusmiddelmisbrukere. Loven gir den kommunale sosialtjenesten et koordinerende ansvar, og ansvar for å sørge for samarbeid med andre kommunale instanser og annenlinjetjenester.

Kommunens ansvar går fram av kapittel 4, som beskriver de tiltak den kommunale sosialtjenesten mer generelt skal tilby, og av kapittel 6, som beskriver nærmere det ansvaret den kommunale sosialtjenesten har overfor rusmiddelmisbrukere. Av § 6–1 går det fram at den kommunale sosialtjenesten har hovedansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Sosialtjenesten skal primært søke å hjelpe rusmiddelmisbrukeren gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak utenfor institusjon, og det skal utarbeides et opplegg tilpasset den enkeltes behov. Dersom hjelp utenfor institusjon ikke er hensiktsmessig eller tilstrekkelig, skal sosialtjenesten sørge for plass i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon.

Sosialtjenesten er ikke alene om å ha ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Både primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre deler av forvaltningen har et ansvar for denne gruppen. Blir det påvist mangler ved de tjenester andre deler av forvaltningen skal yte personer med særlige hjelpebehov, skal sosialtjenesten om nødvendig ta saken opp med rette vedkommende, jf. § 3–2.

Den kommunale sosialtjenesten er i § 3–2 også pålagt å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når dette kan bidra til å løse de oppgaver sosialtjenesten er pålagt. Slikt samarbeid er ikke minst viktig i forhold til det hovedansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere som sosialtjenesten er pålagt i § 6–1. Det må utvikles samarbeid i førstelinjen både om tiltak for rusmiddelmisbrukere som gruppe, og om tiltak særlig tilpasset den enkelte misbruker. Videre må det utvikles samarbeid mellom de ulike forvaltningsnivåene for å etablere tiltakskjeder tilpasset den enkelte rusmiddelmisbrukers behov.

Ansvaret for etablering og drift av institusjoner

med tilknyttede spesialisttjenester for rusmiddelmisbrukere er, inntil Rusreform I trer i kraft og forslaget i proposisjonen her eventuelt vedtas og trer i kraft, lagt til fylkeskommunen, se sosialtjenesteloven § 7–1. Fylkeskommunen kan oppfylle sitt ansvar ved å opprette institusjoner og tjenester under sosialtjenesteloven, eller ved å legge tilbudene til institusjoner under andre deler av lovgivningen, for eksempel spesialisthelsetjenesteloven. Både offentlig eide og privateide institusjoner kan benyttes. I praksis utgjør de privateide institusjonene en vesentlig del av det fylkeskommunale behandlingsapparatet. Fylkeskommunens ansvar omfatter et ansvar for at det finnes et tilstrekkelig antall institusjonsplasser i fylket for å dekke behovet, et ansvar for at institusjonene tilfredsstiller visse krav til hva et slikt tilbud skal inneholde, og et økonomisk ansvar for at institusjonene drives på en forsvarlig måte. For at fylkeskommunen skal kunne oppfylle intensjonen i bestemmelsen er det viktig at den holder seg løpende orientert om problemomfanget i kommunene. Det kan også etableres samarbeid mellom fylkeskommuner for å utnytte de samlede ressurser best mulig. Fylkeskommunen har ansvar for et variert behandlingstilbud som dekker ulike behov som avrusing, sosialpedagogisk behandling, psykiatrisk orienterte tiltak og tilbakeholdelse uten eget samtykke.

I § 7–2 er fylkeskommunen pålagt en plikt til å utarbeide en plan for hvordan fylkeskommunen skal løse de oppgaver den er pålagt i § 7–1. Planen skal vise hvordan fylkeskommunen vil dekke aktuelle og framtidige behov for institusjonsplasser når det tilbud som finnes i institusjoner under andre lover er tatt i betraktning.

Den kommunale sosialtjenestens ansvar for rusmiddelmisbrukeren opphører ikke selv om misbrukeren er søkt inn i eller oppholder seg i institusjon. Enten rusmiddelmisbrukeren er i eller utenfor institusjon, er det den kommunale sosialtjenesten som har det gjennomgående og kontinuerlige ansvar for å følge opp misbrukeren og se til at de nødvendige tiltak utenfor institusjon gjennomføres. Dersom fylkeskommunen av økonomiske, kapasitetsmessige eller andre grunner ikke kan skaffe institusjonsplass, skal kommunen om nødvendig sørge for midlertidige tiltak. Dette innebærer at kom-

munen må sikre at rusmiddelmissbrukeren får nødvendig hjelp og fører i noen tilfeller til at kommunen selv skaffer og finansierer plass i døgninstitusjon.

Finansieringsordningene

Finansieringsordningene følger opp vektleggingen av kommunalt ansvar. Opphold i institusjoner under sosialtjenesteloven finansieres derfor som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune. Fylkeskommunens ansvar for institusjonsplassene delfinansieres ved den egenandel som kommunene må dekke for hver rusmiddelmissbruker som søkes inn i fylkeskommunens tiltak, se sosialtjenesteloven § 11–4 med forskrifter. Denne egenandelen er for tiden kroner 12 500 pr. måned. Videre har departementet, med hjemmel i sosialtjenesteloven § 11–5, fastsatt en normert sats for fylkeskommunens refusjon til annen fylkeskommune for det tilfelle at en fylkeskommune kjøper plasser av en annen. For 2003 er den normerte satsen kr. 1 650 pr. døgn.

Tiltak for rusmiddelmissbrukere som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, følger betalingsordningene i denne lovgivningen.

Tiltak som ligger under det kommunale ansvarsområdet skal finansieres av kommunen ved rammetilskudd.

3.2 Det fylkeskommunale tiltaksapparatet

3.2.1 Dagens situasjon

Fylkeskommunene oppfyller sitt ansvar for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere ved både døgninstitusjoner og polikliniske tiltak. Innholdsmessig omfatter det tiltak som kan karakteriseres som spesialiserte helse-tjenester, spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. De fleste fylkeskommuner oppfyller sitt ansvar dels ved selv å eie noen tiltak, og dels ved å kjøpe tjenester fra private institusjoner og fra andre fylkeskommuner.

Ansvaret for tiltak som hovedsakelig driver spesialiserte helsetjenester, er vedtatt overført til staten ved de regionale helseforetakene (Rusreform I). I denne proposisjonen foreslås det å overføre fylkeskommunenes øvrige ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere til kommunen (Rusreform II). Det tas sikte på at begge reformene kan tre i kraft 1. januar 2004.

3.2.2 Reformens omfang

Denne proposisjonen omhandler spørsmålet om framtidig organisering og rammevilkår for fylkeskommunens øvrige ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, med andre ord spørsmålet om hvilket forvaltningsnivå som skal ha sektoransvaret for spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmissbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. Tilsvarende vil reformen berøre fylkeskommunale institusjoner og fylkeskommunenes avtaler med private institusjoner som i hovedsak driver tiltak som kan karakteriseres som spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmissbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. På samme måte som Rusreform I, gjelder reformen omorganisering av fylkeskommunens ansvar. Med andre ord vil reformene kun berøre de institusjoner som i dag benyttes til å oppfylle fylkeskommunens ansvar etter loven, dvs. de institusjoner som er tatt inn på fylkeskommunens plan etter sosialtjenesteloven § 7–2.

Fylkeskommunenes planer omfatter både offentlige eide institusjoner og avtaler med private institusjoner. Noen private institusjoner har full driftsavtale med fylkeskommunen, noen har fast avtale om kjøp av et visst antall plasser, mens andre har avtale om kjøp av plasser ved behov. Flere private institusjoner har avtaler med flere fylkeskommuner.

Nærmere om hva slags tiltak som berøres

Reformen omfatter spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. Tiltak som kan karakteriseres som spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmissbrukere, spenner innholdsmessig over et vidt spekter. Det er tiltak hvor hovedinnsatsen er sosialfaglig forankret, med sosialpedagogiske, psykososiale eller andre miljøterapeutiske metoder, hvor målet er sosial- og arbeidsrettet rehabilitering. Dette er metoder som fokuserer på å klare seg i dagliglivet og takle forhold som rutiner, normer og å trene seg opp til å delta i samfunnet gjennom aktiviteter, utdanning og arbeid. Noen institusjoner fokuserer på skole- og arbeidstreningstilbud som gårdsdrift, husholdning og verksted. Noen tiltak baserer seg på mye bruk av selvhjelpsgrupper. I hovedsak er kollektiver og andre levetellesskap fokusert på bo- og arbeidstrening og skolegang, sosial trening og mestring. Tilbudet i terapeutiske samfunn kan variere fra blant annet psykoterapeutiske til sosialpedagogiske opplegg. De fleste private institusjoner er livssynsbaserte og/eller er drevet på ideelt grunnlag.

Begrepet «spesialiserte sosiale tjenester» ble innført i forbindelse med Rusreform I. Etter at det ble besluttet å overføre den delen av fylkeskommunens ansvar for institusjoner «for omsorg for og behandling av rusmiddelmisbrukere» (se sosialtjenesteloven § 7–1) som innebar spesialiserte helse-tjenester, ble det behov for et begrep for å beskrive den resterende delen av fylkeskommunens ansvar for «behandling» av rusmiddelmisbrukere. Negativt avgrenset kan man derfor si at vi med «spesialiserte sosiale tjenester», mener tiltak som omfattes av fylkeskommunens «gamle» ansvar for behandling av rusmiddelmisbrukere, men som ikke kan betraktes som spesialiserte helsetjenester, jf. Rusreform I. Se også tabellen ovenfor i kapittel 1.

Begrepet «døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere» er brukt i sosialtjenesteloven § 7–1, og omfatter tiltak som i hovedsak har til formål å gi rusmiddelmisbrukeren omsorg, herunder bl.a. mat, klær, varme, tak over hodet og noen å prate med, uten at en der og da har hovedfokus på langsiktige mål om rehabilitering. En og samme institusjon kan tilby samme person omsorg i én fase og spesialiserte sosiale tjenester i en annen.

Mange tiltak har et variert tilbud om hjelp og behandling, og tilbyr både omsorgs- og aktivitetspreget hjelp og både sosial- og helsefaglig behandling. Mange av de sosialfaglige institusjonene yter også tjenester som berører andre sektors ansvar, som arbeidstrening og utdanning. Enkelt sagt kan mange institusjonsopphold beskrives som en tiltakskjede med et tilbud bestående av ulike elementer som omsorg og ivaretagelse, hygiene og ernæring, botrening og trening i å utvikle sosiale relasjoner og forholde seg til en strukturert hverdag, personlig økonomi, behandling i form av samtaleterapi i grupper eller individuelt ledet av fagperson eller som selvhjelpsgruppe, miljøterapi, utdanning og arbeidstrening. Institusjonene kan stå for tilbudene selv eller samarbeide med andre instanser som psykiatriske ungdomsteam, arbeidsmarkedsbedrifter og voksenopplæring.

Tiltakene varierer også med hensyn til målgrupper. Noen behandler hovedsakelig alkohol- og legemiddelmisbruk, mens andre er rettet mot narkotikamisbruk. Flere tar i mot alle kategorier av misbruk. Tiltak kan ha spesialisering i type problemer

eller andre forhold, som store sosiale fungeringsproblemer, atferdsproblemer, kombinasjon av rusmiddelmisbruk og alvorlige psykiske lidelser. Noen tar familier i behandling eller er rettet mot bare menn eller bare kvinner. Mange tiltak har også et tilbud til pårørende og har et ettervernsprogram. Noen institusjoner har inntak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2, 6–2a og 6–3 og straffegjennomføringsloven § 12.

Tiltakene varierer dessuten når det gjelder medarbeidernes fagkompetanse. Blant faggruppene finnes bl.a. sosionomer, barnevernspedagoger, psykologer og sykepleiere. Det er også en del ufaglærte, og en del tiltak har tidligere misbrukere som del av personellgruppen.

Nærmere om omfanget av de institusjoner som berøres

Rusreform I og II omfatter som nevnt institusjoner og avtaler på fylkeskommunal plan. Hvilke institusjoner som vil omfattes av Rusreform II, henger sammen med hvilke institusjoner og avtaler som overføres til staten ved de regionale helseforetakene i forbindelse med Rusreform I. Det er nedsatt en prosjektgruppe i Helsedepartementet som, i samarbeid med Sosialdepartementet, skal foreta den konkrete kartleggingen av hvilke institusjoner og avtaler som omfattes av Rusreform I. Utfallet av denne kartleggingen vil være avgjørende for hvilke institusjoner og avtaler som omfattes av Rusreform II.

En foreløpig kartlegging av institusjonene og avtalene viser at det er i overkant av 80 institusjoner som er tatt inn på en eller flere fylkeskommunale planer. Av disse antas det at mellom 25 og 40 institusjoner hovedsakelig driver spesialiserte sosiale tjenester og/eller omsorgstjenester. Herunder anslås det at mellom 7 og 12 er eid av fylkeskommunen, mens mellom 18 og 28 er private institusjoner med avtaler med fylkeskommunen. En betydelig del av institusjonene som omfattes av forslagene i høringsnotatet er eid av Oslo kommune, eller blir drevet av private etter avtale med Oslo kommune. I og med at Oslo er både kommune og fylkeskommune, vil forslaget få begrenset praktisk betydning for Oslo kommune.

4 Plassering av ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere – valg av nivå

4.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble fire ulike modeller for omorganisering av det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere drøftet. En modell hvor fylkeskommunene fortsetter å ha ansvaret – den fylkeskommunale modellen. En modell hvor staten overtar fylkeskommunens ansvar – den statlige modellen. Videre er det en modell med delt ansvar mellom stat og kommune. Endelig er det en modell hvor kommunene overtar det fylkeskommunale ansvaret – den kommunale modellen.

Den fylkeskommunale modellen innebærer at fylkeskommunen fortsatt skal ha ansvaret for etablering og drift av tiltak og institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmissbrukere.

Modellen hvor det fylkeskommunale ansvaret på rusmiddelområdet fordeles mellom staten og kommunene, vil gi både staten og kommunene nye ansvarsområder i forhold til dagens situasjon.

Den statlige modellen innebærer en samlet overføring av det fylkeskommunale sektoransvaret for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere til et forvaltningsorgan eller et statlig foretak. Det vises til at disse modellene er drøftet nærmere i kapittel 2.5.2 i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).

Den rendyrkede kommunale modellen innebærer en samlet overføring av det fylkeskommunale sektoransvaret for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere til kommunene.

I høringsnotatet ble det foreslått at kommunene skulle overta det ansvaret fylkeskommunen sitter igjen med etter Rusreform I.

4.2 Høringsinstansenes syn

Praktisk talt ingen av høringsinstansene mener at fylkeskommunen bør beholde ansvaret for etablering og drift av institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Fra de større kommunene, som også er de kommuner hvor de fleste rusmiddelmissbrukere bor, er

det klar støtte for at kommunene skal overta ansvaret.

Langt de fleste høringsinstanser tar til orde for at staten bør overta fylkeskommunens restansvar, enten helt eller delvis.

Flertallet av de kommunene som har uttalt seg, særlig de mindre kommunene, mener at staten bør overta fylkeskommunens ansvar for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Det skal likevel pekes på at bare 49 av landets 434 kommuner har uttalt seg, og at det derfor er vanskelig å si noe sikkert om hva flertallet av kommunene ønsker.

Et samlet institusjonsapparat, både private og fylkeskommunale, går inn for statlig overtakelse.

Fylkesmannen i Rogaland uttaler:

«Fylkesmannen meiner det er positivt at det vert sett fokus på det behovet rusmiddelmissbrukarar har for eit heilscapeleg tenestetilbod. Fylkesmannen ser difor med undring på at ein opprettheld forslaget om å splitte opp dei spesialiserte tenestene rusmiddelmissbrukarane treng i to: spesialiserte helsetenester og spesialiserte sosiale tenester. Slik fylkesmannen ser det, vil ikkje dette gjere tilbodet til rusmiddelmissbrukarar betre. Dersom ein ynskjer å gje rusmiddelmissbrukarar eit heilscapeleg og differensiert tilbod, vil det etter fylkesmannen si meining vere betre løysing at staten tar ansvaret for alle tilbod om heildøgnsbehandling av rusmiddelmissbrukarar. Reine omsorgstenester etter kap. 4 i sosialtenestelova vil framleis vere kommunane sitt ansvar.»

NFTS Norsk Forum for Terapeutiske Samfunn peker i sin uttalelse på:

«Ulike fylkeskommuner har over tid bygget opp, eller bidratt til å utvikle, en rekke institusjoner spesielt innrettet mot behandling av rusmisbrukere. Et helhetlig tiltaksapparat bør organiseres slik at disse inngår i et best mulig samarbeid med hverandre, med spesialisthelsetjenesten, med barneverntjenesten, og med en rekke kommuner innen deres respektive regioner. Vi mener dette fordrer organisering på et nivå som samler fagfeltet heller enn å fragmentere.

Overføringen av disse tiltakene til kommunalt nivå vil etter vårt syn reversere en slik prosess. I neste omgang vil dette bety nedbygging av spesialiserte tiltak for rusmisbrukere, dårligere behandling av de narkomane, og større vanskeligheter i valg av faglig tilrettelagt rusbehandling, spesielt for mindre og små kommuner.»

I sin uttalelse skriver *Tyrilistiftelsen*:

«Tyrilistiftelsen ber departementet vurdere flere og andre løsninger for inndeling av tiltak i helsetjenester og rehabilitering/omsorgstjenester. Vi ser store organisatoriske og administrative problemer med en modell hvor tjenestene inndeles og skilles etter tiltakstype og vanskeliggjør et helhetlig tilbud og den enkelte klients kontinuitet i en helhetlig tiltakskjede. Som alternativ til en slik inndeling vil Tyrili argumentere for en løsning som i størst mulig grad inkluderer både spesialisthelsetjenester og rehabilitering/omsorgstjenester i samme organisasjon eller i forpliktende samarbeidende organisasjoner som sammen tilbyr integrerte løsninger.»

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) skriver i sin uttalelse:

«HSHs primære standpunkt er at staten bør overta ansvaret for hele den fylkeskommunale delen av rusmiddelområdet. Dette vil hindre en unaturlig oppsplitting av rusområdet i en spesialisthelsetil- og psykiatridel på den ene siden og sosial/omsorgstjenester på den andre. Videre vil det styrke muligheten til å opprettholde et differensiert tjeneste- og behandlingstilbud for brukerne. Ikke minst vil det øke muligheten for at private blir behandlet likeverdig som offentlige virksomheter og bidra til å lette forvaltningen av avtalene med de private virksomhetene. Vi er ikke enige med departementet i at en statlig overtakelse innebærer en sementering av tiltaksstrukturen, slik høringsforslaget sier. Staten vil kunne omforme og videreutvikle tjenestetilbudet på samme måte som kommunene.»

I et punkt «1.2. Vurdering av rusreformen i lys av oppgavedelingen mellom stat og kommune» uttaler *Buskerud fylkeskommune* bl.a.:

«Spørsmålet i forbindelse med rusreformen er hvilken oppgavefordeling som vil være mest tjenlig for brukerne. Bfk er ikke sikker på om kommunalt ansvar for spesialiserte tjenester innen rusomsorgen vil føre til et bedre tilbud for rusmiddelmisbrukerne. Denne reformen har som mål å danne en helhetlig tiltakskjede, avklare ansvaret og sikre bredden og mangfoldet i tilbudet. Buskerud fylkeskommune mener at dette best vil være ivaretatt dersom hele ansvaret for spesialiserte behandlingstilbud blir lagt

til spesialisthelsetjenesten. På denne måten vil man også kunne ivareta behovet for samarbeid mellom russektoren og psykiatrisk og somatisk spesialisthelsetjeneste.»

Videre heter det:

«Dersom behandlingsinstitusjoner for rusmiddelmisbrukere, som defineres som spesialiserte sosiale tjenester, legges til kommunene, vil dette selvsagt gi mulighet for å utvikle spennende samarbeidsmodeller og alternativer til det eksisterende behandlingstilbudet. En slik utvikling bør stimuleres. Bfk er likevel ikke sikker på om en oppsplitting av «annenlinje tjenesten» på to forvaltningsnivåer vil føre til et bedre behandlingstilbud for rusmiddelmisbrukere. En slik oppsplitting i en statlig og en kommunal annenlinje tjeneste vil ikke umiddelbart fremme samhandlingen med spesialisthelsetjenesten eller føre til en bedre tilgjengelighet og utnyttelse av behandlingsplasser. Dette kan tvert i mot føre til at det blir vanskeligere for brukeren å definere tilbudet, og det vil fortsatt være en fare for uklare ansvarsforhold.»

Malvik kommune er representativ for mange mindre kommuner når den uttaler:

«Malvik kommune ser det som formålstjenlig at staten overtar fylkeskommunens ansvar også for de øvrige rusinstitusjonene. Dette vil bidra til helhet og samordning i de spesialiserte tjenestene og institusjonstilbudene til rusmiddelmisbrukere uavhengig av hvilken kommune eller landsdel en tilhører. Ansvarsdelinga mellom stat og kommune vil være tydelig med en statlig modell.»

Flere høringsinstanser, først og fremst representert ved de store brukerkommunene, er imidlertid enig i høringsnotatets forslag om å legge fylkeskommunens restansvar til kommunene. *Fylkesmannen i Aust-Agder* uttaler:

«Det er fylkesmannens standpunkt at det fylkeskommunale sektoransvaret for tiltak og institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmisbrukere overføres til kommunene.

Det er en rekke argumenter som taler for dette

- Etter St.mld.nr. 31. (2000–2001) kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling, bør ansvar for beslutninger og oppgaveløsning flyttes nærmere dem det gjelder. Kommunen er det viktigste leddet i forhold til tjenesteproduksjon i forhold til den enkelte bruker.
- Ansvar for tiltak og institusjoner som yter omsorg for rusmiddelmisbrukere er ikke en naturlig statlig oppgave. Omsorgstjenesten

- er i all hovedsak en kommunal oppgave innenfor andre områder av sosial og helsetjenesten. Det er ikke grunnlag for å sette omsorgstjenester for rusmiddelmissbrukere i en særstilling.
- Bedre sammenheng i tiltakskjeden for den enkelte bruker. Uavhengig av organisering er det kommunen som har hovedansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Ved også å legge ansvaret for døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere til kommunen, vil en i større grad kunne se sammenheng i det kommunale hjelpeapparatet, og få en bedre prioritering av ressursbruken.
 - Ikke minst har en i forslaget løst problematikken omkring vridningseffekt som følge av kommunal delbetaling som fylkesmannen kommenterte i sin høringsuttalelse til Rusreform I.
 - Det er også grunn til å anta at brukerperspektiv og brukervedvirkning bedre kan ivaretas etter denne modellen. Dette siste må for øvrig ses i lys av forslaget til rett til individuell plan.»

Narvik kommune skriver i sin høringsuttalelse:

«Rusreformforslaget medfører store endringer for kommunene. Kommunene står i dag ovenfor betydelige ansvarsoppgaver innen helse, sosial og omsorg. Gode faglige tilbud skal gis til hardt trengende innenfor knappe ressurser både økonomisk og personalmessige. Det å skulle overta det fylkeskommunale ansvar for rusinstitusjoner, vil medføre store utfordringer for kommunen.

Narvik kommune slutter seg likevel til hovedtrekkene i notatet. Og ser det som viktig for brukergruppen, at et forvaltningsnivå blir borte og at kommunene skal ha det totale ansvaret for rusmiddelmissbrukere gjennom hele behandlingsforløpet.»

Videre heter det:

«Ved å legge hele ansvaret for rusbrukeren til kommunene, vil rusmisbrukerne kunne få et mer helhetlig behandlingstilbud som er mer tilpasset hver enkelt bruker. Ikke bare vil kommunen ha ansvaret for lokale tilbud i nærmiljøet, men også rusinstitusjonsbehandling.»

NHO, Næringslivets Hovedorganisasjon uttaler:

«NHO er i all hovedsak positiv til forslagene i Rusreform 2. Departementet ønsker å redusere forvaltningsnivåer innen rusmiddelomsorgen til 2-nivåer. NHO ser på forslaget som et ledd i forenkling av regelverket, slik at samlede behandlingstilbud på rusmiddelfeltet kan framstå som mer brukervennlig. Etter vår oppfatning er det

viktig at rusmiddelmissbrukere får hjelp og støtte så tidlig som mulig, slik at det er mulig å opprettholde god kontakt inn mot arbeidslivet. Om hjelpetiltak settes inn for sent, vil det ofte være vanskelig å komme tilbake eller være i arbeid. For NHO er det overordnet at omorganiseringen av institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere bidrar til at tjenestene blir lettere tilgjengelig for den enkelte. Det kan bidra til at arbeidsevne opprettholdes og at sykemelding, eventuell uførepensjon, kan forebygges.»

Helse Nord skriver i sin høringsuttalelse:

«Departementets forslag om å tillegge ansvaret for øvrige helse- og sosiale tjenester til kommunene støttes. Det innebærer at ansvar for tiltak og tjenester overfor målgruppen forankres og organiseres tilsvarende som for befolkningen ellers. Dette gir den beste mulighet for å samordne tjenester overfor klienter med sammensatte problemer og behov.»

Interkommunalt samarbeid – FLV – Frosta, Levanger, Verdal Rusprosjekt uttaler:

«...FLV er enig i at det skal være kun to forvaltningsnivå når det gjelder ansvarsfordeling i oppfølgingen av rusmisbrukere. Samtidig er vi skeptiske til at kommunen skal overta drift av institusjonene, dette pga den korte tiden før reformen gjennomføres. Men vi er enige i prinsippet om at dette bør være en kommunal oppgave.»

Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) skriver i sin uttalelse:

«Når det gjelder ansvarsplassering er YS av den oppfatning at man er best tjent med en ansvarsfordeling etter den kommunale modellen. Kommunene vil være de som har størst nærhet til den enkelte bruker. YS mener derfor at det fra et brukerperspektiv vil gi et mer effektivt og brukervennlig tilbud dersom kommunene har ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere.»

