



DET KONGELIGE
SOSIALDEPARTEMENT

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 rusmiddelmissbrukere)

Innhold

1	Innledning	5	4	Forslaget sett i sammenheng med det øvrige tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og tilgrensende regelverk	29
1.1	Sammendrag	5			
1.2	Høringen	6			
2	Bakgrunn	10	4.1	Kommunens og fylkeskommunens ansvar	29
2.1	Tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere	10	4.1.1	Høringsnotatet	29
2.1.1	Organisering	10	4.1.2	Høringsinstansenes syn	29
2.1.2	Tiltaksapparatet	10	4.1.3	Departementets vurderinger	29
2.1.3	Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere	11	4.2	Henvisning og samarbeid	30
2.2	Helsepolitisk reform	12	4.2.1	Høringsnotatet	30
2.3	Forholdet mellom rusmiddelproblemer og helseproblemer	12	4.2.2	Høringsinstansenes syn	30
2.4	Et bedre tiltaksapparat	14	4.2.3	Departementets vurderinger	30
3	Forslagets hovedinnhold	15	4.3	Tilsyn	31
3.1	Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere	15	4.3.1	Høringsnotatets forslag	31
3.1.1	Høringsnotatets forslag	15	4.3.2	Høringsinstansenes syn	31
3.1.2	Høringsinstansenes syn	15	4.3.3	Departementets vurderinger	32
3.1.3	Departementets vurderinger og forslag	16	4.4	Forholdet til pasientrettighetsloven .	33
3.2	Spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere	18	4.5	Enkelte andre spørsmål	33
3.2.1	Gjeldende rett	18	5	Organisering og gjennomføring av statlig overtakelse	35
3.2.2	Høringsnotatets forslag	18	5.1	Innledning	35
3.2.3	Høringsinstansenes syn	18	5.2	Rettslig grunnlag for statens overtakelse av virksomhetene	35
3.2.4	Departementets vurderinger og forslag	20	5.3	Eierskapsovertakelse – omfanget av den statlige overtakelsen	36
3.3	Tvang overfor rusmiddelmissbrukere	24	5.4	Andre formuerettslige posisjoner	37
3.3.1	Gjeldende rett	24	5.5	Økonomisk oppgjør	38
3.3.2	Høringsnotatets forslag	24	5.6	Gjennomføringen av overtakelsen av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret	39
3.3.3	Høringsinstansenes syn	25	5.7	Andre overgangsbestemmelser	40
3.3.4	Departementets vurderinger og forslag	26	5.8	Personalets rettsstilling ved overføring av virksomheter	40
3.4	Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke	27	6	Økonomiske og administrative konsekvenser	41
3.4.1	Gjeldende rett	27	6.1	Innledning	41
3.4.2	Høringsnotatets forslag	27	6.2	Omorganiserings- og eierskiftetekostnader	41
3.4.3	Høringsinstansenes syn	27	6.3	Finansiering av drift	41
3.4.4	Departementets vurderinger og forslag	28	6.4	Vederlag for overtakelse av bygninger og driftsmidler	43
			6.5	Annet	43

7	Merknader til de enkelte bestemmelser	44	Forslag til 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 rusmiddelmissbrukere)	50
7.1	Til lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.	44		
7.2	Til lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.	48		
7.3	Til ikraftsettings- og overgangsbestemmelsene	48		



DET KONGELIGE
SOSIALDEPARTEMENT

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 rusmiddelmissbrukere)

*Tilråding fra Sosialdepartementet av 11. oktober 2002,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Bondevik II)*

1 Innledning

1.1 Sammendrag

Regjeringen legger med dette fram forslag om å overføre sektoransvaret for spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere som systematisk hører under spesialisthelsetjenesten, samt eieransvaret for institusjoner som yter slike tjenester, fra fylkeskommunen til staten.

Det vises til den politiske plattformen for samarbeidsregjeringen (Sem-erklæringen) hvor det heter: «Regjeringen vil styrke behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere.» Mange rusmiddelmissbrukere har omfattende helseproblemer og behandlingsbehov, og målet med forslagene i proposisjonen er å legge det organisatoriske grunnlaget for en styrking av den delen av behandlingstilbudet som gjelder spesialisthelsetjenester. Proposisjonen omhandler forslag til endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven), lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) og overgangsbestemmelser som grunnlag for gjennomføring. Denne proposisjonen representerer del I av forslag om en mer omfattende reform av tiltakene for rusmiddel-

missbrukere. Denne delen representerer en oppfølging av overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten (sykeshusreformen), og det er derfor naturlig å legge den fram som egen sak for Stortinget nå.

Regjeringen tar sikte på å komme tilbake til Stortinget i 2003 med forslag til framtidig organisering av fylkeskommunens gjenværende ansvar for behandlings- og omsorgstiltak (del II av reformen).

En viktig bakgrunn for forslagene i denne proposisjonen er overføringen av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten fra 1. januar 2002 (sykeshusreformen). Spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetak har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere, på lik linje med det ansvar de har overfor befolkningen for øvrig. På den annen side har det utviklet seg en praksis hvoretter fylkeskommunen, som har ansvaret for annenlinje sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere, også har tilbudt tjenester som mer naturlig kan kategoriseres som spesialisthelsetjenester enn spesialiserte sosiale tjenester. Disse tjenestene har i noen grad vært organisert etter lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

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 rusmiddelmissbrukere)

(spesialisthelsetjenesteloven) og i noen grad etter sosialtjenesteloven. Sykehusreformen medførte at en del institusjoner og tiltak med tilbud til rusmiddelmissbrukere (bl.a. slike som fylkeskommunene hadde valgt å legge under spesialisthelsetjenesteloven), ble overført fra fylkeskommunen til staten og omfattet av foretaksorganiseringen. Dette har igjen medført at ansvaret for relativt likeartede spesialiserte helsetjenester for rusmiddelmissbrukere nå ytes av staten etter spesialisthelsetjenesteloven og av fylkeskommunen etter sosialtjenesteloven, samtidig som fylkeskommunen fortsatt sitter med sektoransvaret etter sosialtjenesteloven.

Til grunn for forslagene i proposisjonen ligger særlig behovet for å tydeliggjøre spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling av rusmiddelmissbrukere, og å styrke helsetjenestetilbudet for denne gruppen. Gjennom forslaget om å flytte det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner som yter spesialiserte helsetjenester etter sosialtjenesteloven til staten, ønsker regjeringen å sikre et godt helsefaglig behandlingstilbud og en videreutvikling av dette innenfor en helhetlig statlig ramme. Samtidig representerer forslaget en opprydning og klargjøring av ansvaret mellom helse- og sosialtjenesten, og i denne sammenheng mellom stat og fylkeskommune.

I denne proposisjonen legges det også fram forslag om at ansvaret for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot personer på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a (tvangsvedtak) i sosialtjenesteloven, flyttes til staten ved de regionale helseforetakene. Hjemlene foreslås imidlertid ikke flyttet fra sosialtjenesteloven, og disse sakene skal etter forslaget fortsatt behandles av fylkesnemnda for sosiale saker, med sosialtjenesten som forberedende instans.

Gjennomføringen av forslagene i proposisjonen vil for øvrig følge prinsippene for overføringen av eierskap og sektoransvar for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunen til staten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) og Innst. O. nr. 118 (2000–2001). På samme måte vil det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret være at fylkeskommunen etter omorganiseringen skal være i stand til å utføre de oppgavene som blir igjen, og at staten ved de regionale helseforetakene skal kunne påta seg større ansvar og flere oppgaver.

I kapittel 2 gis en oversikt over bakgrunnen for forslaget. Hovedinnholdet i forslaget presenteres i kapittel 3. I kapittel 3.1 drøftes det prinsipielle spørsmålet om statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, mens det av kapittel 3.2 går fram hvilke

tjenester departementet vil legge ansvaret for til spesialisthelsetjenesten. Kapittel 3.3 behandler spørsmålet om organisatorisk ansvar for plasser for tvangsinntak av rusmiddelmissbrukere, mens kapittel 3.4 behandler spørsmålet om organisatorisk ansvar for institusjonsplasser for tilbakehold etter eget samtykke. I kapittel 4 ses forslaget i sammenheng med det øvrige tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og tilgrensende regelverk. Bl.a. gjennomgås forslagets konsekvenser for fylkeskommunens og den kommunale sosialtjenestens ansvar, spørsmål knyttet til henvisning og samarbeid, spørsmålet om ansvar for tilsyn på de enkelte områder i tiltakskjeden, samt forholdet til lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Kapittel 5 omhandler spørsmål rundt organisering og gjennomføring av statlig overtakelse, mens de administrative og økonomiske konsekvensene gjennomgås i kapittel 6. Spesielle merknader til de enkelte foreslåtte bestemmelsene finnes i kapittel 7.

Det tas sikte på å sette endringene i kraft fra 1. januar 2004. Tidspunktet er valgt for å gi departementene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene tilstrekkelig tid til å gjennomføre overføringen av de aktuelle institusjoner, samt til å forberede seg på endringene.

1.2 Høringen

Sosialdepartementet sendte 9. januar 2002 forslag til omorganisering av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere på høring. Høringsfristen var satt til 22. februar 2002.

Høringsinstansene var:

Statsministerens kontor
Arbeids- og administrasjonsdepartementet
Barne- og familiedepartementet
Finansdepartementet
Justis- og politidepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet
Kultur- og kirkedepartementet
Utdannings- og forskningsdepartementet
Utenriksdepartementet
Barneombudet
Datatilsynet
De regionale helseforetakene
Forbrukerombudet
Likestillingsombudet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Regjeringsadvokaten
Rikstrygdeverket
Senter mot etnisk diskriminering
Sosial- og helsedirektoratet

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 rusmiddelmissbrukere)

Statens helsetilsyn	Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassistert rehabilitering (MARIO)
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 ungdomsteam (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
Universitetet i Trondheim	Arbeidernes edruskapsråd
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 myndighetene (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, sosionomer 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
Norsk Psykologforening	Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)	Rådet for psykisk helse
NAVO	SEFOS
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)	SINTEF-UNIMED
De regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål	Riksadvokaten
	Forbundet Mot Rusgift

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 rusmiddelmissbrukere)

Kirkens sosialtjeneste

Høringsnotatet ble videre ettersendt til de instanser som ba om det. Følgende 166 høringsinstanser har svart:

Akershus fylkeskommune
 Arbeidernes Edruskapsforbund
 Arbeids- og administrasjonsdepartementet
 Asker kommune
 Aust-Agder fylkeskommune
 Aust-Agder sykehus
 Avholdsfolkets landsråd
 Barne- og familiedepartementet
 Barneombudet
 Bergen kommune
 Blå Kors Norge
 Blå Kors ReHaBo
 Bodø kommune
 Borgestadklinikken
 Brukerforeningen
 Buskerud fylkeskommune
 Bærum kommune
 Den norske lægeforening
 Drammen kommune
 Fagrådet innen Rusfeltet i Norge
 Fauske kommune
 Fellesorganisasjonen for barnevernpedagogar, sosionomar og vernepleiarar, avd. Møre og Romsdal (FO)
 Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO)
 Finnmark fylkeskommune
 Finnmarksklinikken
 Finnmarkskollektivet
 Folkehelseinstituttet
 Folloklinikken
 Forbrukerombudet
 Forbundet Mot Rusgift
 Fredrikstad kommune
 Frelsesarmeen
 Frogn kommune
 Fylkesbarnevernet i Telemark
 Fylkeslegen i Akershus
 Fylkeslegen i Aust-Agder
 Fylkeslegen i Buskerud
 Fylkeslegen i Møre og Romsdal
 Fylkeslegen i Nordland
 Fylkeslegen i Oppland
 Fylkeslegen i Oslo
 Fylkeslegen i Sogn og Fjordane
 Fylkeslegen i Sør-Trøndelag
 Fylkeslegen i Telemark
 Fylkeslegen i Vest-Agder
 Fylkeslegen i Vestfold
 Fylkeslegen i Østfold

Fylkesmannen i Aust-Agder
 Fylkesmannen i Hedmark
 Fylkesmannen i Hordaland
 Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
 Fylkesmannen i Oppland
 Fylkesmannen i Oslo og Akershus
 Fylkesmannen i Rogaland
 Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
 Fylkesmannen i Troms
 Fylkesmannen i Vest-Agder
 Fylkesmannen i Vestfold
 Fylkesmannen i Østfold
 Fylkesmannskollegiet
 Hadsel kommune
 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)
 Haugesund kommune
 Hedmark fylkeskommune
 Helse Nord RHF
 Helse Sør RHF
 Helse Øst RHF
 Helsetjenestens Lederforbund
 Holmestrand kommune
 Hordaland fylkeskommune
 Høgskolen i Bodø
 Høgskolen i Sør-Trøndelag
 Justisdepartementet
 Kirkens bymisjon
 Kirkens sosialtjeneste
 Kommunal- og regionaldepartementet
 Kommunenes Sentralforbund
 Koordineringsutvalget for de psykiatriske ungdomsteam (KUP)
 Kriminalomsorgen region nordøst
 Kriminalomsorgen region sør
 Kriminalomsorgen region sørvest
 Kriminalomsorgen region øst
 Kristiansand kommune
 Kristiansund kommune
 Landsforbundet mot stoffmisbruk
 Landsforeningen for utekontakter
 Landsorganisasjonen (LO)
 Lier kommune
 Ligestillingsombudet
 Mandal kommune
 Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget
 Møre og Romsdal fylkeskommune
 Narvik kommune
 Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassistert rehabilitering (MARIO)
 Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning (NRHS)
 NAVO
 NKS Kløver-institusjoner AS
 Nordland fylkeskommune

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 rusmiddelmissbrukere)

Nordlandsklinikken
 Nordreisa kommune
 Nord-Trøndelag fylkeskommune
 Norges forskningsråd
 Norgesnett
 Norsk forum for terapeutiske samfunn
 Norsk Helse- og Sosialforbund
 Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
 Norsk Kommuneforbund
 Norsk Psykologforening
 Norsk Sykepleierforbund
 Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO)
 Nøtterøy kommune
 Nøtterøy kommune, Sosialavdelingen
 Oppegård kommune
 Oppland fylkeskommune
 Oslo kommune
 Politidirektoratet
 Regionalt fagråd for rusfeltet i helseregion Midt-Norge
 Riksadvokaten
 Rikstrykdeverket
 Rogaland A-senter
 Rogaland fylkeskommune
 Rusforum Nordland
 Rustiltakene i Troms; Færingen terapeutiske samfunn, Ruspoliklinikken, Tromsklinikken
 Rygge kommune
 Røyken kommune
 Rådet for psykisk helse
 Saltdal kommune
 Samarbeidsforum for norske kollektiv
 Sandefjord kommune
 Sandnes kommune
 Sauherad Samtun
 Ski kommune
 Skien kommune
 Sogn og Fjordane fylkeskommune
 Sola kommune
 Sosial- og helsedirektoratet
 Sosiale Institusjoners Fagforening
 Stange kommune
 Statens helsetilsyn
 Stiftelsen Bergensklinikkene
 Stiftelsen Rus-Nett
 Stiftelsen Sollia Kollektivet
 Stjørdal kommune
 Stord kommune
 Sykehuset Buskerud HF
 Sør-Trøndelag fylkeskommune
 Telemark fylkeskommune
 Telemark fylkeskommune, fylkesbarnevernet
 Troms fylkeskommune
 Tromsø kommune
 Utenriksdepartementet

Valdresklinikken
 Vefsn sykehus
 Veksthuset Møre og Romsdal
 Vest-Agder Fylkeskommune
 Vest-Agder Klinikkene
 Vestfold fylkeskommune
 Vestmo behandlingssenter
 Vestre Toten kommune
 Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
 Østfold fylkeskommune
 Øst-Norsk kompetansesenter for rusrelaterte spørsmål
 Østråt omsorg og rehabilitering
 Øvre Eiker kommune
 Ålesund kommune
 Ås kommune

Proposisjonen er utarbeidet i nært samarbeid med Helsedepartementet.

Av de 166 høringsinstansene som har svart, er det 5 som ikke ønsker å avgi uttalelse til høringen. 3 instanser uttaler at de ikke har merknader til forslaget.

Offentlige instanser representerer en stor andel av de høringsinstanser som har svart. 14 fylkeskommuner, 12 fylkesmenn, samt en fellesuttalelse fra fylkesmannskollegiet, 13 fylkesleger, 3 regionale helseforetak, samt 36 kommuner har svart. Også en del departementer og underliggende etater har avgitt uttalelse. Videre har mange interesseorganisasjoner, faginstanser, fagforeninger og forskningsinstanser svart. En rekke tiltak for rusmiddelmissbrukere (fylkeskommunale, private, spesialisthelsetjenesteinstitusjoner m.v.) har også avgitt uttalelse.

De aller fleste høringsinstansene er positive til forslaget om at staten skal overta større deler av ansvaret for spesialisttjenestene til rusmiddelmissbrukere. Praktisk talt alle peker imidlertid på behovet for en helhetlig organisatorisk løsning med vekt på sammenheng og samordning av de tiltakene som i dag ligger i fylkeskommunen. Mange går inn for en samlet organisering på statlig nivå, mens andre mener deler av fylkeskommunens ansvar bør overføres til kommunene.

Departementet er enig i at det er behov for en helhetlig gjennomgang av tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. De uttalelser som er kommet om dette vil være nyttige i den pågående utredning av del II av reformen.

Høringsnotatets forslag følges i all hovedsak opp i proposisjonen her. Det er foretatt en del lovtekniske endringer. De få materielle endringer som ikke følges opp, er, i den grad de ikke er erstattet av justerte forslag, omtalt i proposisjonens kapittel 4.5.

2 Bakgrunn

2.1 Tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere

2.1.1 Organisering

Sosialtjenesteloven

Lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) understreker kommunenes ansvar for hjelpetilbud til rusmiddelmissbrukere. Loven gir sosialtjenesten et koordinerende ansvar, og ansvar for å sørge for samarbeid med andre kommunale instanser og annenlinjetjenester. Rehabilitering av rusmiddelmissbrukere skal så langt som mulig skje lokalt. Helsetjenesten har ansvar for helsetjenester til rusmiddelmissbrukere, på samme måte som den har ansvar for slike tjenester til befolkningen generelt. Sosialtjenesteloven kapittel 7 regulerer fylkeskommunens ansvar for at det finnes et institusjonstilbud. Før innleggelse i institusjon bør det foreligge et vedtak i sosialtjenesten for å sikre forsvarlig ressursutnyttelse og god oppfølging.

Finansieringsordningen følger opp vektleggingen av kommunalt ansvar for å sikre hjelp og tiltak i nærmiljøet. Opphold i institusjoner under sosialtjenesteloven finansieres derfor som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune. Tiltak for rusmiddelmissbrukere som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, følger betalingsordningene i denne lovgivningen.

Sosialtjenesteloven har vært en viktig ramme for utvikling av hjelpe- og behandlingsskapiteten. Med grunnlag i St.meld. nr. 69 (1991–92) Tiltak for rusmiddelmissbrukere, har det vært en betydelig vekst i tildelingen av ressurser til kommuner og fylkeskommuner og program for utvikling av kommunens og sosialtjenestens arbeid med rusmiddelmissbrukere. Med St.meld. nr. 16 (1996–97) Narkotikapolitikken, ble det politiske grunnlaget lagt for legemiddelassistert rehabilitering som et landsomfattende tilbud. Meldingen la også til rette for økt bruk av behandling uten eget samtykke. Satsingen på å heve kompetansen i sosialtjenesten er blant annet styrket gjennom Handlingsplan for sosialtjenestens førstelinje – Kunnskap og brubygging, som ble avsluttet 2001.

Oppgavefordeling

Kommunen, ved sosialtjenesten, har hovedansvaret for hjelpetilbud, veiledning og langsiktig oppfølging. Sosialtjenesten har dessuten et koordineringsansvar overfor andre instanser. Den har også ansvar for å sørge for plass i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Dersom det er behov for ytterligere tiltak, kan sosialtjenesten søke spesialiserte behandlingstilbud.

Fylkeskommunen har ansvaret for etablering og drift av døgninstitusjoner med tilknyttede spesialisttjenester. Dette omfatter institusjoner for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere. Fylkeskommunen kan selv eie og drive tiltakene, men kan også inngå avtaler med, eller kjøpe enkeltplasser i, private eller kommunale institusjoner. Tiltakene vil oftest være hjemlet i sosialtjenesteloven.

Sosialtjenestelovens plankrav til fylkeskommunene innebærer at det skal gis et variert behandlingstilbud som dekker ulike behov som avrusing, sosialpedagogisk behandling, psykiatrisk orienterte tiltak og tilbakeholdelse uten eget samtykke. De fylkeskommunale tiltakene skal forsterke og supplere kommunale tiltak mest mulig effektivt på et lavest mulig omsorgsnivå.

Om *statens* ansvar, se kapittel 2.2.

2.1.2 Tiltaksapparatet

Fylkeskommunene og kommunene har valgt ulike måter å organisere og lovhjemle tiltakene på. Valg av organisering og lovhjemling av tiltak reflekterer ofte tiltakenes ulike behandlingssaglige tilnærming. Det kan også skyldes lokale forhold, eller ha sammenheng med ulike finansieringsordninger mellom helse- og sosiale tjenester.

Tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere er mangfoldig, og gjenspeiler delvis at misbrukere har ulike hjelpebehov. Kommunale tiltak kan være sosialtjenestetiltak, utekontakter, kommunale bolig- og rehabiliteringsinstitusjoner, lavterskeltiltak og aktivitetssentre. Det fylkeskommunale tiltaksapparatet dekker polikliniske og døgnbaserte tiltak. Noen institusjoner fokuserer på skole- og arbeidstreningstilbud som gårdsdrift, husholdning og verksted. Noen tiltak baserer seg på mye bruk av selv-

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 rusmiddelmissbrukere)

hjelpsgrupper. Legemiddelasistert rehabilitering omfatter medisinsk behandling og psykososial oppfølging på både kommunalt og fylkeskommunalt nivå.

Det er også stor variasjon i lengden på behandlingsoppleggene. Noen opplegg baseres på kortvarige institusjonsopphold på noen uker, mens andre har et langtidsperspektiv.

Tiltakene varierer også med hensyn til målgrupper. Noen behandler hovedsakelig alkohol- og legemiddelmissbruk, 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 rusmiddelmissbruk og alvorlige psykiske lidelser. Noen tar familier i behandling eller er rettet mot kun menn eller kvinner. Mange tiltak har også et tilbud til pårørende og har et ettervernsprogram. Noen institusjoner tar innleggelser etter sosialtjenesteloven §§ 6–2, 6–2a og 6–3 og lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff m.v. (straffegjennomføringsloven) § 12. Mange tiltak har et variert tilbud om hjelp og behandling, og tilbyr både omsorgs- og aktivitetspreget hjelp og både sosial- og helsefaglig behandling.