Fredrikstad kommune uttaler:

«Fredrikstad vil gi sin støtte til departementets forslag om overføring av ansvar fra fylkeskommunalt til kommunalt nivå»

Kommunen skriver videre:

«Forslaget vil legge grunnlaget for et tjenesteapparat med enklere grenselinjer mellom forvaltningsnivåer og kan derved også bidra til en bedre og mer hensiktsmessig bruk av ressurser. Det vil også kunne legge grunnlaget for en bedre og bredere faglig kompetanse på lokalt

nivå gjennom at kommunene får eier- og driftsansvar for tjenestene.»

Oslo kommune skriver at kommunen

«er fornøyd med at departementet i Rusreform II foreslår å legge ansvaret til kommunene for de fylkeskommunale institusjonene som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere.»

Oslo kommune og *Fredrikstad kommune* sine uttalelser er representative for et flertall av store brukerkommuner, bl.a. Bergen, Stavanger, Trondheim, Drammen, Bærum og Asker.

4.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har merket seg at et flertall av de kommunene som har uttalt seg, går inn for statlig modell. Departementet vil likevel peke på at det er bare 49 av landets 434 kommuner som har uttalt seg. Det er derfor vanskelig å si noe sikkert om hva flertallet av landets kommuner egentlig mener. Det som imidlertid avtegner seg klart, er at de store brukerkommunene går inn for kommunal modell.

Slik departementet ser det, er de sentrale spørsmålene i vurderingen av framtidig modell:

- hvor brukeren er best tjent med at ansvar plasseres og oppgaver løses
- hvilket forvaltningsnivå som best sikrer en helhetlig tiltakskjede, herunder nødvendig samordning og samarbeid
- hvilket forvaltningsnivå som vil representere den mest effektive ressursutnyttelse
- hvilket forvaltningsnivå som vil gi en klar og tydelig ansvars plassering hvor gråsoner unngås og antall forvaltningsnivåer reduseres

Med andre ord, er spørsmålet hvilket forvaltningsnivå som vil ha de beste forutsetningene for å virkeliggjøre de målene og møte de utfordringene som er beskrevet i kapittel 2 foran.

Departementet vil bemerke følgende til den fylkeskommunale modellen:

Ut fra en samlet vurdering mener departementet at den fylkeskommunale modellen ikke er et egnet alternativ. Gjennom sykehusreformen ble de samlede ressurser innen spesialisthelsetjenesten – institusjoner og fagpersonell – overført til staten ved regionale helseforetak, det samme vil skje ved gjennomføring av Rusreform I. Avgjørende for departe-

mentets forslag er likevel at et fortsatt fylkeskommunalt ansvar vil sementere en tredeling av ansvaret for behandlingen av og omsorgen for rusmiddelmisbrukere. Det vises i denne sammenheng til at praktisk talt ingen av høringsuttalelsene til høringsnotatet om Rusreform II, har gitt sin støtte til fortsatt fylkeskommunalt ansvar. I tillegg vises til høringsuttalelsene til høringsnotatet som var grunnlag for Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) (Rusreform I). Her uttrykte praktisk talt alle skepsis til det de oppfattet som innføring av tre forvaltningsnivåer i behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere.

Departementet vil bemerke følgende til modellen hvor ansvaret deles mellom staten og kommunene:

De fleste av høringsinstansene som støtter denne modellen peker på at det vil være naturlig å legge fylkeskommunens ansvar for spesialiserte sosiale tjenester til staten, og fylkeskommunens ansvar for omsorg til kommunene. Det vil innebære et behov for å trekke et nytt grensesnitt mellom spesialiserte sosiale tjenester på den ene siden, og omsorgstjenester på den andre. Etter departementets syn er det gjennom forslagene i Rusreform I foreslått en naturlig deling av det fylkeskommunale ansvaret i en spesialisthelsedel og en sosial/omsorgstjenestedel. Det er av flere grunner vanskelig å tenke seg ytterligere oppdeling av det sistnevnte området. Dette er tjenester som har meget nær sammenheng, og departementet mener derfor at det i praksis ikke er hensiktsmessig å gjennomføre en ytterligere oppdeling.

Departementet vil ikke foreslå en deling av det fylkeskommunale ansvaret mellom staten og kommunene. Begrunnelsen er i all hovedsak den samme som i spørsmålet om full statlig overtakelse. I tillegg kommer gjennomføringsproblemene og det faktum at ansvaret for å etablere og drive tiltak og institusjoner som yter spesialiserte tjenester vil utgjøre en så liten del av det totale ansvaret for tiltakene for rusmiddelmisbrukere, at det anses helt uhensiktsmessig med et eget statlig ansvar.

Departementet vil bemerke følgende til statlig modell:

Tradisjonelt ytes det ikke sosiale tjenester på statlig nivå, og departementet finner det vanskelig å begrunne overføring av dette ansvaret til staten (se også om delt ansvar over). I tilfelle statlig overtakelse må det bygges opp en ny statlig virksomhet. En slik virksomhet kan enten organiseres som statlig foretak etter mønster fra spesialisthelsetjenesten eller som et forvaltningsorgan slik det foreslås på

barne- og familievernområdet, jf. Ot.prp. nr. 9 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester og lov 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer. Til de høringsinstanser som mener at staten ved helseforetakene også bør overta fylkeskommunens restansvar, vil departementet bemerke at selv om selve organisasjonsformen her er «på plass», har helseforetakene kompetanse og erfaring i drift av helsetjenesteinstitusjoner og -tiltak, ikke i forhold til sosialtjenesteinstitusjoner og -tiltak. I store organisasjoner hvor fokus er rettet mot helsetjenester, er faren overhengende for at de sosiale tjenestene kan komme til kort. Flere høringsinstanser peker på at det ikke er naturlig å dele opp institusjonsapparatet i en spesialisthelsetjenestedel og en spesialisert sosialtjenestedel. Til dette vil departementet bemerke at det innenfor det totale behandlings- og tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere uansett vil måtte bli en deling. Departementet mener at det er viktigere å knytte større deler av behandlingsapparatet til kommunene fordi det gir best sammenheng i tjenestene – se nærmere nedenfor.

Etter en helhetsvurdering vil departementet ikke foreslå at staten overtar det fylkeskommunale sektoransvaret for tiltak og institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmissbrukere. Avgjørende for dette synet er at ansvar for tiltak og institusjoner som yter omsorg for rusmiddelmissbrukere ikke er en naturlig statlig oppgave, omsorg ytes bedre og mer effektivt av kommunen der brukeren bor. Det synes også uhensiktsmessig å skulle bygge opp et nytt statlig apparat hvor administrasjon og byråkrati kan komme til å ta ressurser fra faktisk tjenesteyting.

Departementet vil bemerke følgende til kommunal modell:

I henhold til sosialtjenesteloven § 6–1 sammenholdt med lovens §§ 4–1 og 4–2 har kommunene i dag det grunnleggende ansvaret for å yte bistand til rusmiddelmissbrukere. Kommunene har imidlertid ingen plikt til å etablere og drive institusjoner for rusmiddelmissbrukere, heller ikke institusjoner som i all hovedsak yter omsorg til rusmiddelmissbrukere. Dette tilligger i dag fylkeskommunen. Dersom sektoransvaret overføres til kommunene blir dette m.a.o. en ny oppgave for kommunene.

Omsorgsdelen i det fylkeskommunale ansvaret er likevel en oppgave som ligger nært til det ansvaret kommunen allerede har i forhold til sine innbyggere, for eksempel for sykehjem og bolig med helse- og omsorgstjenester. Den ligger også nært det

grunnleggende ansvaret kommunen har for tiltak for rusmiddelmissbrukere.

Det vises til Stortingets behandling av St.meld. nr. 31 (2000–2001) Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling. Et flertall i kommunalkomiteen (jf. Innst. S. nr. 307 (2000–2001)) tok utgangspunkt i at innbyggerne må settes i sentrum, og at mest mulig myndighet og oppgaver må desentraliseres til kommunene, som er det viktigste leddet i tjenestetproduksjonen i forhold til den enkelte bruker. Komiteen uttalte på denne bakgrunn at ansvar for beslutninger og oppgaveløsning må flyttes nærmest dem det gjelder.

Behovet for nærhet og dialog sammen med lokale tilpasninger, gjør at kommunene bør stå sentralt i gjennomføringen av oppgaver av vesentlig betydning for innbyggernes velferd. Nærheten mellom tjenesteyter og bruker kan også legge til rette for løsninger som fremmer kostnadseffektivitet.

Mange høringsinstansers motforestillinger mot å overføre det fylkeskommunale ansvaret til kommunen, er knyttet til at det da legges oppgaver til kommunesektoren som det ikke kan forventes at den enkelte kommune skal kunne håndtere alene. Dette gjelder særlig i forhold til institusjoner og tiltak med spesialiserte sosiale tjenester. Selv om kommunene vil ha ansvaret for å sørge for institusjonstilbudet, vil ikke det innebære at tjenesten må produseres av den enkelte kommune. For det første vil interkommunalt samarbeid på dette området være helt nødvendig. For det andre representerer de private tjenesteyterne en viktig ressurs.

Det skal videre bemerkes at for kommuner som ikke overtar eller etablerer egne institusjoner, vil hovedforskjellen mellom dagens struktur og den nye strukturen være at kommunen får større mulighet til å velge mellom ulike tiltak med utgangspunkt i brukernes ulike behov. Dette fordi kommunene vil kontrollere virkemiddelbruken, i motsetning til i dagens struktur hvor deler av finansieringsgrunnlaget for institusjonsplassene ligger hos fylkeskommunen, og fylkeskommunen også har ansvaret for å vurdere behovet og hvilke institusjoner som skal benyttes.

Departementet vil foreslå at det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere overføres til kommunene. Et viktig prinsipp for reformen er å gi kommunene et helhetlig ansvar for den enkelte som trenger hjelp til å løse sine rusmiddelproblemer. Det er bare kommunen som kan dekke rusmiddelmissbrukeres behov for sammenhengende tjenester.

Kommunen er den primære velferdsprodusenten i dagens Norge. Kommunene rår i dag over ve-

sentlige deler av velferdsapparatet; kommunehelse-tjenesten, herunder fastleger, sosialtjenesten, barnevern, boligkontor, skole og kulturetat. I mange kommuner finnes det dessuten andre sentrale samarbeidsparter som politi og/eller lensmann, trygdekontor, Aetat og frivillige organisasjoner. Hele dette apparatet er og bør være viktige bidragsytere i behandlingen av og omsorgen for rusmiddelmisbrukere.

Det er kommunene som har de beste kunnskaper om og kan fange opp lokale behov. Dette gir kommunene de beste forutsetninger for å skape et helhetlig tiltaksapparat med en sammenhengende behandlingsskjede, hvor institusjonsplasser utgjør et supplement til de mer tradisjonelle kommunale tiltakene. Utgangspunktet i behandling/rehabilitering av rusmiddelmisbrukere bør være egen bolig med tilbud om individuelt tilpasset oppfølging og veiledning fra sosialtjenesten, deltakelse i AA/AN, støttekontakt, poliklinisk behandling, dagsenter og/eller omsorgstjenester. Der hvor rusmiddelmisbrukeren trenger et institusjonsopphold, vil kommunen måtte følge opp misbrukeren under oppholdet og ikke minst planlegge ettervernet før oppholdet avsluttes. Prinsipielt vil det være glidende overganger mellom en bolig med tilpassede tjenester, som flere kommuner utvikler ut fra den enkeltes behov for oppfølging, og institusjoner med spesialiserte sosiale tjenester. Det er viktig at rusmiddelmisbrukere med behov for hjelp ikke blir «kaste-

baller» mellom forvaltningsnivåer når langsiktige behandlingssopplegg skal utformes.

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

- større mulighet for sammenhengende tiltaksskjeder og helhetlige løsninger som er tilpasset den enkelte rusmiddelmisbruker og forankret i nærmiljøet
- at kommunene selv kan prioritere ressursbruken og finne fram til gode lokale løsninger med utgangspunkt i den enkelte misbrukers behov
- ett forvaltningsnivå mindre
- den ryddigste ansvarsdelingen mellom stat og kommune
- at det kommunale hovedansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere som eksisterer i dag, understrekes og styrkes

Samlet sett mener departementet at brukerperspektivet ivaretas best ved en kommunal modell. Kommunal modell legger til rette for en helhetlig tiltaksskjede og dermed for at rusmiddelmisbrukeren kan få individuelt tilpassede tiltak som tar høyde for at brukerens behov ofte endrer seg underveis.

Etter dette vil departementet foreslå at sosialtjenesteloven § 7–1 endres slik at kommunen skal ha ansvar for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere.

5 Nærmere om reformforslaget

5.1 Innledning

Departementet foreslår at det fylkeskommunale sektoransvaret for etablering og drift av institusjoner for behandling av og omsorg for rusmiddelmissbrukere i sin helhet overføres til kommunene. Dette innebærer dels en overføring av et generelt ansvar for slike tjenester til rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunen til kommunen. Dels innebærer det at enkelte kommuner overtar eieransvaret for de fylkeskommunale institusjonene som i dag yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere, og at kommunene kan inngå avtaler med private institusjoner som yter slike tjenester – se nærmere om dette spørsmålet nedenfor i kapittel 7 Om gjennomføring og organisering.

Kommunens nye ansvar kommer til uttrykk i forslag til endring av sosialtjenesteloven § 7–1 første ledd. Her pålegges kommunen et sørge for-ansvar for institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Sammenholdt med kommunens ansvar etter sosialtjenesteloven kapittel 6, jf. kapittel 4, vil kommunen etter forslaget få ansvar for alle hjelpetiltak for rusmiddelmissbrukere, med unntak av spesialiserte helsetjenester som vil være statens, ved de regionale helseforetakenes, ansvar. Departementet gjør oppmerksom på at forslaget ikke endrer ved det grunnleggende prinsipp om oppholdskommunens ansvar for å yte tjenester etter sosialtjenesteloven, jf. § 10–1 første ledd, se dog bestemmelsens andre ledd. Problemer knyttet til oppholdskommunens ansvar, er ikke spesifikke for rusmiddelmissbrukere og må derfor eventuelt behandles i en bredere sammenheng.

5.2 Nærmere om kommunens sørge for-ansvar for institusjoner og tiltak for rusmiddelmissbrukere

5.2.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått at kommunene kan oppfylle sitt sørge for-ansvar for institusjoner og tiltak for rusmiddelmissbrukere på ulike måter.

Kommunene skal ha stor frihet med hensyn til hvordan de vil oppfylle ansvaret sitt. Forslaget innebar at kommunene kan etablere og drive egne institusjoner, flere kommuner kan samarbeide om etablering og drift, og de kan kjøpe plasser fra andre kommuner og fra private.

5.2.2 Høringsinstansenes syn

Flere kommuner, herunder de fleste av de store kommunene, mener at kommunen er det riktige forvaltningsnivået å plassere dette ansvaret på. På den annen side peker mange høringsinstanser på at det kommunale nivået er for lite til å kunne ivareta sørge for-ansvaret for institusjonsplasser. *Tønsberg kommune* uttaler:

«Interkommunale organisasjonsmodeller er krevende og tungvinte måter å organisere tjenester på. Budsjettvedtak, planer og investeringer må ofte behandles parallelt i mange kommuner.»

Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget uttaler:

«Kompetansesenteret kan ikke forstå at en kommune med anslagsvis 100.000 innbyggere er i stand til å utvikle et tilstrekkelig differensiert tilbud. Følgelig er de avhengig av kjøp av plasser andre steder. Konkurransetsetting av kjøp av plasser vil etter MNK-rus sin mening øke takten av nedlegging av institusjoner. De med høyest kostdøgnpris og lengst behandlingstid vil være mest utsatt for å bli utkonkurrert. Det vil som regel si at institusjoner med mest kompetanse og best behandlingsresultat, og som for samfunnet også har det økonomisk beste resultat, vil være de som først må legges ned virksomheten.»

Lørenskog kommune uttaler:

«Forslaget om å overføre «sørge for» ansvaret for sosiale spesialistinstitusjoner til kommunen kan se ut til å være en god løsning for de større kommunene, spesielt bykommunene. Slik vi har forstått det er det også flere av de store kommunene som ønsker en kommunal modell velkommen. Lørenskog kan ikke se av forslaget at det i særlig grad er vurdert hvilke konsekvenser dette vil få for mellomstore og små kommuner, utover at det i stor grad legges opp til at

kommunen skal løse dette ved bl.a. interkommunale løsninger.»

Som nevnt er ikke alle høringsinstanser enig i de vurderinger som framkommer ovenfor. *Bærum kommune* uttaler:

«Bærum kommune er meget godt fornøyd med departementets forslag om å gi brukerkommunene anledning til å overta fylkeskommunale institusjoner og å inngå driftsavtaler med de private behandlingstiltakene. Dette åpner for å kunne utvikle en mer helhetlig og sammenhengende rustjeneste som også kan bli mer kostnadseffektiv. Bærum kommune benytter i dag en behandlingssenhet som ligger geografisk i kommunen og 13 andre behandlingstiltak, hovedsakelig i Østlandsområdet. Bærum kommune er sammen med bl.a. Asker kommune en betydelig brukerkommune av spesialiserte sosiale behandlings- og omsorgstiltak og kan derfor gjøre gjeldende et ønske om å tre inn i avtaleansvaret for disse institusjonene.»

5.2.3 Departementets vurderinger og forslag

Kommunens ansvar etter forslaget § 7–1, kan oppfylles ved at kommunen etablerer og driver egne institusjoner, ved at flere kommuner samarbeider om etablering og drift og ved kjøp av plasser fra andre kommuner eller fra private. Dette tilsvarer fylkeskommunenes rolle i dag. Det er altså ikke slik, som flere høringsinstanser synes å mene, at et kommunalt ansvar må innebære at alle kommuner selv må etablere og drive institusjoner og selv må stå for helhetlige tiltakskjeder.

Kommunens frihet i forhold til hvordan den vil oppfylle sitt ansvar, tar høyde for at små kommuner med få rusmiddelmissbrukere ikke på egen hånd kan etablere et tilstrekkelig mangfoldig tilbud til rusmiddelmissbrukere. Samtidig sikrer det muligheten for at rusmiddelmissbrukere som bor i små kommuner eller i kommuner som ikke har behandlingstiltak som passer, likevel skal få adekvat behandling.

Det er samtidig viktig å understreke at kommunen må oppfylle sektoransvaret sitt. Kommunen kan ikke nedprioritere tiltak til rusmiddelmissbrukere, slik at de ikke får de tiltakene de har krav på/behov for, eller at staten, ved helseforetakene, får et større faktisk ansvar fordi kommunene ikke har et mottaksapparat for rusmiddelmissbrukeren når hun eller han ikke lenger trenger spesialisthelsetjenester. Skal ansvars- og oppgavefordelingen fungere, er det nødvendig at hvert nivå tar sin del av ansvaret.

Departementet fastholder forståelsen av innhol-

det i sørge for-ansvaret som etableres for kommunen ved endringen av sosialtjenesteloven § 7–1.

5.3 Særlig om kommunens ansvar for rusmiddelmissbrukere på tvang

5.3.1 Høringsnotatets innspill

I høringsnotatet pekes det på at Rusreform I legger sørge for-ansvaret for institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere i henhold til tvangsvedtak til de regionale helseforetakene. Disse institusjonsplassene kan være en del av spesialisthelsetjenesten, men ofte vil det være aktuelt å benytte en institusjon som yter spesialiserte sosiale tjenester til hele eller deler av tvangsoppholdet. Etter forslaget her vil fylkeskommunens ansvar for slike institusjonsplasser opphøre og kommunen overta. Høringsnotatet peker på at dette representerer en utfordring for kommunene og de regionale helseforetakene, ikke minst med hensyn til samarbeid.

5.3.2 Høringsinstansenes syn

Svært få høringsinstanser har nevnt problemstillingene rundt kommunenes rolle, både som institusjonseier/avtalepart og som den som skal ta initiativ og forberede fylkesnemndssak, i forhold til inn- tak av rusmiddelmissbrukere i henhold til tvangsbestemmelsene i sosialtjenesteloven. *Drammen kommune* uttaler imidlertid:

«Den nye oppdelingen av ansvaret for institusjonene kan skape problemer i forhold til de som får vedtak etter § 6–2 og 6–2a. Hvis en klient blir plassert i spesialisthelsetjenesten for kartlegging og motivering for frivillig behandling, vil de aller fleste mest sannsynlig bli overført til andre typer institusjoner for frivillig behandling etter de første 3 mnd. eller kanskje også før. Når rusmiddelmissbrukeren begynner å falle til ro, vil han/hun med stor sannsynlighet bli karakterisert så friske at de ikke har noe i spesialisthelsetjenesten å gjøre. Dette kan etter vår oppfatning være uheldig. Erfaringer så langt viser at når rusmiddelmissbrukeren først har slått seg til ro på en institusjon under tiden på tvangsvedtak er det langt lettere å motivere vedkommende til frivillig behandling på samme sted. Hvis en person da må flyttes over til ny institusjon og starte på nytt med nye medbeboere, personell og behandlingssideologi, kan dette føre til at vedkommende velger å gå ut av behandlingsopplegget etter at tvangsvedtaket opphører. Påkjenningen det er for hver enkelt å bli plassert i institusjon uten eget samtykke er stor.

De bør derfor gis mulighet for behandling i samme institusjon etter at tvangsvedtaket er gått ut hvis de selv ønsker det og tilbudet er tilstrekkelig.»

5.3.3 Departementets vurderinger

I Rusreform I legges ansvaret for å sørge for institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på tvang til staten ved de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene kan ha «tvangsplasser» i sine spesialisthelsetjenesteanstalter, de kan inngå avtaler om bruk av slike plasser med andre regionale helseforetak, og de kan inngå avtaler med fylkeskommunen eller private om bruk av plasser i deres institusjoner. Etter forslaget her opphører fylkeskommunen som mulig avtalepart og kommunene overtar den rollen. Flere institusjoner som tar i mot rusmiddelmissbrukere i henhold til vedtak om tvangsinnlegg etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a i dag, er fylkeskommunale eller private institusjoner som fylkeskommunen har avtaler med og som det etter dette forslaget enten er aktuelt å overføre til kommunen eller at kommunen trer inn i avtaler med.

Samtidig vil det fortsatt være kommunens sosialtjeneste som har initiativet i forhold til mulig bruk av tvang overfor en rusmiddelmissbruker, i den forstand at det fortsatt er kommunen som forbereder saken for vedtak i fylkesnemnda for sosiale saker.

Tvangsoppholdet er begrenset til maksimum 3 måneder evt. ut et svangerskap, jf. sosialtjenesteloven henholdsvis § 6–2 og § 6–2a. Tanken er at oppholdet skal brukes til kartlegging av og motivering til videre behandling, men da på frivillig basis. Ofte vil det meste av tvangsoppholdet og den videre behandlingen mest hensiktsmessig foregå i institusjoner som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten, men i institusjoner som, etter forslaget her, vil være kommunale eller private med kommunale avtaler. Kommunen og det regionale helseforetaket får et særlig ansvar og behov for å samarbeide på dette området. Departementet har merket seg Drammen kommunes synspunkter, og mener de illustrerer behovet for samarbeid, individuell vurdering og tilrettelegging i en individuell plan.

5.4 Samarbeid mellom kommuner

5.4.1 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått å endre sosialtjenesteloven § 7–3, slik at den hjemler samarbeid mellom flere kommuner om sørge for ansvaret i

henhold til sosialtjenesteloven § 7–1, og at departementet gis hjemmel til, i forskrift, å pålegge slikt samarbeid.

5.4.2 Høringsinstansenes syn

Få høringsinstanser har kommentert forslaget til endring av sosialtjenesteloven § 7–3. De som har gjort det, peker på viktigheten av samarbeid og utfordringene ved samarbeid. *Stavanger kommune* uttaler:

«En annen stor utfordring, som ikke primært er knyttet til organisatoriske og eierskapsforhold, er hvordan de ulike tjenestene og samarbeidet mellom dem fungerer. Skal man lykkes i utviklingen av rusfeltet med å oppnå en bedre, mer helhetlig og samordnet tjeneste til rusavhengige personer, må det utformes gode samarbeidsrelasjoner mellom kommunene og de regionale helseforetakene. Stavanger kommune er enig med departementet om at det er behov for å tydeliggjøre samarbeidsplikten i lovverket.

Gjennom lokalbaserte samarbeidstiltak hvor behandling koordineres med bolig, arbeid, skole og aktivitetstilbud vil vi kunne redusere svingdørsproblematikken og redusere ventelistene til institusjonene. Stavanger kommune og Rogaland fylkeskommune samarbeider om utviklingen av et slikt prosjekt innrettet som et lavterskeltilbud til unge rusmisbrukere.»

5.4.3 Departementets vurderinger og forslag

De oppgavene kommunen er pålagt i forslaget til § 7–1, jf. § 7–2, er omfattende og utfordrende. Mange kommuner vil ikke kunne oppfylle ansvaret for institusjonsplasser til rusmiddelmissbrukere alene. Oppgavens art og omfang tilsier et utstrakt samarbeid mellom kommunene. Dette gjenspeiles i forslaget til sosialtjenesteloven § 7–3, som sier at flere kommuner kan samarbeide om oppgavene. Departementet har merket seg at flere større kommuner har uttrykt vilje til å fungere som utførerkommuner.

Departementet mener at det er av avgjørende betydning at de kommuner som ikke alene kan etablere og drive en helhetlig tiltakskjede for rusmiddelmissbrukere, samarbeider med et tilstrekkelig antall andre kommuner, slik at kommunene samlet sett kan etablere en slik tiltakskjede. På denne måten kan kommunene fordele ansvaret på en hensiktsmessig måte. Kommunene kan avtale å etablere og drive hver sine institusjoner med ulik behandlingsprofil, inngå felles avtale med private om kjøp av plasser, overlate til en kommune å etab-

lere og drive en større institusjon på vegne av flere kommuner osv. Slikt samarbeid kan sikre en samfunnsøkonomisk god utnyttelse av institusjonsplassene. Dermed sikres grunnlaget for å bygge opp det mangfold av tiltak og de ulike former for spesialisert kompetanse som rusmiddelmissbrukere har behov for.

Departementet foreslår at sosialtjenesteloven § 7–3 endres slik at flere kommuner kan samarbeide om oppgavene etter sosialtjenesteloven § 7–1. I bestemmelsens siste ledd foreslås at departementet gis hjemmel til å pålegge slikt samarbeid. Departementet har tilsvarende hjemmel i dag i forhold til samarbeid mellom fylkeskommuner. Departementet antar at de fleste kommuner vil ha egeninteresse i å samarbeide med andre kommuner. Det kan derfor hevdes at en hjemmel til å pålegge et samarbeid er unødvendig. Departementets klare utgangspunkt er at kommunene selv skal ta initiativet til samarbeid ved behov og organisere dette samarbeidet. Hjemmelen for å pålegge samarbeid vurderes likevel som viktig dersom det skulle vise seg at enkelte kommuner ikke prioriterer dette.

5.5 Kommunens plan

5.5.1 Høringsnotatets forslag

Det ble foreslått at den plikten som fylkeskommunen i dag har, jf. sosialtjenesteloven § 7–2, til å utarbeide en plan over hvordan fylkeskommunen skal oppfylle sin plikt etter sosialtjenesteloven § 7–1, overføres til kommunene. Det ble videre foreslått å endre sosialtjenesteloven § 6–4 slik at det i kommunens plan skal fastsettes særskilt hvilke institusjoner som skal kunne stille som vilkår for inntak at rusmiddelmissbrukeren samtykker i tvungent tilbakehold.

5.5.2 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstansene kommenterer ikke forslaget om at kommunen skal utarbeide en plan for hvordan den skal oppfylle sitt sørge-for-ansvar for institusjoner for rusmiddelmissbrukere. De som har kommentert forslaget, gir sin støtte til en slik plikt.

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) uttaler:

«HSH støtter forslaget om at kommunene må utarbeide en plan for hvordan behovet for institusjonsplasser er tenkt løst, jf. kap. 5.3. Slike planer bør kvalitetssikres av departementet, og ha en varighet på mer enn ett år.»

Interkommunalt samarbeid – FLV – Frosta, Levanger, Verdal Rusprosjekt uttaler:

«Kommunen må i følge høringsnotatet utarbeide en oversikt om hvordan behovet for institusjonsplasser er tenkt løst (tidligere var dette fylkeskommunens ansvar). Positivt at dette skal nedfelles i kommuneplan og årlig økonomiplan. Positivt at Fylkesmannen skal være vaktbikkje og vurdere dette særskilt.»

Norsk Sykepleierforbund (NSF) skriver i sin høringsuttalelse:

«Det er etter NSF's syn, helt nødvendig å samarbeide på tvers av kommunene, både for å sikre kompetanse og utnytte ressursene. NSF ser at det kan bli en utfordring for kommunene å samordne tilbudene og identifisere behovene for ulike institusjoner. Vi er derfor positive til at kommunene kan pålegges å utarbeide en oversikt om hvordan behovene for institusjonsplasser er tenkt løst. Dette er viktig for å unngå usikkerhet om ansvarsforholdene.»

5.5.3 Departementets vurderinger og forslag

Etter dagens system er fylkeskommunen etter § 7–2 i sosialtjenesteloven pålagt å utarbeide en plan som viser hvordan fylkeskommunen vil dekke aktuelle og framtidige behov for institusjonsplasser når det tilbud som finnes i institusjoner under andre lover er tatt i betraktning. Planen skal sendes departementet til uttalelse.

Departementet er enig i høringsinstansenes synspunkter slik de framkommer ovenfor. Departementet foreslår derfor at kommunene pålegges å utarbeide en oversikt over hvordan behovet for institusjonsplasser er tenkt løst. Det forutsettes i loven at denne skal inngå som en del av kommunens arbeid med kommuneplan og årlig økonomiplan/budsjett, jf. lov 25. september 1992 nr. 107 om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven) §§ 5 og 44. Fylkesmannen kan i forbindelse med gjennomgang av budsjettene bli bedt om å vurdere dette særskilt.

På denne måten bidrar kommunen til en viss forutberegnelighet for institusjonene, slik at de på sin side kan planlegge sin drift. Det bidrar også til at det øvrige tiltaksapparatet kan få oversikt over hvilke institusjonsplasser som kan benyttes.

Det vises i denne sammenheng også til forslaget om endring av sosialtjenesteloven § 6–4. Etter gjeldende rett har fylkeskommunen plikt til, i sin plan, å peke ut institusjoner som kan stille som vilkår for inntak, at rusmiddelmissbrukeren samtykker i tvungent tilbakehold, jf. sosialtjenesteloven § 6–3.

Denne plikten er det naturlig at kommunen overtar sammen med ansvaret for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Fortsatt bør de institusjoner som pekes ut, være faglig og materielt egnet til å kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere i henhold til § 6–3.

5.6 Reglene for inntak i og utskrivning fra institusjon

5.6.1 Høringsnotatets forslag

Sosialtjenesteloven § 7–6 regulerer beslutningsprosessen ved inntak i og utskrivning fra institusjoner. Bestemmelsen består av to hovedelementer – en plikt for kommunen og fylkeskommunen til å fastsette regler for saksbehandling/samarbeid om inntak og utskrivning, og regler som regulerer plikt for institusjonen til å ta imot og beholde klienter som er inntatt. Kongen kan gi forskrifter om hva førstnevnte regler skal inneholde. Formålet med bestemmelsene er å sikre rasjonell utnyttning av institusjonene.

I høringsnotatet foreslo departementet å opprettholde bestemmelsen, med de endringer som flytting av ansvaret for tjenestene krever.

5.6.2 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har kommentert forslaget konkret. På den annen side er flere av høringsinstansene mer generelt opptatt av problemstillingen rundt det å sikre tilgang til og rasjonell utnyttning av institusjonene.

Kvinesdal kommune påpeker at en liten kommune som Kvinesdal sannsynligvis ikke kommer til å overta eierskapet til noen institusjon, og at det er viktig å sikre alle kommuner som har behov for det, tilgang til institusjonsplasser.

Asker kommune skriver at man

«må ... være særlig oppmerksom på faren for at enkelte kommuner ikke får dekket sine behov for institusjonsplasser dersom kommunene som overtar eierskapet velger å sikre egne behov før plasser selges til andre kommuner.»

Asker kommune skriver videre at en av de største utfordringene for kommunene blir å «sikre kvalitet i bestillerrollen, eierrollen og utførerrollen». Flere høringsinstanser uttaler lignende synspunkter.

På den annen side uttrykte flere av de større kommunene, herunder *Oslo kommune*, på hørings-

møtet 9. januar 2003, både ønske og vilje med hensyn til å i denne sammenhengen fungere som utførerkommune, dvs. selge plasser til andre og mindre kommuner.

5.6.3 Departementets vurderinger og forslag

Samling av ansvaret for å søke rusmiddelmissbrukere inn i institusjon og ansvaret for institusjonene hos kommunen, legger i seg selv til rette for en enklere beslutningsprosess rundt inntak i institusjoner.

Imidlertid kan flyttingen av ansvaret til kommunene medføre utfordringer med hensyn til fordeling av institusjonsplasser mellom eierkommunene og de kommuner som har driftsavtaler med institusjoner på den ene side og øvrige brukerkommuner på den annen side, jf. høringsinstansenes kommentarer gjengitt ovenfor.

Departementet har merket seg at flere større kommuner har uttrykt vilje til å fungere som utførerkommuner. Denne positive innstillingen legger til rette for at de utfordringer som er skissert ovenfor blir møtt på en god måte.

I tillegg mener departementet at bestemmelsene i § 7–6 fortsatt vil være et nyttig verktøy for å sikre rasjonell utnyttelse av institusjonene. Departementet opprettholder derfor forslaget med de endringer som flyttingen av ansvaret for tjenestene krever.

Det er i dag fastsatt forskrifter etter bestemmelsens første ledd. Departementet vil følge utviklingen og vurdere behovet for nye forskrifter.

5.7 Hjemmelen for kvalitetsforskrift

5.7.1 Høringsnotatets forslag

I følge sosialtjenesteloven § 7–14 kan Kongen gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak. Herunder kan det gis forskrifter om krav til kvalitet i de tjenester fylkeskommunen har ansvar for etter § 7–1. Hjemmelen er pr. i dag ikke benyttet.

I høringsnotatet ble det foreslått å videreføre hjemmelen.

5.7.2 Høringsinstansenes syn

Kun et fåtall av høringsinstansene har kommentert forslaget om å videreføre hjemmelen til å gi kvalitetsforskrift. Blant de som kommenterer forslaget, tar et flertall til orde ikke bare for å beholde, men også for å benytte, hjemmelen til å utferdige slike forskrifter.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) uttaler at

«... hjemmelen for kvalitetsforskrift bør iverksettes overfor samtlige spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere. En felles kvalitetsforskrift vil kunne føre til bedre kvalitet på tjenestene som tilbys. Så lenge det offentlige også i fremtiden kommer til å kjøpe tjenester av private tjenestetilbydere er det viktig at det finnes felles krav til kvalitet på tjenestene. Etter FOs syn vil kvalitetskriterier både kunne føre til at det blir lettere å føre et godt tilsyn, og være grunnlag for utvikling og forbedring av kvaliteten på tjenestene som tilbys.»

Fylkeslegen i Telemark, som får støtte fra *Fylkesmannen i Oppland*, beklager

«... at det ikke vil bli innført en kvalitetsforskrift med krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak, både på kommunalt og eventuelt statlig nivå i forbindelse med Rusreform II. En slik forskrift ville også gi grunnlag for et mer enhetlig tilbud i kommunene og lette tilsynet med disse tjenestene.»

Fylkesmannen i Oslo og Akershus ser spørsmålet i sammenheng med spørsmålet om tilsyn ført som systemrevisjon basert på internkontroll, når de uttaler at

«Tilsyn etter denne metodikk innebærer en vurdering opp mot forsvarlighetskrav, men i seg selv ingen vurdering av kvalitet. Fylkesmannen mener at hjemmelen etter sosialtjenesteloven § 7–14 til å innføre kvalitetsforskrift med krav til kvalitet på behandlings- og rehabiliteringstiltak bør brukes.»

Enkelte instanser tar til orde for at også en godkjenningsordning for institusjonene burde vurderes.

Ingen instanser går mot forslaget om å videreføre hjemmelen.

5.7.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder forslaget om å videreføre bestemmelsen. Det innebærer at forskriftshjemmelen vil kunne benyttes til å gi forskrifter om krav til kvalitet i institusjoner som driver spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, også når ansvaret for slike tjenester, etter forslaget i proposisjonen her, overføres fra fylkeskommunen til kommunen.

Departementet mener at det er viktig å sikre kvalitet i institusjoner som driver spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere, og tar derfor sikte på å benytte hjemmelen til å utforme kvalitetsforskrift for slike institusjoner.

5.8 Kommunenes kompetansebehov

5.8.1 Høringsnotatets innspill

I høringsnotatet ble det pekt på at ansvarsoverføring fra fylkeskommunene til kommunene for tiltak for rusmiddelmissbrukere, innebærer at kommunene får nye oppgaver.

5.8.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser tar opp kommunenes behov for kompetanseheving ved en overføring av ansvaret for de fylkeskommunale institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere til kommunene.

Uttalelsen fra *Nordland fylkeskommune*, *Nordlandsklinikken* er illustrerende for fleres synspunkter:

«Mange kommuner har nødvendig kompetanse, men utfra Nordlandsklinikkens kjennskap til situasjonen i Helseregion Nord er det et stort og nærmest umettelig behov for å utvikle og styrke kompetansen i kommunene. Kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål gjør et betydelig arbeid på dette området, men skal intensjonen i Rusreform II følges opp må arbeidet til kompetansesentrene intensiveres. Nordlandsklinikken forutsetter at dette fremkommer i tildelingsbrev til kompetansesentrene fra Sosial- og helsedirektoratet, og følges opp med nødvendige økonomiske midler.»

5.8.3 Departementets vurderinger

Departementet er enig i at det i mange kommuner allerede er høy kompetanse i forhold til rusmiddelproblematikken, men det vil likevel kunne bli behov for styrking, utvikling og vedlikehold av kompetansen i kommunene.

Kommunenes nye ansvar stiller også nye krav til dem i forhold til bestillerkompetanse, eierkompetanse og utførerkompetanse. De fleste kommunene vil måtte kjøpe institusjonsplasser til sine rusmiddelmissbrukere, enten fra andre kommuner eller fra private aktører, og får dermed en bestillerrolle i forhold til institusjonseierne. Noen kommuner vil være institusjonseiere og dermed ha en eierrolle, og ofte også en utførerrolle i forhold til bestilleren.

De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål har som oppgave å bidra til kompetanseheving blant førstelinjepersonell, samt opprettholde og videreutvikle annenlinjetjenestens spesialiserte tilbud. De skal også drive metodeutvikling

og bidra til kompetanseheving på det rusmiddelforebyggende området. Sosialdepartementet tildeler kompetansesentrene midler gjennom Sosial- og helsedirektoratet. Det er også naturlig at Sosial- og helsedirektoratet spiller en selvstendig rolle for å bidra til kompetanseheving i kommunene på dette området.

Departementet legger til grunn at de regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål skal opprettholdes som en statlig funksjon, uavhengig av rusreformenes konsekvenser for forvaltningsnivåplasseringen av den institusjon som kompetansesenterfunksjonen måtte være knyttet til. Departementet legger videre stor vekt på at kompetansesentrene skal kunne bistå kommunene i nødvendig kompetanseoppbygging.

I forlengelsen av Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje – Kunnskap og brubygging, er det startet et opplæringsprogram overfor ansatte i kommunene. Dette har fokus på behovene til langtids rusmiddelmisbrukere, herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Programmet er konsentrert om samhandling og samarbeid samt modeller for kontinuerlig oppfølging av den enkelte rusmiddelmisbruker. Opplæringen skjer i samarbeid mellom fylkesmannen, fylkeslegen, LAR-sentre/team, kompetansesentrene og kommunene. Alle i kommunene som jobber med rusmiddelproblematikk kan i prinsippet delta. 2002 har vært brukt til planlegging, mens hovedtiltakene vil iverksettes i 2003.

Det er ikke foreslått lovendringer på dette området. Departementet vil imidlertid følge utviklingen nøye.

5.9 Brukerrettigheter

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helse-tjenesten. Loven gir bestemmelser om rett til tilgang på helsehjelp, herunder rett til nødvendig helsehjelp, rett til vurdering, rett til fornyet vurdering, rett til å velge sykehus og rett til individuell plan. Det er gitt bestemmelser om rettigheter man får som pasient, herunder bestemmelser om rett til medvirkning og informasjon, samtykke til helsehjelp, rett til journalinnsyn og barns særlige rettigheter. Pasientrettighetsloven gjelder også for de kommunale helsetjenestene.

Etter sosialtjenesteloven skal tjenestene dekke klientens behov, men sosialtjenesten velger hjelpeformen. I denne sammenheng står imidlertid sosialtjenesten etter loven ikke helt fritt. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid

med klienten, og formålet med loven er at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Ved valg av hjelpeform må det tas hensyn til dette formålet. Hvis sosialtjenesten velger en hjelpeform som i det enkelte tilfelle må sies å være «åpenbart urimelig» i forhold til lovens intensjoner og kommunens ressurser, kan fylkesmannen omgjøre vedtaket etter klage.

Rusmiddelmisbrukere vil ofte ha sammensatte hjelpebehov, og behov for hjelp fra ulike sektorer. Uansett hvordan hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmisbrukere organiseres og forankres, vil det være behov for et samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og sektorer. Et av de aktuelle tiltak for å sikre effektiv hjelp vil være bruk av individuelle planer. Dette er uttalt i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005, jf. også St.meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom og St.meld. nr. 14 (2002–2003) Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten.

I del II i proposisjonen foreslår departementet å lovfeste at sosialtjenesteloven får en egen hjemmel (ny § 4–3a) for individuell plan, slik helselovgivningen har i dag. Om begrunnelsen for forslaget vises til del II.

En slik generell bestemmelse i loven vil også omfatte sosialtjenestens ansvar for rusmiddelmisbrukere. Med en slik hjemmel vil helsetjenesten og sosialtjenesten få et ensartet lovverk, og derved et felles redskap for å kunne gi den enkelte misbruker et mest mulig samordnet og helhetlig hjelpetilbud. Rusmiddelmisbrukeren på sin side får rett til slik plan, og dermed større sikkerhet for en samordning av den hjelp han/hun trenger.

Det er et mål med bestemmelsen at de tjenester og ytelser rusmiddelmisbrukeren har behov for fremstår som helhetlige. Den foreslåtte bestemmelsen i sosialtjenesteloven om individuell plan vil bare forplikte sosialtjenesten, og tilsvarende gjelder for hjemmelen i helselovgivningen. Men bestemmelsen pålegger sosialtjenesten en utstrakt plikt til å samarbeide med andre sektorer som yter tjenester til personer med behov for koordinerte tjenester. Rusmiddelmisbrukerens rett til å få en individuell plan vil dermed være en spore for sosialtjenesten til et mer effektivt og målrettet samarbeid med de andre sektorene, for eksempel trygdeetat og Aetat i tillegg til helsetjenesten.

Sosialtjenesteloven har en bestemmelse i § 6–1 femte ledd om at det skal utarbeides tiltaksplaner for rusmiddelmisbrukere som er i institusjon etter vedtak med hjemmel i lovens §§ 6–2 eller 6–2a (tvangsvedtak). Bestemmelsen pålegger sosialtjenesten plikt til å utarbeide en plan for hvordan den

vil følge opp den enkelte tvangsplasserte rusmiddelmissbruker under og etter institusjonsoppholdet.

Den foreslåtte bestemmelsen i lovens § 4–3a gir den enkelte rusmiddelmissbruker en rett til å få utarbeidet individuell plan. Det frivillige element er sentralt i denne bestemmelsen. Det betyr at det er opp til den enkelte hjelpetrequende om han/hun vil påberope seg de muligheter bestemmelsen gir. Tilnærmingen etter § 6–1 femte ledd blir en helt annen; her er det sosialtjenestens ønske om å benytte tvangsvedtak som utløser plikt til å utarbeide tiltaksplaner. Med så vidt ulik tilnærming kan det ikke sies at de to bestemmelser er overlappende. Departementet finner derfor at bestemmelsen i § 6–1 femte ledd bør opprettholdes som et supplement til den generelle bestemmelsen i § 4–3a.

5.10 Diverse spørsmål knyttet til kommunens ansvar etter sosialtjenesteloven § 7–1

5.10.1 Forvaltningslovens anvendelse på private institusjoner

5.10.1.1 Høringsnotatets forslag

Utgangspunktet etter sosialtjenesteloven er at forvaltningsloven gjelder med de særregler som er fastsatt, jf. § 8–1. I sosialtjenesteloven § 8–2 er det fastsatt at forvaltningsloven med de særregler som er fastsatt, for klientsaker også gjelder private institusjoner som er tatt inn i fylkeskommunens plan etter § 7–4.

I høringsnotatet foreslo departementet å opprettholde bestemmelsen om forvaltningslovens anvendelse for private institusjoner.

5.10.1.2 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har kommentert forslaget.

5.10.1.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet fastholder høringsnotatets forslag. Det innebærer at sosialtjenesteloven § 8–2 foreslås

videreført, med de endringer som overføringen av sektoransvaret krever. Det vil si at for klientsaker vil forvaltningsloven, med de særregler som er fastsatt i sosialtjenesteloven, gjelde også for private institusjoner som tas inn på kommunens plan for løsning av de oppgaver kommunen får ansvaret for etter forslaget i proposisjonen her.

5.10.2 Endringer i kapittel 10

5.10.2.1 Høringsnotatets forslag

Etter sosialtjenesteloven §§ 10–1 og 10–2 er det fastsatt at kommunen og fylkeskommunen har ansvaret for å yte hjelp etter lovens bestemmelser til alle som oppholder seg i kommunen/fylket. I sosialtjenesteloven § 10–3 er det fastsatt en bestemmelse om at tvister mellom kommuner eller fylkeskommuner om anvendelsen av §§ 10–1 og 10–2, kan kreves avgjort av fylkesmannen.

I høringsnotatet ble det foreslått å oppheve § 10–2, mens det ble foreslått å opprettholde § 10–3.

5.10.2.2 Høringsinstansenes syn

Ingen av høringsinstansene har kommentert forslaget.

5.10.2.3 Departementets vurdering

Forslaget i proposisjonen her innebærer at fylkeskommunen ikke lenger vil ha oppgaver etter sosialtjenesteloven. Fylkeskommunens oppgaver overføres til kommunen, og vil slik omfattes av § 10–1. På denne bakgrunn opprettholdes forslaget om å oppheve § 10–2.

Departementet opprettholder også forslaget om å videreføre bestemmelsen i § 10–3 med den endring at bestemmelsen kun vil gjelde tvister mellom kommuner. Dette innebærer at kommunene, også når det gjelder de tjenester de etter forslaget i proposisjonen her får overført, kan få spørsmålet om hvilken kommune som har ansvaret for å yte tjenester til konkrete personer avgjort av fylkesmannen.

6 Tilsyn

6.1 Dagens tilsynsordninger

Tilsynet med institusjoner for rusmiddelmisbrukere ligger til fylkesmannen, jf. sosialtjenesteloven § 7–9. Tilsynet med institusjoner for rusmiddelmisbrukere omfatter etter § 7–9 fylkeskommunale, private og eventuelt kommunale institusjoner som er tatt inn på fylkeskommunens plan. Med hjemmel i § 7–10 er det gitt forskrifter om at også private og kommunale institusjoner som ikke er tatt inn på plan, skal stå under tilsyn etter § 7–9. Tilsynet drives metodisk som inspeksjonstilsyn.

Fylkeslegen fører tilsyn med institusjoner som er regulert av spesialisthelsetjenesteloven, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Tilsynet bygger på internkontroll og drives etter systemrevisjonsmetoden. Rusreform I innebærer at tilsynet etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten vil omfatte de institusjoner som staten ved de regionale helseforetakene får ansvar for.

Ved lov 15. juni 2001 nr. 91 om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., som trådte i kraft 1. januar 2003, ble det vedtatt å utvide tilsynet med tjenester etter sosialtjenesteloven til å omfatte alle tjenester etter kapittel 4, jf. sosialtjenesteloven § 2–6. Videre ble det forutsatt at metoden for dette tilsynet skal være systemrevisjon basert på internkontroll, jf. sosialtjenesteloven § 2–1. Det ble også forutsatt at man skal legge om tilsynet for tjenester etter kapittel 6A fra inspeksjonstilsyn til systemrevisjon basert på internkontroll.

I Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) er det varslet at spørsmålet om hvordan tilsynet skal organiseres for de tjenester som fortsatt er fylkeskommunale etter Rusreform I, vil bli tatt opp i tilknytning til departementets vurdering av en framtidig organisasjonsmodell for denne delen av tiltaksapparatet.

6.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått å opprettholde tilsynet med de tjenester som foreslås flyttet til kommunen. Det ble videre foreslått å samordne tilsynsordningen med den tilsynsordning som er vedtatt for sosialtjenesteloven (kapittel 4 og 6A). Departe-

mentet foreslo at fylkesmannen fortsatt skal utøve tilsyn med disse tjenestene. Tilsvarende foreslo departementet at tilsynsmetodikken på dette området skal samordnes med tilsynet med helsetjenesten og tilsynet med tjenester etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 6A. I utgangspunktet innebærer dette at tilsynet forutsettes ført etter systemrevisjonsmetoden. Kommunens plikt til å føre internkontroll ble foreslått utvidet tilsvarende.

Departementet foreslo også å samordne fylkesmannens tilsyn med institusjoner som tar i mot rusmiddelmisbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a (tvang) med tilsynet etter sosialtjenesteloven kapittel 4 og 6A. I utgangspunktet forutsettes det også her at tilsynet skal føres etter systemrevisjonsmetoden.

6.3 Høringsinstansenes syn

Kun et fåtall av høringsinstansene har kommentert høringsnotatets forslag på dette punktet.

De høringsinstanser som kommenterer spørsmålet, er enige i at fylkesmannen fortsatt bør føre tilsyn med spesialiserte sosiale tjenester og institusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere, dersom ansvaret for slike tjenester flyttes til kommunen. *Oslo kommune* uttaler at kommunen

...«er tilfreds med at departementets forslag innebærer at fylkesmannen fortsatt skal utøve tilsyn med de institusjonene som legges til kommunene.»

Ytterst få av høringsinstansene kommenterer forslagene om at tilsynet bør forutsettes ført som systemrevisjon og baseres på internkontroll. Noen instanser, bl.a. *Den norske lægeforening*, gir sin tilslutning til forslagene. *Statens helsetilsyn* har en del merknader til forslagene, men har som utgangspunkt at:

«Helsetilsynet vurderer disse lovendringene som effektive virkemidler for å bedre rettssikkerheten for den enkelte rusmiddelmisbruker i forhold til den kommunale tjenesteytelsen og harmonisere tilsynet innen helse- og sosialtjenesten...»

På den annen side mener noen av høringsinstansene at systemrevisjon i forhold til slike institusjonstjenester det her er snakk om, kun bør supplere, men ikke erstatte, dagens inspeksjonstilsyn.

Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) uttaler at de

«...støtter innføringen av systemrevisjon basert på internkontroll. Etter FOs syn bør en slik form for tilsyn være et tillegg til inspeksjonstilsynet, ikke erstatte dette. FO mener at den beste formen for tilsyn vil være en kombinasjon av disse tilsynsformene. Om inspeksjonstilsynet forsvinner vil det kunne føre til at man mister den eksterne observatørrollen som fylkesmannen har hatt.»

Helse Nord-Trøndelag HF skriver at:

«Med såpass mange små og til dels private tiltak, har inspeksjonstilsyn fremdeles en plass, for å sikre faglig og etisk forsvarlig behandling av en gruppe som ofte ikke kan målbære sine klagemål selv. Et slikt tilsyn kan ha noe av kontrollkommisjonen sin funksjon etter psykisk helsevernloven. En systemrevisjon vil ikke nødvendigvis ta vare på en slik funksjon.»