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

I tillegg til offentlige tiltakseiere er det mange private institusjonseiere. Noen private institusjoner er livssynsbaserte og/eller drevet på ideelt grunnlag. Private institusjoners forhold til offentlige myndigheter varierer. Noen private institusjoner har et tettere samarbeid med offentlige myndigheter gjennom driftsavtaler og definert oppgaveløsning, mens andre har en mer uavhengig stilling, hvor tjenesten som ytes er mer frittstående.

Behandling som gis poliklinisk kan være psykiatriske ungdomsteam (aldersgruppen 18–30 år), tilbud ved psykiatriske poliklinikker, ruspoliklinikker og sosialmedisinske poliklinikker. Her er det oftest høy faglig kompetanse i personalgruppen.

Døgninstitusjonene har ulike betegnelser som ikke alltid er dekkende for innholdet i tjenesten. I hovedsak vil kollektiver og andre levetelleskap være fokusert på bo- og arbeidstrening og skolegang, sosial trening og mestring. Tilbudet i terapeutiske samfunn kan variere. Også her er det bo- og arbeidstrening, men større grad av behandling psykososialt. Andre behandlingsinstitusjoner varierer i tilnærming og innhold med vekt på psykososiale

metoder og psykoterapi. Klinikkerne, bl.a. a-klinikker, har et mer helsefaglig behandlingstilbud. Såkalte Minnesota-klinikker og 12-trinns program baserer ofte mye av behandlingen på selvhjelpsgrupper.

Innleggelser med tilbakeholdelse

Fra 1993 til 1998 fattet fylkesnemnda for sosiale saker 106 vedtak om inntak i institusjon uten eget samtykke med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6–2. I 1999 fattet fylkesnemndene 97 vedtak i henhold til sosialtjenesteloven § 6–2 og 66 vedtak i henhold til § 6–2a. I 2000 ble det fattet 55 vedtak i henhold til § 6–2 og 29 vedtak i henhold til § 6–2a. NIDA-rapport nr. 2/2000 opplyser at 118 klienter samtykket i inntak etter sosialtjenesteloven § 6–3 i år 1999. Ovennevnte inntak skjer i ordinære institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Institusjonene er i henhold til sosialtjenesteloven § 6–4 spesielt utpekt til å ta i mot rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke, men er ikke egne «tvangsinstitusjoner».

Økonomi og omfang

I 1999 brukte kommunene og fylkeskommunene 1,636 milliarder kroner på tiltak for rusmiddelmissbrukere (kilde: Sosial- og helsedepartementet: Offentlige utgifter til helse- og sosiale formål 1980–1999). I tillegg kommer utgifter som påløper i helsetjenesten. Det har for øvrig skjedd en ressursvekst på over 100 prosent fra 1990 til 1999 for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Oslo kommune står for om lag halvparten av ressursbruken på feltet. Statens bidrag til finansieringen skjer hovedsakelig over rammetilskuddene til kommuner og fylkeskommuner.

Av NIDA-rapport nr. 2/2000 fremgår at vel 70 prosent av tiltakene er hjemlet i sosialtjenesteloven og 29 prosent i spesialisthelsetjenesteloven. Det framgår videre (basert på egenrapporteringer) at det var 196 døgninstitusjoner og poliklinikker i 1999, med en kapasitet på ca. 3 500 plasser for polikliniske tiltak og ca. 3 300 plasser for døgniltak. Belegget er lavere for begge typer tiltak. Evangeliesentrene har ikke rapportert inn antall innleggelser, men står for et visst volum. Rapporten oppgir at det totalt i alle typer tiltak ble behandlet 34 456 klienter i 1999, medregnet reinnleggelser.

2.1.3 Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere

Det tidligere Sosial- og helsedepartementet nedsatte i desember 1998 en arbeidsgruppe for å gjen-

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 rusmiddelmissbrukere)

nomgå og vurdere hjelpe- og behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere (Nesvåg-gruppen). Gruppen skulle også vurdere tiltak for kvalitetssikring av hjelpe- og behandlingstilbudet, og behov for endringer i ansvars plasserings- og finansieringssystem. Gruppen avsluttet sitt arbeid i juni 1999.

Arbeidsgruppen pekte bl.a. på følgende behov i tiltaksapparatet:

- Behovet for å styrke akutt- og avrusingstilbudet innen alle helseregioner, både innen helsetjenesten og som del av lengrevarende behandling. Gruppen skiller mellom «sosial avrusing/opptørking» og avrusing som krever medisinsk oppfølging.
- Døgnbehandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere med alvorlig psykiske lidelser bør styrkes i alle helseregioner innenfor det psykiske helsevernet.
- Helsetilbudet til rusmiddelmissbrukere bør styrkes generelt sett. Dette bør først og fremst skje gjennom den etablerte helsetjenesten både for akutte situasjoner og for medisinsk kontroll og oppfølging. Høringsuttalelsene ga sin støtte til dette, og uttrykte en skepsis til «særomsorgstankegangen» når det gjelder helsetjenester til rusmiddelmissbrukere.
- Døgntilbudet til rusmiddelmissbrukere bør ta utgangspunkt i de fem helseregionene for å utvikle et mer differensiert institusjonstilbud.

Forslagene i denne proposisjonen bygger til dels på vurderinger og anbefalinger i arbeidsgruppens innstilling.

2.2 Helsepolitisk reform

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten

Fra 1. januar 2002 overtok staten ansvar og eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste, jf. lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Dette er en betydelig organisatorisk reform som legger til rette for en mer helhetlig gjennomføring av helsepolitiske mål og bedre ressursutnyttelse. Det er etablert fem statlig eide regionale helseforetak med utgangspunkt i landets fem helseregioner. De regionale helseforetakene skal sørge for et tilbud av nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen innen de respektive helseregionene. De regionale helseforetakene kan ikke selv drive utøvende virksomhet, men oppretter helseforetak som skal drive helsetjenestene. Helseforetak eies fullt ut av de regionale helsefore-

takene. Regionale helseforetak og helseforetak er egne rettssubjekter.

Med reformen er ansvaret for å sørge for tjenestene plassert hos én aktør, staten. Det reduserer muligheten for ansvarsfraskrivelse og gråsoneproblematikk. Organisering av statens ansvar for spesialisthelsetjenester i foretak skal sikre en ansvarlig og ryddig gjennomføring av statens oppgaver som politikkkutformer, myndighetsutøver, eier, driftsansvarlig, finansieringsansvarlig og tilsynsmyndighet.

Tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere fra 2002

Fylkeskommunen har fortsatt ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven. Fylkeskommunale tiltak for rusmiddelmissbrukere som var hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, ble omfattet av den statlige overtakelsen fra 1. januar 2002. Dette medførte at spesialiserte polikliniske tjenester (som psykiatriske ungdomsteam/rusmiddelteam), og enkelte behandlingstilbud (avdelinger/avsnitt) ble overført til staten og organisert under regionale helseforetak. Statens klinikk for narkomane på Hov i Søndre Land kommune, er overført til Helse Øst RHF, og er organisert sammen med Sanderud sykehus, Hedmark. Med dette ble det etablert tre nivåer i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere.

2.3 Forholdet mellom rusmiddelproblemer og helseproblemer

Om rusmiddelproblemer

Rusmiddelmissbrukere er ingen ensartet gruppe. De fleste som misbruker rusmidler klarer seg stort sett i det daglige, men kan ha behov for hjelp og oppfølging, og rehabiliteringsopphold i kortere perioder. En langt mindre gruppe, som er mye mer innsatskrevende, har store og vedvarende rusmiddelproblemer. Det er personer med stor avhengighet og store abstinensproblemer, ofte knyttet til et omfattende blandingsmisbruk av alkohol, heroin og legemidler. I tillegg har de også betydelige helsemessige og psykososiale problemer. Denne gruppen har et omfattende behov for hjelp og omsorg, og rehabiliteringsperspektivet må være langsiktig. Antallet rusmiddelmissbrukere med et intravenøst, opiattdominert misbruksmønster er anslått

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 rusmiddelmissbrukere)

til å være mellom 10 000 og 14 000 ved utgangen av år 2000, omtrent en fordobling i løpet av de siste ti år. Opiater (heroin) dominerer det intravenøse misbruket, mens amfetaminmisbruk utgjør anslagsvis 10 prosent av det intravenøse misbruket.

Helseproblemer hos rusmiddelmissbrukere

I tillegg til sosiale problemer er helseproblemer ofte både årsak til og virkning av rusmiddelproblemer. For en del, og for flere enn tidligere antatt, kan ikke-diagnostiserte helselidelser, ofte psykiske eller hjerneorganiske lidelser, være en utløsende faktor for bruk av rusmidler.

Sammenhengen mellom rusmiddelproblemer og psykiske lidelser er godt dokumentert. St.meld. nr. 25 (1996–97) Åpenhet og helhet, grupperer personer som både har psykiske lidelser og misbruksproblemer i tre:

- psykiatriske pasienter som misbruker alkohol eller narkotika i perioder når de får tilgang til rusmidler
- misbrukere som plages av psykiatriske symptomer, særlig angst og depresjon
- vedvarende alvorlig misbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, affektiv sinnslidelse eller alvorlig personlighetsforstyrrelse

Meldingen plasserer ansvaret for gruppe to innen tiltak for rusmiddelmissbrukere, mens den psykiatriske spesialisthelsetjenesten må ta et hovedansvar for behandling av den første og siste gruppen. Begrepet «dobbeltdiagnose» bør reserveres til den siste gruppen. Denne gruppen faller lett mellom og/eller utenfor tiltak både for rusmiddelmissbrukere og i psykisk helsevern, og de blir ofte gående uten et egnet behandlingstilbud. Det anslås at over 4 000 personer har kombinasjonen av ulike alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, som det ikke er egnede behandlingstiltak for. Videre anslås det at over 20 000 misbrukere i ulik grad har psykiske lidelser. Det påpekes at det er store mangler i behandlingstilbudet, og at det er nødvendig å utvikle varierte tilbud fra spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunale og kommunale tiltak. Kartleggingen har vist at ca. 30 prosent var uten egen bolig, og at det også er store mangler i kommunenes oppfølgingstilbud. Statens helsetilsyn fulgte opp St.meld. nr. 25 (1996–97) med en utredning om «personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk» (utredning nr. 10-2000, publikasjonsnummer IK-2727). Det tidligere Sosial- og helsedepartementet har fulgt opp Statens helsetilsyns utredning i rundskriv I-36/2001, som er en

ramme for utvikling av tjenestetilbudet med fokus på samarbeid. Jf. også St.prp. nr. 63 (1997–98) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

Rusmiddelmissbruk medfører ofte alvorlige somatiske helseproblemer. Sammenhengen mellom alkoholmisbruk og helseproblemer er vel kjent, selv om den kan være undervurdert. Det følger en stor helserisiko med et intravenøst opiattdominert (her; heroin) misbruksmønster, et misbruksmønster som er svært utbredt blant tungt problembelastede rusmiddelmissbrukere i Norge.

HIV-spredning blant injiserende misbrukere er stabil og på et lavt nivå. Det smitteforebyggende arbeidet ser ut til å ha hatt god effekt. Men tilveksten av injiserende misbrukere er urovekkende med tanke på økning i HIV-smitte, og tilsier behov for å følge utviklingen nøye. Spredningen av hepatitter er urovekkende høy. Dette er lidelser som kan ha alvorlige bivirkninger. Smitten skjer hovedsakelig gjennom sprøytedeling. Gjennom lavterskel helse-tiltak er det avdekket en svært alvorlig helsetilstand hos mange misbrukere. Byller og sår med utvikling til multiple infeksjoner er et annet stort problem som krever mye oppfølging for å motvirke svekket ernæringsstatus og immunforsvar. Feilernæring, underernæring og tannhelseproblemer er andre gjennomgående problemer hos gruppen. Det er stor dødelighet blant rusmiddelmissbrukere.

Det er et stort underforbruk av helsetjenester blant rusmiddelmissbrukere. Dette kan skyldes flere forhold. Nedenfor følger en gjennomgang av de viktigste årsakene.

Organisering og holdninger

Tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere er hjemlet i sosialtjenesteloven. Misbruk av avhengighetskapende stoffer har tradisjonelt vært sett som symptom på personlige, familiemessige og sosiale problemer med derav følgende mistriksel og mistilpassning. Loven forutsetter imidlertid et nært samarbeid med helsetjenesten, fordi komplikasjonene ved misbruk, men også avhengigheten i seg selv, ofte har helsemessige sider. Blant annet Nesvåggruppen peker på at denne forankringen i sosialtjenesteloven, til tross for intensjonene om et samlet ansvar, kan ha ført til at helsetjenesten ikke har fulgt opp sitt ansvar for rusmiddelmissbrukere.

Organiseringen, som innebærer ulike finansieringsordninger for tiltak under sosialtjenesteloven og tiltak under spesialisthelsetjenesteloven, kan også ha medført at fylkeskommunen velger å bruke et tiltak under sosialtjenesteloven i tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten ville være det best egnede hjelpetiltaket.

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 rusmiddelmissbrukere)

Kunnskap

Underforbruket av helsetjenester kan også skyldes at sammenhengen mellom helseproblemer og rusmiddelproblemer ikke er tilstrekkelig kjent verken blant helsepersonell eller i tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Symptomer på rusmiddel- og helseproblemer kan bli oversett. I helsetjenesten er det ikke nok kunnskap om rusmiddelproblemer, og om forholdet mellom disse problemene og psykiske og somatiske lidelser. I sosialtjenesten er det på den annen side ikke tilstrekkelige kunnskaper om helseproblemer. Rusmiddelproblemer kan være varierte og sammensatte. Å fange dem opp og tilby egnet behandling handler også om en god kommunikasjon mellom de ulike tjenestene, og mellom tjenestene og den enkelte pasient.

Rusmiddelmissbrukerne selv

At ikke rusmiddelmissbrukere får den helsehjelp de trenger, skyldes også at mange misbrukere ikke er i stand til å benytte seg av ordinære helsetjenester. De mangler også ofte kunnskap om kropp og helseproblemer. I ruset tilstand er de heller ikke vare for tegn på sykdom hos seg selv. Andre, som ikke har tunge og synlige rusmiddelproblemer, kan ofte ønske å skjule for helsepersonell at de har et problem.

Med de mangeartede og omfattende problemer rusmiddelmissbruk medfører for den enkelte og samfunnet, mener departementet at det er nødvendig å stille spørsmål ved hvordan ressursene brukes målt opp mot innsats og resultater. I internasjonal sammenheng er Norge i verdenstoppen når det gjelder antall institusjonsplasser. Likevel vet vi at ikke alle rusmiddelmissbrukere får den hjelp eller behandling de trenger. Vi vet også at mange som får behandling faller tilbake til sitt gamle misbruksmønster. Dette kan skyldes manglende behandlingstilbud på fylkeskommunal plan, at det ikke er foretatt en god utredning av behov og egnet hjelpetiltak og behandling på forhånd, den lokale daglige og langsiktige oppfølgingen o.s.v. Det kan være lange ventelister for opphold i en behandlingsinstitusjon og ledig kapasitet i en annen. I mangel av lokale oppfølgingstiltak legges klienter inn på institusjon.

Det er derfor nødvendig å rette innsatsen slik at personer med et rusmiddelproblem får hjelp og behandling som i større grad er tilpasset den enkeltes behov. I denne sammenhengen vil et bedret helse-tilbud til gruppen være av stor betydning.

2.4 Et bedre tiltaksapparat

Det overordnede målet med å reformere tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere er å få bedre tjenester og bedre behandlingsresultater. For å nå målet er det nødvendig å klargjøre ansvar, utnytte ressursene bedre, styrke den tverrfaglige innsatsen og samarbeidet mellom ulike tjenester og fremfor alt videreutvikle kvaliteten i hjelpe- og behandlingstilbudet.

Klargjøring av spesialisthelsetjenestens ansvar

Rusmiddelmissbrukere som har omfattende helseproblemer, somatiske og psykiatriske, må få de helsetjenestene som er nødvendige. For å styrke helsetjenestetilbudet er det nødvendig å klargjøre hvilke fylkeskommunale tiltak som skal defineres som spesialiserte helsetjenester. Med dette ønsker departementet å presisere et ansvar spesialisthelsetjenesten allerede har, ved å plassere ansvaret for tjenester som naturlig hører hjemme i spesialisthelsetjenesten hos de regionale helseforetak. Med det kommer tiltak som yter likeartede tjenester på samme forvaltningsnivå.

Hensynet til effektiv ressursutnyttelse, samordning og kvalitetsutvikling

Rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer trenger bistand fra flere instanser, ofte samtidig. Det skal legges til rette for en organisatorisk ramme, som fremmer helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, der både sosial- og helseperspektivet vektlegges. Tverrfaglig samarbeid og samhandling i tiltakskjeden skal få større plass. Ulike hjelpe- og behandlingssinnsatser fra forskjellige instanser bør koordineres i en tiltaksplan.

Bedre resultater og tjenester og riktig tjeneste til rett person, er avhengig av bedre ressursutnyttelse. Det gjøres en stor innsats i ulike deler av hjelpeapparatet, og samfunnet bruker relativt store ressurser på å hjelpe rusmiddelmissbrukere. Alle, og ikke minst den hjelpetrengende, har krav på at innsatsen gir best mulige resultater. Med bedre ressursutnyttelse kan ventelisteproblematikken reduseres, behandlingsresultatene bedres og det kan oppnås et mer likeverdig tilbud mellom regionene. En bedre organisering av tiltaksapparatet vil klargjøre sammenhengen mellom mål og virkemiddelvalg i behandling av rusmiddelmissbruk.

3 Forslagets hovedinnhold

3.1 Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere

3.1.1 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo i høringsnotatet en modell hvor staten overtar ansvaret for å sørge for spesialiserte behandlingstiltak til rusmiddelmissbrukere. I følge høringsnotatet skulle fylkeskommunen beholde ansvaret for institusjonsplasser som yter omsorg og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering.

3.1.2 Høringsinstansenes syn

Langt de fleste høringsinstansene er positive til at staten skal overta større deler av ansvaret for spesialisttjenestene til rusmiddelmissbrukere. *Det regionale kompetansesenteret for rusmiddelsspørsmål, Nordlandsklinikken*, konkluderer slik:

«Kompetansesenteret mener at staten skal overta ansvar og eierskap for de spesialiserte behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere. Det henstilles til at dette følges opp av en helhetlig utredning av det samlede tiltaksapparatet med grundigere faglige, organisatoriske og økonomiske konsekvensanalyser for det totale rusmiddelområdet.»

Det bør kun være et statlig og et kommunalt forvaltningsnivå innenfor rusfeltet.»

Fra *Kirkens Bymisjon* siteres følgende om deres syn på «rusbehandlingens plass som del av spesialisthelsetjenesten»:

«Vi slutter oss til hovedlinjene i forslaget om å overføre den spesialiserte rusbehandling fra fylkeskommune til stat og å legge den spesialiserte rusbehandling inn under lov om spesialisthelsetjenester for å styrke helsetilbudet for rusmiddelbrukerne og som gir dem rettigheter etter pasientrettighetsloven.»

For å oppnå en slik målsetting for de aktuelle brukergruppene, mener vi det er nødvendig å overføre alt som i dag må oppfattes som spesialistbehandling innen rusfeltet til staten slik at behandlingstilbudet ikke splittes opp, men holdes samlet. Hele rusfeltet vil da bli organisert i 2

forvaltningsnivå – det kommunale og det statlige, mot ellers 3. Dette må være riktig sett ut fra hensynet til helhetlig styring og utvikling av rusbehandling med den kvalitet og differensiering i tilbudet staten legger opp til og som regionene vil ha behov for. Institusjoner som pr. i dag ikke fullt ut gir et tilbud og har kompetanse i samsvar med de krav som må stilles ut fra spesialisthelsetjenesteloven, bør eventuelt faglig oppgraderes til riktig nivå. En samlet organisering på statlig nivå vil dessuten gi de muligheter for en bedre og mer differensiert ivaretagelse av brukere med sammensatte problemer rus/psykiatri slik høringsnotatet legger opp til.»

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge uttaler generelt til forslaget:

«Fagrådet innen rusfeltet i Norge vil innledningsvis uttrykke sterk støtte til hovedintensjonen med omorganiseringen/reformen, å styrke helsedimensjonen slik at rusmiddelproblematikk reelt sett betraktes som et sosialt og helsemessig problem. Fagrådet ser det slik at dette vil bidra til at problematikken som sådan får tydeligere plass som et viktig samfunnsproblem og at rusfeltet i større grad likestilles med de somatiske tjenester og psykisk helsevern. Fagrådet mener det er viktig at rusmiddelmissbrukere omfattes av samme pasientrettigheter og profesjonell oppmerksomhet som andre sosiale- og helsemessige problemer... Fagrådet vil, til forskjell fra det som fremkommer i høringsnotatet, meget sterkt anbefale at alle tiltak for rusmiddelmissbrukere og avhengige som i dag er på de fylkeskommunale planene overføres samlet til statlig ansvar fra 1. januar 2003.»

Oslo kommune, som står for ca. halvparten av ressursbruken på feltet, uttaler:

«Oslo kommune støtter ikke den foreslåtte statlige overtakelse av deler av det fylkeskommunale ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere.»

Oslo kommune støtter intensjonene som ligger bak forslaget om å gjøre tilbudet for rusmiddelmissbrukere bedre og å skape nye tilpassede tilbud, men mener dette best kan gjøres nært klientene i kommunal og interkommunal regi, bl.a. ved å videreutvikle den modell Oslo har lagt til grunn for sitt arbeide.»

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 rusmiddelmissbrukere)

Praktisk talt alle høringsinstansene uttrykker skepsis til det de nå oppfatter som en innføring av tre forvaltningsnivåer i behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere.

Kommunenes Sentralforbund

«beklager at Sosialdepartementet i dette høringsnotatet ikke legger fram en mer samlet vurdering og helhetlige forslag om ansvaret for tiltakene for rusmisbrukere... Kommunenes Sentralforbund deler høringsnotatets vurdering og intensjon om bedre helsetjenestetilbud for rusmisbrukere. Notatets forslag innebærer imidlertid en ytterligere oppsplitting av ansvaret for tiltakene for rusmisbrukere på to departementer, to lovverk, tre forvaltningsnivåer, og en splitting av ansvar for behandling av rusmisbrukere mellom helsetjenesten og sosialtjenesten, langt på veg i to parallelle behandlingsskjeder. Dette er fragmentering snarere enn sammenheng og samordning.»