Bare *Bærum kommune* fraråder

«...å etablere en tilsynsordning som baserer seg på systemrevisjon/enkeltsaksoppfølging. Langt mer fruktbart ville det være om tilsynsmyndigheten ble en diskusjonspartner i en prosess der kommunen arbeidet med utvikling av tjenestetilbudet for å gjøre det mer brukertilpasset. Kommunens utfordring vil hele tiden være å arbeide med endringer og tilpasninger slik at brukernes tilfredshet øker og at ressursene utnyttes best mulig.»

Statens helsetilsyn skriver at

«...et effektivt tilsyn er avhengig av klare myndighetskrav både når det gjelder prosedyrer som skal sikre forsvarlige tjenester og kvalitetskrav til selve tjenesteytingen. I forslaget til lovendring angis at fylkesmannen skal føre tilsyn med institusjonene. Helsetilsynet mener at loven tydeligere bør angi hvem som har ansvar for at rusmiddelmissbrukere får de tiltak de har krav på og at tiltakene er faglig forsvarlige. Etter vår oppfatning vil dette være staten ved de regionale foretakene eller kommunenes ansvar. ... Dette ansvaret bør tydeliggjøres i regelverket.»

Helsetilsynet bemerker også at:

«For å sikre kontinuitet i tiltakskjeden foreslår vi at fylkesmannen får et tilsynsansvar i forhold til de regionale foretakenes virksomhet etter so-

sialtjenesteloven § 7–1a, dvs. å sørge for institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på tvang. Dette betyr at det, i likhet med helsetjenesten, vil kunne være behov for tilsynsmyndighetene å peke ut en fylkesmann i helse-regionen som skal ha ansvaret for tilsyn med denne del av det regionale helseforetakets virksomhet. Vi foreslår at dette tas inn som en kompetanseregulering tilsvarende den som følger av tilsynsloven med helsetjenester § 1 fjerde ledd og som bestemmer at Statens helsetilsyn kan gi den enkelte fylkeslege oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.»

Til forslaget om internkontrollplikt skriver *Helsetilsynet*:

«Helsetilsynet ser det som positivt at kommunens behandlings- og omsorgstiltak for rusmiddelmissbrukere blir gjenstand for kommunens internkontrollplikt på lik linje med andre omsorgstjenester innen det kommunale hjelpeapparatet. ... Tilsvarende bør internkontrollplikten gjelde for de regionale helseforetakenes «sørge for» ansvar etter sosialtjenestelovens § 7–1a, og tas inn som eget ledd i sosialtjenesteloven § 2–4. Slik forslaget er utformet med hjemmel i sosialtjenesteloven vil denne virksomheten ikke bli dekket av internkontrollplikten i helselovgivningen.

Vi forstår videre forslaget slik at de regionale helseforetakene kan inngå avtaler med private institusjoner som ikke er eiet eller driftet av kommunen for å dekke behovet for institusjonsplasser ved tvangsplassering. Disse institusjonene blir ikke omfattet av internkontrollplikten i ny § 2–1 annet ledd. Internkontrollplikten må derfor sikres i en ny lovbestemmelse.»

Helsetilsynet skriver videre at det

«...særlige tjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere som i dag er hjemlet i sosialtjenesteloven i kapittel 6 [bør] underlegges det samme tilsynsansvaret, og supplere forslaget til ny § 2–6 første ledd.»

Tilsvarende ber *Helsetilsynet*

«...departementet vurdere om kommunens forpliktelser i sosialtjenesteloven kap 6 og som særlig skal sikre at rusmiddelbrukeren får hensiktsmessig hjelpetilbud, bør komme inn under internkontrollplikten og hjemles i § 2–1 annet ledd.»

Statens helsetilsyn er den eneste høringsinstansen som kommenterer forslaget om å endre tilsynsmetodikken for institusjonsplasser som tar imot personer etter sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser. *Helsetilsynet* påpeker at forslaget ikke løser problematikken med parallelle lovreguleringer.

Samtidig peker *Helsetilsynet* på at

«...oppfølgingen av individuelle vedtak om tvangsbehandling i dag ligger hos fylkesmannen som også ved sine regelmessige institusjonsbesøk har gjennomgått evt. tvangsvedtak og gjennomføringen av disse. Systemtilsyn vil kunne ivareta kontroll med at de som har ansvar sikrer at myndighetskravene ivaretas på området. Vi vil likevel reise spørsmål om ikke oppfølging av individuelle vedtak bør ligge til en annen instans enn tilsynsmyndigheten slik det er i helsetjenesten hvor kontrollkommisjonen ivaretar denne oppgaven.

Vi mener at en slik sikring også vil være best for å ivareta rusmiddelmissbrukerens individuelle rettssikkerhet.»

6.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet opprettholder forslaget om å videreføre tilsyn med de tjenester som etter forslaget her foreslås overført til kommunen.

For å sikre at rettssikkerheten ivaretas, må hensynene til best mulig samordning og et ryddig og konsekvent regelverk ivaretas. Etter at Rusreform I er vedtatt og trådt i kraft, vil det i sosialtjenesteloven kun være tilsynet med institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, som omfattes av tilsynshjemmelen i sosialtjenesteloven § 7–9, og som drives som inspeksjonstilsyn. For å oppnå den tilsktede effekt av å flytte ansvaret fra fylkeskommunen til kommunen, må kommunens oppgaver etter de ulike kapitler i sosialtjenesteloven ses i et helhetsperspektiv, både i forhold til den enkelte bruker og organisasjonsmessig.

Departementet opprettholder forslaget om at fylkesmannen skal være *tilsynsmyndighet*. Dette fordi fylkesmannen har erfaring med tilsyn med disse tjenestene, og med tilsyn med sosiale tjenester som kommunen har ansvaret for, i og med at de øvrige tilsynsoppgaver etter sosialtjenesteloven er lagt til fylkesmannen. Felles tilsynsmyndighet fremmer hensynet til god samordning.

Felles *tilsynsmetodikk* vil innebære en forenkling for fylkesmannen, noe som fremmer rettssikkerheten. Departementet opprettholder derfor forslaget om at tilsynet skal forutsettes ført etter systemrevisjonsmetoden. En felles tilsynsordning vil legge til rette for samordnet tilsyn, noe som igjen vil føre til at fylkesmannen kan sette fokus på system og samordning, og ikke kun innholdet i enkelttjenester. Dette legger til rette for god sikring

av brukerens rettssikkerhet. For sosialtjenesten i kommunene vil et samordnet tilsyn være det mest effektive, i og med at de da kun får en tilsynsinstans, som driver tilsyn etter en og samme metodikk, å forholde seg til.

Videre er systemrevisjon et viktig bidrag til en styrking av kvaliteten på tjenestene. Systemrevisjon setter fokus på system, og styrker derfor rettssikkerheten til brukerne på en mer generell måte enn individbasert tilsyn alene. For en del tilgrensende områder har systemrevisjon vært gjennomført i en årrekke. Lik tilsynsordning for tilgrensende områder har mange fordeler. Samme tilsynsordning for institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere og spesialisthelsetjenestens institusjoner, vil lette samordningen mellom tilsynsinstansene fylkesmann/fylkeslege.

Enkelte høringsinstanser har påpekt at systemrevisjon bør supplere, men ikke erstatte, dagens inspeksjonstilsyn, mens andre instanser ønsker seg en utvikling av metodikken/innholdet i tilsynet. Departementet forutsatte i høringsnotatet, og forutsetter her i proposisjonen, at tilsynet skal føres som systemrevisjon. Dette for å sikre samordning med øvrige sosiale tjenester og helsetjenesten til beste for brukeren. Denne forutsetningen er ikke til hinder for at departementet ønsker en tilsynsordning i stadig utvikling. Systemrevisjon er en tilsynsmetodikk som gir rom for variasjoner, slik at tilpasning til nye områder og brukere er mulig.

Departementet forutsetter at tilsynsmyndighetene vil utvikle tilsynet etter faglig skjønn innenfor de rammer som gis. Departementet vil på sin side vurdere behov for forskrifter og retningslinjer på området.

Tilsynet bør baseres på internkontroll. Systemrevisjon setter fokus på system og styrker slik rettssikkerheten til brukerne. Full effekt av tilsynsmetodikken får man dersom den kombineres med internkontroll. Internkontroll legger til rette for gjennomføring av systemrevisjon. Et slikt system sikrer kontinuerlig oppfølging best. Videre vil innføring av internkontroll på dette området ytterligere sikre samordning med de øvrige kommunale tjenester etter sosialtjenesteloven som er underlagt tilsyn som forutsettes ført etter systemrevisjonsmetoden.

Departementet skal bemerke at den foreslåtte ordlyden i bestemmelsene om tilsyn og internkontroll (§§ 2–1 og 2–6) ivaretar behovet for konkretisering av myndighetskrav, jf. at ordlyden ikke kun fokuserer på tjenester, men også kommunens virksomhet for øvrig. For å ivareta at bestemmelsene også inkluderer de myndighetskrav som de regionale helseforetak pålegges i § 7–1a, foreslås det en

endring i forhold til forslaget i høringsnotatet, se forslaget til endringer i § 2–4.

Sosialtjenesteloven pålegger de regionale helseforetak myndighetskrav i § 7–1a, hvor det går fram at de regionale helseforetakene skal sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a, samt peke ut institusjoner som kan ta imot rusmiddelmissbrukere etter §§ 6–2, 6–2a og 6–3. Tilsynet med hvordan de regionale helseforetakene oppfyller disse myndighetskravene bør kunne utføres av én fylkesmann i hvert regionalt helseforetak. Derfor foreslås det å ta inn en kompetanseregulering om at Statens helsetilsyn kan gi den enkelte fylkesmann oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke. Det forutsettes at hjemmelen benyttes i samsvar med forutsetningene i proposisjonen her.

Sosialtjenesteloven § 7–10, som regulerer forholdet til private institusjoner som ikke er tatt inn på kommunens planer, foreslås videreført med en del endringer som følger av overføringen av ansvar fra fylkeskommune til kommune. Dette innebærer blant annet at det kan gis forskrifter om at slike institusjoner skal stå under tilsyn etter § 2–6. Det foreslås videre en tilføyelse i forslaget til § 7–10, som sikrer at det tilsvarende kan gis forskrifter om at internkontroll skal føres også i private institusjoner. Rent praktisk får bestemmelsen betydning for private institusjoner som benyttes av kommunen selv om de ikke er tatt inn i kommunens plan, og for private institusjoner som regionalt helseforetak benyttes for å oppfylle sitt sørge-for-ansvar etter § 7–1a.

Det skal bemerkes at sosialtjenesteloven kapittel 6 i hovedsak er å anse som en konkretisering av de generelle tiltak i lovens kapittel 4. Fra Ot.prp. nr. 29 (1990–91) Om lov om sosiale tjenester m.v. s. 162 siteres:

«Rusmiddelmissbrukere vil være en målgruppe også for tiltak etter kapittel 4 og kapittel 5. Imidlertid har departementet funnet grunn til å foreslå en egen hjelpetiltaksbestemmelse for rusmiddelmissbrukere. Også her tas det utgangspunkt i det vanlige tjenestetilbud, men det tas sikte på å gi en nærmere beskrivelse av en del aktuelle særtiltak. Oppregningen er ikke uttømmende.»

Lovens § 6–1, som det her siktes til, viser til sosialtjenesteloven §§ 4–1 og 4–2. Den tilsynshjemmel og den internkontrollhjemmel som er vedtatt for lovens kapittel 4, vil etter departementets syn i praksis fange opp tilsyn/internkontroll med kommunens ansvar etter § 6–1. Lovens §§ 6–2, 6–2a og 6–3 regulerer saksbehandlingen i forbindelse med

vedtak om tilbakehold i institusjon. Etter departementets syn er det også slik sammenheng mellom disse bestemmelser og bestemmelsene i kapittel 4, at hjemlene for tilsyn og internkontroll med kapittel 4 i praksis fanger opp tilsyn med virksomheten etter bestemmelsene i §§ 6–2, 6–2a og 6–3. Med andre ord er det ikke behov for en lovendring for å sikre at tilsynet og internkontrollplikten omfatter §§ 6–1, 6–2, 6–2a og 6–3.

Departementet har likevel kommet til at det er behov for å sikre at tilsynet og internkontrollplikten også omfatter kommunens virksomhet etter de øvrige bestemmelser i kapittel 6, §§ 6–1a og 6–4. Bestemmelsene regulerer pårørendes rett til å be om at det vurderes å fatte tvangsvedtak overfor rusmiddelmissbrukere og, etter forslaget i proposisjonen her, kommunens plikt til å peke ut institusjoner som skal kunne stille som vilkår for inntak at brukeren samtykker i tilbakehold. For de berørte er det like viktig at kommunens virksomhet etter disse bestemmelsene står under tilsyn som at virksomhet etter øvrige bestemmelser gjør det. Pårørendes behov for å sikre sin rettssikkerhet etter § 6–1a er stort. Den pårørende har krav på å få tilbakemelding om at vurdering av tvangsvedtak er foretatt, men kan pga. taushetsplikten ikke få opplysninger om utfallet av vurderingen. En bestemmelse om at kommunens rutiner i forbindelse med § 6–1a-henvendelser skal stå under tilsyn, ville styrke de pårørendes rettssikkerhet. Det er også viktig for rettssikkerheten til brukerne, at det sikres at kommunen har rutiner rundt å peke ut institusjoner som er egnet til å kunne stille som vilkår for inntak at det samtykkes i tilbakehold. Et slikt vilkår innebærer en inngripen i brukerens personlige frihet, og brukerens rettssikkerhet må derfor sikres best mulig.

For ikke å gjøre bestemmelsene i §§ 2–1 og 2–6 unødig kompliserte, foreslås det å endre ordlyden i bestemmelsene slik at de, i tillegg til kapitlene 4, 6A og 7, også viser til hele kapittel 6, og ikke kun til §§ 6–1a og 6–4. Med dette unngår vi tolkningstvil om fylkesmannens tilsynsansvar for virksomhet etter kapittel 6.

For ytterligere å sikre brukernes rettssikkerhet, herunder sammenheng i regelverket, opprettholder departementet forslaget om å samordne også fylkesmannens tilsyn med institusjoner som tar i mot rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a (tvang) med tilsynet med andre tjenester etter sosialtjenesteloven. Lovteknisk foreslås endringen gjennomført ved å flytte hjemmelen for tilsyn fra § 7–9 til § 2–6 i sosialtjenesteloven. Hjemmelen til å gi nærmere bestemmelser om tilsynet vil gjelde tilsvarende. I utgangspunktet forut-

settes det at tilsynet skal føres etter systemrevisjonsmetoden. Plikten til internkontroll utvides tilsvarende. Også i forhold til disse tjenestene vil systemrevisjonen og internkontrollens fokus på system bidra til å styrke rettssikkerheten til brukerne. Videre sikres god samordning med fylkeslegens tilsyn etter helselovgivningen. Det er spesielt viktig på dette området, i og med at man i institusjoner som tar imot rusmiddelmissbrukere etter tvangsvedtak, til dels opererer med tilsyn både fra fylkesmannens og fylkeslegens side i samme institusjon (se nærmere om dette i Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) kapittel 4.3.3), og fordi samordning i seg selv kan føre til et grundigere og bedre tilsyn til beste for brukeren. Statens helsetilsyn peker på at man fortsatt vil ha parallelle lovhjemler for tilsyn med disse tjenestene, jf. henvisningen til Ot.prp. nr. 3 (2002–2003). Dette er riktig. På den annen side legges det i proposisjonen her til rette for samarbeid

ved at det legges opp til felles tilsynsmetodikk. Samordningen av fylkesmann og fylkeslege legger også til rette for samordning av tilsynet. Spørsmål rundt en ytterligere samordning av fylkeslegens og fylkesmannens tilsyn, løses ikke ved denne reformen.

Statens helsetilsyn skriver i sin uttalelse at Helsetilsynet er usikker på om systemrevisjon er egnet til å ivareta rusmiddelmissbrukerens individuelle rettssikkerhet i forbindelse med oppfølging av tvangsvedtak. Departementet skal bemerke at ordningen med fylkesnemndsbehandling ivaretar rettssikkerheten på området. Departementet skal også bemerke at systemrevisjon kan utvikles for å tilpasse behovene, og departementet forutsetter at tilsynsmyndighetene vurderer nødvendigheten av å på dette området foreta en tettere oppfølging av de enkelte brukere, enn det som ellers er naturlig og vanlig etter systemrevisjonsmetodikken.

7 Organisering og gjennomføring av kommunal overtakelse

7.1 Innledning

Dagens system med tre forvaltningsnivåer ivaretar ikke hensynet til helhet i behandlings- og tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere. Overføring av en del av det fylkeskommunale ansvaret til kommunene, vil i praksis si at man får samme opplegg for rusmiddelmisbrukere som for andre innbyggere med behov for helse- og sosialtjenester. Ved valg av modell for gjennomføring av reformen må ansvaret tydeliggjøres, og virkemidlene tilpasses dette. Dette gjelder også for de private institusjonene og kommunenes bruk av disse.

Departementet foreslår at kommunene overtar fylkeskommunenes ansvar for å sørge for institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere. Kommunens ansvar kan oppfylles ved at de etablerer og driver egne institusjoner, eller ved at flere kommuner samarbeider om etablering og drift av institusjoner. Kommunen kan også ivareta sitt ansvar gjennom avtale om kjøp av plasser i private institusjoner eller i institusjoner eid av andre kommuner.

Etter forslaget skal kommunene overta ansvaret for eierskap til og drift av fylkeskommunalt eide institusjoner.

Reformen omfatter også forholdet til andre, det vil i praksis si private, institusjoner som har avtaler med fylkeskommunen om kjøp eller drift av plasser – institusjoner som gjennom avtale står på fylkeskommunal plan. I høringsnotatet ble det skissert en løsning der kommunene trer inn i avtaler som fylkeskommunene i dag har med disse institusjonene. Sosialdepartementet har i forbindelse med arbeidet med denne proposisjonen vurdert andre løsninger som kan bidra til å sikre et godt privat institusjonstilbud.

7.2 Institusjoner som berøres av forslaget

En foreløpig kartlegging viser at det er til sammen drøyt 80 institusjoner beliggende i rundt 50 kommuner som er tatt inn på en eller flere fylkeskommunale planer. Mellom 25 og 40 institusjoner som

driver spesialiserte sosiale tjenester og/eller omsorgstjenester, omfattes av forslagene i denne proposisjonen (Rusreform II). Av disse er 7–12 institusjoner fylkeskommunalt eide, og 18–28 institusjoner privat eide med avtale med fylkeskommunen om kjøp eller drift av plasser.

Det endelige tallet på institusjoner som omfattes av reformen, avhenger av avklaringer i forhold til hvilke institusjoner som skal overføres til staten gjennom Rusreform I. Helsedepartementet gjennomfører nå, i samarbeid med Sosialdepartementet, en kartlegging for blant annet å avklare institusjonenes tilknytning.

Rundt 1/3 av de aktuelle institusjonene er eid av Oslo kommune eller blir drevet av private som har avtale med Oslo kommune. Oslo står i en særstilling som fylkeskommune og kommune. Institusjonene som Oslo kommune eier eller har avtale med, vil derfor i liten grad påvirkes av reformen. Dette vil også gjelde for avtaler Oslo kommune har inngått med privat eide institusjoner.

Private institusjoner som ikke er tatt inn i fylkeskommunal plan, omfattes ikke av forslaget. Disse vil som i dag fritt kunne inngå avtale om salg av plasser til kommunene. Enkelte av disse institusjonene får i dag tilskudd over Statsbudsjettet. Det forutsettes at disse institusjonene skal ivaretas minst like godt som i dag.

7.3 Alternative modeller for gjennomføring av reformen

Rusreform II innebærer at kommunene i sin helhet overtar ansvaret for å sørge for spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere fra fylkeskommunene. Etter dette vil kommunene ha et samlet ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere med unntak av de spesialiserte helsetjenestene. Kommunene må vurdere sitt tjenestebehov og skaffe nødvendig tilbud, enten dette er i egen regi eller ved at de inngår avtaler med andre kommuner eller private institusjoner.

Kommunene vil generelt også måtte synliggjøre hvordan de har tenkt å løse ansvaret for å skaffe til veie tilbud til sine rusmiddelmisbrukere gjennom kommuneplan og årlig økonomiplan/budsjett.

Det vil bli vurdert om fylkesmannen, ved gjennomgang av kommunenes budsjett- og økonomiplaner, spesielt skal se på hvordan kommunene løser sitt nye ansvar.

Eierskapet til de fylkeskommunale institusjonene foreslås overført fra fylkeskommunene til kommunene.

For andre institusjoner vil ikke reformen medføre en endring i eierforhold, men institusjonene vil måtte inngå avtale med den enkelte kommune om bruk av plasser, og ikke fylkeskommunen som i dag. Andre institusjoner omfatter i prinsippet alle andre eiere enn fylkeskommunen. I praksis dreier det seg om private eiere. Det gjøres likevel oppmerksom på at det som i det følgende sies om private institusjoner også gjelder for eksempelvis kommunale institusjoner.

Når det gjelder valg av modell for gjennomføring av reformen, finner Sosialdepartementet det hensiktsmessig å skille mellom fylkeskommunalt eide institusjoner og institusjoner som eies av andre (private), men som har avtale om drift eller kjøp av plasser.

7.3.1 Fylkeskommunalt eide institusjoner

Etter Sosialdepartementets vurdering er det to hovedalternativer for kommunal overtakelse av fylkeskommunalt eide institusjoner:

Alternativ 1 Vertskommunen overtar

Eierskapet til fylkeskommunale institusjoner overtas av den kommunen hvor institusjonen er lokalisert.

Alternativ 2 Brukerkommunene overtar

Eierskapet til fylkeskommunale institusjoner overtas av kommuner som har mange brukere i en institusjon. Dette vil særlig gjelde store kommuner.

Kommuner som overtar institusjoner pålegges i begge alternativene å stille plasser til rådighet for andre kommuner.

7.3.1.1 Høringsinstansenes syn

Av de instanser som har uttalt seg positivt til en kommunal modell mener de fleste at alternativ 2, at brukerkommunene bør overta fylkeskommunalt eide institusjoner, er den beste modellen. *Stavanger kommune* uttaler:

«Stavanger kommune gir sin prinsipielle tilslutning til at brukerkommunene, herunder storby-

ene, overtar ansvaret for spesialiserte sosiale tjenester og i den forbindelse overtar alle fylkeskommunale formuesposisjoner som er knyttet til virksomheten, og at overføringen skjer vederlagsfritt.»

Fra *Bærum kommune* siteres følgende vedrørende valg av modell for kommunal overtakelse:

«Bærum kommune er meget godt fornøyd med departementets forslag om å gi brukerkommunene anledning til å overta fylkeskommunale institusjoner og å inngå driftsavtaler med de private behandlingstiltakene. Det åpner for å kunne utvikle en mer helhetlig og sammenhengende rustjeneste som også kan bli mer kostnadseffektiv.»

Fylkesmannen i Vest-Agder uttaler:

«Fylkesmannen er enig med departementet i at hensynet til den helhetlige tiltakskjeden gjør at alternativ 2 ved at brukerkommunen overtar ansvar for institusjonene anbefales. Alternativ 1 vil kunne bety at små kommuner vil bli pålagt å overta store institusjoner som vil innebære et betydelig ansvar som kan være vanskelig å ivareta på en god måte.

En forutsetning for å velge alternativ 2 er at departementet er oppmerksom på at brukerkommunene kan komme til å benytte alle plassene selv, slik at andre kommuner får et dårligere tilbud enn i dag. Spørsmålet om hvordan man kan sikre alle kommuner som har behov for institusjonsplasser tilgang til disse, må utredes. Alternativ 2 vil etter fylkesmannens mening være den modellen som best kan ivareta institusjonen ved interkommunalt samarbeid.»

Fra *Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere* siteres følgende om deres syn på hvilken kommune som bør overta driftsansvaret:

«I forhold til eierskap mener FO den beste løsningen vil være at brukerkommunene overtar ansvaret for institusjonene. Det er naturlig at det er de kommunene som har mest behov for institusjonsplassene som har størst interesse av at disse opprettholdes og drives best mulig. En del institusjoner ligger i små kommuner, hvor det vil være et stort finansielt og administrativt ansvar for vertskommunen å overta ansvaret.»

Helse Nord RHF skriver imidlertid følgende om valg av modell for kommunal overtakelse:

«Når det gjelder modeller for kommunal overtakelse av institusjoner anbefales alternativ 1 der vertskommunen til fylkeskommunale institusjoner overtar institusjonene. Dette vil sikre nærhet til institusjonen, og gi bedre mulighet til ef-

fektiv drift ved å samordne driften med annen kommunal virksomhet. Det sikres også større forutsigbarhet i planlegging og drift av institusjonen der hvilke kommuner som kjøper plasser kan variere over tid.»

7.3.1.2 Departementets vurderinger og forslag

Forslaget om at vertskommunen bør overta ansvaret for drift av fylkeskommunalt eide institusjoner vil for små kommuner kunne innebære et betydelig faglig og administrativt ansvar som kan være vanskelig å ivareta på en god måte. Løsningen vil heller ikke nødvendigvis være den beste i forhold til målsettingen om en helhetlig tjenestekjede for brukerne, da disse i stor grad hører hjemme i større kommuner. Dette er også høringsinstansenes syn.

Departementet vil derfor foreslå at eierskap til fylkeskommunale institusjoner overtas av kommuner som har mange brukere i en institusjon. Dette vil gjennomgående gjelde de større kommunene. I forbindelse med kartleggingen av hvilke institusjoner som omfattes av henholdsvis Rusreform I og II, vil departementet også kartlegge hvilke kommuner som er aktuelle i forhold til å overta eierskapet til de fylkeskommunale institusjonene.

Departementet legger til grunn at de aktuelle brukerkommuner vil være interessert i å overta institusjonene og at overtakelsene i utgangspunktet skjer på frivillig basis. Rent teknisk vil det være nødvendig med en beslutning fra departementet om hvilken kommune som skal overta en institusjon, jf. overgangsbestemmelsen nr. 3.