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag uttaler:

«Innledningsvis vil fylkesmannen beklage at det ikke legges fram et mer helhetlig forslag om ansvaret for tiltakene i rusomsorgen. Rusmiddelmissbrukerne trenger et kompleks av tiltak som for den enkelte rusmisbruker og for hjelpeapparatet må ha forutsigbarhet og kontinuitet. En klargjøring av spesialisthelsetjenestens oppgaver i rusomsorgen må derfor sees i sammenheng med det øvrige hjelpeapparatet, da først kan man vite om de foreslåtte tiltak er hensiktsmessige og tjenlige. Etter fylkesmannens mening bør det ikke gjøres endringer før det foreligger en helhetlig utredning om hvor de forskjellige tiltak skal plasseres i framtida.»

Oppegård kommune uttaler:

«Sosialdepartementets forslag til omorganisering gjelder kun deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmisbrukere. Ved å utelate sentrale oppgaver fra denne høringsrunden blir problemstillingene vanskelig å vurdere samt se helhetlige konsekvenser av forslaget. Slik vi ser dette, medfører dette til en tredeling av ansvarsfordelingen overfor denne gruppen, mot en todeling i dag. Dette kan føre til en økning av gråsoneproblematikk, samt gjøre tverretattlig samarbeid mer komplisert.

I høringsnotatet fremkommer det at reformen har som mål å legge til rette for en klarere ansvarsdeling mellom helsetjenesten og de sosiale tjenester for rusmiddelmissbrukere. Etter en nøye gjennomgang av høringsnotatet finner vi ikke at dette målet kan nås gjennom foreslåtte endringer.»

Hedmark fylkeskommune er representativ for flere av fylkeskommunene når den uttaler:

«Fylkesutvalget går i vedtaket i mot den foreslåtte oppsplitting av ansvaret for rusmiddelmissbrukere på tre forvaltningsnivåer og mener at alle tiltak for rusmiddelmissbrukere utover «basistiltak» som det er naturlig at kommunene har ansvaret for, må ivaretas av ett og samme forvaltningsnivå for å sikre en helhetlig tjeneste. Fylkesutvalget mener at dette ansvar må tilligge staten ved de regionale helseforetak.»

Under overskriften «Kommunene først, ikke helseforetakene» uttaler *Østfold fylkeskommune* følgende:

«Det spesialiserte tilbudet som fylkeskommunene har ansvaret for, har ikke vært tilstrekkelig, og det er stort behov for styrking. Dersom hovedsaken er å styrke rusomsorgen på kort sikt, kan fylkeskommunen få midler til dette. Vi er imidlertid åpne for at forvaltningsansvaret på sikt kan bli overført til andre forvaltningsnivåer. Men før en gjør vesentlige endringer i det spesialiserte tilbudet, må det avklares hvilket ansvar og hvilken kompetanse kommunene bør ha. Det blir helt feil å starte prosessen med å overføre deler av ansvaret til helseforetak. Det kan få den utilsiktede bivirkning at mange rusmisbrukere tyr til en medisinsk forklaring på sine problemer og skyver ansvaret fra seg. Vi viser til at både Verdens Helseorganisasjon og ledende forskere har frarådd en slik tilnærming, og i stedet anbefalt brede, samfunnsbaserte tiltak der forebygging, og behandling går hånd i hånd. Norske helseforetak er ensidig fokusert på klinisk medisin, og har ikke nødvendig kompetanse for å takle slike oppgaver. Dersom staten likevel vil overta rusomsorgen, må den opprette egne foretak for dette.»

3.1.3 Departementets vurderinger og forslag

Departementet har merket seg at de fleste høringsinstansene er positive til større statlig ansvar for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. Departementet har også merket seg at høringsinstansene er uenige i det de oppfatter som at det nå blir tre forvaltningsnivåer å forholde seg til, både for brukerne og behandlingsapparatet selv. Til dette vil departementet bemerke at det med sykehusreformen allerede er etablert tre forvaltningsnivåer. Pr. 1. januar 2002 ble flere av fylkeskommunens institusjoner og tiltak for rusmiddelmissbrukere overført til staten. Det var institusjoner som var hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven (tidligere hjemlet i de nå opphevede lov 19. juni 1969 nr. 57 om sykehus m.v. og lov 28. april 1961 nr. 2 om psykisk helsevern). Flere av institusjonene som ikke ble overført, yter i praksis spesialisthelsetjenester, slik det er naturlig

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 rusmiddelmissbrukere)

å forstå dette begrepet, men har sin lovmessige forankring i sosialtjenesteloven. Det er disse som nå i første del av en større rusreform foreslås overført til staten ved de regionale helseforetakene. Dette verken innfører eller rydder opp i en tre-nivåmodell, men skaper et klarere ansvarsforhold mellom den spesialiserte helse- og sosialtjenesten for rusmiddelmissbrukere.

I tillegg foreslår departementet at sørge for ansvaret for institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a overføres til de regionale helseforetakene, men uten at tjenesten nødvendigvis defineres som spesialisthelsetjeneste, se nærmere nedenfor i kapittel 3.3.

Departementet har forståelse for synspunktet om at tre-nivåmodellen, som ble en følge av sykehusreformen, kan ha uheldige sider. Departementet vil ta med seg disse synspunktene i den varslede gjennomgangen av tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere (rusreform II). Det tas sikte på å legge fram en Odelstingsproposisjon om dette for Stortinget i løpet av 2003.

Forslaget til omorganisering medfører i denne omgang at ansvaret for behandling som kan defineres som spesialiserte helsetjenester overføres til staten og forankres i spesialisthelsetjenesteloven. Det betyr at staten får det overordnede ansvaret for tilbudet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1. Statens overordnede ansvar for behandlingstilbudene innebærer bl.a. at staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter til å sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region. Staten er ansvarlig for å fastsette overordnede helsepolitiske målsettinger og gi rammebetingelser som gjør det mulig for helseforetakene å oppfylle målsettingene.

Helseforetaksloven bestemmer at det opprettes helseforetak som skal ivareta de utøvende funksjonene innen spesialisthelsetjenesten. Det vil være opp til de regionale helseforetakene å bestemme hvor mange og hvilke funksjoner som skal være knyttet til hvert enkelt foretak.

De regionale foretakenes sørge for-ansvar innebærer at de skal kjenne til hva som er og hva som vil bli behovet for spesialisthelsetjenester for befolkningen i regionen, hvordan disse tjenestene leveres og at de holder den kvaliteten, inklusive eventuelle tidsfrister, som følger av forsvarlighetskravet. De regionale helseforetakene kan produsere tjenestene selv, da gjennom sine helseforetak, eller kjøpe tjenester fra andre tjenesteytere, offentlige og private. De regionale helseforetakene kan ikke selv yte spesialisthelsetjenester, jf. helseforetaksloven § 2, jf. § 9. Regionalt helseforetak kan imidlertid ik-

ke organisere seg bort fra sitt ansvar for å sørge for et nødvendig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud som også gjelder for rusmiddelmissbrukere.

Departementets forslag til omorganisering forutsetter at institusjoner for rusmiddelmissbrukere som yter helsetjenester og som i dag eies av fylkeskommunen, vil bli overført til det regionale helseforetaket i den helseregion de geografisk er lokalisert. Det er forutsatt i forarbeidene til helseforetaksloven at de regionale helseforetakene bør ha stor grad av frihet i forhold til hvordan de organiserer tjenestene, og dette forutsettes også å gjelde for de virksomhetene som overtas i kraft av dette forslaget til omorganisering. På tilsvarende måte forutsettes det at fylkeskommunens eksisterende avtaler med private aktører om spesialiserte tjenester vil bli videreført av det regionale helseforetaket.

Innenfor hjelpe- og behandlingstiltakene for rusmiddelmissbrukere er det mange private aktører som har oppdrag fra fylkeskommunene. Departementet legger til grunn at mange av disse fortsatt vil ha en sentral rolle, og også utføre spesialisthelsetjenesteoppgaver for regionale helseforetak ved at foretakene inngår avtaler med andre tjenesteytere, se spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a.

Helseforetaksloven innebærer en klarere juridisk og økonomisk ramme for bruk av tjenester fra private aktører. En bedre styring av ressurser som går til private institusjoner, vil komme pasientene til gode.

I forhold til private institusjoner kan omorganiseringen medføre at noen tjenester utføres for et regionalt helseforetak, andre for fylkeskommunen eller kommunen. En døgninstitusjon kan tilby tjenester som delvis er helsefaglig behandling, delvis tiltak av sosialfaglig og omsorgspreget karakter. I slike tilfeller kan det være en løsning at institusjonen baserer sin virksomhet på to avtaler, f.eks. en med fylkeskommunen/kommunen om omsorgsoppgaver, og en med det regionale helseforetaket om spesialisthelsetjenester eller mottak av rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a.

Spesialisthelsetjenesteloven bestemmer at ansvaret for å dekke behandlings- og forpleiningsutgifter vil ligge på de respektive regionale helseforetakene som er gitt i oppgave å sørge for at befolkningen innen sine helseregioner tilbys spesialisthelsetjeneste. Spesialisthelsetjenesteloven § 5–1 regulerer pasientens bostedsregion og § 5–2 regulerer refusjonskrav mot det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion for behandling ytt etter avtale mellom det regionale helseforetaket og annen tjenesteyter. Overføringen av ansvaret for spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere fra fyl-

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 rusmiddelmissbrukere)

keskommunen til staten vil derfor medføre at dagens ordning etter sosialtjenesteloven, med refusjonskrav for oppholdsutgifter overfor rusmiddelmissbrukerens oppholdskommune, bortfaller.

Straffedømte med rusproblemer kan ha sterkt behov for behandling som ikke kan gis av kriminalomsorgen. Etter straffegjennomføringsloven § 12 kan straffen i særlige tilfelle helt eller delvis gjenføres ved heldøgnsopphold i institusjon dersom oppholdet er nødvendig for å bedre domfeltes evne til å fungere sosialt og loyldig, eller andre tungtveiende grunner taler for det. Det må, gjennom instruks til de regionale helseforetakene eller forskrift, sikres at de institusjoner som overføres fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene er i stand til og egnet til å motta domfelte etter straffegjennomføringsloven § 12.

3.2 Spesialisthelsetjenestetilbudet til rusmiddelmissbrukere

3.2.1 Gjeldende rett

Rettslig sett er det ingen forskjell på rusmiddelmissbrukeres rett til spesialisthelsetjenester og øvrige pasienters rett. Likevel får rusmiddelmissbrukere ofte ikke de spesialisthelsetjenester de trenger og har krav på. Dette er uheldig. Tiltak som driver spesialisert behandling, og som det er naturlig å forstå som spesialisthelsetjeneste, er delvis organisert utenfor helsetjenesten, og følger andre regler enn de som gjelder for helsetjenesten. Sammen med ønsket om en ensartet organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet, danner dette grunnlaget for departementets forslag til omorganisering.

3.2.2 Høringsnotatets forslag

I høringsnotatet ble det foreslått at følgende behandlingfunksjoner i forhold til rusmiddelmissbrukere skal defineres som spesialisthelsetjeneste:

- avrusing (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging
- utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov
- spesialisert behandling, poliklinisk eller i institusjon
- tilbud til rusmiddelmissbrukere med ulike psykiske lidelser
- ansvar etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a

Forslaget bygget til dels på vurderinger og anbefalinger i Nesvåg-gruppens rapporter. Da disse rap-

portene ble presentert, var ikke statlig overtakelse og organisering i helseforetak aktuelle problemstillinger. Nesvåg-rapportene anbefalte imidlertid at en del spesialiserte tjenester overfor spesifikke grupper/problemstillinger, burde ses i lys av en løsning i helseregion av hensyn til kompetanse og pasientgrunnlag.

3.2.3 Høringsinstansenes syn

Langt de fleste høringsinstansene er positive til at det ryddes opp i forankringen av spesialisthelsetjenestene til rusmiddelmissbrukere. *Fylkesmannen i Østfold* er representativ for de fleste høringsinstansene når det uttales:

«Fylkesmannen er i utgangspunktet positiv til at ansvaret for spesialiserte behandlingstiltak overfor rusmiddelmissbrukere blir lagt til de regionale helseforetakene, og at helsetjenestens ansvar for deler av tiltaksapparatet overfor gruppen dermed blir tydeliggjort.»

Nasjonalt kompetansesenter for medikamentassistert rehabilitering (MARIO) peker bl.a. på at:

«Det kan hevdes at det å definere spesialisttjenesten som en helsetjeneste vil heve fagfeltets prestisje og tiltrekningskraft samt minske stigmatiseringen av brukerne. Dette gjelder imidlertid bare dersom det utvikles tilsvarende spesialisering, enten som nytt spesialfelt eller som grensespesialisering. Det kan være fare for at yrkeskategorier med spesialkompetansen innen psykososiale behandlingsmetoder vil miste forankring. Pasienter med rusmiddelproblemer kan dessuten bli en lite verdsatt pasientgruppe som oppleves belastende innen helseforetak.»

Oslo kommune uttaler:

«Oslo kommune er enig med departementet i at helsetjenesten ikke har fulgt opp sitt ansvar overfor rusmiddelmissbrukernes helse på en god nok måte. Det må være en selvfølgelig rett også for rusmiddelmissbrukere å få like god behandling innenfor helsevesenet for sine somatiske og psykiatriske plager og sykdommer som resten av befolkningen. Erfaringene fra bl.a. feltpleien, som er et sykepleiefaglig tilbud med noe legedekning Oslo kommune har bygget opp, viser at rusmiddelmissbrukere trenger særlig oppmerksomhet og service fra helsevesenet p.g.a. oversykelighet og liten evne til egenomsorg. Fastlegeordningen gir alle rett til en fast lege, også rusmiddelmissbrukerne. Dette vil ytterligere støtte opp under et samarbeid mellom allmennhelsetjenesten og sosialtjenesten på kommunalt nivå.»

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 rusmiddelmissbrukere)

Departementets forslag om å legge selve behandlingen av rusproblemet under den statlige spesialisthelsetjenesten løser derfor ikke et eventuelt manglende fokus på rusmiddelmissbrukernes helse fra helsevesenets side.»

Flere høringsinstanser peker imidlertid på vanskelighetene ved å skulle definere og beskrive de av dagens fylkeskommunale tjenester som faller inn under spesialisthelsetjenestebegrepet. I denne sammenheng uttaler *Rogaland A-senter*:

«Høringsutkastet slår fast at beveggrunnen for reformen er å tydeliggjøre helsetjenestens ansvar for behandling og å styrke det somatiske helsetjenestetilbudet for rusmiddelmissbrukere. Dette er et viktig punkt som vi støtter. Det vi vanligvis forstår med helsetjenester er likevel kun en del av en svært sammensatt problematikk knyttet til rusbehandling, og der en tverrfaglig tilnærming er avgjørende for å finne fram til tiltak tilpasset den enkelte bruker.

På denne bakgrunn er det viktig å få fram at skal spesialisttjenestene som i dag ligger i rusvernet på fylkeskommunalt nivå defineres som spesialisthelsetjeneste, forutsetter dette en nyansering og utvidelse av begrepet «spesialisthelsetjeneste». Dette begrepet er, som høringsnotatet presiserer, ikke et presist medisinsk begrep, men en samlebetegnelse på de helsetjenestene som det ikke er hensiktsmessig å legge ansvaret for på kommunenivå. ... Dersom reformen ikke skal føre til en nedprioritering av den rusfaglige spesialiseringen som er skjedd som et resultat av LOST, må det presiseres at forståelsen av spesialisthelsetjenestebegrepet inneholder både en sosialfaglig og en helsefaglig dimensjon.»

Mange høringsinstanser uttrykker at de er enige i de konkrete forslagene til hvilke funksjoner som bør overføres til spesialisthelsetjenesten, samtidig som det pekes på at de nærmere grensene byr på store problemer. *Fylkeslegen i Buskerud* uttaler:

«Departementet har i høringsnotatet gitt en oversikt over behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukere som skal defineres som spesialisthelsetjeneste. Selv om det presiseres fra departementet at oversikten ikke er uttømmende, vil fylkeslegen bemerke at det etter vårt skjønn vil være viktig at begrepet «utredning» som er benyttet i bollepunkt to, defineres til å gjelde blant annet diagnostisering av somatiske tilstander som følge av misbruket, og at behandling og oppfølging er etter vårt skjønn en viktig og nødvendig forutsetning for misbrukerens rehabilitering i tillegg til psykososial og rusfaglig diagnostisering, behandling og oppfølging.

Når det gjelder avrusing og avgiftning som krever tett medisinsk oppfølging, er fylkeslegen

enig i at dette er en naturlig oppgave for den statlige spesialisthelsetjeneste, og det er en forutsetning at det gis rammebetingelser som gjør det mulig for helseforetakene å oppfylle denne oppgaven. I tilfeller hvor det er nødvendig med avrusing i forbindelse med innleggelse uten eget samtykke og hvor selve avrusingen ikke innebærer medisinske komplikasjoner, mener fylkeslegen dette også bør skje innenfor statlig spesialisthelsetjeneste med samme begrunnelse som departementet knytter til kompetanse og bygningsmessige kriterier.»

Fylkesmannen i Østfold uttaler at skillet mellom «medisinsk avrusing» og «sosial avrusing» kan være vanskelig i praksis. Til punktet om «Utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov» bemerker *Drammen kommune* følgende:

«I mange tilfeller kjenner sosialtjenesten klienten så godt at de, uten hjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan finne det best egnede behandlingstilbudet. I vår kommune foretas en grundig kartlegging av hver enkelt rusmisbruker. I de tilfellene hvor vi mener vi har behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten innhenter vi bistand fra Ruspoliklinikken eller ber om et utredningsopphold på Akutten. Det skulle derfor være unødvendig å legge beslag på spesialisthelsetjenesten for slik utredning i enkle saker. Når vi vet at spesialisthelsetjenesten opererer med ventelister i dag, vil køen bare øke hvis alle må innom spesialisthelsetjenesten til utredning.»

Mange høringsinstanser kommenterer at det i høringsnotatet ligger en forutsetning om at spesialisert behandling bl.a. kjennetegnes av at den er kortvarig. Uttalelsen fra *Norsk forum for terapeutiske samfunn (NFTS)* er representativ for dette synet:

«Vi ser at departementet velger å definere spesialisert behandling som målrettet og av kortere varighet. Vi er enige i at bruken av målrettet behandling som faglig kriterium for spesialisert behandling.

Det er imidlertid vanskelig å se faglig sammenheng mellom bruken av tidsperspektiv og spesialisert behandling av tyngre rusavhengighet, når forskning nettopp påpeker at oppfølging i et langtidsperspektiv er av vesentlig betydning for behandlingsresultatet. NFTS er av den oppfatning at det må være kravet til faglig innhold i behandlingen og tilhørende behov for spesialisert kompetanse som er avgjørende for om det er tale om en spesialitet eller ikke.»

Til spørsmålet om rett for sosialtjenesten til å henvise rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetje-

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 rusmiddelmissbrukere)

nesten er *FO (Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere)* representative for flere når de uttaler:

«Når henvisningsmyndigheten til ulike tjenester oppsplittes kan det føre til en splitting av ansvaret for rusmisbrukere. Faren er at helheten forsvinner, og systemet vil kunne vanskeliggjøre overflytting fra en institusjonstype til en annen. Både sosialtjenesten og helsetjenesten bør derfor ha mulighet for henvisning til samme instans. ... Primærhelsetjenestens henvisningsansvar må ikke være til hinder for at sosialtjenesten fortsatt skal kunne henvise. Sosialtjenesten har gjennom år bygget opp en kompetanse på rusfaglig arbeid, og har mulighet for ulike fleksible løsninger i sitt arbeid som avdekker rusmisbruk. Forut for en søknad om plass ved en spesialistinstitusjon har det ofte foregått et langvarig motivasjonsarbeid overfor klienten. Dette er et helt nødvendig arbeid for videre rehabilitering. Sosialtjenestens kompetanse til kartlegging og utredning, motivasjonsarbeid og oppfølging bør benyttes av hele hjelpeapparatet for at flest mulig skal kunne gis et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenesten bør derfor fortsatt ha myndighet til å kunne henvise til spesialisthelsetjenesten.»

Oslo kommune uttaler:

«For øvrig vil kommunen påpeke at selv om fastlegeordningen forutsetter at også alle rusmisbrukere skal ha en fastlege, er det ikke gitt at misbrukeren selv har gjort seg kjent med hvem som er vedkommendes fastlege. Dette kan i seg selv skape problemer, ikke minst fordi sosialtjenesten som oftest er i kontakt med misbrukerne, ikke uten videre har tilgang på disse opplysningene.

Oslo kommune kan vanskelig se at allmennhelsetjenesten vil være i stand til å overta arbeid med rusmiddelmissbrukerne fra sosialtjenesten. Det finnes neppe heller kompetanse hos allmennhelsetjenesten til å søke klientene inn på de best tilpassede tilbudene. ... Dette splittede ansvaret kan medføre at rusmiddelmissbrukerne blir henvist mellom allmennhelsetjenesten og sosialtjenesten. For de tyngste misbrukerne er det dessuten svært viktig å inngå langvarige relasjoner med personer i hjelpeapparatet, fordi behandling av rusproblemer i vid forstand er en langvarig prosess der institusjonsopphold av kortere eller lengre varighet bare er en liten del av de hjelpetiltakene som er nødvendig.»

3.2.4 Departementets vurderinger og forslag

Etter departementets syn er det formålstjenlig å avgrense tjenestene som skal overføres til spesialisert

helsefaglig behandling. Denne oppgavefordelingen bør legge grunnlaget for en fremtidsrettet utvikling av tjenestene.

Departementet er enig med de høringsinstanser som peker på at det å avgrense det helsefaglige spesialistområdet for rusmiddelmissbrukere er vanskelig.

I tiltaksområdet for rusmiddelmissbrukere befinner mange av spesialisttjenestene seg i grenselandet mellom helsetjenester og sosiale tjenester. Den foreslåtte oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunen (sosiale tjenester), innebærer ikke et skille mellom spesialiserte tjenester og førstelinjetjenester, men et skille mellom hva som er spesialiserte helsetjenester og hva som kan betegnes som spesialiserte sosiale tjenester. Flere høringsinstanser har antydnet at forslaget vil innebære et skille mellom A-lag og B-lag for institusjonene. Det har på ingen måte vært departementets intensjon. Tvert i mot ønsker departementet å legge til rette for en utvikling av høy kvalitetspreget hjelp og behandling både innenfor sosialtjenesten og helsetjenesten, og i samarbeidet mellom disse tjenestene.

Til flere høringsinstanser som mener at forslaget kan synes problematisk utfra dagens tiltaksstruktur i fylkeskommunen, vil departementet påpeke at forslaget til hva spesialisthelsetjenesten skal ha ansvaret for, tar utgangspunkt i en oppgavebeskrivelse over hvilke tjenester som faktisk er spesialisthelsetjenester og behandling av rusmiddelmissbrukere som hovedsakelig har et helsefaglig innhold. Forslaget tar ikke utgangspunkt i den etablerte institusjonsstruktur.

Departementets forslag til ny oppgavefordeling kan i mange tilfeller gå noe på tvers av hvordan institusjonene i dag har utformet sitt tjenestetilbud. Dette har sammenheng med at fylkeskommunen har hatt stor frihet til å utforme sitt tilbud. I plankravet til fylkeskommunen, har fylkeskommunen hatt ansvar for et variert behandlingstilbud som dekker ulike oppgaver. En del institusjoner dekker derfor oppgaver som kan falle inn under både sosiale tjenester og spesialiserte helsetjenester.

Departementet foreslår at man går videre langs de hovedlinjer som ble trukket opp i høringsnotatet. Det innebærer at følgende oppgaver foreslås overført til staten ved spesialisthelsetjenesten:

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

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 rusmiddelmissbrukere)

I høringsnotatet ble det forslått å definere, og i neste omgang overføre, tiltak som gir tilbud til rusmiddelmissbrukere med ulike psykiske lidelser som spesialisthelsetjeneste. Departementet mener det allerede er klart at dette er spesialisthelsetjenestens ansvar og viser til at Statens helsetilsyns utredning om personer med samtidig alvorlig psykisk lidelse og omfattende rusmisbruk (utredning nr. 10-2000, publikasjonsnummer IK-2727), sammen med Sosial- og helsedepartementets rundskriv I-36/2001, er ramme for utviklingen av differensierte tilbud. Det vises også til at regionalt kompetansesenter for rusmiddelspørsmål ved Sanderud sykehus har rus/psykiatri som hovedoppgave.

Departementet understreker behovet for å utvikle varierte tiltak innen psykisk helsevern for rusmiddelmissbrukere som samtidig har en alvorlig psykisk lidelse. Dette vil i hovedsak skje som del av opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. nr. 63 (1997-98)) hvor det nå skjer et utviklingsarbeid.

Til høringsnotatets forslag om å definere ansvar etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a som spesialisthelsetjeneste, vises til kapittel 3.3 nedenfor.

Mange høringsinstanser mener at den nærmere avgrensingen av hva som skal være spesialiserte helsetjenester er vanskelig. Til dette vil departementet bemerke at avgrensingen har betydning i forhold til hvilke fylkeskommunale institusjoner og tiltak som skal gå over til staten ved de regionale helseforetak, samt spørsmålet om hvilke tjenester fylkeskommunen ikke lenger skal ha ansvar for. I følge forslaget skal staten ha et overordnet ansvar for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere, på lik linje som ansvaret den har for spesialisthelsetjenester til den øvrige befolkning. De regionale helseforetakene får på sin side et ansvar for å sørge for at rusmiddelmissbrukere i helseregionen får tilgang til nødvendige helsetjenester i henhold til overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger. Hva dette ansvaret konkret innebærer, er ikke statisk. Over tid vil og bør tilbudet endre seg og suppleres i tråd med medisinsk faglig utvikling og i tråd med nye behandlingsmetoder og -filosofi m.v. Etter departementets oppfatning er det riktig å stille krav om at tiltak innen rusfeltet som skal kategoriseres som spesialisthelsetjeneste er tiltak som har en slik personelldekning at institusjonens tilbud rutinemessig omfatter

- diagnostisk utredning av ulike helseproblemer inkludert psykiske lidelser
- kartlegging av rusmiddelmissbruk og livssituasjon
- iverksetting av adekvate behandlingstiltak i forhold til ulike helseproblemer, inkludert medikamentell, psykoterapeutisk og psykososial behandling

Dette innebærer at det ikke er tilstrekkelig at institusjonen *har* spesialisert helsepersonell. For eksempel har mange kommunale helseinstitusjoner ulike typer spesialisert helsepersonell i brøker av stillinger eller som tilknyttede konsulenter på timebasis, uten at en dermed kan si at institusjonen er en spesialistinstitusjon. Det vesentlige må være at spesialisert personell på de nevnte områder har faglige nøkkelposisjoner ved institusjonen, slik at institusjonens faglige profil og generelle utrednings- og behandlingstilbud ligger på spesialistnivå. Det vil ikke være tilstrekkelig at enkelte pasienter leilighetsvis får tilbud om spesialisthelsetjenester – hele tilbudet må være kvalifisert slik at ulike typer spesialisert utredning og behandling rutinemessig vurderes og iverksettes ved behov. Med andre ord må institusjoner for rusmiddelmissbrukere innen helsevesenet ha tilstrekkelig kompetanse og tilbud på spesialistnivå, samtidig som en bred og tverrfaglig orientering er nødvendig.

Det foreslås i denne proposisjonen å overføre et ansvar for spesialiserte helsetjenester som i dag ytes til rusmiddelmissbrukere av fylkeskommunen med hjemmel i sosialtjenesteloven, til staten ved de regionale helseforetakene. Det er dette nivået som har ansvaret for spesialisthelsetjenestene for øvrig. Samtidig foreslås også institusjoner og tiltak som er fylkeskommunale overført, og privates avtaler med fylkeskommunen foreslås videreført med staten. Den videre utvikling vil staten ved de regionale helseforetakene ha ansvaret for. Hvordan dette ansvaret skal utøves gis det få konkrete føringer på, utover det selvfølgelig at sørge for ansvaret må oppfylles.

Departementet finner det ikke nødvendig å endre spesialisthelsetjenesteloven. Departementet viser i denne forbindelse til merknadene til spesialisthelsetjenesteloven § 1–2 første ledd i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) hvorav følger at:

«Begrepet spesialisthelsetjeneste er viktig ved fastleggingen av lovens saklige virkeområde. Begrepet svarer ikke til et presist medisinsk begrep. Spesialisthelsetjeneste er et samlebegrep på den type helsetjenester man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på det kommunale nivå. Hva som er hensiktsmessig i denne sammenheng, vil kunne forandre seg over tid, både på grunn av den medisinske utvikling og endring i organisering av helsetjenesten.»

Etter bestemmelsen i § 1–2 annet ledd kan Helsedepartementet ved forskrift eller i det enkelte tilfelle bestemme hva som er å anse som spesialisthelsetjeneste. Helsedepartementet tar sikte på å

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 rusmiddelmissbrukere)

klargjøre innholdet i spesialisthelsetjenestebegrepet i forhold til rusmiddelmissbrukere gjennom å gi forskrift med hjemmel i denne bestemmelsen.

Departementet foreslår i nr. 3 i overgangsbestemmelsene at staten ved de regionale helseforetakene, fra og med ikrafttreddelsen av loven, har rett og plikt til å overta alle formuesposisjoner som er knyttet til fylkeskommunale virksomheter som yter spesialiserte helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Avrusing (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, (helsefaglig) utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov, spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling, poliklinisk eller i institusjon vil, etter dette, være tjenester som skal overføres til staten ved de regionale helseforetakene.

Departementet vil bemerke følgende til oppgaven «Avrusing (etter henvisning) som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging»

Avrusing og avgiftning innebærer i en del tilfeller medisinske komplikasjoner med behov for somatisk og psykiatrisk medisinsk overvåking. Dette er en naturlig oppgave for spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må ha kompetanse i behandling av avrusing hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under øyeblikkelig hjelp-begrepet, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter.

Avrusing som ikke krever spesialisthelsetjeneste vil ofte dreie seg om omsorg for personer i forkommen tilstand hvor det er nødvendig med ernæring, hygiene og søvn, m.a.o. det som i Nesvåg-rapporten omtales som «opptørring og sosial avrusing». Medisinsk oppfølging vil oftest kunne skje fra legevakten/kommunehelsetjenesten, evt. overføring til sykehus hvis nødvendig.

De regionale helseforetakene må sikre at de institusjonene som forestår avrusing, har et forsvarlig faglig nivå, bl.a. med kompetanse i forhold til avrusing hvor det oppstår komplikasjoner som faller inn under øyeblikkelig hjelp-begrepet, og akutte forgiftninger som skyldes bruk av rusmidler og medikamenter. Dessuten oppfølging av pasienter med alvorlig abstinensproblematikk og/eller psykoseutvikling og andre medisinske tilstander. Spesialisthelsetjenesten må også ha ansvar for å gi råd og veiledning til kommunen når den tar hånd om enkelere avrusing eller følger opp i etterkant av en innleggelse.

Departementet fastholder at utgangspunktet vil være krav om henvisning til avrusing i spesialisthelsetjenesten. Dette utelukker likevel ikke at akutte innleggelser innenfor øyeblikkelig hjelp-begrepet

vil måtte skje uten henvisning. Helsedepartementet vil i forskrift sikre at rusmiddelmissbrukere som tar kontakt med eller oppsøker akuttinstitusjoner som overføres til staten ved de regionale helseforetakene, ikke skal måtte ha henvisning. Se også kapittel 4.2.

Etter departementets oppfatning innebærer dette at hovedinnholdet i tiltak, som i denne sammenhengen skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste, skal tilfredsstillende følgende krav:

- Før eller ved innleggelse skal det kunne gjøres en medisinsk vurdering (av lege) av pasientens tilstand i forhold til aktuelt rusbruk herunder type rusmiddel(er), misbrukets varighet og forbruksmengde, – vurderes fare for forgiftning/overdose, forventede abstinensplager og evt. fare for komplikasjoner
- Det skal kunne igangsettes tiltak for å forhindre alvorlige komplikasjoner i avrusingsfasen, herunder forebygging av delirtilstander, hallusinasjoner og kramper
- Psykisk tilstand skal kunne vurderes og adekvate behandlingstiltak knyttet til somatiske og psykiske lidelser skal kunne igangsettes
- Det skal ha nødvendig bemanning med døgnkontinuerlig sykepleiefaglig oppfølging og tilsyn
- Det skal ha tilgang på lege gjennom nødvendige beredskapssystemer

Departementet vil bemerke følgende til oppgaven «(Helsefaglig) utredning og kartlegging av egnet behandlingsbehov»

Kvalifisert utredning og kartlegging krever i mange tilfeller tilgang til helsepersonell med spesialistkompetanse. Departementet vurderer at det er nødvendig å styrke utredningsdelen for å iverksette best mulig egnet behandling for den enkelte rusmiddelmissbruker. Utredning kan skje poliklinisk, eller når rusmiddelmissbrukets omfang tilsier det, i døgninstitusjon. Større vekt på utredning for å kartlegge helsetilstand og psykososial livssituasjon, før mer spesifikk behandling igangsettes, vil være viktig for å finne riktig diagnose, riktig behandling og unngå feilplassering. En utredning vil også kunne legge til rette for større grad av individuelle behandlingsopplegg og samhandling mellom ulike instanser med bruk av individuelle planer og tiltaks-kjeder.

Departementet er enig med de høringsinstanser som påpeker at utredning også må være en del av sosialtjenestens oppgaver. Dette fremgår også av merknadene til sosialtjenesteloven kapittel 6 i det tidligere Sosial- og helsedepartementets rund-

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 rusmiddelmissbrukere)

skriv I-1/93, hvor det heter at «sosialtjenesten skal utrede hva slags omsorgs- og behandlingstilbud rusmiddelmissbrukeren trenger...». Departementet understreker at den kommunale helse- og sosialtjeneste i utgangspunktet har som oppgave å vurdere hjelpe- og behandlingsbehov. Men ofte, særlig når det dreier seg om tyngre rusmiddelproblemer eller sammensatte problemer, vil det være nødvendig med ytterligere utredning og kartlegging som vil kreve oppfølging av spesialisthelsetjenestepersonell, bl.a. for å diagnostisere eventuelle sykdommer. En utredning skal blant annet kartlegge rusmiddelmissbrukets omfang og misbrukerens livssituasjon, men vesentlig er også å kartlegge følgetilstander av rusmiddelmissbruket, herunder diagnostisere psykisk og somatisk helsetilstand. En utredning bør også komme med en anbefaling om egnet behandling, og det vil oftest kreve god kjennskap til behandlingsapparatet og ulike behandlingsfaglige metoder og tilnærminger.

En utredning i regi av spesialisthelsetjenesten bør i de fleste tilfeller skje i nært samarbeid med tjenestene på kommunalt nivå, inklusive sosialtjenesten, som vil være hovedansvarlig for den langsiktige oppfølging, og primærhelsetjenesten, herunder pasientens fastlege. Bruk av individuelle planer, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–5, kan her være et virkemiddel. Ofte har den kommunale sosial- og helsetjenesten god kjennskap til rusmiddelmissbrukeren gjennom relasjonsbygging og motivasjonsarbeid.

Med dette lovforslaget utvides ansvaret for utredninger fra sosialtjenesten til også å gjelde spesialisthelsetjenesten. Dette sikrer rusmiddelmissbrukere en bistand som i større grad baseres på hjelpebehov som bygger på kartlegging og evt. diagnoser. Departementet bemerker at spesialisthelsetjenesten får ansvar for utredning og diagnostisering, en betegnelse som er nødvendig for å presisere at det dreier seg om utredning som skal fange opp medisinsk og psykososial tilstand og behandlingsbehov, for å skille det fra det generelle utredningsansvaret kommunen har.

Etter departementets oppfatning innebærer dette at hovedinnholdet i tiltak, som i denne sammenhengen skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste, skal tilfredsstillende følgende krav:

- Det må inneha kompetanse til å kartlegge med hensyn på klientens rusrelaterte problematikk, sosiale fungering og situasjon samt generelle psykiske og fysiske tilstand
- Det må inneha kompetanse til å vurdere pasientens motivasjonelle, relasjonelle, familierelaterte og nettverksmessige situasjon
- Det må inneha kompetanse til å vurdere pasien-

tens kognitive funksjonsnivå, herunder kunne gjøre bruk av resultater fra relevante screening- og testverktøy

- Det må inneha kompetanse til å foreta medisinsk vurdering av pasientens fysiske allmenntilstand og evt. somatiske tilleggslidelser, herunder ha kompetanse til å gjøre bruk av laboratorieanalyser og evt. andre nødvendige spesialistutredninger
- Det må inneha kompetanse til å foreta differensialdiagnostiske vurderinger, stille diagnose(r) og anbefale adekvat(e) behandlingstilbud

Departementet vil bemerke følgende til oppgaven «Spesialisert (vesentlig helsefaglig) behandling poliklinisk eller i institusjon»

Departementet foreslår at spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for å tilby spesialisert behandling, poliklinisk eller i institusjon. Det er nødvendig med et variert behandlingstilbud, som kan dekke ulike behov hos personer med misbruksproblemer. I et behandlingsforløp kan det være nødvendig både med spesialisthelsetjenester, sosialpedagogiske tiltak og andre former for langvarig oppfølging.

På samme måte som øvrig behandling i spesialisthelsetjeneste bygger på overføring til kommunalt nivå så snart det er forsvarlig, anbefaler departementet at spesialisthelsetjenestens ansvar for behandling av rusmiddelmissbrukere begrenses til målrettede behandlingsopplegg, som regel av kortere varighet, og forutsetter at lengre plasseringer med sikte på habilitering/rehabilitering, oftest vil høre under fylkeskommunens og kommunens ansvar, men med oppfølging fra spesialisthelsetjeneste, poliklinisk eller ved korte inn- og utskrivninger ved behov. Departementet har merket seg at mange høringsinstanser mener at høringsnotatet for kategorisk har uttrykt at spesialisthelsetjeneste er kortvarig og peker på at behandling av rusmiddelmissbrukere ofte tar lang tid. Departementet er enig i at behandling/rehabilitering av rusmiddelmissbrukere ofte krever langvarig oppfølging, og vil understreke at vi ikke mener at langvarig behandling ikke er forenlig med spesialisthelsetjeneste. Det antas imidlertid at den mer langvarige behandlingen normalt organiseres og gjennomføres i tråd med anbefalingen ovenfor.

Det kan vanskelig gis en entydig beskrivelse av hva som faller inn under spesialisert helsefaglig behandling, og det kan være vanskelig å skille mellom hva som er helseproblemer og hva som er sosiale problemer. Men ansvaret for å gi spesialisert helsefaglig behandling vil bl.a. omfatte behandling når en utredning har dokumentert alvorlig helsetil-

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 rusmiddelmissbrukere)

stand hos rusmiddelmissbrukeren og det er nødvendig med tett medisinsk oppfølging i tillegg til eller som del av behandling av selve rusmiddelmissbruket.

Når det er nødvendig med sosialfaglig oppfølging i tillegg til den medisinske behandling, må det skje i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal og fylkeskommunal sosialtjeneste.

Departementet vil påpeke at behandling, som vesentlig innebærer spesialiserte sosiale tjenester, kan benytte spesialisthelsetjenester poliklinisk på timebasis. Det må også tas hensyn til at ved behov for helsetjenester i fylkeskommunale tiltak, kan dette være helsetjenester som faller inn under kommunehelsetjenestens ansvar.

Etter departementets mening innebærer dette at hovedinnholdet i tiltak, som i denne sammenheng skal karakteriseres som spesialisthelsetjeneste, skal tilfredsstillende følgende krav:

- Det må ha personell med kompetanse innen medisin og psykologi/psykiatri som kan stille diagnoser samt iverksette og følge opp med adekvat medisinsk, psykososial og psykoterapeutisk behandling

Oppsummeringsvis vil departementet bemerke at det i dette kapitlet er gitt føringer for forståelsen av hvilke tjenester omorganiseringen gjelder for, og som blir bestemmende for hvilke institusjoner eller deler av institusjoner som overføres fra fylkeskommunen til staten. Helsedepartementet vil utarbeide forskrifter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 1–2 annet ledd, som nærmere definerer spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Regler for selve overtakelsen av fylkeskommunale institusjoner er, etter forslaget, gitt i egne overgangsbestemmelser, se forslag til romertallsvedtak III, samt generell omtale i kapittel 5.

3.3 Tvang overfor rusmiddelmissbrukere

3.3.1 Gjeldende rett

Fylkeskommunen har etter gjeldende rett bl.a. ansvar for å etablere og drive institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Dette ansvaret kan fylkeskommunen oppfylle ved å benytte sine egne institusjoner eller ved å inngå avtaler med andre institusjonseiere. Fylkeskommunen skal peke ut hvilke konkrete institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere etter et tvangsvedtak. Det vises til bl.a. sosialtjenesteloven §§ 7–1,

7–2, 7–4 og 6–4. Departementet er ikke kjent med at det finnes institusjoner som kun tar i mot rusmiddelmissbrukere i henhold til vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a.

Tvangsvedtak kan fattes overfor rusmiddelmissbrukere som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved et omfattende og vedvarende rusmiddelmissbruk og hvor frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, jf. sosialtjenesteloven § 6–2. Det kan også fattes tvangsvedtak overfor gravide rusmiddelmissbrukere, dersom det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade som følge av misbruket, og hvor frivillige tiltak ikke er tilstrekkelige, jf. sosialtjenesteloven § 6–2a.

I henhold til sosialtjenesteloven § 6–2, kan en rusmiddelmissbruker tas inn i institusjon uten eget samtykke for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake i inntil tre måneder. I henhold til sosialtjenesteloven § 6–2a, kan en gravid rusmiddelmissbruker tas inn i institusjon uten eget samtykke og holdes tilbake resten av svangerskapet.

Det er fylkesnemnda for sosiale saker som fatter vedtak i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Det er kommunen som tar initiativ til saken og som legger den fram for fylkesnemnda. Avgjørelsen fattes som hovedregel etter muntlige forhandlinger hvor rusmiddelmissbrukeren og kommunen er tilstede, samt hvor begge er representert ved advokat, se nærmere kapittel 9 i sosialtjenesteloven.

3.3.2 Høringsnotatets forslag

Departementet foreslo i høringsnotatet å overføre ansvaret for tvangstiltak til statens spesialisthelsetjeneste. Departementet framholdt at vilkårene for inntak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a, er henholdsvis at det er fare for misbrukerens fysiske eller psykiske helse og fare for at barnet vil bli født med skade, og at disse vilkårene gir klare indikasjoner på at det er sannsynlig at klienter som oppfyller vilkårene, har behov for helsefaglig oppfølging. Det ble derfor forutsatt at organiseringen av et slikt tilbud krever kompetanse på spesialisthelsetjenestnivå. Tvangstiltak innebærer stor grad av helsefaglig innslag, og kan i dag skje ved at fylkeskommunen bruker institusjoner som yter spesialisthelsetjenester.

På denne bakgrunn foreslo departementet å legge ansvaret for å sørge for plasser for gjennomføring av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a til statens spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakene skulle ha ansvar for å utforme en plan, hvor det særskilt skal fastsettes hvilke in-

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 rusmiddelmissbrukere)

stisjoner som skal kunne ta imot pasienter som legges inn etter vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a.

Departementet foreslo ingen endringer når det gjelder fylkesnemndas oppgaver som vedtaksorgan i tvangssaker. Sosialtjenesten i kommunen skal fortsatt forberede saker etter sosialtjenesteloven kapittel 9. I den forbindelse innhenter sosialtjenesten uttalelser fra nødvendige instanser, ofte bl.a. misbrukerens lege. Som følge av høringsnotatets forslag om å hjemle ansvaret for opphold etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a i spesialisthelsetjenesteloven, ba departementet om høringsinstansenes syn på om legen bør gis plikt til å uttale seg i slike saker.

3.3.3 Høringsinstansenes syn

De fleste høringsinstanser som har uttalt seg til spørsmålet om statlig overtakelse av sørge for ansvaret for institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a, er positive til dette. Høringsinstansene har i liten grad tatt stilling til om de anser tvang i henhold til sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a som spesialisthelsetjeneste, men nøydt seg med å gi støtte til at det bør være et statlig ansvar.

Oslo kommune uttaler:

«Høringsnotatet foreslår å legge ansvaret for institusjoner som skal ta i mot klienter på tvang etter §§ 6–2 og 6–2a til staten. Oslo kommune er i mot å legge ansvaret for rusinstitusjoner til staten, men dersom staten først skal ha ansvaret for noen institusjoner bør disse institusjonene ta i mot klienter etter tvangsvedtak i fylkesnemnda.»

Sandefjord kommune uttaler:

«Intensjonen med tilbakehold i institusjon etter §§ 6–2 og 6–2a i inntil tre måneder er å foreta undersøkelser og tilrettelegging for behandling. Vi er av den oppfatning at det er en fordel at opphold i hht tvangsvedtaket foregår i samme institusjon som kan tilby og motivere for videre behandling. Hvordan kan en overføring av tvangstiltak til statens spesialisthelsetjenester forenes med intensjonen om at den institusjonen som påtar seg selve behandlingsopplegget også arbeider med klienten i motivasjonsfasen, når de fleste institusjonene forblir i fylkeskommunen?»