Dersom det ikke er mulig å få til en frivillig overtakelse, vil departementet kunne pålegge en eller flere kommuner å overta ansvaret.

For enkelte institusjoner vil det kunne være flere kommuner som i dag er store brukere av institusjonen. For disse vil det ikke være gitt hvilken kommune som bør overta ansvaret. Ett alternativ kan være at kommuner i fellesskap kan overta ansvaret for en institusjon (interkommunalt samarbeid). Ovennevnte kartlegging vil vise om dette er aktuelt. I så fall må et interkommunalt ansvar avtales, finansieringsansvaret må avklares og inntaksbestemmelser for andre kommuners bruk av institusjonen må etableres. Departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tilstrekkelig kapasitet i institusjonstjenesten, jf. forslaget § 7–3.

Som det er påpekt i enkelte høringsuttalelser, kan kommuner som overtar eierskap til fylkeskommunale institusjoner, velge å bruke alle plassene for å dekke egne behov, slik at andre kommuner får et dårligere tilbud enn i dag. Sosialdepartemen-

tet mener det er viktig at en i omleggingen også sikrer andre kommuner nødvendig tilgang til institusjonsplasser.

Små kommuner kan eventuelt i samarbeid med andre kommuner, inngå avtale om kjøp av plasser fra kommunen som overtar en institusjon. Kommunene Frosta, Levanger og Verdal trekker i sin høringsuttalelse fram at det er nødvendig at små kommuner har et interkommunalt samarbeid på feltet, og at dette er et initiativ kommunene selv må ta.

Hensynet til andre kommuners behov for plass vil kunne sikres gjennom at den kommune/kommuner som overtar en institusjon skal utarbeide regler for inntak i institusjon, jf. § 7–6 første ledd.

Kommuner som overtar fylkeskommunalt eide institusjoner vil i tillegg bli bedt om å utarbeide en institusjonsplan som beskriver institusjonens faglige innhold, kapasitet samt inntaksreglement, jf. kapittel 7.4.3.1. Institusjonsplanen bør også beskrive hvor mange plasser som kan benyttes av andre kommuner. Dette må gjøres kjent, slik at andre kommuner er informert om hvor de kan henvende seg for kjøp av plass.

Etter departementets mening vil dette være tilstrekkelig for å sikre at også de kommuner som ikke overtar institusjoner kan dekke sine behov for institusjonsplasser og dermed oppfylle sitt sørgefor-ansvar.

7.3.2 Andre (private) institusjoner som har avtaler med fylkeskommunen om kjøp eller drift av plasser

Fylkeskommunene har i dag avtaler med om lag 18 private institusjoner som omfattes av omleggingene i Rusreform II. I tillegg har de avtaler med ytterligere 10 private institusjoner som har et tilbud som ligger i gråsonen mellom Rusreform I og Rusreform II, og der ansvars plasseringen foreløpig er uklar. Dette vil bli nærmere avklart i den pågående kartleggingen som er satt i gang som følge av Stortingets vedtak i forbindelse med Rusreform I.

Flere fylker kan ha avtale med samme institusjon. En foreløpig oversikt over de fylkeskommunale avtalene viser at de fleste avtalene vil utløpe eller vil kunne sies opp slik at de utløper senest 1. januar 2006.

Sosialdepartementet har vurdert to alternative løsninger for avtalene. I praksis dreier det seg om avtaler med private institusjoner, og omtalen nedenfor er derfor konsentrert om disse. Det gjøres likevel oppmerksom på at omtalen i det følgende prinsipielt vil omfatte alle institusjoner som via avtale står på fylkeskommunens plan, herunder også for eksempel kommunale institusjoner. I vurderin-

gene er det tatt hensyn til kommunenes nye ansvar, deres behov for plasser, institusjonenes behov for forutsigbarhet og behovet for å sikre en helhetlig og sammenhengende tjenestekjede.

7.3.2.1 Kommunene overtar avtalene

I høringsnotatet var det foreslått en modell der kommunene trer inn i de fylkeskommunale avtalene med institusjonene, sammenlignbart med det opplegg som foreslås for de fylkeskommunalt eide institusjonene. Dette vil innebære at kommunene trer inn i avtalene for resten av avtaleperioden. Deretter vil avtalene evt. måtte reforhandles. Flere kommuner kan tre inn i avtaler som en eller flere fylkeskommuner har med en institusjon, eller én kommune (for eksempel den som bruker flest plasser ved institusjonen) kan overta alle avtalene.

Opplegget vil sikre institusjonenes drift i avtaleperioden. Opplegget vil imidlertid ikke sikre en likebehandling av de private institusjonene siden avtalenes innhold og varighet varierer mellom institusjoner og mellom fylker. I tillegg vil en institusjon kunne ha avtaler med flere fylkeskommuner, varierende i innhold og tid. Det vil være svært vanskelig å sikre en fornuftig overføring til kommunene av ansvaret for flere avtaler med ulikt innhold.

Dette opplegget vil etter departementets vurdering være komplisert, fordi det forutsetter at enkelte kommuner pålegges å gå inn i flere ulike typer avtaler med ulik varighet. Avtalene vil uansett etter relativt kort tid måtte reforhandles. Ved reforhandling av avtaler vil regelverket for offentlige anskaffelser komme inn, noe som ikke nødvendigvis vil sikre de aktuelle institusjoner en videreføring av dagens avtaler. I tillegg må kommuner som ikke overtar avtaler sikres tilgang. Dette kan skje ved at de inngår avtaler med kommuner som pålegges å gå inn i de eksisterende avtalene. Sosialdepartementet vurderer dette som svært lite hensiktsmessig. Ordningen vil forutsette kompliserte finansieringsløsninger og innebære betydelige administrasjonskostnader for kommunene.

7.3.2.2 Staten trer inn i avtalene

I prinsippet bør det være opp til den enkelte kommune å vurdere hvilket tiltak som er best egnet for å ivareta behovene. I stedet for at kommunene trer inn i fylkeskommunenes avtaler med de private institusjonene, bør avtalene, så langt det er mulig, utvikles når det fylkeskommunale ansvaret bortfaller, slik at institusjonene og kommunene står fritt til å inngå nye avtaler. Samtidig bør de private institusjonene likestilles uavhengig av eksisterende avtalers varighet. I praksis betyr dette at eksisterende

avtaler som utløper innen 1. januar 2004 ikke reforhandles. For avtaler som løper utover 1. januar 2004 foreslås det at staten, som en overgangsordning, trer inn i avtalene. Det forutsettes at avtalene sies opp av fylkeskommunen snarest mulig etter at Stortinget har behandlet dette lovforslaget, jf. det forhold at fylkeskommunens ansvar på området etter forslaget vil opphøre 1. januar 2004. Under 7.4.3.2 gis en omtale av de økonomiske overgangsordningene. Etter overgangsperioden vil alle institusjoner kunne selge plasser til de kommuner som har behov for et slikt tilbud. Sosialdepartementet vil anbefale dette alternativet, fordi det i større grad vil sikre likebehandling av institusjonene og være enklere å administrere. Kommunene vil gjennom denne ordningen i prinsippet allerede fra 1. januar 2004 stå fritt når det gjelder avtaleinngåelse med private institusjoner.

7.3.3 Konklusjon

Sosialdepartementet foreslår at eierskapet til de fylkeskommunale institusjonene overtas av kommuner som har mange brukere i institusjonene.

For å sette kommunene og institusjonene i stand til å tre inn i de nye rollene, vil departementet anbefale en økonomisk overgangsordning på to år, jf. omtale under 7.4 Finansieringsordninger. I innretningen av de økonomiske virkemidlene vil man også ta hensyn til kommunenes behov for administrativ kapasitet. I overgangsperioden kan kommunene som overtar en institusjon og de privat eide institusjonene fritt inngå nye avtaler. Fylkeskommunenes avtaler med de private institusjonene utvikles så langt det er mulig innen 1. januar 2004. I de tilfeller der avtaleperioden går utover dette tidspunktet, foreslås det at staten trer inn som avtalepart.

7.4 Finansieringsordninger

Omleggingen fra fylkeskommunalt til kommunalt ansvar slik reformen legger opp til, innebærer at midler fylkeskommunene nytter til drift av fylkeskommunalt eide institusjoner, samt midler som nyttes til kjøp/drift av privat eide institusjoner overføres fra fylkeskommunen til kommunene. Departementet har vurdert to hovedmodeller for en framtidig og langsiktig finansieringsordning:

- statlig øremerket tilskudd enten til kommunene, til dagens institusjoner eller en statlig refusjonsordning
- midler overføres til kommunene gjennom det ordinære rammetilskuddet etter nøklene i inntektssystemet

7.4.1 Høringsinstansenes syn

Et flertall av høringsinstansene som uttaler seg om finansieringsordningene, støtter departementets forslag om at en rammefinansiering på sikt vil være den beste løsningen. *Asker kommune* uttaler:

«Finansiering over rammetilskuddet er en ordning som ivaretar hensikten med reformen – en valgfrihet til å bygge et helhetlig tjenestetilbud basert på nærhet til brukerne og de behov som 1. linjen i kommunene har kunnskap om. Likevel er det sårbarhetsfaktorer ved denne type finansiering. Det er ikke gitt at rusmisbrukere og deres pårørendes behov er noe som vurderes nødvendig å prioritere – dersom det ikke legges klare føringer på det. I en slik situasjon med dårlig økonomi må det sikres at rustjenesten ikke reduseres.»

Fra *Fredrikstad kommune* siteres følgende når det gjelder valg av langsiktig finansieringsordning:

«Etter departementets vurdering vil ulike former for øremerkede tilskudd gi uheldige vridningseffekter og bl.a. svekke kommunenes styringsmuligheter. Departementet anbefaler en finansiering basert på rammeoverføring. Under forutsetning av at dette også gir kommunene et tilstrekkelig finansieringsgrunnlag i fremtiden finner vi dette som en god ordning. En viktig forutsetning for dette er at det bebudede arbeid med gjennomgang av kriteriene i dagens inntektssystem i forhold til områdene rus og psykiatri gjennomføres.»

Drammen kommune trekker den konklusjon at en statlig refusjonsordning må være den beste løsningen:

«Kommunen vil med denne ordningen få tilskudd som står i samsvar med de faktiske kostnadene hver kommune har. Staten vil også få en langt bedre oversikt over behovet og hvilke typer institusjoner som blir benyttet. Faren departementet peker på i forhold til at kommunene da vil stimuleres til å kjøpe institusjonsplasser framfor å utvikle egne tiltak ansees ikke å være reell. Kommunene vil til enhver tid være avhengig av å opprette lokale tiltak for de rusmiddelmisbrukerne som ikke har behov for institusjonsplass og for de som har vært i behandling, men trenger lokal oppfølging senere.»

7.4.2 Departementets vurderinger og konklusjon

Valg av finansieringsform må avspeile det kommunale ansvaret og sikre brukerne et best mulig tjenestetilbud.

Etter departementets vurdering bryter forslaget om en permanent statlig øremerket tilskuddsordning til kommunene, institusjonene, eller en statlig refusjonsordning, med målet om at kommunene skal ha et ansvar for et helhetlig og sammenhengende tilbud til rusmiddelmissbrukere. Kommunenes valgfrihet vil bli svekket, noe som bl.a. kan føre til at de i stedet for å bygge opp et helhetlig tilbud, velger de tiltak og institusjoner som på grunn av finansieringsordningene blir billigst, uavhengig av kvaliteten på tilbudet. Etter departementets syn vil dette alternativet bidra til å sementere eksisterende institusjonsstruktur og skape lite rom for nye løsninger. En statlig refusjonsordning vil i tillegg være avhengig av en overslagsbevilgning, som vil innebære manglende kostnadskontroll.

Ut fra ovennevnte målsetting finner ikke departementet å kunne anbefale en øremerket finansieringsordning som langsiktig løsning.

Departementet mener at en innlemming i rammetilskuddet til kommunene vil være den beste løsningen. Denne finansieringsformen vil synliggjøre kommunenes ansvar, samtidig som kommunenes handlefrihet blir ivarettatt ved at de kan velge tiltak ut fra hva som er mest aktuelt for brukeren. Kommunen vil kunne velge om de ønsker å etablere egne tilbud eller kjøpe plasser i eksisterende institusjoner.

For å skape reell valgfrihet legger departementet til grunn at når midler legges inn i det generelle rammetilskuddet til kommunene, vil departementets regulering av kommunenes egenandel for opphold i institusjon for rusmiddelmissbrukere falle bort. Kommunene som driver institusjoner og de privat eide institusjonene vil da fritt kunne inngå avtaler med de øvrige kommunene om bruk av plasser til ordinær pris.

Som omtalt flere steder i proposisjonen er det i gang et arbeid som har som formål å undersøke om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar at kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri varierer. Resultatene vil bli presentert i kommuneproposisjonen for 2004.

7.4.3 Overgangsordninger

For å sikre videre drift av fylkeskommunalt eide institusjoner og tilstrekkelig kapasitet og videreføring av institusjonstilbud i en omstillingsfase, er det etter departementets vurdering behov for en overgangsordning. Ordningen må utformes slik at de private institusjonene og kommunene sikres nødvendig tid for omstilling til det nye systemet.

Sosialdepartementet foreslår at midler til drift av institusjonsplasser i en overgangsperiode på to

år finansieres i form av et øremerket driftstilskudd. Deretter legges midlene inn i rammetilskuddet til kommunene, og fordeles etter nøklene i inntektssystemet. Forslaget innebærer at den øremerkede bevilgningen fordeles både til kommuner som overtar ansvaret for fylkeskommunalt eide institusjoner, og til andre (private) institusjoner som har avtale med fylkeskommunen(er) om kjøp eller drift av plasser.

Departementet vil i overgangsperioden regulere nivået for den kommunale egenbetalingen for bruk av de plassene som mottar øremerket driftstilskudd. Departementet vil vurdere om dette bør gjelde også for institusjoner som i dag får statlig støtte over statsbudsjettet. Nivået på den kommunale egenandelen vil ikke bli vesentlig annerledes enn det som er i dag. Dette begrunnes med at de midler som trekkes ut fra fylkeskommunene vil være fylkeskommunenes netto utgifter til drift av institusjonene.

7.4.3.1 Kommuner som overtar fylkeskommunalt eide institusjoner

Sosialdepartementet foreslår at kommuner som overtar eierskap til en fylkeskommunal institusjon i overgangsperioden, får tildelt et tilskudd tilsvarende fylkeskommunens netto driftsbudsjett til institusjonen, øremerket til drift av institusjonen i to år. Formålet med bevilgningen er å sette kommunene i stand til å overta driftsansvaret. I forbindelse med dette vil kommuner som overtar fylkeskommunalt eide institusjoner bli bedt om å utarbeide en institusjonsplan som beskriver institusjonenes faglige innhold, kapasitet samt inntaksreglement. Institusjonsplanen bør også beskrive hvor mange plasser som kan benyttes av andre kommuner. Dette må gjøres kjent, slik at andre kommuner er informert om hvor de kan henvende seg for kjøp av plass. Når midlene etter to år legges inn i inntektssystemet, forutsettes kommunene å videreføre driften innenfor egne rammer. Eierkommunene vil etter overgangsperioden ha adgang til å selge plasser til andre kommuner til ordinær pris.

7.4.3.2 De private institusjonene

De private institusjonene, og eventuelle andre, for eksempel kommunale, som har avtaler med fylkeskommunene og slik har innpass på fylkeskommunal plan, vil etter dette forslaget i to år få et øremerket tilskudd til drift av de plassene der det foreligger avtale med fylkeskommunene. Dermed vil slike institusjoner som har avtale med fylkeskommunen sikres midler til videre drift i to år uavhengig av om avtalen utløper i løpet av denne tiden. Tilskuddet

overføres direkte til institusjonen på bakgrunn av dokumenterte utgifter. I overgangsperioden plikter de private institusjonene å drive videre de plassene som det mottas statlig driftstilskudd til. Den kommunale egenandelen opprettholdes. Det vil si at departementet i overgangsperioden fastsetter beløpet kommunene skal betale for opphold i de institusjonene som mottar statlig driftstilskudd.

Avtaler fylkeskommunene har med de private institusjonene og som utløper 1. januar 2004 vil ikke bli fornyet. Departementet vil også anmode fylkeskommunene om å si opp avtaler slik at de utløper etter endt oppsigelsestid. Staten vil tre inn i de avtaler som foreligger ved ikrafttreddelsen av reformen, jf. kapittel 7.3.2.2.

I forhold til avtaler som måtte løpe utover 1. januar 2006, vil departementet komme tilbake til forskrifter knyttet til kommunal og statlig finansiering.

7.4.3.3 Oslo er i en særstilling

Oslo kommune er i en særstilling i forhold til denne reformen som fylkeskommune og kommune. Departementet vurderer det som lite hensiktsmessig å skulle trekke ressurser ut fra rammene til Oslo fylkeskommune, for deretter å fordele dem ut igjen til institusjoner som Oslo kommune i dag benytter. For Oslo kommunes vedkommende vil reformen innebære at kommunen i praksis overtar ansvaret for fylkeskommunale institusjoner og avtaler med private om kjøp av plasser, uten at staten går inn og sikrer en midlertidig finansiering. Det forutsettes videre at Oslo kommune overtar de avtalene Oslo fylkeskommune har med de private institusjonene. For Oslos vedkommende kan man si at forslaget til omlegging som er lagt til grunn i denne proposisjonen i stor grad er gjennomført. Departementet ser det derfor som lite hensiktsmessig å gripe inn i Oslos valg av løsning, og anbefaler at Oslo holdes utenfor den foreslåtte overgangsordningen.

7.5 Oppfølging

Departementet vil i overgangsperioden utarbeide et evalueringsopplegg. Det er viktig at staten har den nødvendige oversikt over resultatene av reformen. Dette gjelder kommunenes etterspørsel etter og bruk av plasser i de ulike institusjonene, og særlig ved de private eide institusjonene. Men det vil også gjelde kommunenes oppbygging av egne tiltak. Det vil bli vurdert å be fylkesmennene om spesielt å se på kommunenes økonomiplaner og redegjøre for hvordan kommunene planlegger å oppfylle sitt

sørge for ansvar. Departementet vil gjennom de årlige budsjettframlegg orientere Stortinget om utviklingen på feltet.

Statens institutt for rusmiddelforskning (SI-RUS) har utarbeidet en internettside som gir en landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmisbrukere. Nettsiden er et tilbud til ansatte i helse- og sosialsektoren med oppgave å formidle rusmiddelmisbrukere til behandlings- og omsorgstiltak. Denne vil utvikles videre. Blant annet arbeides det med mulighetene for å legge inn opplysninger om hvilke institusjoner som til enhver tid har ledige plasser.

7.6 Vridningseffekter

Det vises til generell omtale av problematikken vridningseffekter i kapittel 2.1.3 foran.

Som følge av forslaget om kommunal overtakelse av restansvaret fylkeskommunen i dag har, kan det oppstå utilsiktede vridningseffekter i forhold til spesialisthelsetjenestene.

Stortinget vedtok 28. januar 2003 Rusreform I, som omhandler statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere. Kommunen vil ikke bli pålagt å betale egenandel ved bruk av spesialiserte helsetjenester. Dette kan gi økt press på disse tjenestene. Mulige tiltak for å unngå vridningseffekter som vil bli vurdert er:

- Innføring av klarere kriterier for tiltak som går inn under begrepet spesialiserte helsetjenester og som omfattes av Rusreform I.
- Definere inntaksbestemmelser for langtidsopphold for rusmiddelmisbrukere, så som henvisningsplikt og krav til individuell plan, jf. spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven.
- Vurdere betalingsplikt for pasienter som er ferdigbehandlet i institusjon under spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift 16. desember 1998 nr. 1447 om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter.

8 Rettslig grunnlag for kommunal overtakelse

8.1 Innledning

Departementet har i høringsnotatet foreslått at overgangsbestemmelsene skal følge de samme prinsipper som overgangsbestemmelsene i sykehusreformen og Rusreform I. Svært få av høringsinstansene har hatt merknader til at disse prinsippene legges til grunn.

Departementet opprettholder i hovedsak forslaget om at de samme prinsippene som er nevnt ovenfor skal legges til grunn ved kommunenes overtakelse av institusjoner etter forslaget i denne proposisjonen. De viktigste spørsmålene knyttet til organisering og gjennomføring av kommunal overtakelse gjennomgås nedenfor.

Den rettslige problemstillingen som særlig er aktuell, er om det uten videre kan kreves at fylkeskommunene overdrar til kommunen de formuesposisjonene som er knyttet til de institusjoner (eller deler av institusjoner) som kommunen skal overta. Eksempel på slike formuesposisjoner er eiendomsrett til bygninger og avtalte rettigheter og plikter knyttet til institusjonen. Videre er spørsmålet om fylkeskommunene kan kreve at kommunen gir vederlag for formuesposisjonenes eventuelle økonomiske verdi. Departementet er kommet til at kommunen ved lov, og uten hinder av Grunnloven § 105, kan overta fylkeskommunens aktiva knyttet til de institusjoner og tjenester som overføres, i alle fall når den samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld og andre forpliktelser som er tilknyttet virksomheten som overføres. Dette gjelder uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen. Stortinget har vurdert dette spørsmålet i forbindelse med behandlingen av sykehusreformen, og tilsvarende ble lagt til grunn i forbindelse med Rusreform I. Det samme må gjelde i forhold til fylkeskommunal virksomhet som overføres i henhold til dette forslaget.

Det er en forutsetning for kommunal overtakelse av de fylkeskommunale institusjonene at overtakelsen skjer ved et lovvedtak. Det må omfatte omfanget av overtakelsen av formuesposisjoner, det vil si hvilke rettigheter og plikter kommunen skal overta. Det vises til foreslåtte endringer i sosialtjenesteloven og overgangsbestemmelsene.

8.2 Eierskapsovertakelse – omfanget av den kommunale overtakelsen

For å kunne drive de institusjonene og utføre de oppgavene som i denne proposisjonen foreslås overført til kommunene, vil de få behov for et tilsvarende produksjonsapparat som fylkeskommunene har i dag. Fylkeskommunene vil bli fritatt fra sitt ansvar og derved ikke ha behov for å nytte disse innsatsfaktorene tilsvarende. Omfanget av overtakelsen bestemmes av omfanget av de tjenestene som foreslås flyttet fra fylkeskommunen til kommunene, og det blir igjen bestemmende for om hele eller deler av fylkeskommunale institusjoner overføres. I utgangspunktet må kommunene få rett og plikt til å overta virksomheten med de rettigheter og plikter som er knyttet til den. Hvilke konkrete formuesposisjoner dette gjelder, omfang og kvalitet, vil variere, men departementet legger til grunn at virksomhetene skal overtas slik de er i dag.

Når en formuesgjenstand er knyttet til virksomheten, er det naturlig å gå ut fra at fylkeskommunen har funnet det nødvendig og hensiktsmessig å knytte den til virksomheten av hensyn til tjenesten. Disse investeringene er offentlig finansiert og foretatt med det formål å yte sosiale tjenester til befolkningen. Eventuelt kan private personer eller organisasjoner ha stilt midler til rådighet til formålet. Uansett er beslutningen om å stille formuesposisjonene til rådighet for virksomhetene tatt på grunnlag av en vurdering av befolkningens behov for og ønsker om tjenesten. Når de demokratiske myndighetene i fylkeskommunen enten konkret har vurdert at visse formuesgjenstander bør knyttes til en virksomhet innenfor sosialtjenesten, eller har unnlatt å knytte dem til annen virksomhet, ville det ikke være riktig å overprøve denne vurderingen i forbindelse med endring i eierskapet innenfor offentlig sektor. Behovene til de som mottar tjenestene endrer seg ikke fordi om eierskapet går over til kommunen. Det er derfor etter departementets oppfatning ikke grunn til å foreta en ny eller annerledes vurdering av hvilke formuesgjenstander som bør knyttes til de enkelte virksomhetene, selv om det foretas et eierskifte fra et offentlig nivå til et annet.

Det vil kunne anføres at en del formuesgjenstander som er knyttet til virksomhetene har en al-

ternativ økonomisk interesse for fylkeskommunen, at fylkeskommunen bør ha mulighet til å utnytte disse verdiene og at det ikke er rimelig at kommunen skal overta dem med mindre de er av vesentlig betydning for driften av virksomheten. Som eksempel kan særlig nevnes boliger for ansatte i de aktuelle virksomhetene, og barnehager og fritidssteder anskaffet for de ansatte. Dette er formuesgjenstander som fylkeskommunen har investert i av personalpolitiske årsaker. De er viktige virkemidler i arbeidet med å rekruttere personell og beholde dette i fremtiden. Dersom fylkeskommunen har sett det som nødvendig å investere i slike personalpolitiske tiltak for å sikre virksomheten tilstrekkelig gode innsatsfaktorer, vil disse tiltakene etter departementets oppfatning være like nødvendige for virksomheten – og for innbyggerne som har behov for de tjenester som overføres – selv om virksomheten skifter eier. Av hensyn til de innbyggerne kommunen skal sørge for tjenester til, foreslås det derfor i overgangsbestemmelsene nr. 3 at kommunen overtar også slike formuesgjenstander.

For en del av de aktiva som er knyttet til virksomhetene, vil det kunne anføres at tilknytningen har skjedd mer eller mindre tilfeldig, ikke ut fra virksomhetsmessige vurderinger, men på grunn av den måten den enkelte fylkeskommunen har valgt å organisere sin totale virksomhet på. I slike tilfeller kan det være historiske årsaker for tilknytningen. Som eksempel kan nevnes at store tomtearealer i form av landbruksareal eller skog kan være knyttet til enkelte institusjoner. Dersom størrelsen på arealet langt overstiger fremtidig behov knyttet til de aktuelle tjenestene, herunder for eksempel utbyggingsbehov eller rekreasjonsbehov – inklusive behov for stillhet eller naturskjønne omgivelser – som brukerne kan tenkes å ha, ser departementet ikke bort fra at det kan være rimelig at slike aktiva, etter en skjønnsmessig vurdering, ikke overtas av kommunen. Dersom det i helt spesielle tilfeller vil virke åpenbart urimelig at kommunen overtar slike aktiva knyttet til virksomhetene, foreslås det i overgangsbestemmelsene nr. 3 tredje ledd å åpne for at disse verdiene holdes utenfor ved overføringen til kommunen, forutsatt at det er rimelig at fylkeskommunen beholder dem.