Avholdsfolkets Landsråd uttaler:

«Troen på medisinsk medvirkning ved tvangsspørsmål må imidlertid ikke gjøres for stor. Det er også viktig at det foretas en vurdering av so-

sialfaglige sider ved spørsmål om tvangsinnleggelse, for eksempel muligheten for å motivere den rusmiddelavhengige til videre behandling etter avrusningen. Tvangsinnleggelse må ikke betraktes som et behandlingsopplegg i seg selv, men som et virkemiddel for å komme i gang med et behandlingsopplegg. Avholdsfolkets Landsråd mener derfor at sosialtjenesten i samarbeid med fastlegen/vakthavende lege i kommunen – gjerne såkalte innleggingsteam – sammen bør vurdere om Sosialtjenestelovens §§ 6–2 og 6–2a skal tas i bruk overfor en rusmiddelavhengig person. Dette kan eventuelt lovfestes eller fastlegges i forskrifter/rundskriv.»

Fra *fylkesmennenes fellesuttalelse* siteres følgende:

«Det ville være naturlig på bakgrunn av de endringer som foreslås at tvangstiltak etter §§ 6–2 og 6–2a også ble lagt til helsetjenesten. Tvangstiltak foreslås bare der det er fare for misbrukerens psykiske eller fysiske helse og fare for at barnet blir født med skade. Hvorfor dette beholdes i sosialtjenesten synes uklart i høringen. Fylkesmannen er på bakgrunn av disse uklarheter, tilbøyelig til å tro at begrunnelsen må være, at dette har ikke fastlegen verken kapasitet til eller tid til, og et økonomisk oppgjør for dette arbeidet vil bli kostbart. Et minimumsopplegg vil være at legen i alle fall har plikt til å uttale seg.»

Fra *Den norske lægeforening* heter det:

«Legeforeningen mener videre at legen må være en selvskreven samarbeidspartner i forhold til vurdering av tvangsvedtak for rusmiddelmissbrukere. Pasientens lege bør ha en viktig rolle i samarbeidende team rundt dårlig fungerende pasienter, og det burde være først når dette ikke har gitt tilfredsstillende resultater at tvangstiltak ble vurdert. Men forslaget om plikt for legen til å uttale seg vil være en uthuling av taushetsplikten, og kan vanskeliggjøre lege-pasient relasjonene. Legeforeningen vil derfor på det sterkeste advare mot at en slik plikt lovfestes.»

Fagrådet innen Rusfeltet i Norge mener på sin side at:

«Ut fra vilkårene for bruk av tvang, finner Fagrådet det rimelig med innhenting av legeuttalelse. At dette blir lovfestet som en plikt vil kunne innebære et forpliktende samarbeid mellom sosialtjeneste og primærhelsetjeneste, med en saksgang hvor begge tjenester har en plikt til å uttale seg.»

I høringsuttalelsen fra *Sosial- og helsedirektoratet* heter det:

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 rusmiddelmissbrukere)

«Høringsforslaget legger opp til at sosialtjenesten fortsatt skal ha ansvar for å forberede saker for fylkesnemnda. For å sikre et best mulig grunnlag for tvangsvedtak og relevant behandling, bør det legges til rette for et samarbeid med helsevesenet. Det bør lovfestes en rett for utredningsorganet til å innhente relevante helseopplysninger som kan ha betydning for innholdet av fylkesnemndas avgjørelse. Alternativt vil relevante medisinske opplysninger måtte innhentes med den behandlingstrengendes samtykke. Sakens karakter tilsier at dette ikke alltid vil være gjennomførbart. På sikt bør det vurderes om tvangsvedtakene fortsatt skal fattes av fylkesnemnda eller i større grad utformes etter samme modell som gjelder for psykisk helsevern.»

Mange høringsinstanser går inn for å lovfeste legens plikt til å uttale seg i forbindelse med forberedelse av saker for fylkesnemnda. På den annen side fremholdes vektige motargumenter for å lovfeste en slik plikt. Flere høringsinstanser mener et slikt pålegg unødig vil forsinke saksforberedelsen i tvangssaker. Det påpekes at tvangssaker etter sin natur er hastesaker. Videre påpekes det at ikke alle misbrukere er i kontakt med lege i utgangspunktet. Det påpekes at det må forutsettes at man samarbeider med lege i den grad det er nødvendig. *Den norske lægeforening* og *Bergensklinikkene* påpeker at spørsmålet om et slikt pålegg krever en nærmere utredning av blant annet forholdet til taushetsplikten.

3.3.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet foreslår at sørge for-ansvaret for institusjonsplasser til rusmiddelmissbrukere som skal inntas i institusjon på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a, overføres til staten ved de regionale helseforetakene, men uten at selve utøvelsen av tvang defineres som en spesialisthelsetjeneste. Se forslag til endring av sosialtjenesteloven § 2–4 og helseforetaksloven § 2. Forslaget innebærer at de regionale helseforetakene får ansvar for at det finnes institusjonsplasser som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke. De regionale helseforetakene kan oppfylle sitt ansvar ved å pålegge helseforetak å opprette plasser for inntak av rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke, eller ved å inngå avtaler med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, private institusjoner eller med andre tjenesteytere.

Sørge for-ansvaret innebærer videre et ansvar for at det er nok institusjonsplasser, og at disse faglig og materielt er i stand til å tilby den hjelpen den

enkelte rusmiddelmissbruker trenger. De regionale helseforetakene skal, etter forslaget, peke ut de enkelte institusjoner som skal kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a, se forslag til ny § 7–1a. Den konkrete utpekingen sikrer at det er vurdert og tatt et standpunkt til hvilke institusjoner som kan egne seg for oppgaven. Den sikrer videre at omverdenen får kjennskap til hvilke plasser som er aktuelle i regionen. Den nærmere utforming av institusjonene, faglig og materielt, reguleres ikke i sosialtjenesteloven. Det gis derimot hjemmel til å gi forskrifter om utforming av institusjonene, jf. utkastet til endring av § 7–14. Det ligger derfor til rette for at helseforetaket selv utformer disse, ut fra behov, faglig ståsted og utvikling, med den begrensning at sørge for-ansvaret må oppfylles, samt med de begrensninger som eventuelt nedfelles i forskrift.

Det foreslås ingen endringer i de materielle vilkår for bruk av tvang overfor rusmiddelmissbrukere. De nærmere vilkårene framgår av sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Fortsatt er det fylkesnemnda for sosiale saker som fatter selve tvangsvedtaket, etter initiativ fra den kommunale sosialtjenesten.

Forslaget innebærer at sosialtjenesten må henvende seg til det regionale helseforetaket med forespørsel om institusjonsplass til en rusmiddelmissbruker enten i forbindelse med forberedelse av en sak for fylkesnemnda eller etter at fylkesnemnda har fattet vedtak om tvang. Det regionale helseforetaket og sosialtjenesten må i samarbeid finne fram til en institusjonsplass som passer for den konkrete rusmiddelmissbrukeren. I den grad det er mulig eller hensiktsmessig bør rusmiddelmissbrukeren høres.

Slik sørge for-ansvaret er beskrevet i forslag til sosialtjenesteloven § 7–1a, kan de regionale helseforetakene benytte egne institusjoner eller kjøpe plasser fra f.eks. andre regionale helseforetak, fylkeskommunen eller private. Ved siden av at dette kan innebære et generelt mangfold av institusjonstyper, kan det også ligge til rette for et differensiert opphold og tilbud til den enkelte. Tvangsoppholdet kan for eksempel innledes i spesialisthelsetjenesteinstitusjon, og senere i perioden kan en fylkeskommunal institusjon med sosialfaglig kompetanse overta.

Det er viktig å merke seg at forslaget legger opp til at det bare er i den perioden tvangsoppholdet varer at det regionale helseforetaket har et sørge for-ansvar for institusjonsplasseringen (med mindre klienten etter tvangsoppholdet har behov for spesialiserte helsetjenester). Denne perioden er begrenset, og er ment å representere opptakten til

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 rusmiddelmissbrukere)

en lengre behandling. Det er derfor av avgjørende betydning at sosialtjenesten i perioden tvangsoppholdet varer, fortsatt har det grunnleggende ansvaret for oppfølgingen av rusmiddelmissbrukeren. Dette er uttrykt i sosialtjenesteloven § 6–1 generelt og i bestemmelsens siste ledd spesielt. I høringsnotatet foreslo departementet at sosialtjenestens plikt til å utarbeide tiltaksplan for den enkelte misbruker som er i institusjon i henhold til vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a, skulle begrenses til å inntre *ved behov*. Dette forslaget følges ikke opp. Det understrekes at tiltaksplan er spesielt viktig i tilfeller hvor flere forvaltningsnivåer må samarbeide over tid. Det understrekes videre at selv om det er den kommunale sosialtjenesten som har ansvaret for at det utarbeides en tiltaksplan, er den helt avhengig av at de øvrige aktørene samarbeider om å finne fram til og stille de riktige tiltakene for den konkrete misbrukeren til disposisjon. Se også nedenfor i kapittel 4.2.

Som følge av den foreslåtte omorganiseringen, er det nødvendig med en rekke endringer i sosialtjenesteloven. Dette er ikke materielle endringer, men i all hovedsak en endring av pliktsubjekt. Det vises til det konkrete lovendringsforslaget og merknadene til bestemmelsene i kapittel 7.

Spørsmålet om legers uttaleelsesplikt i forbindelse med tvangsinnlegg, må ses i sammenheng med valget av organisasjonsmodell for tvangsopphold. Den valgte modellen, hvor vedtak om tvangsopphold foreslås fortsatt hjemlet i sosialtjenesteloven, gjør at spørsmålet ikke settes på spissen på samme måte som etter høringsnotatets forslag om å definere tvangsopphold som spesialisthelsetjeneste. Departementet er enig med de instanser som påpeker at det er unødvendig å lovfeste en slik plikt. Sosialtjenesten må forutsettes å innhente de uttalelser som er nødvendige i den enkelte sak.

3.4 Tilbakehold i institusjon på grunnlag av eget samtykke

3.4.1 Gjeldende rett

Blir en rusmiddelmissbruker tatt inn i en institusjon på grunnlag av eget samtykke, følger det av sosialtjenesteloven § 6–3 første ledd at institusjonen kan sette som vilkår for oppholdet at misbrukeren samtykker i at han eller hun kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket. Ved opphold i en institusjon med sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder, kan det også settes som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake.

Dette følger av annet ledd. Samtykket kan også gis ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Institusjonen skal uten ugrunnet opphold varsle tilsynsmyndigheten dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6–2 eller 6–2a. Etter sosialtjenesteloven § 6–4 skal fylkeskommunen i sin plan særskilt fastsette hvilke institusjoner som skal kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vilkår om samtykke til tilbakehold som nevnt i sosialtjenesteloven § 6–3. Både institusjoner etter sosialtjenesteloven og institusjoner under andre lover, herunder spesialisthelsetjenesteloven, kan utpekes til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vilkår om samtykke til tilbakehold.

3.4.2 Høringsnotatets forslag

Høringsnotatets forslag om å overføre ansvaret for å sørge for institusjonsplasser, som kan ta imot klienter etter sosialtjenestelovens tvangsbestemmelser, omfatter ikke sosialtjenesteloven § 6–3.

3.4.3 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser, bl.a. *Statens helsetilsyn*, har tatt opp spørsmålet om hvor innleggelse etter sosialtjenesteloven § 6–3 vil passe inn i den foreslåtte modellen.

De fylkesmenn som har knyttet kommentarer til bestemmelsen, *fylkesmennene i Aust-Agder, Oslo og Akershus, Rogaland, Troms og Vestfold*, mener alle at det burde vært vurdert å inkludere plassering etter sosialtjenesteloven § 6–3 i forslaget. Det påpekes at § 6–3 annet ledd er hovedregelen for bruk av tvang ved behandling av rusmiddelmissbrukere, og at bestemmelsen åpner for mulighet til å holde klienten tilbake med det klare siktemål, i en inntaksperiode, å bearbeide kriser som oppstår. Det påpekes videre at slikt opphold krever samme kompetanse og bygningsmessige forutsetninger som opphold på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Det framholdes at det vil være uheldig dersom de statlige institusjoner, som vil bli involvert i forberedelse av tvangssaker, ikke vil ha mulighet til å presentere eller drøfte alternativet tilbakehold etter eget samtykke etter sosialtjenesteloven § 6–3, i og med at bruk av vilkår etter § 6–3 kan avverge vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 eller 6–2a. Vilkår etter § 6–3 er mindre inngripende enn vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a.

Også *Buskerud fylkeskommune* påpeker at de tiltak som skal kunne ta inn klienter etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a bør være åpne for klien-

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 rusmiddelmissbrukere)

ter som tas inn på grunnlag av samtykke til tilbakehold etter sosialtjenesteloven § 6–3. Også fra *Vestfold fylkeskommunes* side blir det påpekt at ansvar for § 6–3 bør overføres sammen med ansvaret for plasser etter de øvrige tvangsbestemmelsene. *Rogaland fylkeskommune* er enig i dette, og påpeker at den foreslåtte løsningen er inkonsekvent, i og med at tilbudet inne på institusjonen stort sett vil være det samme som for §§ 6–2 og 6–2a. Fylkeskommunen mener videre det er vanskelig å se for seg hvordan de tiltakene departementet fortsatt ønsker at fylkeskommunen skal ha ansvaret for, vil kunne holde personer tilbake med tvang. Det siste kommenteres også fra *Hordaland fylkeskommune*, som uttrykker bekymring for at resultatet av den foreslåtte ordningen kan bli at vilkår etter § 6–3 ikke blir brukt. Det kan igjen føre til flere avbrutte behandlingsopplegg og en uønsket økning i tallet på tvangsvedtak etter §§ 6–2 og 6–2a.

Drammen, Kristiansand, Oppegård og Oslo kommuner, samt Bergensklinikkene, Vestmo behandlingssenter, Landsforbundet mot Stoffmisbruk (LMS) og Midt-Norsk kompetansesenter for rusfaget framholder lignende synspunkter. *Vestmo behandlingssenter* framholder at:

««Frivillig tvang» kan beskrives som et av redskapene klient og institusjon har som et tjenlig virkemiddel. For noen vil det i faser være en del av den frivillige behandlingskontrakten for å beskytte seg selv mot avbrudd. Behovet for denne typer allianser mellom institusjon og klient/pasient vil ikke endre seg ved kommende organisatoriske endringer. Frivillig tvang bør derfor fortsatt være en «brukerrettighet»/virkemiddel som opprettholdes i spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere.»

3.4.4 Departementets vurderinger og forslag

Departementet er enig med de høringsinstanser som har uttalt at det er viktig at adgangen til å benytte seg av muligheten til å stille som vilkår for oppholdet at rusmiddelmissbrukeren samtykker i tilbakehold, jf. sosialtjenesteloven § 6–3, ikke innskrenkes. Som det er påpekt av flere høringsinstanser, skal dette alternativet benyttes der det er mulig. De mer inngripende bestemmelsene om tilbakehold uten eget samtykke i sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a skal kun benyttes der vilkår etter § 6–3 ikke er mulig eller tilstrekkelig.

Departementet ser at konsekvensene av forslaget i høringsnotatet vil være at institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven ikke kan stille slikt vilkår. Dette har ikke vært departementets intensjon. Det er viktig at spesialisthelsetjenesteinstitusjonen har adgang til å benytte vilkår etter § 6–3 der dette vil være et adekvat og fullgodt alternativ til bruk av de mer inngripende bestemmelser i §§ 6–2 og 6–2a.

Departementet foreslår derfor en endring som fastslår at også det regionale helseforetaket skal peke ut institusjoner som kan stille som vilkår for inntak at rusmiddelmissbrukeren samtykker til tilbakehold etter § 6–3. Forslaget innebærer at de regionale helseforetakene overtar retten og plikten til å peke ut institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven som skal kunne stille vilkår om at rusmiddelmissbrukere samtykker i tilbakehold. Vilkår om samtykke til tilbakehold vil i mange tilfeller sikre adekvat behandling etter spesialisthelsetjenesteloven. Dette kan føre til at det i mindre grad blir nødvendig å benytte de mer inngripende hjemler for tvungen tilbakeholdelse etter §§ 6–2 og 6–2a. Det vises til forslaget om ny § 7–1a tredje ledd i sosialtjenesteloven, samt til merknadene til denne i kapittel 7.

Det skal videre presiseres at fylkeskommunen fortsatt vil ha plikt til å peke ut institusjoner som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3, jf. § 6–4. Dette sikrer at vilkår etter § 6–3, der det er hensiktsmessig, fortsatt kan benyttes i den type institusjoner som fylkeskommunen etter § 7–1 fortsatt skal ha ansvaret for.

Flere bestemmelser i sosialtjenesteloven gir Kongen hjemmel til å gi forskrifter om institusjoner som skal kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a eller etter samtykke som nevnt i § 6–3. Når det gjelder institusjoner utpekt av et regionalt helseforetak, vil det være naturlig at kongelig resolusjon om forskrifter blir fremmet av den minister som har ansvaret for helseforetakene. Den minister som har ansvaret for sosialtjenesten vil, som før, fremme eventuell kongelig resolusjon om forskrifter om institusjoner utpekt etter sosialtjenesteloven § 6–4. Dersom slike forskrifter blir aktuelle, legges det til grunn at de ansvarlige ministre utarbeider kongelig resolusjon i samråd med hverandre, slik at aktørene sikres et mest mulig enhetlig regelverk.

4 Forslaget sett i sammenheng med det øvrige tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere og tilgrensende regelverk

4.1 Kommunens og fylkeskommunens ansvar

4.1.1 Høringsnotatet

Fylkeskommunen vil fortsatt ha et sørge for-ansvar for institusjoner som kan tilby følgende tjenester:

- Avrusing som ikke krever spesialisthelsetjenester
- Tiltak med kompetanse i forhold til omsorg og sosial- og arbeidsrettet rehabilitering

Den kommunale sosialtjenesten beholder det ansvaret den har etter sosialtjenesteloven kapitlene 4, 5 og 6. Kommunehelsetjenesten vil få en tydeligere rolle.

4.1.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser har bemerket at forslaget, etter deres mening, synes å forskyve grensen mellom ansvaret til henholdsvis sosialtjenestens første- og andrelinje.

4.1.3 Departementets vurderinger

Departementet opprettholder forslaget om at fylkeskommunen fortsatt skal ha ansvaret for de institusjoner som ikke overføres til staten ved de regionale helseforetak. Dette kommer til uttrykk i forslag til ny ordlyd i sosialtjenesteloven § 7–1, hvor det heter at fylkeskommunen skal ha ansvaret for etablering av og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Departementet skal bemerke at det ikke er ment å foreta noen endring med hensyn til hvor grensen mellom fylkeskommunens og kommunens oppgaver går. Ordlyden i sosialtjenesteloven § 7–1 foreslås endret for å markere at deler av fylkeskommunens ansvar etter dagens § 7–1 overføres til spesialisthelsetjenesten.

Også i enkelte andre bestemmelser i sosialtjenesteloven er det foretatt endringer for å tydeliggjøre at deler av fylkeskommunens ansvar etter forsla-

get overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Det vises til det konkrete lovendringsforslaget og merknadene til bestemmelsene i kapittel 7.

Ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunen bygger på at fylkeskommunen fortsatt skal ha ansvar for spesialiserte sosiale tjenester.

Institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere, omfatter 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. Ansvarets innhold avgrenses nedad til den kommunale sosialtjenestens ansvar, jf. departementets merknad innledningsvis i dette punktet.

Døgninstitusjoner som driver såkalt «sosial avrusing», d.v.s. avrusing som ikke krever henvisning og/eller spesialisthelsetjenester, vil ofte dreie seg om omsorg av personer i sterkt forkommen tilstand hvor det er nødvendig med tiltak for å bedre ernæringsstatus, hygiene, dekke søvnbehov og gi omsorg. Medisinsk oppfølging vil oftest kunne skje fra legevakten/kommunehelsetjenesten, evt. med overføring til sykehus hvis nødvendig.

Departementet skal videre bemerke at forslaget innebærer at sosialtjenesten i kommunen beholder det ansvaret den har etter sosialtjenestelovens kapitler 4, 5 og 6. Kommunen har hovedansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak overfor rusmiddelmissbrukere og deres pårørende. Sosialtjenesten skal sørge for behandlingsopplegg når det er behov for det lokalt eller i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Sosialtjenesten har også et oppfølgingsansvar under og etter institusjonsopphold. Etter dette forslaget vil det være sosialtjenesten som henviser til inntak i fylkeskommunal institusjon, mens det for institusjoner under spesialisthelsetjenesteloven vil være kommunehelsetjenesten som henviser. Se imidlertid kapittel 4.2.3.

Kommunehelsetjenestens og fastlegens ansvar for å gi rusmiddelmissbrukere tilgang på nødvendi-

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 rusmiddelmissbrukere)

ge helsetjenester og å bidra til utforming av et eget hjelpe- og behandlingstilbud tydeliggjøres.

4.2 Henvisning og samarbeid

4.2.1 Høringsnotatet

I høringsnotatet uttalte departementet at kommunehelsetjenesten er henvisende instans for innleggelse i spesialisthelsetjenesten og at den derfor vil bli det for innleggelse i de institusjoner som overtas av staten. I mange tilfeller vil det være aktuelt for helsetjenesten å samarbeide med sosialtjenesten om et helhetlig opplegg, hvor innleggelse i spesialisthelsetjenesteinstitusjoner vil være en av flere tiltak.

4.2.2 Høringsinstansenes syn

Flere høringsinstanser uttrykker tilfredshet med at primærlegen vil kunne henvise rusmiddelmissbrukere til behandling, og at det ikke er nødvendig for misbrukeren å gå via sosialtjenesten. Det pekes på at det for noen rusmiddelmissbrukere oppleves som fremmed å skulle forholde seg til sosialtjenesten. På den annen side uttrykker mange høringsinstanser stor bekymring over at man nå skal bli avhengig av f.eks. fastlegens vurdering av rusmiddelmissbrukerens behov for de helsetjenestene som foreslås flyttet. Det pekes på at fastleger og andre leger i kommunehelsetjenesten har liten tid og liten kompetanse på området, og at det er sosialtjenesten som har kompetansen og kjenner klienten. I tillegg er det også vist til at det flere steder er praksis med egenhenvisning, d.v.s. at rusmiddelmissbrukeren på eget initiativ kan oppsøke annenlinjen og be om behandling. Det uttrykkes bekymring over at dette endres ved overføringen.