Det vil kunne vise seg at det i konkrete tilfeller er vanskelig å avgjøre om formuesgjenstander som disponeres av fylkeskommunen er knyttet til en virksomhet som skal overføres, eller om de er knyttet til annen virksomhet. Departementet mener at følgende kriterier må legges til grunn for vurderingen av om dette er en formuesverdi som kommunen har rett og plikt til å overta:

– Om dette er en formuesgjenstand som vil få be-

tydning for kommunens mulighet til å yte sosiale tjenester i samsvar med det ansvar som pålegges i lovgivningen gjennom den foreslåtte omorganiseringen,

- om dette er en formuesgjenstand som vil få betydning for kommunens mulighet til å yte sosiale tjenester av samme omfang og kvalitet som fylkeskommunen har hatt målsetting om,
- om den benyttes av fylkeskommunen i forbindelse med driften av en virksomhet som skal overføres til kommunen,
- om fylkeskommunen har anskaffet den til et formål som ligger innenfor en slik virksomhets målsetting, eller
- om den er overlatt det offentlige med det formål å fremme helse- og sosialformål.

Det kan også tenkes at eiendeler som er knyttet til utøvelse av de tjenestene som foreslås flyttet blir verdiløse for fylkeskommunen når ansvaret for tjenesten faller bort. Det foreslås derfor at kommunen ikke bare skal ha rett, men også plikt, til å overta fylkeskommunale rettigheter og plikter knyttet til virksomheten.

Sett fremover i tid kan en ikke se bort fra at situasjoner kan oppstå som medfører at kommunen ikke lenger vil ha behov for å benytte bygninger, grunnområder mv. som nå foreslås overtatt til formål innenfor sosialtjenesten, f.eks. fordi nybygging gjør at eldre bygg tas ut av bruk. Departementet har vurdert om det bør lovfestes at fylkeskommunen i så fall har krav på å få tilbakeført eierskapet til disse formuesgjenstandene. I en slik situasjon som nevnt, kan eldre bygninger selges til alternativ bruk, dersom de egner seg til det, for å bidra til finansieringen av bygging av nye tidsmessige lokaler som kommer innbyggerne til gode. I et slikt tilfelle mener departementet at salg på kommunenes hånd vil være en bedre utnyttelse av offentlige ressurser til det formål de er ment for, enn at fylkeskommunen skal kunne kreve å få tilbake eierskapet. Departementet mener derfor at det ikke bør lovfestes at fylkeskommunene skal ha et tilbakeføringskrav. Etersom kommunene både har rett og plikt til å overta de tilknyttede formuesposisjonene, vil det heller ikke være anledning til å etablere tilbakeføringsklausuler i enkelttilfelle for bestemte eiendommer.

I forslaget til overgangsbestemmelsene nr. 3 reguleres virksomhetsoverdragelsen fra fylkeskommunen til kommunen. Bestemmelsene medfører at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser og forpliktelser som er knyttet til virksomheten eller del av denne, overføres som en helhet til kommunen. Overføringen til kommunen skjer uten at det ytes særskilt vederlag for den enkelte formues-

posisjon, men det forutsettes at kommunen samtidig overtar fylkeskommunens gjeld knyttet til virksomhet som overføres.

Departementets forslag innebærer at kommunen skal få rett og plikt, både overfor fylkeskommunen og overfor tredjemann, til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i rettsforholdet, jf. forslaget til overgangsbestemmelse nr. 3.

8.3 Andre formuesrettslige posisjoner – fylkeskommunens avtaler med private institusjoner

Det ansvaret for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmissbrukere som fylkeskommunen har i dag, innebærer ikke med nødvendighet at den selv må eie og drive institusjoner. En del av det fylkeskommunale tilbudet til rusmiddelmissbrukere gis i dag av private aktører (eller andre tjenesteytere) med grunnlag i avtaler med fylkeskommunen. Som det framgår av overgangsbestemmelsen nr. 4 trer staten, fra lovens ikrafttredelse, inn i fylkeskommunens (med unntak av Oslo kommunes) avtaler med private institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Overtakelsen av institusjonene vil derfor ikke innebære at kommuner trer inn i avtaler som fylkeskommunene har i dag på dette området. Kommunene vil derimot, på samme måte som fylkeskommunen i dag, etter omorganiseringen kunne inngå nye avtaler med andre tjenesteytere om institusjonsplasser.

8.4 Økonomisk oppgjør

Erstatning for overføring av formuesposisjoner – generelt

Det kan være knyttet store økonomiske verdier til de institusjonene som foreslås overført, dersom man ser på den alternative verdien som de enkelte formuesgjenstandene isolert sett vil ha. Det ville imidlertid være vanskelig å foreta en riktig verdistsettelse av virksomhetene, fordi det ikke finnes noe marked for kjøp og salg av denne typen virksomheter.

For fylkeskommunene har verdien av de kapitalgjenstandene som er knyttet til institusjonene bestått i at de gjør det mulig å oppfylle det lovpålagte ansvaret for å etablere og drive institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Virksomhetene har i utgangspunktet ingen egentlig bedriftsøkonomisk

verdi. Målsettingen med det offentlige tilbudet til rusmiddelmissbrukere er ikke økonomisk inntjening og overskudd, men behandling og omsorg. Dersom institusjonene overføres til kommunen, vil fylkeskommunen ikke miste et produksjonsapparat som gir muligheter for driftsoverskudd og økonomisk fortjeneste. Så lenge fylkeskommunene har et lovpålagt ansvar for å sørge for rusmiddelmissbrukernes behov for disse tjenestene, kan de heller ikke realisere den verdien som ligger i institusjonenes realkapital for å bruke den realiserte verdien til et annet formål. Så lenge fylkeskommunen ikke kan velge bort oppgaven, vil den verdien som måtte ligge i institusjonene være bundet opp til offentlig ytelse av behandlings- og omsorgstjenester. Departementet mener derfor at kommunal overtakelse ikke vil medføre noe fremtidig bedriftsøkonomisk tap som det er rimelig at fylkeskommunen får erstatning for.

Dersom kommunen overtar ansvaret for å sørge for rusmiddelmissbrukeres behov for spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, som beskrevet i dette forslaget, vil kommunen også overta de kostnadene som er knyttet til tjenesteproduksjonen, både på drifts- og kapitalsiden. Det vil si at kommunens overtakelse vil medføre at fylkeskommunen fritas for omfattende årlige kostnader.

I og med at fylkeskommunene fritas for de kostnadene som er forbundet med å ha et ansvar for å drive tjenestene, og heller ikke vil lide et fremtidig bedriftsøkonomisk inntektstap, vil overføringen av institusjonene sammen med kommunens helhetlige sektoransvar, etter departementets vurdering verken medføre et økonomisk tap for fylkeskommunene eller en økonomisk gevinst for kommunene.

Når kommunen overtar ansvaret for å sørge for spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, vil overtakelsen i prinsippet ikke få betydning for befolkningens behovstilfredsstillelse, verken når det gjelder sosiale tjenester eller andre tjenester. Departementet legger derfor vekt på at befolkningens tjeneste- og velferdsbehov ikke tilsier et økonomisk oppgjør som gjenoppretter fylkeskommunens formuesposisjon.

Dersom fylkeskommunen skulle få erstatning for den alternative økonomiske verdien av institusjonene, ville det kunne dreie seg om store beløp. Departementet ser det ikke som samfunnsmessig fornuftig at fylkeskommunene skal kunne foreta investeringer i andre fylkeskommunale sektorer som en tilfeldig konsekvens av en omorganisering. Så vidt omfattende investeringer bør skje som en kon-

sekvens av en nasjonalt besluttet politikk, ved at Stortinget gjennom årlig budsjett og nasjonale sektorpolitiske rammer beslutter og legger til rette for investeringene. Ellers ville et slikt erstatningsoppgjør gi en tilfeldig omfordeling mellom fylkeskommunene som ikke er politisk begrunnet. På denne bakgrunn tilsier en samlet samfunnsøkonomisk vurdering at fylkeskommunene ikke får oppgjør for anleggenes alternative verdi.

Det foreslås derfor ikke at fylkeskommunen skal få erstattet en eventuell alternativ verdi dersom virksomhetene overføres til kommunene.

Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar

Det overordnede prinsipp for det økonomiske oppgjøret bør være at fylkeskommunen etter overføringen av institusjoner til kommunene, skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene som de er pålagt.

Departementet har også kommet til at kommunal overtagelse av virksomhetene ikke bør medføre en økonomisk gevinst på fylkeskommunenes hånd. Det foreslås at det økonomiske oppgjøret skal gjennomføres ved at kommunen overtar de økonomiske forpliktelsene som er knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene. Departementet mener at overtagelse av gjeld må ses i sammenheng med fylkeskommunenes inntektsrammer, ved at redusert gjeld vil medføre reduksjon i utgifter til renter og avdrag. Det foreslås derfor ikke at nemnda som er beskrevet nedenfor i kapittel 8.5, skal behandle spørsmål om gjeldsovertakelse.

Departementet vil presisere at det foreslås at det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret skal være at fylkeskommunen etter overføring av institusjoner som skal knyttes til kommunene, skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene de er pålagt. Dette vil bli tatt opp i forbindelse med det generelle økonomiske opplegget for kommunesektoren.

Det foreslås å lovfeste i overgangsbestemmelsene nr. 3 at kommunen skal overta ansvaret for gjeld knyttet til virksomhetene, samtidig som kommunen overtar ansvaret for institusjonene, selv om det kan være vanskelig å avgjøre hvilke konkrete gjeldsforpliktelser som vil være knyttet til virksomhetene.

Videre foreslås det i overgangsbestemmelsene nr. 5 at overføring av gjeld eller andre forpliktelser er frigjørende for fylkeskommunen, og at kreditor og andre rettighetshavere ikke kan motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for et rettsforhold.

8.5 Gjennomføring av overtagelse av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret

Det foreslås at overdragelsen skal skje i og med lovens ikrafttredelse og departementets beslutning om at en kommune, alene eller i fellesskap med andre, skal overta fylkeskommunalt eide institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Det er departementets klare forutsetning at de enkelte brukerkommuner overtar de aktuelle institusjonene på frivillig basis. Bare i unntakstilfeller vil det kunne bli aktuelt å pålegge en eller flere kommuner å overta en institusjon.

Lovvedtaket omfatter omfanget av overtakelsen av formuesposisjoner, det vil si hvilke rettigheter og plikter kommunen skal overta. Overføringene skjer ved at de foreslåtte endringer i sosialtjenesteloven og overgangsbestemmelsene i lovforslaget trer i kraft. Selve fastsettelsen av hvilken kommune eller hvilke kommuner som skal overta institusjonene, skal skje ved en beslutning av departementet. Det har sammenheng med at det er lite hensiktsmessig at det i lovvedtaket skal tas stilling til spørsmålet, gitt at det er 434 kommuner og en rekke institusjoner som i prinsippet er aktuelle parter. Departementets beslutning kan ikke påklages. Den er i realiteten en konkretisering av Stortingets lovvedtak.

Det vil være behov for konkretisering av hvilke formuesgjenstander, rettigheter og plikter kommunen skal overta, herunder hvilke gjeldsforpliktelser kommunen skal tre inn i, jf. forslaget til overgangsbestemmelsene nr. 3. Dette arbeidet dreier seg ikke bare om å treffe beslutninger i formell forstand, men i prinsippet også om å foreta lovtolkning. Forvaltningsorganer kan ikke overprøve Stortingets beslutninger. Det vil derfor ikke være anledning til å avtale eller på annen måte komme fram til løsninger som ikke følger av lovvedtaket. I realiteten vil sakene imidlertid få et preg av beslutninger om hva kommunen skal overta.

Gjennomføringen av den foreslåtte overtakelsen og oppgjøret vil forutsette et tett samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner, som i fellesskap må komme fram til en oversikt over de formuerettslige posisjoner som er knyttet til driften av virksomhetene som skal overtas.

Dersom kommunen og fylkeskommunen ikke kommer til enighet om hva kommunen har rett og plikt til å overta, oppstår spørsmålet om hvem som skal treffe de endelige beslutningene.

På bakgrunn av behovet for at kommune og fylkeskommune er likeverdige parter i sakene, har de

partementet kommet til at det vil være riktig at det oppnevnes lokale nemnder som treffer endelige avgjørelser. I en slik nemnd vil begge parter kunne sørge for og kontrollere at deres synspunkter blir brakt frem og vektlagt. Dessuten vil begge parter få innsikt i avgjørelsesprosessen og samme grad av påvirkningsmulighet. På den måten kan man oppnå at avgjørelsen får legitimitet og lettere oppfattes som riktig og rettferdig i den enkelte fylkeskommune og kommune(r). For å likestille partene i prosessen utnevner hver av partene to medlemmer. Den stedlige lagmannsrett utnevner nemndas leder.

Fylkeskommunens avtaler vil etter overgangsordningen overtas av staten. Det er naturlig å opprette en nemnd også for tvister om rettigheter og plikter knyttet til disse avtalene. Nemnda opprettes på samme måte som den nemnd som skal opprettes for tvister mellom fylkeskommunen og staten i forbindelse med Rusreform I, jf. lov 28. februar 2003 nr. 14. Dette muliggjør bruk av den samme nemnda for de to sakstyper.

Departementet foreslår også at adgangen til å få saken avgjort av en nemnd må nyttes før spørsmål om rettigheter og plikter etter overgangsbestemmelsene nr. 3 og 4 kan bringes inn for de alminnelige domstoler, jf. overgangsbestemmelsene nr. 9. I nr. 10 foreslås det at klage over beslutningene ikke gir oppsettende virkning for kommunens eller statens rettigheter og plikter.

8.6 Andre overgangsbestemmelser

Departementet legger til grunn at omorganiseringen kan nødvendiggjøre behov for nærmere overgangsbestemmelser, og foreslår derfor i overgangsbestemmelsene nr. 2 at Kongen gis kompetanse til å gi slike bestemmelser. Det vises til merknadene til hjemmelen i del III.

Gjennomføringen av omorganiseringen vil kreve at staten, kommunene og nemndene gis innsyn i og tilgang til fylkeskommunenes virksomheter. Det foreslås derfor i overgangsbestemmelsene nr. 11 at det kan skje.

8.7 Personalets rettsstilling ved overføring av virksomheter

Forslaget medfører at arbeidsgiveransvaret for personalet som i dag er ansatt ved de fylkeskommunale institusjonene overføres til de kommuner som overtar institusjonen.

Etter departementets vurdering skal overføringen skje etter reglene i lov 4. februar 1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. (arbeidsmiljøloven) etter reglene om virksomhetsoverdragelse, jf. lovens kapittel XII A.

Etter disse reglene har de ansatte ved fylkeskommunale virksomheter rett til å følge med sine arbeidsoppgaver over til kommunene. De ansatte vil få overført sitt ansettelsesforhold innenfor rammene av de ansattes arbeidsavtaler. Det blir opp til partene (fylkeskommunene/kommunene og arbeidstakerorganisasjonene) å vurdere eventuelle omstillingstiltak og avtaler tilpasset denne omorganiseringen. De ansattes tariffavtaler er for de fleste kommunene (og fylkeskommunene) inngått med Kommunenes Sentralforbund og arbeidstakerorganisasjonene. I hovedsak antas det at de ansattes lønnsvilkår også etter overdragelsen vil bli regulert av de samme avtaler. Der dette ikke er tilfelle vil arbeidsmiljøloven regulere hva som skjer med tariffavtalene ved eierskiftet. De individuelle rettigheter etter tariffavtalen og arbeidsforhold videreføres inntil avtalene utløper eller avløses av nye.

De ansatte vil fortsatt ha sitt ansettelsesforhold regulert av arbeidsmiljøloven, og lov 5. mai 1927 nr. 1 om arbeidstvister (arbeidstvistloven) vil gjelde som tidligere.

Pensjonsforhold faller utenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse, jf. arbeidsmiljøloven § 73B nr. 3. Departementet antar at det er naturlig for kommunene å velge pensjonsleverandør for disse medarbeiderne som overføres slik det er ordnet for øvrige ansatte i vedkommende kommune.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

9.1 Innledning

Kommunal overtakelse av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere baseres på at finansieringsgrunnlaget for tjenestene overføres fra fylkeskommunene til kommunene. Utgangspunktet vil være at oppgjøret mellom kommunene og fylkeskommunene i seg selv ikke får betydning for de samlede offentlige utgifter.

Regjeringen vil komme nærmere tilbake med en beskrivelse av prinsippene for håndtering av overgang og økonomisk oppgjør i kommuneproposisjonen for 2004 og i Statsbudsjettet for 2004.

Ved overføring av midler til kommunene vil en ta utgangspunkt i fylkeskommunenes regnskaps-tall for 2002 og faktiske kostnader knyttet til tjenestene. Endelige revisorbekreftede regnskapstall for 2002 vil ikke foreligge før 30. juni 2003. Dette kan føre til at oppgjøret tar noe lengre tid enn det ville tatt om man la 2001-tall til grunn. Departementet vil likevel foreslå at det benyttes så nye tall som mulig. Tilsvarende tidspunkt er valgt for overføring av midler til de regionale helseforetakene i forbindelse med Rusreform I.

9.2 Omorganisering- og eierskiftekostnader

Det må påregnes et ressursbehov knyttet til omorganiseringen og eierskiftene både i 2003 og 2004. Det vil bli satt i gang et arbeid med å kartlegge omfanget av overtakelsen og fastsette verdier av eiendommene, samt åpningsbalanser. Det må videre gjennomføres drøftingsmøter med fylkeskommunene. Departementet vil ha behov for prosjektbi-stand. Dette vil være engangskostnader, og bevilgningsendring vil bli tatt opp i forbindelse med RNB 2003.

9.3 Finansiering av drift

Departementet understreker at etter omorganiseringen skal både fylkeskommuner og kommuner kunne ivareta sine endrede oppgaver på en forsvarlig måte. Dette medfører i prinsippet at verken

kommunen eller fylkeskommunen skal få endrede økonomiske betingelser som følge av overtakelsen av institusjonene.

Fylkeskommunale midler til drift av institusjoner eller til finansiering av avtaler med private institusjoner, foreslås trukket ut av den fylkeskommunale rammen og legges inn i rammetilskuddet til kommunene fra 2006.

I 2004 og 2005 fordeles midlene direkte til den enkelte kommune som overtar eierskapet til fylkeskommunale institusjoner, og til institusjoner som har hatt avtale med en eller flere fylkeskommuner.

I Regjeringens tiltaksplan mot fattigdom er det foreslått en rekke tiltak som vil bedre tilbudet til rusmiddelmisbrukere i kommunene. Dette gjelder bl.a. tiltak for å få langtids sosialhjelpsmottakere i arbeid. Regjeringen vil i 2003 styrke og utvikle oppfølgingstjenester tilknyttet boliger i storbykommunene. Det legges bl.a. opp til å utvikle forsterkede, individuelle bolig- og oppfølgingsopplegg som et bidrag i arbeidet med å løse opp åpne misbruksmiljøer. Regjeringen viderefører i 2003 Prosjekt bosteds-løse, som gjennomføres i et samarbeid mellom Sosialdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, Kommunal- og regionaldepartementet og Husbanken. Det er i Statsbudsjettet for 2003 bevilget ytterligere midler til legemiddellassisert rehabilitering, samt midler for å bedre helsetilbudet til rusmiddel-misbrukere.

Forslaget om å overføre et større ansvar til kommunene for å sørge for tiltak for rusmiddelmisbrukere må også ses i sammenheng med Helsedepartementets satsing på psykisk helsevern i kommunene. Gjennom denne satsingen styrkes tiltak til denne gruppen, som boliger, hjemmetjenester, dagsenter, støttekontakter, kultur og fritidstiltak, samt særskilt tilrettelagt behandlingstilbud i kommunene.

Regjeringen gjennomgår nå kriterier knyttet til rusmiddelmisbruk i kommunenes inntektssystem. Dette for å sette kommuner som har særlige problemer knyttet til konsentrasjon av rusmiddelmisbrukere bedre i stand til å gi disse et godt tilbud. Kommunal- og regionaldepartementet har satt i gang et forskningsprosjekt som skal se på kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri. Formålet med prosjektet er å undersøke om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivare-

tar at kommunenes utgiftsbehov knyttet til rus og psykiatri varierer. Og hvis det ikke er tilfelle – å utvikle nye kriterier som fanger opp at utgiftsbehovet varierer.

I kommuneproposisjonen som legges fram våren 2003, vil regjeringen komme tilbake til fordeling av den fylkeskommunale rammen til henholdsvis staten og kommunene.

9.4 Vederlag for overtakelse av bygninger og driftsmidler

Fra det tidspunkt kommunen overtar oppgaver fra fylkeskommunen, må den også overta produksjonsmidlene knyttet til overtatt virksomhet for å kunne ivareta driftsansvaret. Ved denne overtakelsen vil de samme prinsipper gjelde som ble lagt til grunn for overtakelsen av bygninger og driftsmidler i tilknytning til sykehusreformen.

Del II

Sosialtjenesteloven – rett til individuell plan

Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

10 Rett til individuell plan

10.1 Bakgrunn

Regjeringen legger med dette fram forslag om å lovfeste rett til individuell plan i sosialtjenesteloven.

Hensikten med forslaget er at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester kan få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er et mål for regjeringen å styrke brukernes selvbestemmelse og innflytelse i sitt møte med tjenesteapparatet, samt å sikre at tjenestene er utformet med utgangspunkt i brukernes behov. Innføring av hjemmel for individuell plan i lov om sosiale tjenester vil kunne bidra til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning, koordinering og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Arbeidet med individuell plan vil også kunne styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og brukeren og hennes eller hans eventuelle pårørende.

I St. meld. nr. 6 (2002–2003) Tiltaksplan mot fattigdom sier regjeringen at man vil vurdere en lov hjemmel i lov om sosiale tjenester som gir rett til individuell plan for å løse sosiale problemer og komme i arbeid eller aktivitet. Samordning av tjenestene er avgjørende for å nå resultater i arbeidet med å bekjempe fattigdom blant personer med sammensatte behov.

I tillegg er det uttalt i Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003–2005 at et aktuelt tiltak for å sikre effektiv rådgivning, hjelp og behandling for rusmiddelmissbrukere er å vurdere krav om individuelle planer også etter sosialtjenesteloven.

De brukergrupper som det er aktuelt å utarbeide en individuell plan for, vil ofte ha behov for tjenester både fra sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Med hjemmelen i pasientrettighetsloven § 2–5 er disse behovene ivaretatt innenfor helsetjenesten, mens brukerne ikke har den samme rettigheten i forhold til kommunens sosialtjeneste.

På noen områder er imidlertid kommunene pliktig til å utarbeide særlige planer. Etter sosialtjenesteloven § 6–1 skal det for eksempel utarbeides tiltaksplan for rusmiddelmissbrukere som er i institusjon med hjemmel i lovens §§ 6–2 eller 6–2a (tvang).

I helselovgivningen er individuell plan regulert slik at det er innført en rettighetsbestemmelse i pasientrettighetsloven, mens den øvrige helselovgivningen har hjemler som pålegger helsetjenesten en plikt til å utarbeide individuelle planer.

Sosialdepartementet finner det imidlertid tilstrekkelig å utforme bestemmelsen i sosialtjenesteloven slik at det er rettigheten til individuell plan som er det sentrale.

Helsetjenestelovene har hjemmel for å gi forskrift om individuelle planer. Det kan gis regler om hvilke pasientgrupper plikten omfatter og om planens innhold. Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen er fastsatt 8. juni 2001.

Sosialdepartementet foreslår at en tilsvarende forskriftshjemmel tas inn i sosialtjenesteloven.

10.2 Høringen

Sosialdepartementet sendte 26. november 2002 forslaget om lovfesting av rett til individuelle planer på høring.

I høringsnotatet er det bl.a. vist til at det i helselovgivningen er lovfestet en rett til individuelle planer. De brukergrupper som det er aktuelt å utarbeide individuelle planer for, vil ofte ha behov for tjenester både fra sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse behovene er ivaretatt innenfor helsetjenesten, mens brukerne ikke har den samme rettigheten i forhold til kommunens sosialtjeneste.

Hensikten med individuell plan er i tillegg til å gi tjenestemottaker en individuell rettighet, å utforme et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer. Sosialdepartementet erfarer at sosialtjenesten i kommunene har etterlyst et samarbeidsverktøy på linje med det individuelle plan innenfor helsetjenesten representerer.

Høringsfristen var satt til 14. januar 2003.

Høringsinstansene var:

Departementene
Statsministerens kontor
Barneombudet
Datatilsynet
De regionale helseforetakene

Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Forbrukerombudet	Norsk Sykepleierforbund
Helsetilsynet	Norsk Psykologforening
Likestillingsombudet	Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
Folkehelseinstituttet	NAVO
Regjeringsadvokaten	Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
Rikstrygdeverket	De regionale kompetansesentrene for rusmiddel-spørsmål
Senter mot etnisk diskriminering	Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassis-tert rehabilitering
Sosial- og helsedirektoratet	Kriminalomsorgen, regionkontorene
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
Fylkeskommunene	Blå Kors i Norge
Fylkeslegene	Kirkens Bymisjon
Fylkesmennene	Koordineringsutvalget for de psykiatriske ung-domsteam (KUP)
Fylkesnemndene for sosiale saker	Landsforeningen for utekontakter
Kommunenes Sentralforbund	Norsk forum for terapeutiske samfunn
Landets kommuner	Samarbeidsforumet for norske kollektiver
Oslo kommune	Frelsesarmeens sosialtjeneste
Universitetet i Oslo	Pinsevennenes evangeliesentre
Universitetet i Bergen	Arbeidernes Edruskapsforbund
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)	Landsforbundet Mot Stoffmisbruk
Universitetet i Tromsø	Avholdsfolkets landsråd
Universitetet i Oslo, psykologisk institutt	Brukerforeningen
Høgskolen i Agder	Anonyme narkomane
Høgskolen i Bergen	Anonyme alkoholikere
Høgskolen i Bodø	Helse- og sosialombudet i Oslo
Høgskolen i Finnmark	Pasientombudene v/pasientombudet i Vestfold
Høgskolen i Lillehammer	Mental helse
Høgskolen i Oslo	Landsforeningen for pårørende innen psykiatrien
Høgskolen i Sogn og Fjordane	Diakonhjemmets høskolesenter
Høgskolen i Stavanger	Kontoret for fri rettshjelp i Oslo
Høgskolen i Sør-Trøndelag	Juridisk rådgivning for kvinner (JURK)
Høgskolen i Telemark	Juss-Buss
Høgskolen i Volda	Jussformidlingen
Høgskolen i Østfold	Jusshjelpa
Forskningsstiftelsen FAFO	Kontaktutvalget mellom innvandrere og myndighe-tene (KIM)
Institutt for sosialvitenskap ISV Consult	Aleneforeldreforeningen
Instituttgruppa for samfunnsforskning	Foreningen 2 foreldre
Norges forskningsråd	Gjeldsofferaksjonen
Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)	Klientaksjonen
Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)	Norsk forening for kriminalreform (KROM)
Rogalandsforskning	Norsk organisasjon for asylsøkere (NOAS)
Rådet for høyskoleutdanning i helse- og sosialfag	Landsforeningen for tapere
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)	Den norske jordmorforening
Akademikerne	Helseansattes Yrkesforbund
Den norske lægeforening	Helsetjenestens lederforbund
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, so-sionomer og vernepleiere	Heltef
Landsorganisasjonen (LO)	Kommunalansattes fellesorganisasjon
Lærerforbundet	Landets kontrollkommisjoner
Norges Ingeniørorganisasjon	Landets private sykehus
Norges juristforbund	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Norges kristelige juristforbund	Norsk institutt for sykehusforskning
Norges helse- og sosialforbund	
Norsk kommuneforbund	

Norsk Pasientforening
Norsk pasientskadeerstatning
Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Rådet for psykisk helse
Senter for Samfunnsforskning (SEFOS)
SINTEF-UNIMED
Riksadvokaten
Forbundet Mot Rusgift
Kirkens sosialtjeneste
Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
Stiftelsen Kraft

Høringsnotatet ble videre ettersendt til de instanser som ba om det.

Foran i Del I er kommentert hvilke høringsinstanser som har svart.

Vel 60 høringsinstanser har kommentert forslaget om individuelle planer. Disse fordeler seg slik: 10 fylkesmenn, 1 fylkeslege, 10 fylkeskommuner, 29 kommuner og 15 andre. Disse er: Barneombudet, Bergensklinikkene, Den norske lægeforening, Fagrådet innen Rusfeltet i Norge, Frelsesarmeens sosialtjeneste, Helse Blefjell HF, Helse Nord-Trøndelag, Helse Vest, Helse Øst, Høgskolen i Østfold, Kriminalomsorgen region sør, Næringslivets hovedorganisasjon, Norsk Sykepleierforbund, Stiftelsen Solliakollektivet og Universitetssykehuset i Nord-Norge.

10.3 Høringsinstansenes syn

Av de instanser som har kommentert forslaget er det noe nær enstemmig tilslutning til forslaget om lovfesting av individuelle planer i sosialtjenesteloven.

Samtlige 10 fylkesmenn støtter forslaget. *Fylkesmannen i Aust-Agder* uttaler:

«Fylkesmannen støtter forslaget om rett til individuell plan, med begrunnelse som anført av departementet. Gjennom lovforslaget får en mulighet til en mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Det er videre helt sentralt at helse- og sosiallovgivningen harmoniseres omkring dette tema. Dette bidrar lovforslaget til.»

Fylkesmannen i Buskerud uttaler:

«Fylkesmannen i Buskerud støtter det fremsatte forslaget om at det lovfestes en rett til individuell plan også i sosialtjenesteloven. På bakgrunn av de erfaringer Fylkesmannens Helseavdeling har på helsetjenestens områder når det gjelder ansvaret for utarbeiding av individuelle planer, ser det ut til at kommunene har tatt et

slik ansvar og at dette er naturlig selv om ansvaret etter forskriften formelt sett er likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Fylkesmannen ser det som positivt at ansvaret plasseres der det naturlig hører hjemme...».

Samtlige 10 fylkeskommuner støtter forslaget. *Vest-Agder fylkeskommune* uttaler:

«Fylkesrådmannen støtter forslaget om å lovfeste at sosialtjenesten får egen hjemmel for individuell plan, slik helselovgivningen for øvrig har.

Hjemmelen gir helsetjenesten og sosialtjenesten et ensartet lovverk, og det vil kunne bidra til at tjenestene samordnes til beste for brukeren.»

Også på kommunenivå får forslaget gjennomgående støtte. *Surnadal kommune* uttaler:

«Rett til individuell plan vil være et godt arbeidsreiskap og en god måte å få formalisert samarbeid mellom etatene på. Det er imidlertid viktig at individuell plan vert ein rett klientane har og ikkje ein plikt, da det er klientar som ikkje ynskjer ein slik plan...».

Tinn kommune uttaler at dette er

«noe som har vært praktisert av sosialtjenesten i Tinn kommune i flere år, og innebærer således ikke noe nytt.»

Enkelte kommuner uttaler at forslaget vil kreve noe ressurser. *Oslo kommune* uttaler:

«Oslo kommune støtter forslaget om innføring av rett til individuell plan etter Lov om sosiale tjenester, men vil påpeke behovet for tilføring av økte ressurser i sosialtjenesten i kommunene til dette arbeidet...».

Tilsvarende uttalelse gir også *Stavanger kommune*.

Også fra de øvrige høringsinstanser får forslaget bred støtte. *Kriminalomsorgen region sør* uttaler:

«Kriminalomsorgen region sør ser positivt på forslaget om rett til individuell plan etter lov om sosiale tjenester. Det vil bidra til tydeligere ansvars- og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene. Det vil også gjøre behandlingsforløpet forutsigbart og bli et pedagogisk instrument overfor klienten.

Rett til individuelle planer er innført i flere sektorer som driver behandling og rehabilitering. I kriminalomsorgen skal domfelte gis tilbud om en såkalt fremtidsplan. Utformingen av slike planer bør avstemmes mot hverandre slik at de i større grad kan brukes som verktøy i forvaltningsarbeidet.»

Flere høringsinstanser knytter sine kommentarer om individuelle planer til rusmiddelmissbrukere. *Stiftelsen Bergensklinikkene* uttaler:

«Individuelle planer, gjennom etablering av forpliktende ansvarsgrupper, er et riktig virkemiddel for personer med sammensatte problemer, herunder alvorlig rus- og avhengighetsproblematikk. I tillegg til at individuelle planer er et nyttig virkemiddel i samarbeidet mellom primærhelsetjenestene og spesialisthelsetjenestene, er det også viktig at det brukes mer aktivt mellom de ulike primærtjenestene (sosialtjeneste, fastlege, utekontakt, støttekontakt, omsorg/pleie, etc.).»

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge har tilsvarende uttalelse.

Næringslivets Hovedorganisasjon uttaler om forslaget:

«... Vi tror dette kan være med å effektivisere et samarbeid mellom etater i å oppnå et definert mål for den enkelte bruker. Dette vil være nødvendig for å dekke det sammensatte behovet rusmiddelmissbrukerne har for behandling, oppfølging og omsorg, spesielt i en modell med delt ansvar mellom kommunene og helseforetakene. NHO er derfor enig i en slik lovendring.»

10.4 Departementets merknader

Mange brukere av kommunale sosialtjenester vil ha behov for å få samordnet tjenestetilbudet fra ulike etater, sektorer og forvaltningsnivåer. Blant disse vil personer med fysisk funksjonshemming, utviklingshemming, psykiske lidelser og rusproblemer være grupper som har behov for bedre samordning av tjenestene gjennom en individuell plan. Men også brukere som over tid har behov for økonomisk stønad etter sosialtjenesteloven kan ha behov for samordning av hjelpetilbud fra andre etater, for eksempel arbeidsmarkedsetaten.

Personer som trenger tjenester over lengre tid, som har behov for koordinerte tjenester fra flere etater og som ikke selv er i stand til å ivareta sitt behov for tjenester, krever særskilt oppmerksomhet og særskilte tiltak fra tjenesteapparatet. Formålet med å innføre en hjemmel for individuell plan i sosialtjenesteloven er å få til en mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Brukermedvirkning er sentralt i arbeidet med individuelle planer. Den foreslåtte bestemmelsen i sosialtjenesteloven henviser derfor til den generelle regelen i samme lovs § 8–4 om sosialtjenestens

plikt til å rådføre seg med klienten. Hjelpeapparatet skal legge til rette for optimal brukermedvirkning i hele planprosessen. Det må legges spesiell vekt på å få fram brukerens egne mål for fremtiden. I mange tilfelle har pårørende en sentral rolle. Ved utarbeidelse av planen bør det derfor også tas hensyn til pårørendes situasjon og behov, og det vil ofte være naturlig at disse trekkes inn i arbeidet.

Den foreslåtte lovbestemmelsen vil gi kommunens sosialtjeneste plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere om planen. I dette ligger ikke bare en samarbeidsplikt, men også en forutsetning om at det skal utarbeides en felles individuell plan som dekker tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven og sosialtjenesteloven.

Lovforslaget er utformet som en rettighet for brukeren, mens det ikke er foreslått noen egen hjemmel for å pålegge tjenesteyteren en plikt til å utforme slik plan.

Frelsesarmeens sosialtjeneste har kommentert denne problemstillingen slik:

«Frelsesarmeens sosialtjeneste støtter reformforslaget fra departementet om å innføre rettighet for mottakere av sosiale tjenester om individuelle planer for å »løse sosiale problemer og komme i arbeid eller aktivitet«. Vi støtter også intensjonen om å innføre rettighetsbestemmelsen som et verktøy for samarbeid mellom ulike forvaltningsnivåer og mellom ulike etater og sektorer slik at tjenestemottaker vil få et mer koordinert tjenestetilbud enn det som er realiteten i dag.

Vår bekymring er at en rettighetsbestemmelse ikke vil være tilstrekkelig for at de som faktisk har behov for en slik individuell plan vil få det. En rettighetsbestemmelse vil kunne føre til at bare de »ressurssterke« som påberoper seg denne retten vil motta dette tilbudet, mens situasjonen for de mest »ressurssvake« vil være uforandret. På bakgrunn av dette vurderer vi det dit hen at man bør innføre en pliktbestemmelse i sosialtjenesteloven, slik at også de mest ressursvake vil oppnå formålet med lovhjemmelen: » å få til en mer langsiktig og helhetlig tenkning i forhold til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester».

Til dette vil departementet bemerke:

Når tjenestemottaker har en rett til å få individuell plan, vil dette utløse en plikt for tjenesteyter til å utarbeide en slik plan. I arbeidet med individuell plan er det et viktig hensyn at det er frivillig for tjenestemottaker om han eller hun vil ha individuell plan. Etter departementets syn er det derfor tilstrekkelig å lovfeste tjenestemottakers rett til slik plan. Offentlig forvaltning har en generell informa-

sjonsplikt om tjenestemottakers rettigheter. Dette sammen med den råd- og veiledningsplikt som følger av sosialtjenestelovens § 4–1 bør etter departementets syn være tilstrekkelig til å sikre at sosialtjenesten gjennom kontakt med brukerne vil fange opp alle som ønsker en slik plan.

I likhet med bestemmelsene i helselovgivningen vil den nye bestemmelsen i lov om sosiale tjenester gi rett til å få utarbeidet en plan, men ingen rett til selve innholdet i planen. Rettighetsbestemmelsen gir altså ikke brukeren større rett til tjenester enn det som følger av det øvrige regelverk.

Kongsvinger kommune har kommentert denne problemstillingen slik:

«Departementet mener at individuelle planer er et aktuelt tiltak for å sikre effektiv hjelp. Dette er ikke tilfelle så lenge de ikke gir rusmiddel-misbrukeren rettigheter til å få gjennomført tiltakene i planen. ...».

Departementet forstår Kongsvinger kommune slik at kommunen i prinsippet støtter forslaget om rett til individuell plan, men mener at rettigheten bør gå lenger og også omfatte sterkere rett til den enkelte tjeneste.

Til dette skal departementet bemerke: Retten til tjenestene er regulert i gjeldende lovgivning. Det har ikke vært siktemålet med forslaget å gjøre endringer i de bestemmelser som regulerer de tjenester den enkelte har krav på. Det sentrale ved den foreslåtte lovendring er å legge til rette for et mer planmessig og koordinert opplegg for personer med langvarige og sammensatte hjelpebehov. På den måten vil tjenestemottaker få et tilbud basert på helhetstenkning og tilpasset den enkeltes behov. En individuell plan gir i tillegg også større forutsigbarhet for tjenestemottaker.

Etter forslaget er det bare de med særskilte behov som har rett til individuell plan. Planen skal væ-

re et verktøy for å sikre at de ulike tjenestene samordnes og blir vurdert i en sammenheng. Andre individuelle planer (som for eksempel behandlingsplan eller omsorgsplan) samordnes og tilpasses den overordnede individuelle planen. Andre planer som er utarbeidet for brukeren kan tilfredsstille kravet til individuell plan, selv om den ikke er utarbeidet med det for øye.

10.5 Forskrift

I helsetjenestelovene (kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven) er det gitt hjemmel til å gi forskrift om individuelle planer. Det kan gis regler om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, og om planens innhold.

Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen er fastsatt 8. juni 2001 av Sosial- og helsedepartementet.

For å unngå at brukeren sendes fra kontor til kontor med sitt krav om å få utarbeidet individuell plan, bør ansvaret for initiering av arbeidet være klarlagt, noe som også understrekes av enkelte høringsinstanser.

Etter departementets vurdering bør den del av kommunens tjenesteapparat brukeren henvender seg til, ha plikt til å sørge for at arbeidet settes i gang. Dette prinsippet er nedfelt i nåværende forskrift om individuell plan i helselovgivningen.

Etter Sosialdepartementets vurdering vil gjeldende forskrift med enkelte tilpasninger være anvendelig for de sosiale tjenestene.

Sosialdepartementet foreslår at en forskriftshjemmel også inntas i § 4–3a i lov om sosiale tjenester.

11 Økonomiske og administrative konsekvenser

Individuelle planer, tiltaksplaner og omsorgsplaner mv. er diskutert og anbefalt tatt i bruk i flere offentlige dokumenter. Etter det departementet har grunn til å tro arbeider et stort antall kommuner i dag med planer av denne eller tilsvarende karakter. Ved innføringen av individuell plan i helselovgivningen er denne arbeidsform blitt ytterligere aktualisert også for sosialtjenesten.

Målet med å innføre rett til individuell plan er å formalisere utformingen av tjenestetilbudet til den enkelte hjelpetrequende. En formalisering vil nok i enkelte tilfelle bety merarbeid. Likevel kan en leg-

ge til grunn at mye av det arbeid som skal utføres allerede utføres i dag.

Arbeidet med individuelle planer vil på kort sikt kreve noe økte ressurser, bl.a. i forbindelse med opplæring, utarbeiding av veiledningsmateriell mv. Den forventede virkning av tiltaket er at ressursbruken vris bort fra kortsiktige akuttløsninger til mer langsiktig planlegging av et helhetlig og bedre hjelpetilbud. På sikt vil dette kunne bety at den samlede ressursbruken ikke øker, men at flere instansers innsats blir mer samordnet og rasjonelt utnyttet.

Del III

Merknader til de enkelte bestemmelser

Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

12 Merknader til de enkelte bestemmelser

12.1 Til lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Til § 2–1

Som en følge av at fylkeskommunen ikke lenger får plikter etter sosialtjenesteloven, foreslås det å ta ut referansen til fylkeskommunale oppgaver i første ledd.

Som en følge av at tilsynet med tjenester og virksomhet etter sosialtjenesteloven kapittel 7 foreslås samordnet med tilsynet med tjenester og virksomhet etter kapitlene 4 og 6A, foreslås det å utvideplikten til å føre internkontroll med tjenestene og virksomheten tilsvarende. Se også merknadene til § 2–6. For å sikre at internkontrollplikten også omfatter hele kommunens virksomhet etter kapittel 6, endres bestemmelsen til også å omfatte dette kapittel. Se nærmere om dette i de generelle merknadene ovenfor i kapittel 6.4.

Til § 2–4

Etter forslaget skal fylkeskommunen ikke lenger ha ansvar for noen deler av behandlingsapparatet for rusmiddelmisbrukere. Endringene i § 2–4 gjenspeiler dette. Regionalt helseforetaks ansvar er uendret.

Nytt tredje ledd pålegger internkontrollplikt for de regionale helseforetak i forhold til de myndighetskrav som er tillagt dem etter sosialtjenesteloven § 7–1a. Nytt fjerde ledd inneholder hjemmel til å gi forskrifter om pliktens innhold, sml. § 2–1.

Til § 2–6

Første ledd

Bestemmelsen foreslås utvidet. Dagens bestemmelse hjemler fylkesmannens tilsyn med tjenester og virksomhet etter sosialtjenesteloven kapitlene 4 og 6A. Det foreslås at bestemmelsen også skal hjemle tilsyn med kapittel 7. For å sikre at tilsynshjemmelen også omfatter hele kommunens virksomhet etter kapittel 6, endres bestemmelsen til også å omfatte dette kapittel. Se nærmere om dette i de generelle merknadene ovenfor i kapittel 6.4.

Bestemmelsen vil omfatte tilsyn med regionalt

helseforetaks virksomhet etter § 7–1a. Tilsyn med helsetjenesten er hjemlet i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten, men vil ikke omfatte regionalt helseforetaks virksomhet etter bestemmelsene i sosialtjenesteloven i den grad den ikke innebærer helsetjenester. Se også merknadene til § 7–10.

Annet ledd

Videre vil bestemmelsen omfatte tilsyn med at de institusjoner som benyttes for å oppfylle kommunens og regionalt helseforetaks ansvar i henhold til §§ 7–1 og 7–1a, drives i samsvar med regelverket. Tilsyn med disse tjenestene har tidligere vært hjemlet i sosialtjenesteloven § 7–9. Ved dette forslaget oppheves § 7–9, og alle tilsynshjemler i sosialtjenesteloven samles i § 2–6.

Tredje ledd

Sosialtjenesteloven pålegger de regionale helseforetak myndighetskrav i § 7–1a, hvor det går fram at de regionale helseforetakene skal sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a, samt peke ut institusjoner som kan ta imot rusmiddelmisbrukere etter §§ 6–2, 6–2a og 6–3. Tilsynet med hvordan de regionale helseforetakene oppfyller disse myndighetskravene bør kunne utføres av en fylkesmann i hvert regionalt helseforetak. Det er derfor foreslått tatt inn et nytt tredje ledd som slår fast at Statens helsetilsyn, som overordnet tilsynsmyndighet, jf. sosialtjenesteloven § 2–7, kan gi den enkelte fylkesmann oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke. Det forutsettes at hjemmelen benyttes i samsvar med forutsetningene i proposisjonen her.

Fjerde ledd

Hjemmelen til å gi forskrifter om tilsynet vil gjelde tilsvarende. Det forutsettes en samordning av tilsynet med tjenester etter de ulike kapitler. Det er forutsatt at tilsynet med kapittel 4 og 6A skal føres etter systemrevisjonsmetoden. Det samme forutsettes i forhold til kapittel 6 og 7. Det skal likevel be-

merkes at tilsynsmetodikken er i stadig utvikling, og at det må tas høyde for utvikling også på dette feltet.

Sjette ledd

Fylkesmannens kompetanse til å gi pålegg om å rette opp forhold som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, utvides tilsvarende.

Til § 4–3a

Det vises til de generelle merknader under pkt. 10.4.

Til § 6–4

Bestemmelsen er endret slik at det er kommunen som, i sin plan, særskilt skal fastsette hvilke institusjoner som skal kunne ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3. Endringen er uttrykk for at kommunen overtar fylkeskommunens ansvar.

Til § 7–1

Bestemmelsen er endret slik at det er kommunen som nå skal sørge for institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere. Endringen er uttrykk for at kommunen har overtatt fylkeskommunens ansvar på området.

Kommunens ansvar er avgrenset i forhold til de regionale helseforetakenes ansvar for tiltak som yter spesialisthelsetjenester til rusmiddelmisbrukere, samt for sørge for ansvaret for institusjoner som tar imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a.

Til § 7–1a annet ledd

Endringen består i at regionalt helseforetak nå kan inngå avtale med kommuner for å dekke behovet for institusjonsplasser innen helseregionen etter bestemmelsens første ledd. Endringen er uttrykk for at kommunen overtar det fylkeskommunale ansvaret i forhold til rusmiddelmisbrukere.

Til § 7–2

Endringen i bestemmelsen er uttrykk for at kommunen overtar fylkeskommunens rolle i forhold til sørge for ansvaret for institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere.

Kommunen skal planlegge hvordan den skal oppfylle sitt sørge for ansvar etter § 7–1, og dette skal komme til uttrykk i kommuneplan og årlig økonomiplan/budsjett, jf. kommuneloven §§ 5 og 44.

Til § 7–3

Bestemmelsen er endret slik at det hjemles at det nå er kommunen som kan samarbeide med andre kommuner om sørge for ansvaret for å etablere institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere samt plikten til å utarbeide plan, jf. § 7–2. Endringen er en konsekvens av at kommunen overtar fylkeskommunens rolle i forhold til rusmiddelmisbrukere.

Til § 7–4

Bestemmelsen er endret for å fange opp at kommunen har overtatt fylkeskommunens sørge for ansvar for institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere. Kommunen kan, foruten å benytte egne institusjoner, benytte private institusjoner og institusjoner eid av andre kommuner til å oppfylle sitt ansvar. For øvrig er det ikke foretatt endringer i bestemmelsen.

Til § 7–6

Bestemmelsen viderefører gjeldende rett, med de endringer overføringen av ansvar mellom fylkeskommunen og kommunen krever. Etter bestemmelsen plikter kommunen å fastsette regler for hvordan inntak og utskrivning skal beslutes. Dette skal sikre rasjonell utnyttelse av plassene i institusjonene.

Kongen kan gi forskrifter om hva reglene skal inneholde. Slike forskrifter er gitt i kapittel 2 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915. Departementet vil foreta de nødvendige tekniske endringer i forskriften, og vurdere behovet for ytterligere endringer i forskriften. Vi viser til de generelle merknadene i kapittel 5.6.

Bestemmelsene i annet og tredje ledd videreføres.

Til § 7–7

Bestemmelsen endres slik at det er kommunen som nå får ansvaret for at det etableres et samarbeid med institusjoner hjemlet i annen lov som kommunen benytter for å oppfylle ansvaret etter § 7–1.

Til § 7–8

Bestemmelsen er endret slik at det refereres til kommunens plan. Endringen er et uttrykk for at fylkeskommunens ansvar går over til kommunen.

Til § 7–9

Bestemmelsen foreslås opphevet. Tilsynshjemmen er foreslått flyttet til § 2–6. Se merknadene til denne bestemmelsen. Se også merknadene til §§ 2–1 og 7–10.

Til § 7–10

§ 7–10 regulerer forholdet til private institusjoner som ikke er tatt inn på plan. Bestemmelsen foreslås videreført med en del endringer. Bestemmelsen innebærer blant annet at det kan gis forskrifter om at slike institusjoner skal stå under tilsyn etter § 2–6, og underlegges plikt til å drive internkontroll etter §§ 2–1 og 2–4. Rent praktisk får bestemmelsen betydning for private institusjoner som benyttes av kommunen, selv om de ikke er tatt inn i kommunens plan, og for private institusjoner som regionalt helseforetak benytter for å oppfylle sitt sørge for ansvar etter § 7–1a.

Til § 7–13

Bestemmelsen er endret slik at Kongen kan gi forskrifter om at kommunen skal ha plasser for akutt hjelp for rusmiddelmissbrukere. Endringen reflekterer at fylkeskommunens ansvar overføres til kommunen.

Til § 8–2

Det foreslås å videreføre § 8–2, med de endringer som overføringen av sektoransvaret krever. Det vil si at for klientsaker vil forvaltningsloven, med de særregler som er fastsatt i sosialtjenesteloven, gjelde også for private institusjoner som tas inn på kommunens plan for løsning av de oppgaver kommunen får ansvaret for etter forslaget i proposisjonen her. Dette innebærer en videreføring av dagens rettstilstand for de institusjoner det gjelder.

Til § 10–2

Bestemmelsen slår fast at fylkeskommunen har plikt til å yte hjelp etter lovens bestemmelser til alle som oppholder seg i fylkeskommunen. I og med at det foreslås å overføre alle fylkeskommunens opp-

gaver til andre forvaltningsnivåer, foreslås det å oppheve bestemmelsen.

Til § 10–2a

Bestemmelsen slår fast at regionalt helseforetak har plikt til å yte hjelp etter lovens bestemmelser til rusmiddelmissbrukere i helseregionen. Bestemmelsen ble vedtatt i forbindelse med Rusreform I for å korrespondere med bestemmelsen i § 10–2, jf. ovenfor. Bestemmelsen er nå unødvendig, da det også går fram av § 7–1a annet ledd at regionalt helseforetak har geografisk ansvar for egen helseregion. Av forenklingssyn foreslås det derfor å oppheve bestemmelsen samtidig med at § 10–2 oppheves.

Til § 10–3

Etter denne bestemmelsen kan tvister om hvilken kommune/fylkeskommune som har ansvaret for å yte tjenester til en person, jf. §§ 10–1 og 10–2, bringes inn til fylkesmannen for avgjørelse. Bestemmelsen foreslås videreført, med den endring at bestemmelsen kun vil gjelde tvister mellom kommuner ettersom det i forslaget i proposisjonen her foreslås å overføre fylkeskommunens oppgaver til kommunen.