Mange høringsinstanser har pekt på faren for vridningseffekter og mener at den kommunale delbetalingen for fylkeskommunale tjenester ikke kan opprettholdes. Det pekes bl.a. på at det er en fare for at kommunene vil ha en økonomisk interesse i henvisninger til spesialisthelsetjenesten, og at godt faglig funderte tilbud på fylkeskommunalt nivå ikke får innsøking. Under henvisning til at den fylkeskommunale delen av en institusjon kan være en naturlig videreføring etter avsluttet opphold ved spesialisthelsetjenesteinstitusjon, nevnes det også at det vil knytte seg interessekonflikter til tidspunktet for overgang fra den ene institusjonen til den andre.

4.2.3 Departementets vurderinger

Overføringen av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten, innebærer at disse vil følge rutiner og regler som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Kommunehelsetjenesten er henvisende instans for innleggelse i spesialisthelsetjenesteinstitusjoner, og vil i utgangspunktet også være det i forhold til de institusjoner og tiltak som etter forslaget overtas av staten ved de regionale helseforetakene. På samme måte som for andre innleggelse i spesialisthelsetjenesteinstitusjon, skal det skje en vurdering av om det helsefaglige tilbudet er relevant i forhold til den enkelte søkers behov. Departementet har merket seg at flere høringsinstanser uttrykker tilfredshet med at primærlegen, i følge forslaget, vil kunne henvise rusmiddelmissbrukere til behandling, og at det ikke er nødvendig for misbrukeren å gå via sosialtjenesten. Departementet har imidlertid merket seg at mange høringsinstanser også uttrykker stor bekymring over at man nå skal bli avhengig av f.eks. fastlegens vurdering av rusmiddelmissbrukerens behov for spesialisthelsetjenester.

Departementet vil ikke foreslå at rusmiddelmissbrukere skal måtte ha henvisning for å ta kontakt med eller oppsøke tiltak med akuttoppdrag som overføres til staten ved de regionale helseforetak i forbindelse med dette forslaget. Helsedepartementet tar sikte på å fastslå dette gjennom forskrift. For langtidsopphold i institusjoner som overføres til staten ved de regionale helseforetak i forbindelse med denne reformen, vil den generelle tilnærmingen i spesialisthelsetjenesteloven gjelde, med krav om blant annet utarbeiding av individuelle planer og rett til fornyet vurdering, basert på samarbeid med de ulike aktører, herunder sosialtjenesten.

For å holde terskelen lav i forhold til mulighetene for kontakt med spesialisthelsetjenesten, vil departementet videre sikre at rusmiddelmissbrukere ikke skal betale egenandeler ved akuttkontakt med poliklinikker som overføres til staten ved de regionale helseforetakene i forbindelse med denne reformen. Helsedepartementet tar sikte på å fastslå dette gjennom forskrift.

Departementet understreker også det store behovet for samarbeid mellom de ulike instansene – den kommunale sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fylkeskommunen. De har alle et ansvar for tiltak overfor rusmiddelmissbrukere, og for å lykkes i å yte adekvat, 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 spesialist-

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 rusmiddelmissbrukere)

helsetjenesteloven § 2–5 hvor helseforetaket pålegges å utarbeide individuell plan for pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Helseforetaket er i den sammenheng pålagt å samarbeide med andre tjenesteytere. Disse er i merknaden til bestemmelsen eksemplifisert med sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten m.fl. Lignende bestemmelser finnes i lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4–1, pasientrettighetsloven § 2–5 og sosialtjenesteloven §§ 3–2 og 6–1 siste ledd. I tillegg har lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 32 regler om opplysningsplikt til sosialtjenesten for den som yter helsehjelp. Det lovmessige grunnlaget for samarbeid er derfor tilstede.

Departementet skal bemerke at forslaget søker å ivareta rusmiddelmissbrukernes behov for at tiltaksapparatet er organisert som en kontinuerlig og helhetlig tiltakskjede slik at personer med akutte så vel som kroniske problemer kan tilbys hjelp. I en fase kan det være behov for akutt hjelp, i en annen for mer intensiv behandling og i en annen fase igjen behov for støtte, omsorg og langsiktig oppfølging. En rehabiliteringsprosess omfatter mange og ulike områder hvor man tar sikte på forandring og heving av funksjonsnivå. Et eventuelt opphold i døgninstitusjon, enten under spesialisthelsetjenesteloven eller sosialtjenesteloven, vil inngå som ett av flere tiltak i en tiltaksplan.

Til spørsmålet om fare for vridningseffekter p.g.a. ulike finansieringsordninger for inntak i henholdsvis fylkeskommunens institusjoner og spesialisthelsetjenesten, skal departementet bemerke følgende: Den foreslåtte ordning innfører ikke to betalingsordninger for ulike døgntiltak for rusmiddelmissbrukere. Også i dag er det slik at kommunal delbetaling kun gjelder for inntak i institusjoner regulert av sosialtjenesteloven. På den annen side vil overføring av større ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere til spesialisthelsetjenesten, kunne gi uheldige vridningseffekter. Departementet vil likevel påpeke følgende forhold som motvirker faren for vridningseffekt: Forut for behandling i spesialisthelsetjenesten vil det ligge en faglig 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. I denne sammenheng vil departementet understreke betydningen av gode utredninger av pasientenes behandlingsbehov

og utforming av individuelle planer i hjelpe- og behandlingssopplegget. Etter departementets vurdering ville det oppstå andre og større vridningseffekter mellom de kommunale og fylkeskommunale tjenestene hvis den kommunale delbetalingen for fylkeskommunale tiltak ble fjernet. Departementet vil derfor ikke foreslå en slik løsning.

4.3 Tilsyn

4.3.1 Høringsnotatets forslag

Fylkeslegen fører tilsyn med institusjoner som er regulert av spesialisthelsetjenesteloven, jf. lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. I høringsnotatet ble det påpekt at forslaget vil medføre at dette tilsynet vil omfatte de institusjoner som spesialisthelsetjenesten vil få ansvar for etter forslaget.

Tilsynet med institusjoner som er regulert etter sosialtjenesteloven ligger til fylkesmannen, jf. sosialtjenesteloven § 7–9. Det ble ikke foreslått noen endring i organiseringen av dette tilsynet i høringsnotatet. Dette innebærer at tilsynet med de institusjoner som fylkeskommunen fortsatt skal være ansvarlig for etter forslaget, fortsatt skal føres av fylkesmannen etter sosialtjenesteloven § 7–9.

4.3.2 Høringsinstansenes syn

De høringsinstanser som har uttalt seg om tilsyn, er enige i at konsekvensen av at flere tiltak for rusmiddelmissbrukere reguleres av spesialisthelsetjenesteloven, må være at fylkeslegen erstatter fylkesmannen som tilsynsorgan. *Fylkeslegen i Akershus* påpeker at dette bør få konsekvenser for fylkeslegens bemanning, slik at tilsynet kan utføres på en forsvarlig måte, mens *Fylkesmannen i Aust-Agder* og *Fylkesmannen i Troms* påpeker at overføringen av tilsynsansvar fra fylkesmannen til fylkeslegen må ses i sammenheng med integreringen av fylkeslegene i fylkesmannsembetene med virkning fra 1. januar 2003. *Fylkesmannen i Troms* forutsetter også at forslaget sammenholdes med departementets gjeldende fortolkning av tilsynsansvar når det gjelder rusmiddelmissbrukere innlagt i institusjon som reguleres av annen lov enn sosialtjenesteloven, jf. rundskriv I-9/2001.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) skriver følgende:

«Tilsynsmyndighetene for institusjoner som er regulert av spesialisthelsetjenesteloven er fylkeslegens ansvar... Kan det oppstå personvern- og rettssikkerhetsproblemer ved at det samme

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 rusmiddelmissbrukere)

forvaltningsnivå, og delvis samme institusjon(er), samtidig er «politikkutformer, myndighetsutøver, eier, driftsansvarlig, finansieringsansvarlig og tilsynsmyndighet»...? Vi går ut fra at tilsynsmyndigheten er tilstrekkelig avgrenset fra de øvrige funksjoner til at rettssikkerhetsproblematikken er tilstrekkelig ivaretatt. Det kunne likevel vært klargjørende om notatet inneholdt noen setninger hvor man presiserer på hvilken måte man, i den nye organisasjonsstrukturen, har sikret seg at tilsynsmyndigheten er tilstrekkelig uavhengig til å kunne påpeke eventuelle kritikkverdige forhold.»

Statens Helsetilsyn uttaler følgende:

«Statens helsetilsyn skal fra kommende årsskifte ha overordnet tilsynsansvar for deler av de sosiale tjenester. Samtidig legges Fylkeslegen inn under Fylkesmannen. Helsetilsynet finner grunn til å påpeke behovet for en samordning av tilsynet, som vil bidra til at både helse- og sosialtjenesten til misbrukere har rett til kvalitet. ... Den pågående reorganisering av statlig tilsyn bør bidra til at det stilles likeverdige krav til tjenestenes kvalitet uavhengig av eierform og organisering.»

4.3.3 Departementets vurderinger

Tilsyn med spesialisthelsetjenesten

Forslaget om å definere enkelte tjenester som spesialisthelsetjeneste, innebærer at disse tjenestene skal følge regelverket for spesialisthelsetjenester. Disse tjenestene ytes med andre ord ikke lenger av fylkeskommunale institusjoner etter sosialtjenesteloven, og det skal dermed heller ikke føres tilsyn med at bestemmelser i sosialtjenesteloven er oppfylt.

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten regulerer tilsynet med landets helsetjenester. De tjenester som etter forslaget defineres som spesialisthelsetjenester, vil automatisk omfattes av lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2 fastslår at fylkeslegen skal føre tilsyn med «alt helsevesen og alt helsepersonell». Tilsynet skal påse at alle som yter helsetjenester overholder lover, forskrifter og retningslinjer for helsetjenesten, herunder kravet til forsvarlige helsetjenester. Dette uavhengig av om helsetjenestene ytes i helseforetak eller i institusjoner som helseforetakene har inngått avtale med.

Tilsyn med institusjoner etter sosialtjenesteloven

Tilsynet med institusjoner som er regulert etter sosialtjenesteloven ligger til fylkesmannen, jf. sosial-

tjenesteloven § 7–9. Departementet opprettholder forslaget om ikke å gjøre noen endringer i organiseringen av dette tilsynet. Dette innebærer at tilsynet med de institusjoner som fylkeskommunen etter forslaget § 7–1 fortsatt skal være ansvarlig for, fortsatt skal føres av fylkesmannen etter sosialtjenesteloven § 7–9. Spørsmålet om hvordan tilsynet skal organiseres i framtiden, vil bli tatt opp i tilknytning til departementets vurdering av en framtidig organisasjonsmodell for det tiltaksapparat som etter det herværende forslag blir igjen i fylkeskommunen.

Opphold i institusjon på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2, 6–2a og etter samtykke som nevnt i § 6–3

Etter departementets forslag vil de regionale helseforetakene få ansvar for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunn av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a og etter samtykke som nevnt i § 6–3. Også fylkeskommunen får ansvar for å peke ut institusjoner som kan ta imot rusmiddelmissbrukere etter samtykke som nevnt i § 6–3. Opphold på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og etter samtykke som nevnt i § 6–3 vil etter omstendighetene omfatte spesialisthelsetjenester, men de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar innebærer ikke i seg selv at slike opphold nødvendigvis defineres som spesialisthelsetjeneste. Hjemlene for tilbakeholdelse vil fortsatt fremgå av sosialtjenesteloven. I tillegg vil flere av sosialtjenestelovens øvrige bestemmelser gjelde for opphold etter ovennevnte bestemmelser.

Dagens tilsynsordning innebærer at fylkesmannen har ansvaret for å føre tilsyn med at krav i sosialtjenesteloven med forskrifter er oppfylt i alle institusjoner hvor rusmiddelmissbrukere er inntatt i henhold til vedtak etter sosialtjenesteloven. Dersom rusmiddelmissbrukere etter vedtak etter sosialtjenesteloven tas inn i institusjon hvor det ytes helse-tjenester, vil fylkeslegen i tillegg ha ansvar for å føre tilsyn med at de bestemmelser som gjelder for utøvelse av helsetjenester ivaretas.

Departementet vil opprettholde denne ordningen. Dette er også i tråd med det syn som ble framholdt i departementets forslag i høringsnotatet. På bakgrunn av den lovtekniske løsningen som er valgt for opphold på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og etter samtykke som nevnt i § 6–3, blir det behov for å synliggjøre at fylkesmannen fortsatt skal ha ansvar for å føre tilsyn med at sosialtjenestelovens bestemmelser om slike opphold ivaretas. Departementet foreslår derfor et nytt annet ledd i § 7–9, hvor det går fram at fylkesman-

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 rusmiddelmissbrukere)

nen skal ha tilsvarende tilsynsansvar i institusjoner pekt ut av et regionalt helseforetak til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og etter samtykke som nevnt i § 6–3, som det ansvaret fylkesmannen har i forhold til institusjoner som er tatt inn på fylkeskommunens plan. Forslaget nødvendiggjør ingen endringer i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Ovennevnte innebærer at både fylkeslegen og fylkesmannen kan ha tilsynsoppgaver i forhold til en klient som er tatt inn i institusjon pekt ut av et regionalt helseforetak på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 eller 6–2a, eller etter samtykke som nevnt i § 6–3. Fylkesmannen vil alltid ha tilsynsoppgaver overfor klienter som er tatt inn i institusjon etter ovennevnte bestemmelser. Fylkeslegens ansvar inntreder dersom det ytes helse-tjenester til vedkommende rusmiddelmissbruker. Dette tilsvarende dagens ordning for de tilfeller at fylkeskommunen oppfyller sitt ansvar for å ha institusjonstilbud til rusmiddelmissbrukere ved å benytte plasser i institusjoner som reguleres av spesialisthelsetjenesteloven.

Departementet ser at en ordning hvor to tilsynsorganer har tilsynsoppgaver i forhold til en rusmiddelmissbrukers institusjonsopphold har sine svakheter, men foreslår likevel ingen endringer nå. Eventuelle endringer i tilsynsordningene bør, som påpekt av noen av høringsinstansene, ses i sammenheng med den pågående vurderingen av organiseringen av regional stat og utredningen av hvordan de oppgaver som etter forslaget fortsatt skal ligge til fylkeskommunen skal organiseres i framtiden. Inntil videre forutsettes, som tidligere, at fylkeslegen og fylkesmannen samarbeider om å finne en praktisk måte å utøve tilsynet på.

4.4 Forholdet til pasientrettighetsloven

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 helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd.

Med «pasient» menes i loven en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.

Lovens kapittel 2 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. I lovens kapitler 3 til 6 gis 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. Lovens kapittel 7 gir bestemmelser om prosessuelle rettigheter og kapittel 8 om pasientombud.

Ved en overføring av ansvaret for helsefaglige tiltak til rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunen til staten, vil tjenesten reguleres av bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven. Dette medfører også at rusmiddelmissbrukere som anmoder om, tilbys eller mottar slike tjenester vil være å anse som pasienter etter pasientrettighetsloven og således omfattet av lovens bestemmelser.

Departementet legger til grunn at forslaget om overføring av ansvaret for helsefaglige tiltak til rusmiddelmissbrukere fra fylkeskommunen til staten, vil sikre denne gruppen en bedre tilgang til helse-tjenester fra spesialisthelsetjenesten enn i dag. Forslaget innebærer en klarere ansvars plassering for denne gruppen. Videre innebærer forslaget at en del rusmiddelmissbrukere, som etter gjeldende lovgivning er å anse som klienter etter sosialtjenesteloven, i fremtiden vil være å anse som pasienter etter pasientrettighetsloven. Departementet viser til at en del tiltak som det i utgangspunktet er naturlig å anse som spesialisthelsetjeneste etter gjeldende lovgivning er gitt en forankring i sosialtjenesteloven, og at tjenesten derfor oppfattes som en del av sosialtjenesten og ikke som en del av helsetjenesten.

4.5 Enkelte andre spørsmål

I høringsnotatet ble det foreslått å endre sosialtjenesteloven §§ 7–2 og 7–7 slik at henvisningen til institusjoner under andre lover kun skulle gjelde lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester. Etter en nærmere vurdering har departementet kommet til at også andre lover kan være aktuelle. Videre er det ikke nødvendig å endre disse bestemmelsene for å få frem at ansvaret for spesialiserte helsetjenester ikke lenger ligger i fylkeskommunen. Dette vil gå fram av sammenhengen i regelverket etter forslaget. Departementet foreslår derfor å opprettholde dagens lovtekst på dette punkt.

I høringsnotatet ble det videre foreslått å oppheve sosialtjenesteloven § 7–13. Denne bestemmelsen inneholder en hjemmel som gir adgang til å gi forskrifter om at fylkeskommunen skal ha plasser

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 rusmiddelmissbrukere)

for akutt hjelp til rusmiddelmissbrukere. Bakgrunnen for forslaget var at det ble forutsatt at akutt hjelp vil være spesialisthelsetjeneste. Etter en nærmere vurdering har departementet kommet til at det kan være hensiktsmessig å opprettholde bestemmelsen, da det også kan være aktuelt med akutt hjelp i forhold til den type tiltak som fylkeskommunen etter forslaget fortsatt skal ha ansvaret for. Departementet foreslår derfor en ny § 7–13a som gir tilsvarende forskriftshjemmel i forhold til plasser for akutt hjelp i forbindelse med inntak på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Bestemmelsen er ny, men innebærer ingen egentlig endring. Den viderefører den hjemmelen Kongen har til å gi forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutthjelp. Pliktsubjektet er imidlertid nytt, og følger av at det er de regionale helse-

foretakene som har sørge for-ansvaret for institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Se også den spesielle merknaden til § 7–13 i kapittel 7.

I høringsnotatet ble det videre foreslått å endre sosialtjenesteloven §§ 7–4 og 10–2, da det ble forutsatt at fylkeskommunen etter forslaget ikke lenger skulle ha ansvar for annet enn døgnplasser. Departementet er ved en nærmere vurdering kommet til at fylkeskommunens ansvar etter forslaget § 7–1 vil kunne oppfylles på flere måter, også ved bruk av annet enn døgnplasser. Forslagene opprettholdes derfor ikke.

Det vises for øvrig til det konkrete lovendringsforslaget og merknadene til bestemmelsene i kapittel 7.

5 Organisering og gjennomføring av statlig overtakelse

5.1 Innledning

Departementet har i høringsnotatet foreslått at de samme prinsippene som ble lagt til grunn ved statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene fra 1. januar 2002 (sykehusreformen), skal gjelde ved statens overtakelse av institusjoner og tjenester etter forslaget her. Det vises til Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Departementet legger vekt på at utgangspunktet for oppgjøret må være at fylkeskommunen i fremtiden skal være i stand til å utføre sine gjenværende oppgaver på en forsvarlig måte. Likeledes skal helseforetakene kunne overta og drive nye oppgaver på en forsvarlig måte. Svært få av høringsinstansene har hatt merknader til forslaget om at disse prinsippene skal legges til grunn. Departementet antar at dette har sammenheng med at modellen for organisering og gjennomføring av statlig overtakelse av fylkeskommunale oppgaver er godt kjent gjennom sykehusreformen.

Oslo kommune uttaler imidlertid:

«Dersom Stortinget likevel beslutter at staten skal overta deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere, vil Oslo kommune likevel be om å få beholde sine tiltak og ansvaret for disse, som en særordning. Om ønskelig kan dette organiseres i form av et forsøksprosjekt. Det bør vurderes om Akuttinstitusjonen Ullevål som ble overført til staten fra 01.01.2002, kan tilbakeføres til Oslo kommune.»

Departementet finner ikke å kunne anbefale en omorganisering som samtidig åpner for særordninger som betyr at store deler av tiltaksapparatet ikke berøres. Det vil være i strid med intensjonen med forslaget. Dette betyr at departementet heller ikke vil foreslå endringer med sikte på tilbakeføringer av enkeltinstitusjoner som ble flyttet som følge av sykehusreformen.

Departementet vil likevel peke på at rusmiddelmissbrukere ikke skal behøve henvisning for å ta kontakt med eller oppsøke akuttinstitusjoner. Helsedepartementet vil også sikre at rusmiddelmissbrukere ikke skal måtte betale egenandeler ved akutt-

kontakt med poliklinikker. Dette er ordninger som tilsvarende de som praktiseres i Oslo kommune i dag.

Departementet opprettholder forslaget om at de samme prinsippene som ble lagt til grunn ved statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene fra 1. januar 2002, skal gjelde ved statens overtakelse av institusjoner og tjenester etter forslaget i denne proposisjonen. De viktigste spørsmålene knyttet til organisering og gjennomføring av statlig overtakelse gjennomgås nedenfor.

5.2 Rettslig grunnlag for statens overtakelse av virksomhetene

De rettslige problemstillingene som særlig er aktuelle, er for det første om staten uten videre kan kreve at fylkeskommunene overdrar de formuesposisjonene som er knyttet til de institusjonene (eller deler av institusjoner) som staten skal overta. Eksempel på slike formuesposisjoner er eiendomsrett til bygninger og avtalte rettigheter og plikter knyttet til institusjonen. For det andre om fylkeskommunene kan kreve at staten gir vederlag for formuesposisjonenes eventuelle økonomiske verdi.

Departementet er kommet til at staten 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 helseforetaksloven og det samme må gjelde i forhold til fylkeskommunal virksomhet som overføres i henhold til dette forslaget.

Det er en forutsetning for statlig 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 staten skal overta. Det vises til foreslåtte endringer i sosialtjenesteloven og overgangsbestemmelsene i romertallsvedtak III.

5.3 Eierskapsovertakelse – omfanget av den statlige overtakelsen

Staten er i spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 gitt det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Bestemmelsen markerer at staten har det samlede sektoransvaret. De regionale helseforetakenes rolle, ansvar og oppgave er å «sørge for» at befolkningen tilbys de aktuelle helsetjenestene, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1. For å kunne drive de institusjonene og utføre de oppgavene som i denne proposisjonen foreslås overført til de regionale helseforetakene, vil foretakene få behov for et tilsvarende produksjonsapparat som fylkeskommunene har i dag. Fylkeskommunene vil bli fritatt fra tilsvarende ansvar og dermed ikke ha behov for å nytte disse innsatsfaktorene tilsvarende.

Ansvaret kan også oppfylles ved at de regionale helseforetakene kjøper tjenester av andre, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2–1a tredje ledd, men det foreslås ikke at staten skal overta privat eiendomsrett til institusjoner eller annen virksomhet. På de områdene hvor fylkeskommunen kjøper tjenester fra private, legger departementet til grunn at de regionale helseforetakene må tre inn i de avtalene som berøres av foreslått omorganisering.

Omfanget av overtakelsen bestemmes av omfanget av de tjenestene som foreslås flyttet fra fylkeskommunen til de regionale helseforetakene, og som igjen blir bestemmende for at hele eller deler av fylkeskommunale institusjoner overføres. I utgangspunktet må de regionale helseforetakene 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 «står og går».

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 helsetjenester til befolkningen. Eventuelt kan private personer eller organisasjoner ha stilt midler til rådighet til helseformål. Uansett er beslutningen om å stille formuesposisjonene til rådighet for virksomhetene tatt på grunnlag av en vurdering av befolkningens behov for og ønsker om helsetjenester. Når de demokratiske myndighetene i fylkeskommunen enten konkret har vurdert at visse formuesgjenstander bør knyttes til en virksomhet innenfor sosialtjenesten (som i forslaget til omorganisering overføres til spesia-

listhelsetjenesten), 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 staten. 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 alternativ økonomisk interesse for fylkeskommunen, at fylkeskommunen bør ha mulighet til å utnytte disse verdiene og at det ikke er rimelig at staten 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 de regionale helseforetakene skal sørge for helsetjenester til, foreslås det derfor i overgangsbestemmelsene nr. 3 at staten ved de regionale helseforetakene 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 pasientene kan tenkes å ha, ser departementet ikke bort fra at det kan være rimelig at slike aktiva, etter en skjønnsmessig vurdering, ikke overtas av staten. Dersom det i helt spesielle tilfeller vil virke åpenbart urimelig at staten overtar slike aktiva

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 rusmiddelmissbrukere)

knyttet til virksomhetene, foreslås det i overgangsbestemmelsene nr. 3 annet ledd å åpne for at disse verdiene holdes utenfor ved overføringen til staten, 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 staten har rett og plikt til å overta:

- om dette er en formuesgjenstand som vil få betydning for statens mulighet til å yte spesialisthelsetjeneste i samsvar med det ansvar som pålegges i lovgivningen gjennom den foreslåtte omorganiseringen,
- om dette er en formuesgjenstand som vil få betydning for statens mulighet til å yte spesialisthelsetjeneste 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 spesialisthelsetjenesten,
- 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 staten ikke bare skal ha rett, men også plikt, til å overta fylkeskommunale rettigheter og plikter knyttet til virksomheten.

Etter at staten har overtatt fylkeskommunens ansvar etter dette lovforslaget, vil fylkeskommunen fremdeles ha ansvaret for andre viktige offentlige tjenester. Den statlige overtakelsen av sektoransvaret bør derfor etter departementets vurdering, ikke føre til at fylkeskommunene blir dårligere i stand til å yte disse tjenestene enn de var på forhånd. Ved vurderingen av om en formuesgjenstand er knyttet til en virksomhet som skal overføres til staten, må det også legges vekt på hensynet til at fylkeskommunens evne til å ivareta ansvar for andre lovpålagte oppgaver ikke skal svekkes som følge av statens overtakelse av sektoransvaret for oppgaver som har vært forankret i sosialtjenesteloven.

Sett fremover i tid kan en ikke se bort fra at situasjoner kan oppstå som medfører at staten ikke lenger vil ha behov for å benytte bygninger, grun-

nområder m.v. som nå foreslås overtatt til formål innenfor spesialisthelsetjenesten, 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 de regionale helseforetakenes 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. Ettersom staten ved de regionale helseforetakene 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 de regionale helseforetakene. Bestemmelsene medfører at eiendeler, rettigheter, herunder offentlige tillatelser og forpliktelser som er knyttet til virksomheten eller del av denne, overføres som en helhet til foretaket. Overføringen til staten skjer uten at det ytes særskilt vederlag for den enkelte formuesposisjon, men det forutsettes at staten samtidig overtar fylkeskommunens gjeld knyttet til virksomhet som overføres.

5.4 Andre formuerettslige posisjoner

Fylkeskommunenes ansvar for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmissbrukere innebærer ikke med nødvendighet at de selv må eie og drive institusjonene. En del av det fylkeskommunale tilbudet til rusmiddelmissbrukere gis i dag av private aktører (eller tjenesteytere) med grunnlag i avtaler med fylkeskommunen. Så vidt departementet forstår, er det inngått ulike typer avtaler. Det kan dreie seg om avtaler hvor fylkeskommunen kan fullfinansiere eller delfinansiere driften. Det kan være avtale om kjøp av plasser, enten kjøp av et fast antall plasser eller kjøp av enkeltplasser ved behov. For at staten etter en omorganisering skal kunne overta sektoransvaret fra fylkeskommunen, må den tre inn i de avtalene fylkeskommunene har med institusjoner som yter tjenester som omfattes av dette lovforslaget.

Ulike aktører har i dag avtaler med fylkeskom-

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 rusmiddelmissbrukere)

muner om tjenester som etter forslaget om omorganisering delvis vil dekkes av de regionale helseforetakenes sektoransvar og delvis av fylkeskommunens fortsatte ansvar. Forslaget om omorganisering vil derfor for en del avtalers vedkommende kunne bety at institusjonene i fremtiden vil kunne basere sin drift på avtaler både med fylkeskommunen og med regionale helseforetak.

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH) har bl.a. pekt på at mange private institusjoner vil måtte ha driftsavtaler både med det regionale helseforetaket og fylkeskommune, og at mange i tillegg også må forholde seg til kommunene. HSH peker på at dette representerer betydelig merarbeid i form av administrasjon m.v. HSH uttaler også at avtaler som eventuelt går ut før overdragsdatoen må forlenges, slik at det regionale helseforetaket kan gjøre en samlet og selvstendig vurdering av behovet for videre samarbeid.

Departementet er klar over at omorganiseringen for en del institusjoner kan bety at de må basere sin drift på avtaler med flere parter, men legger til grunn at det vil være mulig å finne rasjonelle avtaleløsninger. Det vises til at det allerede i dag er slik at mange institusjoner har avtaler med flere fylkeskommuner. Departementet forutsetter at fylkeskommunen frem mot en eventuell overtakelse kun inngår avtaler som det også vil være aktuelt å inngå under forutsetning av at fylkeskommunen fortsatt skal ha det ansvaret som påhviler den etter sosialtjenesteloven slik den lyder i dag. Det vil si at det ikke blir inngått avtaler som binder staten på en uheldig måte etter overtakelsen.

Departementet foreslår derfor at staten skal få rett og plikt, både overfor fylkeskommunen og overfor tredjemann, til å tre inn i fylkeskommunens posisjon i rettsforholdet, jf. forslaget til overgangsbestemmelsene nr. 3 og 4.

5.5 Økonomisk oppgjør

Erstatning for overføring av formuesposisjoner – generelt

Det er knyttet store økonomiske verdier til de fleste av 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 verdifastsettelse 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 be-

stått 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 staten, 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 realiserede 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 statlig overtakelse ikke vil medføre noe fremtidig bedriftsøkonomisk tap som det er rimelig at fylkeskommunen får erstatning for.

Dersom staten overtar ansvaret for å sørge for rusmiddelmissbrukeres behov for spesialiserte helsetjenester som beskrevet i dette forslaget til lovendringer, vil staten også overta de kostnadene som er knyttet til tjenesteproduksjonen, både på drifts- og kapitalsiden. Det vil si at statens 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 omsorgen, og heller ikke vil lide et fremtidig bedriftsøkonomisk inntektstap, vil overføringen av institusjonene sammen med statens helhetlige sektoransvar etter departementets vurdering verken medføre et økonomisk tap for fylkeskommunene eller en økonomisk gevinst for staten.

Når staten overtar ansvaret for å sørge for spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere i det enkelte fylket, vil overtakelsen i prinsippet ikke få betydning for befolkningens behovstilfredsstillelse, verken når det gjelder helsetjenester 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-

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 rusmiddelmissbrukere)

vidt omfattende investeringer bør skje som en konsekvens 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 staten.

Overtakelse av fylkeskommunens gjeldsansvar

Som omtalt foran mener departementet at det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret bør være at fylkeskommunen etter overføringen av institusjoner som skal knyttes til spesialisthelsetjenesten, skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene som de er pålagt.

Departementet har også kommet til at statlig overtakelse av virksomhetene ikke bør medføre en økonomisk gevinst på fylkeskommunenes hånd. Det foreslås at det økonomiske oppgjøret skal gjennomføres ved at staten overtar de økonomiske forpliktelsene som er knyttet til virksomhetene, herunder gjeldsforpliktelsene. Departementet mener at overtakelse 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 5.6, 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 spesialisthelsetjenesten, 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 staten skal overta ansvaret for gjeld knyttet til virksomhetene, samtidig som staten overtar ansvaret for institusjonene, selv om det kan være vanskelig å avgjøre hvilke konkrete gjeldsforpliktelsene som vil være knyttet til virksomhetene.

Videre foreslås det i overgangsbestemmelsene nr. 5 at overføring av gjeld eller andre forpliktelsene 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.

5.6 Gjennomføringen av overtakelsen av virksomhetene og det økonomiske oppgjøret

Det er en forutsetning for statlig 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 staten skal overta. Overføringene skjer ved at de foreslåtte endringer i sosialtjenesteloven og overgangsbestemmelsene i lovforslaget trer i kraft. Ettersom overføringen skjer i og med ikrafttredelse av loven, er det ikke behov for vedtak eller disposisjoner av noen art for å utløse overføringen.

Det vil være behov for konkretisering, både av hvilke formuesgjenstander og hvilke øvrige formuesposisjoner staten skal overta, herunder hvilke gjeldsforpliktelsene staten skal tre inn i, jf. forslaget til overgangsbestemmelsene nr. 3. Dette arbeidet dreier seg ikke om å treffe beslutninger i formell forstand, men i prinsippet 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 staten skal overta.

Gjennomføringen av den foreslåtte overtakelsen og oppgjøret vil forutsette et tett samarbeid mellom departement 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, herunder også fylkeskommunenes avtaleforpliktelsene med private institusjoner.

Dersom departement og fylkeskommuner ikke kommer til enighet om hva staten har rett og plikt til å overta, oppstår spørsmålet om hvem som skal treffe de endelige beslutningene. Selv om lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker (forvaltningsloven) ikke er til hinder for at departementet treffer beslutningene, har formålet med forvaltningslovens habilitetsbestemmelser relevans i denne saken. Formålet med habilitetsbestemmelsene er å skape tillit til forvaltningens saksbehandling ved å hindre at partsinteresser får betydning for utfallet. Den situasjon at fylkeskommunen i overtakelsesprosessen treffer departementet i flere roller, kan medføre at fylkeskommunen ikke får tillit til at vurderingene er riktige og rettferdige.

På bakgrunn av behovet for at staten og fylkeskommunene er likeverdige parter i sakene, og at departementet ikke bør være ensidig beslutningstaker i saker i forbindelse med overtakelsen, har de-

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 rusmiddelmissbrukere)

partementet kommet til at det vil være riktig å legge opp til en prosess som imøtekommer dette behovet, og at det vil være riktig å oppnevne en uavhengig nemnd som treffer endelig avgjørelse. 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 rettfærdig i den enkelte fylkeskommune. For å likestille partene i prosessen bør nemnda foruten å være uavhengig, være partssammensatt med en uheldig person som leder. De øvrige medlemmene bør være høyt kvalifiserte når det gjelder fylkeskommunale og økonomiske spørsmål.

Departementet har funnet det naturlig å foreslå samme nemndsløsning som i helseforetaksloven.

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 første og annet ledd og nr. 4 kan bringes inn for de alminnelige domstoler, jf. overgangsbestemmelsene nr. 8. I nr. 9 foreslås det at klage over beslutningene ikke gir oppsettende virkning for statens rettigheter og plikter.

5.7 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.

Gjennomføringen av omorganiseringen vil kreve at staten gis innsyn i og tilgang til fylkeskommunenes virksomheter. Det foreslås derfor i overgangsbestemmelsene nr. 10 at det kan skje.

5.8 Personalets rettsstilling ved overføring av virksomheter

Forslaget medfører at arbeidsgiveransvaret for personalet som i dag er ansatt ved fylkeskommunale institusjoner, overføres til statlig eide foretak (de regionale helseforetakene og helseforetakene). Overføringen skjer etter reglene i lov 4. februar

1977 nr. 4 om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. (arbeidsmiljøloven) om virksomhetsoverdragelse, jf. lovens kapittel XII A. Det betyr at alle ansatte ved fylkeskommunale virksomheter som overføres til helseforetakene, får overført sitt ansettelsesforhold til de nye foretakene innenfor rammene av de ansattes arbeidsavtaler.

Fylkesrådmannen i Troms sier i sin høringsuttalelse:

«For de ansatte i fylkeskommunens sentraladministrasjon sies det, for øvrig på samme måte som når det gjaldt spesialisthelsetjenesten, ikke noe. På samme måte som det til slutt ble resultatet når det gjaldt spesialisthelsetjenesten, forutsetter fylkesrådmannen at Staten også må overta ansvaret for de ansatte i sentraladministrasjonen som evt. blir overtallige som følge av reformen.»

Departementet vil bemerke at staten vil arbeide ut fra at reglene i arbeidsmiljøloven kapittel XII A om virksomhetsoverdragelse legges til grunn for overdragelse av ansatte og de rettigheter de ansatte har. Eventuelle omstillingstiltak/avtaler vil bli vurdert i forhold til og tilpasset denne omorganiseringen.

Arbeidsmiljøloven regulerer hva som skjer med tariffavtalene ved eierskifte. De individuelle rettigheter etter tariffavtale og arbeidsforhold videreføres inntil avtalene utløper eller avløses av nye. Lov 5. mai 1927 nr. 1 om arbeidstvist (arbeidstvistsloven) og arbeidsmiljøloven vil gjelde fullt ut for foretakene.

Pensjonsforhold faller utenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser om virksomhetsoverdragelse. Med hjemmel i helseforetaksloven er det ved kongelig resolusjon 31. august 2001 fastsatt vedtekter for de enkelte regionale helseforetakene. Her fremkommer det at ansatte i foretakene skal omfattes av offentlig tjenestepensjon, såkalte bruttopensjoner med tilsvarende ytelsesnivå som i Statens Pensjonskasse. For spesialisthelsetjenesten er det besluttet at nåværende pensjonsleverandører videreføres, men at hvem som skal være fremtidig pensjonsleverandør utredes. AFP-ordningen er tariffestet, og betingelsene videreføres så lenge nåværende tariffavtaler gjelder. Etter dette tidspunktet blir det opp til partene å avtale dette i ny tariffavtale. Videre fremgår det av vedtektene at foretakene skal være medlemmer av Arbeidsgiverforeningen NAVO.

6 Økonomiske og administrative konsekvenser

6.1 Innledning

Departementet vil innledningsvis understreke at den foreslåtte statlige overtakelsen av deler av det ansvaret fylkeskommunene har i dag, er basert på at finansieringsgrunnlaget for tjenestene overføres fra fylkeskommunene til staten. Det overordnede prinsippet er det samme som ble lagt til grunn ved statens overtakelse av spesialisthelsetjenesten, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Etter omorganiseringen skal fylkeskommunene være i stand til å utføre de oppgavene de vil ha igjen. Likeledes skal helseforetakene kunne drive sine oppgaver på forsvarlig måte. Det vil bli tatt utgangspunkt i regnskapstall for 2002 og faktiske kostnader knyttet til de tjenestene som flyttes og øvrig tjenesteproduksjon i fylkeskommunene ved fordelingen av inntektsrammen for dagens fylkeskommune. Utgangspunktet vil være at oppgjøret mellom staten og fylkeskommunene i seg selv ikke får betydning for de samlede offentlige utgifter. Regjeringen vil komme tilbake til fordeling av dagens inntektsrammer i kommuneproposisjonen for 2004 og Statsbudsjettet for 2004.

6.2 Omorganiserings- og eierskiftekostnader

Det er bevilget 5 millioner kroner til gjennomgang av ansvarsforholdene i 2002, men 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 vil videre være behov for å engasjere rådgivere for å vurdere avtaler som foretakene skal tre inn i. Det må videre gjennomføres drøftingsmøter med fylkeskommunene og det vil også være administrative kostnader på den fylkeskommunale siden. Departementet vil ha behov for prosjektbistand. Dette vil være engangskostnader.

Regjeringen har foreslått at det bevilges 10 millioner kroner i Statsbudsjettet for 2003 til omorganiserings- og eierskiftekostnader.

6.3 Finansiering av drift

Forslaget medfører at alle fylkeskommunale tiltak og institusjoner som utfører oppgaver som skal forankres i spesialisthelsetjenesteloven, overføres til staten og blir statens finansieringsansvar. Finansiering skjer primært via statlige bevilgninger i form av rammetilskudd til helseforetakene. Brukerens egenandel vil i utgangspunktet følge samme regelverk som andre tiltak innen spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at alle fylkeskommunale midler som finansierer drift av tiltak som overføres til de regionale helseforetakene, trekkes ut av den fylkeskommunale tilskuddsrammen og overføres til de regionale helseforetakene. Kommunens refusjonsplikt vil falle bort. Tap av inntekter vil bli finansiert ved at tilsvarende beløp trekkes ut av rammen for de statlige overføringene til kommunene og overføres til de regionale foretakene.

Som nevnt i kapittel 4.2.3 vil likevel departementet, for å holde terskelen lav i forhold til mulighetene for kontakt med spesialisthelsetjenesten, sikre at rusmiddelmissbrukere som tar akuttkontakt med poliklinikker som overføres til staten ved de regionale helseforetakene i forbindelse med reformen, skal slippe å betale egenandeler. Betaling av egenandel ved akuttkontakt i poliklinikker har i stor grad vært dekket av kommunene via sosialtjenesten. Det foreligger ikke tall for antall polikliniske konsultasjoner i slike akuttsituasjoner. Dersom antall akuttkonsultasjoner beregnes til 5 pr. dag pr. institusjon, vil det aktuelle inntektsbortfallet trolig være i størrelsesorden 200 000 kroner pr. år pr. institusjon. For om lag 25 ruspoliklinikker på landsbasis tilsvarer dette i så fall 5 millioner kroner pr. år. Her ligger det en betydelig usikkerhet. Departementet antar at Oslo kommunes regnskapstall for kommunens dekning av pasientenes egenbetaling bør kunne danne grunnlag for å beregne både hva som er størrelsesorden nasjonalt, og hva som eventuelt skal trekkes ut fra de kommunale rammene.

Forskriftsfesting av at rusmiddelmissbrukere skal kunne slippe henvisning for i akuttsituasjoner oppsøke institusjoner som overføres til staten ved de regionale helseforetakene, antas ikke å ha økonomiske konsekvenser av betydning, i og med at det så langt i liten grad har vært praktisert henvis-

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 rusmiddelmissbrukere)

ningsplikt til de aktuelle institusjonene i forbindelse med akuttkontakt.

Forslaget medfører at fylkeskommunen fortsatt vil ha ansvar for finansiering av de oppgavene som følger av sosialtjenesteloven § 7–1 første ledd (som ikke flyttes til staten). Finansieringen av driften foreslås videreført som i dag, delvis via fylkeskommunens frie midler og delvis fra den kommunale betalingen som følger av kommunal refusjonsplikt knyttet til opphold på institusjoner der kommunen har vært innsøkende instans, jf. sosialtjenesteloven § 11–4. Staten vil fortsatt ha plikt til å yte rammetilskudd til fylkeskommunens utgifter, jf. sosialtjenesteloven § 11–6.

Oslo kommune uttalte følgende i sin høringsuttalelse:

«Dersom staten foretar store kutt i rammefinansieringen til fylkene og kommunene, og ikke samtidig legger inn rusmisbruk som nytt kriterium ved rammetildelingen, vil Oslo kommune kunne få betydelige problemer med å finansiere de tiltakene som forutsettes driftet videre av Oslo som fylke og kommune.

Dersom Stortinget vedtar å overføre deler av rusomsorgen til staten, så forutsetter Oslo kommune at størrelsen på trekket i de frie inntektene bør fastlegges på grunnlag av de faktiske frie inntektene som har vært stilt til disposisjon av staten for å dekke fylkeskommunens netto utgifter til denne type rusmiddelomsorg. Et slikt netto utgiftsnivå kan utledes av gjeldende fordelingssystem og utgiftsbehov gjennom inntektssystemet.

Uttrekket bør ikke skje ut fra hvor mye Oslo kommune faktisk har brukt på denne typen rusomsorg. Oslo kommune forutsetter at fordelingen av de samlede trekket mellom fylkeskommunene fastlegges i henhold til objektive kriterier i inntektssystemet, og at staten arbeider videre med å finne gode kriterier som beskriver rusomsorg.»

Departementet understreker at etter omorganiseringen skal både fylkeskommuner og de regionale helseforetakene kunne ivareta sine oppgaver på en forsvarlig måte. Overføringen av ansvaret for institusjonene skal i utgangspunktet ikke påvirke de samlede offentlige utgifter. Likeledes vil det bli tatt utgangspunkt i regnskapstall for 2002 og faktiske kostnader knyttet til tjenestene. Endelige regnskapstall for fylkeskommunene, med revisorbekreftede regnskapstall for 2002, vil ikke foreligge før 30. juni 2003. Dette kan føre til at oppgjøret tar noe mer tid enn det ville tatt dersom man la 2001-tall til grunn. Departementet finner det likevel riktig å benytte så nye tall som mulig. Dette tilsvarer for øvrig også den fremgangsmåte som ble benyttet ved den

statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten. Dette medfører i prinsippet at verken stat eller fylkeskommune skal få endrede økonomiske betingelser som følge av overtakelsen av institusjonene. Når det gjelder inntektssystemet, vises det til avsnittet nedenfor om «Kriterier knyttet til rusmiddelproblematikk og psykiatri i kommunenes inntektssystem».

For å sikre finansiering av tjenestene som overføres til de regionale helseforetakene, foreslås at andelen av de statlige økonomiske overføringene trekkes ut av fylkeskommunens rammer og overføres til de regionale helseforetakene. Tilsvarende trekkes kommunenes forholdsmessige bidrag til finansieringen ut av de statlige rammeoverføringene til kommunene og overføres til de regionale helseforetakene. I den grad det benyttes behandlingsplasser fra andre regioner, vil de oppgjørsreglene som gjelder for bruk av behandlingsplasser i andre regioner, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 5–2, gjelde.

Særlig om rammetilskudd i forhold til innsatsstyrt finansiering (ISF)

Dagens modell for finansiering av spesialisthelsetjenesten (rammetilskudd og øremerkede tilskudd, herunder innsatsstyrt finansiering og poliklinikktilskudd) skal i utgangspunktet gi incentiver for økt tjenesteproduksjon og kontroll med det totale kostnadsnivået. Fra 2002 vil finansieringen skje gjennom bevilgning til de regionale helseforetak. Psykisk helsevern vil hovedsakelig bli finansiert gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetak. Det samme vil gjelde for de institusjoner for rusmiddelmissbrukere som ble overført fra 1. januar 2002. I tillegg kommer poliklinikkrefusjoner og andre øremerkede tilskudd som Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006.