Til § 11–3

Bestemmelsen slår fast at den enkelte fylkeskommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og sette i verk tiltak som fylkeskommunen har ansvar for etter denne loven. I og med at det foreslås å overføre alle fylkeskommunens oppgaver til andre forvaltningsnivåer, foreslås det å oppheve denne bestemmelsen.

Til § 11–4

Bestemmelsen regulerer fylkeskommunens rett til å kreve delvis refusjon fra den kommune som har søkt om inntak for en person i institusjon. Satser fastsettes i forskrifter gitt av Kongen. Det kan også fastsettes satser for kommunal refusjon for inntak i tilknyttet spesialisttjeneste. I og med at det foreslås å overføre alle fylkeskommunens oppgaver til andre forvaltningsnivåer, foreslås det å oppheve denne bestemmelsen.

Til § 11–5

Bestemmelsen er endret slik at kommunens utgifter for en person som ved innleggelsestidspunktet

har bosted i en annen kommune, skal dekkes av vedkommende bostedskommune. Kongen kan gi forskrifter om dette. Endringen er uttrykk for at kommunen har overtatt fylkeskommunens ansvar på området.

Til § 11–6

De statlige overføringene til kommunesektoren vedtas for hvert år i forbindelse med behandlingen av Statsbudsjettet.

12.2 Til ikraftsettings- og overgangsbestemmelsene

Til nr. 1

Det tas sikte på å sette endringene i kraft fra 1. januar 2004. Tidspunktet er valgt for å gi departementet, fylkeskommunene og kommunene tilstrekkelig tid til å gjennomføre overføringen av de aktuelle institusjoner, samt til å forberede seg på endringene. I tillegg er tidspunktet valgt fordi endringene i Rusreform I også er ment å tre i kraft 1. januar 2004.

Til nr. 2

Det foreslås at Kongen kan gi nærmere overgangsbestemmelser, herunder bestemmelser om kommunal delbetaling. Det kan også være aktuelt å gi egne forskrifter for inntak og utskriving fra private institusjoner som i overgangsperioden har avtale med staten. Departementet ser ikke bort fra at det kan bli aktuelt også med andre overgangsbestemmelser, herunder bestemmelser knyttet til kommunal og statlig finansiering for det tilfellet at en avtale mellom staten og en privat institusjon måtte utløpe etter overgangsperioden.

Til nr. 3

Det foreslås at overdragelsen skal skje i og med lovens ikrafttredelse og departementets beslutning om at en kommune, alene eller i fellesskap med andre, skal overta fylkeskommunalt eide institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Det er departementets klare forutsetning at en eller flere brukerkommuner overtar de aktuelle institusjonene på frivillig basis. Bare i unntakstilfeller vil det kunne bli aktuelt å pålegge en eller flere kommuner å overta en institusjon.

Den kommunale overtakelsen skjer gjennom virksomhetsoverdragelser, ikke gjennom overdragelse av de enkelte formuesposisjoner.

Det bestemmelsen fastsetter skal overdras kommunen eller flere kommuner, er alt som omfattes av virksomhetene og som således er knyttet til dem. Alle funksjoner som det er naturlig å kategorisere under virksomhetene overdras, uansett hvorledes de er organisert og plassert rent fysisk, og selv om de er plassert i egne bygg eller utenfor selve institusjonsområdet.

Det forutsettes at kommunen eller kommunene ikke er forpliktet til å yte særskilt godtgjørelse for virksomhetsovertakelsen. Det økonomiske oppgjøret skjer ved at fylkeskommunens gjeld og andre forpliktelser knyttet til virksomhetene overdras til en eller flere kommuner.

Hvilken tilknytningsform fylkeskommunen har valgt for virksomheten er ikke avgjørende for at den overdras. Dersom for eksempel fylkeskommunen har organisert en institusjon som forvaltningsorgan eller eget rettssubjekt, får dette bare betydning for hvilke typer rettigheter som overdras, om det er eiendomsrett til selve institusjonen eller til eierandeler i et selskap, foretak eller annet som eier institusjonen.

Bestemmelsen fastsetter videre at rettigheter og plikter, blant annet etter ulike typer avtaler, overdras, men dog slik at overtakelsen ikke omfatter fylkeskommunenes avtaler med private eller andre institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorgstjenester, jf. omtalen av avtaler i kapittel 7.

Regjeringen vil komme tilbake til prinsippene for det økonomiske oppgjøret i forbindelse med kommuneproposisjonen for 2004 og Statsbudsjettet for 2004.

Avhengig av hvorledes den fylkeskommunale virksomheten er organisert, kan aktiva som ikke egentlig har noe med forvaltning av virksomheten å gjøre, være lagt inn under den. I slike tilfeller fastsetter bestemmelsens tredje ledd at departementet er gitt kompetanse til å unnta formuesdisposisjoner fra overtakelsen, selv om de er omfattet av første og annet ledd. Vilkåret er at formuesposisjonen åpenbart ikke har naturlig sammenheng med virksomheten og at det er rimelig at fylkeskommunen får beholde den.

I fjerde ledd framgår at departementets beslutning om hvilken kommune eller hvilke kommuner som skal overta de fylkeskommunalt eide institusjonene som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere, ikke kan påklages. Beslutningen dreier seg om å gjennomføre et lovvedtak. Det er derfor ikke naturlig at den kan påklages.

Til nr. 4

Av bestemmelsen i nr. 4 framgår at staten ved Sosialdepartementet trer inn i fylkeskommunens avtaler med andre institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. I praksis dreier dette seg om private institusjoner, men bestemmelsen omfatter også avtaler som er inngått med andre institusjoner, for eksempel kommunale.

Dette er nødvendig i en overgangsperiode av flere grunner. Fylkeskommunens ansvar for å yte ovennevnte institusjonstjenester er foreslått opphevet, fylkeskommunen har derfor ingen selvstendig interesse i disse avtalene. Avtalene er inngått for å være en del av fylkeskommunens ansvar etter sosialtjenesteloven § 7–1, og slik innpasse på plan etter § 7–2. De private institusjonene har i utgangspunktet en legitim interesse i at avtalene de har inngått oppfylles. Samfunnsøkonomisk sett er det videre viktig at institusjonene sikres i en overgangsperiode til kommunene har fått konsolidert seg i forhold til sitt nye ansvar.

Det forutsettes at avtalene sies opp av fylkeskommunen eller av staten og at de ikke reforhandles av staten med tanke på videreføring. Etter at avtaleperioden er utløpt, er det en klar forutsetning at de private institusjonene forholder seg til kommunene, enten ved å inngå driftsavtaler eller ved salg av enkeltplasser.

Det går fram av nr. 12 at staten ikke trer inn i Oslo kommunes avtaler med private institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Til nr. 5

Bestemmelsen i nr. 5 regulerer forholdet til fordringshavere og andre rettighetshavere til de forpliktelsene som overføres fra fylkeskommunene til kommunen, flere kommuner eller staten. Den fastsetter at fordringshavere og andre rettighetshavere må akseptere overdragelsen, og at den får betydning for deres rettigheter. De kan ikke påberope seg overdragelsen som bristende forutsetning for rettsforholdet og må finne seg i at kommunen(e) og staten trer inn i de samme rettigheter og plikter som fylkeskommunen hadde tidligere, og at de selv får samme rettigheter og forpliktelser overfor kommunen(e)/staten.

Til nr. 6

Bestemmelsen i nr. 6 fastsetter at omregistrering av hjemmelsforhold knyttet til eiendeler, rettighe-

ter mv. til offentlige registre skjer avgiftsfritt. Dette får blant annet betydning for overføring av hjemmel til fylkeskommunens faste eiendommer. Det påløper ikke tinglysningsgebyr eller dokumentavgift.

Til nr. 7

Som det fremgår av nr. 3, foreslås det at det skal treffes vedtak om kommunen(e)s overtakelse. For å kunne gjennomføre overdragelsen, må det imidlertid foretas en konkretisering av hvilke enkeltstående formuesposisjoner som overdras. I forbindelse med denne konkretiseringen vil det kunne oppstå tolkningsproblemer. Dersom kommunen eller kommunene og den enkelte fylkeskommune ikke kommer til enighet om hva kommunen eller kommunene har rett og plikt til å overta etter nr. 3 annet ledd, skal spørsmålet avgjøres av en nemnd dersom en av partene krever det.

Det foreslås oppnevnt lokale nemnder. Den enkelte kommune/kommuner oppnevner to representanter og varamedlem til disse. Det samme gjør fylkeskommunen. Førstelagmannen for det lagdømmet som institusjonen ligger i, oppnevner nemndas leder og leders varamedlem.

Dersom det er uenighet om en avgjørelse som departementet har truffet om overtakelsen av en rettighet etter nr. 3 tredje ledd, kan også en slik sak bringes inn for nemnda.

Det er ikke nødvendig å legge frem for nemnda mer enn de konkrete forhold det er uenighet om. Nemnda vurderer kun hva kommunen eller kommunene har rett og plikt til å overta.

Bestemmelsens fjerde ledd fastsetter regler for dekning av saksomkostningene.

Bestemmelsens femte ledd gir Sosialdepartementet adgang til å fastsette nærmere regler om nemndas virksomhet bl.a. om nemnda skal ha sekretariat.

Til nr. 8

Bestemmelsene i nr. 8 speiler i all hovedsak bestemmelsene i nr. 7. Mens nemnd etter nr. 7 kommer til anvendelse ved tvister mellom kommune(r) og fylkeskommune om overdragelsens omfang, kommer nemnd etter nr. 8 til anvendelse ved tvister mellom stat og fylkeskommune om omfanget av avtaler som skal overdras etter nr. 4.

For øvrig er forskjellene mellom nemnd etter nr. 7 og nemnd etter nr. 8 kun knyttet til nemndas sammensetning. For tvister mellom stat og fylkeskommune er det ikke praktisk med lokale nemnder. Det foreslås derfor at sammensetningen av nemnda for tvister mellom stat og fylkeskommune

skal skje etter de samme regler som den nemnd som er vedtatt for tvister mellom stat og fylkeskommune etter Rusreform I, jf. lov 28. februar 2003 nr. 14. Dette innebærer at nemnda skal ha 7 medlemmer, at departementet og Kommunenes Sentralforbund oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer hver, og at førstelagmannen i Borgarting oppnevner leder for nemnda og dennes varamedlem.

Til nr. 9

Første ledd fastslår at partene må bringe spørsmål om rekkevidden av kommunen(e)s rett og plikt til å overta virksomheter frem for en nemnd, jf. nr. 7, før saken eventuelt kan prøves for domstolene.

Annet ledd fastslår tilsvarende at partene må bringe spørsmål om rekkevidden av statens rett og plikt til å overta avtaler fram for en nemnd, jf. nr. 8, før saken eventuelt kan prøves for domstolene.

Til nr. 10

Bestemmelsen fastslår at kommunen(e) har rett til å overta virksomhetene som omfattes av reformen og at staten har rett til å overta avtalene som omfattes av reformen selv om f. eks. eiendomsretten til

institusjon eller del av institusjon, eller omfanget av en avtale ennå ikke er avklart.

Til nr. 11

Av hensyn til gjennomføringen av kommunal og statlig overtakelse etter bestemmelsene i denne endringsloven, foreslås det at fylkeskommunen skal gi departementet, kommunene og nemndene innsyn i og tilgang til sine virksomheter når det er nødvendig.

Til nr. 12

Bestemmelsen er foreslått av hensyn til at Oslo er både kommune og fylkeskommune.

Sosialdepartementet

t i l r å r :

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan).

Vi HARALD, Norges Konge,

s t a d f e s t e r :

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

I

I lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. gjøres følgende endringer:

Lovens tittel skal lyde:

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

§ 2–1 skal lyde:

§ 2–1 *Kommunens ansvar for sosialtjenesten*

Kommunen er ansvarlig for å utføre de oppgaver etter loven som ikke er lagt til et statlig organ.

Kommunen skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter kapittel 4, kapittel 6, kapittel 6A og kapittel 7 er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Kommunen må kunne gjøre rede for hvordan den oppfyller denne plikten.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§ 2–4 skal lyde:

§ 2–4 *Det regionale helseforetakets ansvar*

Regionalt helseforetak er ansvarlig for at de oppgaver det er pålagt etter § 7–1a blir utført.

Regionalt helseforetak er ansvarlig for at de oppgaver som statens spesialisthelsetjeneste er pålagt etter kapittel 6A blir utført.

Regionalt helseforetak skal føre internkontroll for å sikre at virksomhet og tjenester etter § 7–1a er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Regionalt helseforetak må kunne gjøre rede for hvordan det oppfyller denne plikten.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om pliktens innhold.

§ 2–6 skal lyde:

§ 2–6 *Fylkesmannens tilsynsvirksomhet*

Fylkesmannen plikter å føre tilsyn med kommunens og regionalt helseforetaks virksomhet etter kapittel 4, kapittel 6, kapittel 6A og kapittel 7, og skal påse at virksomheten drives i samsvar med loven og forskriftene til loven.

Fylkesmannen skal også føre tilsyn med at institu-

sjoner som er tatt inn i kommunens planer, jf. § 7–2, drives i samsvar med denne loven, forskrifter til loven, og den planen som er fastsatt, og med at institusjoner som er utpekt av regionalt helseforetak til å kunne ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3, drives i samsvar med loven og forskrifter til loven.

Statens helsetilsyn kan gi den enkelte fylkesmann oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilsynet.

Fylkesmannen kan uten hinder av taushetsplikt kreve innsyn i de opplysninger som er nødvendige for at fylkesmannen kan utføre sine oppgaver etter første ledd. I forbindelse med tiltak etter kapittel 6A kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

Hvis virksomhet etter kapittel 4, kapittel 6, kapittel 6A eller kapittel 7 drives på en måte som kan ha skadelige følger for tjenestemottaker eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan fylkesmannen gi pålegg om å rette opp forholdet.

Ny § 4–3a skal lyde:

§ 4–3a *Rett til individuell plan*

Den som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Planen skal utformes i samarbeid med brukeren, jf. § 8–4.

Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvem rettigheten gjelder for, og om planens innhold.

§ 6–4 skal lyde:

§ 6–4 *Særlige krav til kommunens plan*

I kommunens plan, jf. § 7–2, skal det særskilt fastsettes hvilke institusjoner som skal kunne ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3.

§ 7-1 skal lyde:

§ 7-1 *Kommunens ansvar for institusjoner for rusmiddelmisbrukere*

Kommunen skal sørge for institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmisbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmisbrukere.

Første ledd gjelder ikke institusjoner som hører under en annen lov.

§ 7-1a annet ledd skal lyde:

Regionalt helseforetak kan inngå avtale med andre regionale helseforetak, *kommuner*, private institusjoner eller med andre tjenesteytere for å dekke behovet for institusjonsplasser etter første ledd innen helseregionen.

§ 7-2 skal lyde:

§ 7-2 *Kommunens plan for institusjoner som nevnt i § 7-1*

Kommunen skal i kommuneplan og årlig økonomiplan/budsjett, jf. kommuneloven §§ 5 og 44, innarbeide en plan for løsningen av de oppgaver som er nevnt i § 7-1. Kommunen skal vise hvordan den vil dekke aktuelle og framtidige behov for institusjonsplasser når det tilbud som finnes i institusjoner under andre lover er tatt i betraktning. Den skal angi i hvilken utstrekning en skal søke dekket behovet ved å ta private og kommunale institusjoner med i planen ved avtale som nevnt i § 7-4.

Departementet kan gi veiledende retningslinjer om innholdet.

§ 7-3 skal lyde:

§ 7-3 *Samarbeid mellom kommuner*

Flere *kommuner* kan samarbeide om de oppgaver som er fastsatt i §§ 7-1 og 7-2. Departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre institusjonstjenesten.

§ 7-4 skal lyde:

§ 7-4 *Innpassing av kommunale og private institusjoner i kommunens plan*

I samsvar med det som er fastsatt eller forutsatt i planen, jf. § 7-2, kan *kommunen* inngå avtale med kommunale og private institusjoner om at *kommunen* skal disponere institusjonsplasser og/eller polikliniske tilbud.

Blir det inngått avtale som nevnt i første ledd, skal *kommunen* dekke driftsutgiftene etter et godkjent budsjett. Institusjonen skal følge de regler for budsjett, regnskap og revisjon som gjelder for *kommunens* egne institusjoner. Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som driftsutgifter.

Avtalen skal inneholde en bestemmelse om

hvor lang tid den skal gjelde for. Innebærer avtalen at *kommunen* skal bidra til nedbetaling av gjeld, eller den på annen måte ved tilskudd vil bidra til øking av egenkapitalen, skal avtalen inneholde en bestemmelse om sikkerhet for *kommunen* for kapitalopplegget.

§ 7-6 første ledd skal lyde:

Kommunen skal gi regler for hvordan inntak og utskrivning skal besluttet. Kongen kan gi forskrifter om hva reglene skal inneholde.

§ 7-7 skal lyde:

§ 7-7 *Samarbeid med institusjoner som hører under andre lover*

For personer som det blir vurdert å plassere i en institusjon under en annen lov, skal *kommunen* sørge for at det blir etablert et samarbeid med disse institusjonene. *Kommunen* skal gi regler om hvordan dette samarbeidet skal organiseres. Kongen kan gi forskrifter om samarbeidsordninger, herunder plikt til å delta i samarbeidsgrupper o.l.

§ 7-8 skal lyde:

§ 7-8 *Generelle krav til institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester*

For å sikre en forsvarlig standard på de *institusjoner* og de boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i kommunens *planer*, kan departementet gi veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, om bemanning og de ansattes utdanning m.m.

§ 7-9 oppheves.

§ 7-10 skal lyde:

§ 7-10 *Private institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som ikke er tatt inn i kommunens planer*

Kongen kan gi forskrifter om bygninger og utstyr, om bemanning og de ansattes utdanning m.m. for institusjoner og boliger som ikke er innpasset i *kommunens planer*, om at slike institusjoner og boliger skal stå under tilsyn, jf. § 2-6, og om at slike *institusjoner* og boliger skal omfattes av plikt til internkontroll, jf. §§ 2-1 og 2-4. Kongen kan også gi forskrifter om regnskapsføring og om innsyn for offentlig myndighet i regnskapene.

Finner fylkesmannen at en institusjon eller bolig som står under tilsyn drives uforsvarlig, kan han gi pålegg om å rette på forholdet eller å nedlegge driften.

Vil sosialtjenesten gi økonomisk støtte til et tiltak som ikke er innpasset i *kommunens planer*, eller bruke tiltaket som en del av sitt omsorgs- og be-

handlingstilbud, må den undersøke og følge med i at det drives i samsvar med denne loven og de forskrifter som gjelder for den, og at det ellers drives på en forsvarlig måte.

§ 7–13 første ledd skal lyde:

Kongen kan gi forskrifter om at *kommunen* skal ha plasser for akutthjelp for rusmiddelmisbrukere.

§ 8–2 skal lyde:

§ 8–2 *Anvendelse av forvaltningsloven på private institusjoner*

For private institusjoner, boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i *kommunens planer* etter §§ 7–4 og 7–5, og private institusjoner utpekt til å kunne ta imot rusmiddelmisbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3, jf. § 7–1a, gjelder forvaltningsloven for klientsaker, med de særregler som er fastsatt i loven her, jf. § 8–1.

§ 10–2 oppheves.

§ 10–2a oppheves.

§ 10–3 skal lyde:

§ 10–3 *Avgjørelse av tvister*

Oppstår det tvist mellom *kommuner* om anvendelsen av § 10–1, kan kommunene kreve at fylkesmannen avgjør tvisten. Departementet kan gi nærmere regler om behandlingsmåten.

§ 11–3 oppheves.

§ 11–4 oppheves.

§ 11–5 skal lyde:

§ 11–5 *Kommunens rett til å kreve refusjon fra en annen kommune*

Kommunens utgifter for en person som ved innleggingstidspunktet har bosted i *en annen kommune*, skal dekkes av vedkommendes *bostedskommune*. Kongen kan gi forskrifter om dette.

§ 11–6 skal lyde:

§ 11–6 *Tilskudd fra staten*

Staten yter årlig rammetilskudd til delvis dekning av *kommunenes utgifter*. Tilskuddene fordeles gjennom inntektssystemet for *kommunene* etter regler gitt av Kongen.

II

Ikraftsettings- og overgangsbestemmelsene skal lyde:

1. *Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.*
2. *Kongen kan gi nærmere overgangsbestemmelser, herunder bestemmelser om kommunal delbetaling.*
3. *Med virkning fra ikraftsetting av denne loven fastsetter departementet hvilke kommuner som alene eller i fellesskap har rett og plikt til å overta fylkeskommunalt eide institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere.*

Overtakelsen skal omfatte alle formuesposisjoner, rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Lov 6. april 1984 nr. 17 om vederlag ved overføring av fast eiendom, får ikke anvendelse på overtakelsen.

Dersom det åpenbart ikke er naturlig sammenheng mellom en virksomhet og rettigheter som er knyttet til virksomheten, kan departementet beslutte at kommunene ikke har rett eller plikt til å overta slike rettigheter dersom det er rimelig at fylkeskommunen beholder dem.

Departementets beslutning etter første ledd om hvilke kommuner som alene eller i fellesskap har rett og plikt til å overta institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere, kan ikke påklages.

4. *Fra og med ikraftsetting av denne loven trer staten inn i fylkeskommunens avtaler med andre institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmisbrukere.*
5. *Dersom det i forbindelse med overføring til kommunen(e) av formuesposisjoner, rettigheter og plikter som nevnt i nr. 3 eller til staten av rettigheter og plikter som nevnt i nr. 4, overføres gjeld eller andre forpliktelser knyttet til virksomhetene, er det frigjørende for fylkeskommunen.*

Kreditor og andre rettighetshavere kan ikke motsette seg overføringen eller gjøre gjeldende at den utgjør en bortfallsgrunn for rettsforholdet.

6. *Det skal ikke betales dokumentavgift etter § 6 i lov 12. desember 1975 nr. 59 om dokumentavgift, omregistreringsavgift etter § 1 i lov 19. juni 1959 nr. 2 om avgifter vedrørende motorkjøretøyer og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med kommunens overtakelse av formuesposisjoner som er en direkte følge av denne loven.*
7. *Både kommunen(e) og vedkommende fylkeskommune kan kreve at spørsmål som gjelder nærmere*

klargjøring og konkretisering av hvilke formuesposisjoner, rettigheter og plikter kommunen(e) har rett og plikt til å overta fra den enkelte fylkeskommune etter nr. 3 annet og tredje ledd, skal avgjøres av en lokal nemnd. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser kommunen(e) har rett og plikt til å tre inn i.

Nemnda skal ha 5 medlemmer. Kommunen (e) og fylkeskommunen oppnevner hver to medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. I tillegg utpeker førstelagmannen for det lagdømmet som institusjonen ligger i, leder for nemnda og leders varamedlem. Nemndas leder og leders varamedlem skal ha de egenskaper som er foreskrevet for dommere, se lov 13. august 1915 nr. 5 om domstolene § 53, jf. § 54 annet ledd.

Nemndas avgjørelse, som treffes ved kjennelse, skal være begrunnet.

Kommunen(e) og fylkeskommunen dekker egne saksomkostninger samt utgiftene til de medlemmer og varamedlemmer de har oppnevnt. Utgiftene til lederen og varalederen dekkes av staten etter bestemmelser gitt av departementet. Nemnda kan pålegge en part å erstatte en annen parts saksomkostninger samt utgifter til nemndsmedlemmer etter reglene i lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål §§ 171 til 179.

Departementet kan gi nærmere regler for nemndas virksomhet.

8. Både staten og vedkommende fylkeskommune kan kreve at spørsmål som gjelder nærmere klargjøring og konkretisering av hvilke rettigheter og plikter staten har rett og plikt til å overta fra den enkelte fylkeskommune etter nr. 4, skal avgjøres av en nemnd. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser staten har rett og plikt til å tre inn i.

Nemnda skal ha 7 medlemmer. Departementet og Kommunenes Sentralforbund oppnevner hver tre medlemmer og varamedlemmer for disse

til nemnda. I tillegg utpeker førstelagmannen i Borgarting leder for nemnda og leders varamedlem. Nemndas leder og leders varamedlem skal ha de egenskaper som er foreskrevet for dommere, se lov 13. august 1915 nr. 5 om domstolene § 53, jf. § 54 annet ledd.

Nemndas avgjørelse, som treffes ved kjennelse, skal være begrunnet.

Staten og fylkeskommunen dekker egne saksomkostninger samt utgiftene til de medlemmer og varamedlemmer de har oppnevnt. Utgiftene til lederen og varalederen dekkes av staten etter bestemmelser gitt av departementet. Nemnda kan pålegge en part å erstatte en annen parts saksomkostninger samt utgifter til nemndsmedlemmer etter reglene i lov 13. august 1915 nr. 6 om rettergangsmåten for tvistemål §§ 171 til 179.

Departementet kan gi nærmere regler for nemndas virksomhet.

9. Spørsmål om formuesposisjoner, rettigheter og plikter etter nr. 3 annet og tredje ledd kan ikke bringes inn for de alminnelige domstoler før muligheten til å få saken avgjort av en nemnd opprettet etter nr. 7 annet ledd, er nyttet.
- Spørsmål om rettigheter og plikter etter nr. 4 kan ikke bringes inn for de alminnelige domstoler før muligheten til å få saken avgjort av en nemnd opprettet etter nr. 8 annet ledd, er nyttet.
10. Klage over beslutninger truffet i medhold av disse overgangsbestemmelsene, gir ikke oppsettende virkning for kommunen(e)s rettigheter og plikter etter nr. 3 eller for statens rettigheter og plikter etter nr. 4.
11. Fylkeskommunene skal gi departementet, kommunen(e) og nemnda innsyn i og tilgang til sine virksomheter når det er nødvendig i forbindelse med kommunal eller statlig overtakelse av virksomheter etter bestemmelsene i loven her.
12. Det som gjelder for fylkeskommunene i nr. 3 til 11, gjelder ikke for Oslo kommune.