Foreløpig gjelder ikke aktivitetsbaserte ordninger som diagnosebasert finansiering (DRG) og ISF for psykisk helsevern eller for institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Det mangler fortsatt en alternativ finansieringsmåte til dagens rammefinansiering kombinert med øremerkede tilskudd. Det er ikke enkelt å lage et funksjonelt diagnosesystem som blir virksomt innenfor rammen av innsatsstyrt finansiering. Det er viktig å demme opp for uønskede vridninger som følge av ISF.

Vurdering av framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten

Enkelte høringsinstanser har i høringsrunden hatt innspill i forhold til økonomiske konsekvenser av

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 rusmiddelmissbrukere)

lovforslaget. Blant annet er det gitt uttrykk for at det rusfaglige feltets økonomi må sikres gjennom øremerkede overføringer for å unngå kamp mellom somatikk, psykiatri og rusomsorg.

Departementet vil bemerke at det i St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2001–2002) ble varslet at det skal arbeides med en gjennomgang av de mer langsiktige løsningene for finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten. Den 1. februar 2002 nedsatte regjeringen et offentlig utvalg som har som oppgave å foreslå et framtidig finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten.

Siktemålet med utredningen er at det med utgangspunkt i ansvars- og eierskapsreformen for spesialisthelsetjenesten skal etableres en enhetlig finansiering som understøtter viktige mål om en produktiv sektor med høy kvalitet i tjenestetilbudet, tilrettelegge for utdanning og forskning i samarbeid med universiteter og høyskoler, samt en finansiering som bidrar til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og annen helsetjeneste. I sitt arbeid skal utvalget legge vekt på en rekke prioriterte mål for en finansieringsmodell, herunder «understøtte målet om et likeverdig helsetilbud geografisk og mellom pasienter og grupper av pasienter (somatikk, psykiatri, rusmiddelmissbrukere, rehabilitering og habilitering)». Utvalget skal levere sin innstilling innen 31. desember 2002.

Kriterier knyttet til rusmiddelproblematikk og psykiatri i kommunenes inntektssystem

Regjeringen tar sikte på å gjennomgå kriterier knyttet til rusmiddelmissbruk i kommunenes inn-

tektssystem. Dette for å sette kommuner som har særlige problemer knyttet til konsentrasjon av rusmiddelmissbrukere bedre i stand til å gi disse et godt tilbud. Kommunal- og regionaldepartementet har satt i gang et forskningsprosjekt som skal se på kommunenes kostnader innenfor rus- og psykiatri-sektoren. Formålet med prosjektet er å undersøke om kriteriene i dagens inntektssystem på en god nok måte ivaretar det forhold at kostnadene innen rus- og psykiatri-sektoren varierer mellom kommunene, samt kartlegge/utrede egne kriterier for disse tjenestene.

6.4 Vederlag for overtakelse av bygninger og driftsmidler

Fra det tidspunkt staten 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 reformen i spesialisthelsetjenesten.

6.5 Annet

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.

7 Merknader til de enkelte bestemmelser

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

Til § 2–4

I bestemmelsen synliggjøres at fylkeskommunens ansvar for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere nå deles mellom fylkeskommunen og staten ved det regionale helseforetaket.

Det regionale helseforetaket får et selvstendig ansvar for deler av tiltaksapparatet. Det materielle innholdet i ansvaret framgår av § 7–1a.

Bestemmelsen i fjerde ledd ble vedtatt ved lov 15. juni 2001 nr. 91 om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., men falt ved en inkurie ut i forbindelse med vedtakelsen av helseforetaksloven. Bestemmelsen, som slår fast at § 2–3 gjelder tilsvarende for fylkeskommunen, foreslås her tatt inn igjen. Bestemmelsen i § 2–3 omhandler kommunens ansvar for opplæring av sosialtjenestens personell. § 2–4 fjerde ledd gir fylkeskommunen et tilsvarende ansvar for den fylkeskommunale sosialtjenestens personell. Bestemmelsen er ikke foreslått å gjelde tilsvarende for de regionale helseforetakene. Spørsmål knyttet til helsepersonell reguleres av annen lovgivning, bl.a. helsepersonelloven.

Til § 6–1 annet og tredje ledd

Bestemmelsen slår fast at kommunens sosialtjeneste har det grunnleggende ansvar for ulike tiltak for at rusmiddelmissbrukere skal komme bort fra sitt misbruk. Dette grunnleggende ansvaret ligger fast.

Bestemmelsen er endret i annet ledd slik at sosialtjenesten skal «bistå med å etablere» et behandlingsopplegg. Endringen er foretatt for å reservere sørge for ansvaret til ansvaret de ulike nivåene har til å ha ulike tiltak, og innebærer ingen endring i den kommunale sosialtjenestens grunnleggende ansvar. Annet ledd er videre endret ved at oppramsing av ulike tiltak som kan inngå i et behandlingsopplegg, er splittet opp til spesialiserte helse-tjenester (som det regionale helseforetaket har et sørge for-ansvar for) og til spesialiserte sosiale tjenester og omsorg (som fylkeskommunen har sørge for-ansvaret for).

Bestemmelsens tredje ledd første punktum oppheves, da innholdet ikke harmonerer med den ansvarsdeling som følger av de øvrige forslag i proposisjonen her.

Til § 6–2 første ledd

Bestemmelsens første ledd er endret slik at fylkesnemndas vedtak nå bare kan settes i verk i institusjoner som det regionale helseforetaket har utpekt til å ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter § 6–2. Endringen er en konsekvens av at det regionale helseforetaket har fått ansvaret for å sørge for institusjonsplasser, herunder peke ut egnede institusjoner, som skal kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter § 6–2. Se også § 7–1a.

Til § 6–2a første ledd

Bestemmelsens første ledd er endret slik at gravid rusmiddelmissbruker kan tas inn i institusjon som er utpekt av det regionale helseforetaket til å kunne ta imot gravide rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter § 6–2a. Endringen må ses i sammenheng med at de regionale helseforetakene er tillagt ansvaret for å sørge for institusjonsplasser, herunder peke ut egnede institusjoner, som skal kunne ta i mot gravide rusmiddelmissbrukere uten eget samtykke. Det vises også til § 7–1a. I siste punktum er ordet «klienten» endret til «den gravide». Dette innebærer ingen realitetsendring, men foretas fordi verken det mer sosialfaglige ordet «klient» eller det helsefaglige «pasient» vil være helt dekkende.

Til § 6–2a tredje ledd

Bestemmelsens tredje ledd er endret. Endringen innebærer at sosialtjenestens vurdering av om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse, skal skje i samråd med institusjonen.

Til § 6–4

Kravene til fylkeskommunens plan er redusert til særskilt å fastsette hvilke institusjoner som kan ta i

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 rusmiddelmissbrukere)

mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3. Det gjenspeiler at fylkeskommunen etter forslaget ikke lenger vil ha ansvar for å peke ut institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a. Hjemmelen til å gi forskrifter om utforming av slike institusjoner, gjelder da kun for institusjoner som i fylkeskommunens plan er særskilt fastsatt til å kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3. Se § 7–1a med merknader, som regulerer krav til det regionale helseforetaket til å peke ut institusjoner til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2, 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3. Også her er det gitt hjemmel til å gi forskrifter om utforming av institusjonene. Se merknaden til § 7–1a.

Til § 7–1 første ledd

Slik bestemmelsen er utformet, vil fylkeskommunen ha ansvar for å sørge for etablering og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. Fylkeskommunens ansvar er avgrenset. På den ene siden er det avgrenset i forhold til det regionale helseforetakets ansvar for tiltak som yter spesialisthelsetjenester til rusmiddelmissbrukere, samt for institusjoner som tar i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a. På den andre siden er det avgrenset i forhold til kommunens grunnleggende ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere. Ansvarsdelingen mellom den kommunale sosialtjenesten og fylkeskommunen endres ikke som følge av forslaget her.

Til § 7–1a

Bestemmelsen er ny og slår i *første ledd* fast det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for institusjonsplasser, herunder peke ut egnede institusjoner, som skal kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Ansvaret omfatter et sørge for ansvar med hensyn til at slike plasser finnes, et ansvar for å sørge for at de institusjoner som benyttes er egnede og et ansvar for at det er tilstrekkelig med plasser. Det regionale helseforetaket pålegges på forhånd å peke ut konkret hvilke institusjoner som skal kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere som kan holdes tilbake på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a.

I *annet ledd* slås det fast at det regionale helseforetaket kan inngå avtale med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner, private institusjoner el-

ler med andre tjenesteytere for å dekke helseregionens behov for institusjonsplasser. I dette ligger at de regionale helseforetakene kan oppfylle sin plikt etter bestemmelsen ved å pålegge egne helseforetak å opprette plasser eller ved å inngå avtaler med andre. De regionale helseforetakene kan ikke selv drive institusjonene, jf. helseforetaksloven. Dette innebærer også at tilbakeholdelse av rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a kan finne sted i institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven, i egne institusjoner opprettet med hjemmel i helseforetaksloven, institusjoner etter sosialtjenesteloven med videre.

Tredje ledd fastsetter at også de regionale helseforetak, som fylkeskommunen etter § 6–4, skal peke ut institusjoner til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vilkår om samtykke fra rusmiddelmissbrukeren til tilbakeholdelse, jf. § 6–3. Dette muliggjør bruk av vilkår om innleggelse på slikt vilkår også i institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven, og tilsvarer slik dagens rettstilstand hvor fylkeskommunen etter avtale med den spesialisthelsetjenesteinstitusjon det gjelder, kan peke ut institusjoner etter spesialisthelsetjenesteloven i tillegg til institusjoner etter sosialtjenesteloven. Bruk av slikt vilkår vil i mange tilfeller muliggjøre adekvat behandling. I tillegg fører muligheten til å benytte slikt vilkår til at det i mindre grad blir nødvendig å benytte de mer inngripende hjemler for tvungen tilbakeholdelse i §§ 6–2 og 6–2a.

Fjerde ledd inneholder hjemmel for Kongen til å gi forskrifter om utforming av institusjoner som er utpekt av regionale helseforetak til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2, 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3. Hjemmelen tilsvarer hjemmelen i § 6–4 til å gi forskrifter om utforming av institusjoner som er utpekt av fylkeskommunen til å kunne ta i mot klienter på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3. Det forutsettes at kongelig resolusjon om forskrifter om institusjoner utpekt av regionale helseforetak etter § 7–1a, fremmes av den minister som har ansvaret for helseforetakene. Den minister som har ansvaret for sosialtjenesten vil, som før, fremme eventuell kongelig resolusjon etter § 6–4. Dersom slike forskrifter blir aktuelle, legges det til grunn at de ansvarlige ministre utarbeider kongelig resolusjon i samråd med hverandre, slik at det sikres et mest mulig enhetlig regelverk.

Til § 7–6

Bestemmelsen er endret for å synliggjøre at virkeområdet må avgrenses mot de institusjoner som de regionale helseforetakene har ansvaret for etter

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 rusmiddelmissbrukere)

§ 7-1a. Tidligere tredje ledd, som kun omfatter institusjoner som kan ta imot klienter på grunnlag av vedtak etter tvangsbestemmelsene i §§ 6-2 og 6-2a, oppheves. Man har ikke sett det som hensiktsmessig å bruke sosialtjenesteloven til å regulere inntak og utskrivning i institusjon som de regionale helseforetakene har sørge for-ansvaret for. Se derimot § 7-6a med merknader.

Til § 7-6a

Dersom helseinstitusjonen ikke lengre kan tilby brukeren et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud, vil det ikke være hensiktsmessig at sosialtjenesten kan forhindre en utskrivning, jf. tidligere § 7-6 tredje ledd som sa at institusjonen ikke kunne skrive ut klient som var i institusjon på grunnlag av vedtak etter §§ 6-2 eller 6-2a før tiden uten samtykke fra sosialtjenesten. Sosialtjenesten må imidlertid få tid til å områ seg, slik at det kan etableres et alternativt, og mer hensiktsmessig, tilbud for brukeren. På denne bakgrunn innføres en bestemmelse om at sosialtjenesten skal varsles om utskrivningen i god tid på forhånd, når utskrivningen bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side. Utskriving skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter.

Helsedepartementet vil vurdere å innføre bestemmelser om betalingsordning for det tilfelle at kommunen/fylkeskommunen ikke etablerer et alternativt opplegg for brukere som må anses ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten og ikke lenger oppfyller vilkårene for tvungen tilbakeholdelse. Der tvangsvedtak fattes, vil det vanlige og planlagte forløpet ofte være at den tvungne tilbakeholdelsen skal skje todelt, med et kortere opphold for medisinsk avrusning fulgt av et lengre opphold i annen behandling sin institusjon. I noen tilfeller kan det være hensiktsmessig at den siste, og for så vidt også den første, delen av opplegget skjer i institusjon som ikke er spesialisthelsetjeneste. Dette dersom spesialisert medisinsk oppfølging ikke er nødvendig. I slike tilfeller vil det regionale helseforetaket ikke kunne overføre ansvaret på fylkeskommunen dersom vilkårene for tvungen tilbakeholdelse fortsatt er oppfylt. Dersom opphold i spesialisthelsetjenesteinstitusjon ikke vil være hensiktsmessig, må det regionale helseforetaket sørge for plass i annen institusjon, ved avtale med fylkeskommuner og/eller private aktører. Dette følger av at de regionale helseforetakene etter forslaget § 7-1a første ledd gis ansvaret for å sørge for institusjonsplasser for tilbakeholdelse uten samtykke generelt. Bestemmelser om betalingsordning vil kun gjelde tilfeller der tvangsvilkårene ikke (lenger) er oppfylt (tvangsvedtaket er bortfalt) og der klienten/pasienten i til-

legg må anses ferdigbehandlet av spesialisthelsetjenesten.

Til § 7-9 nytt annet ledd

Bestemmelsen er gitt et nytt annet ledd som klargjør at fylkesmannen, som i dag, skal føre tilsyn med at sosialtjenestelovens bestemmelser er oppfylt i forhold til inntak i institusjon på grunnlag av vedtak etter §§ 6-2 og 6-2a, og etter samtykke som nevnt i 6-3, selv om ansvaret for å sørge for slike institusjonsplasser flyttes fra fylkeskommunen til de regionale helseforetakene. Dette innebærer at fylkesmannen skal føre tilsyn med de regler i sosialtjenesteloven som gjelder for inntak i institusjon på grunnlag av vedtak etter §§ 6-2, 6-2a og etter samtykke som nevnt i § 6-3. Der inntak etter §§ 6-2, 6-2a og 6-3 konkret innebærer at rusmiddelmissbrukeren mottar helsehjelp, vil vedkommende være å anse som pasient. Da vil i tillegg fylkeslegen ha tilsynsansvar etter lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten. Lovendringen innebærer at dagens retts-tilstand opprettholdes, da det i tilfeller der rusmid-delmisbrukere innlegges i spesialisthelsetjeneste-institusjon etter vedtak på grunnlag av sosial-tjenestelovens bestemmelser, fortsatt forutsettes at fylkesmannen fører tilsyn etter sosialtjenestelovens bestemmelser og fylkeslegen etter helselovgivningens. Det forutsettes, som tidligere, at fylkeslegen og fylkesmannen samarbeider om å finne en praktisk måte å utøve tilsynet på.

Til § 7-11 fjerde ledd

Tidligere endringer i sosialtjenesteloven har medført at interne henvisninger i denne bestemmelsen har blitt uriktige. Fjerde ledd bokstav b og c henviser til henholdsvis fjerde ledd a og b, i stedet for femte ledd a og c. For å rette opp dette er det foretatt endringer i de interne henvisningene i bestemmelsen.

For øvrig vil bestemmelsen, uten ytterligere endringer, etter sin ordlyd fortsatt omfatte institusjoner som tar i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6-2 og 6-2a, selv om sørge for-ansvaret for slike institusjoner etter ny § 7-1a foreslås plassert hos de regionale helseforetakene.

Til § 7-12

Første ledd, som hjemler forskrifter om institusjoner m.v. etter kapittel 7, foreslås endret for å avgrense bestemmelsen mot spesialisthelsetjenestens ansvar, jf. utkastet til § 7-1a. Begrepet spesia-

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 rusmiddelmissbrukere)

listtjenester er endret til *tjenester*. Endringen er foretatt for å markere at spesialiserte helsetjenester overføres til staten. Overskriften endres tilsvarende.

Til § 7–13a

Bestemmelsen er ny, men innebærer ingen egentlig endring. Den viderefører hjemmelen i § 7–13 til å gi forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutthjelp. Pliktsubjektet er imidlertid nytt, og følger av at det er de regionale helseforetakene som har sørge for ansvaret for institusjoner som kan ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a. Det forutsettes at kongelig resolusjon om slike forskrifter fremmes av den minister som har ansvaret for helseforetakene. Kongelig resolusjon om forskrifter om fylkeskommunens plikt til å ha slike plasser, jf. forskriftshjemmelen i § 7–13, vil, som før, bli fremmet av den minister som har ansvaret for sosialtjenesten.

Til § 7–14

Endringen består i at det presiseres at hjemmelen til å gi forskrifter om kvalitetskrav i behandlings- og rehabiliteringsinstitusjoner, fortsatt omfatter institusjoner som er pekt ut til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3. Dette selv om ansvaret for å sørge for slike plasser, helt når det gjelder §§ 6–2 og 6–2a og delvis når det gjelder § 6–3, er overført til de regionale helseforetakene, jf. § 7–1a. Det forutsettes at kongelig resolusjon om forskrifter om institusjoner utpekt av regionale helseforetak etter § 7–1a fremmes av den minister som har ansvaret for helseforetakene. Den minister som har ansvaret for sosialtjenesten vil, som før, fremme eventuell kongelig resolusjon om forskrifter som gjelder institusjoner som er utpekt av fylkeskommunen til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av samtykke som nevnt i § 6–3. Dersom slike forskrifter blir aktuelle, legges det til grunn at de ansvarlige ministre utarbeider kongelig resolusjon i samråd med hverandre, slik at aktørene sikres et mest mulig enhetlig regelverk.

Til § 8–2

Det framgår av § 8–2 at forvaltningsloven får anvendelse for private institusjoner som er utpekt til å kunne ta i mot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3. Endringen fanger opp at institusjoner

som er utpekt til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og noen av de institusjoner som er pekt ut til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere etter samtykke som nevnt i § 6–3 (de som er pekt ut av det regionale helseforetaket etter § 7–1a tredje ledd), ikke lenger er på fylkeskommunens plan (jf. henvisningen til § 7–4), og representerer for øvrig ikke noe nytt.

Til § 10–2

Begrepet spesialisttjenester er endret til *tjenester*. Endringen er foretatt for å markere at spesialisthelsetjenestene nå er overført til staten.

Til § 10–2a

Bestemmelsen er ny. Den gir det regionale helseforetaket ansvaret for å sørge for institusjonsplasser til rusmiddelmissbrukere i helseregionen som er besluttet tatt inn i institusjon på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 eller 6–2a. Ansvaret for slike institusjonsplasser flyttes fra fylkeskommunen til staten ved de regionale helseforetakene.

Det nærmere innholdet i ansvaret går fram av § 7–1a. Sosialtjenestelovens kapittel 10, og her § 10–2a, beskriver det geografiske området for de plikter som går fram av kapittel 7.

Til § 11–4

Annet og tredje punktum oppheves. I den grad fylkeskommunen oppfyller sitt ansvar etter § 7–1 ved annet enn døgnplasser i institusjon, vil det gjenværende første punktum omfatte hjemmel til å gi forskrifter om satser for kommunal refusjon for slike tjenester.

Til § 11–5a

Bestemmelsen presiserer at de regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a, innebærer et korresponderende ansvar for utgiftene ved oppholdet. Dette ansvaret omfatter også utgifter forbundet med bruk av vilkår om samtykke som nevnt i § 6–3 i spesialisthelsetjenestens institusjoner. Dette er synliggjort i bestemmelsen ved at den henviser til utgifter forbundet med opphold som reguleres av § 7–1a. Et regionalt helseforetak plikter å dekke utgiftene for personer som ved innleggelsestidspunktet er bosatt i helseregionen.

Det følger videre av bestemmelsen at det regionale helseforetaket har refusjonsplikt overfor tjenesteytere som etter avtale med det regionale hel-

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 rusmiddelmissbrukere)

seforetaket, jf. § 7–1a, mottar rusmiddelmissbrukeren. På tilsvarende måte som for gjestepasientoppgjør etter spesialisthelsetjenesteloven og oppgjør mellom fylkeskommuner etter sosialtjenesteloven § 11–5, kan det gis forskrifter om refusjonsordningen. Det forutsettes at den minister som er ansvarlig for de regionale helseforetakene fremmer eventuell kongelig resolusjon om slik forskrift etter § 11–5a.

7.2 Til lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m.

Til § 2 annet ledd annet punktum og tredje ledd annet punktum

Lovens virkeområde er utvidet til også å gjelde oppgaver som de regionale helseforetakene er pålagt i lov. Det vises til sosialtjenestelovens bestemmelser, særlig § 2–4 og kapittel 7, slik de lyder etter endringene.

7.3 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 departementene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene tilstrekkelig tid til å gjennomføre overføringen av de aktuelle institusjoner, samt til å forberede seg på endringene.

Til nr. 2

Det foreslås at Kongen kan gi nærmere overgangsbestemmelser.

Til nr. 3

Det foreslås at overdragelsen skal skje i og med lovvedtakets ikrafttreden, ikke gjennom administrativ eller avtalerettslig beslutning. Den statlige overtakelsen skjer gjennom virksomhetsoverdragelser, ikke gjennom overdragelse av de enkelte formuesposisjonene.

Når det gjelder forståelsen av begrepet spesialiserte helsetjenester, vises det til generelle merknader i kapittel 3.2.4.

Det bestemmelsen fastsetter skal overdras staten ved de regionale helseforetakene, er alt som omfattes av virksomhetene og som således er knyt-

tet til dem. Innenfor institusjonen får staten ved de regionale helseforetakene rett til å overta all fast eiendom og det som følger med, som bygninger og andre lokaler, bygningsteknisk utstyr, verktøy og maskiner, utstyr til administrasjon, som kontormøbler, kontorutstyr, maskiner, IT, rekvisita og lignende, møbler og alt utstyr til bruk i utførelsen av de tjenestene som flyttes til staten. Det kan f.eks. også være laboratorier, kjøkken og vaskerier, undersøkelses- og behandlingsutstyr, medisinsk og annet varelager, biler og andre maskiner til utendørs bruk, utstyr til forskning, undervisning og opplæring. Dette betyr at 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 staten 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 staten.

Hvilken tilknytningsform fylkeskommunen har valgt for virksomheten er ikke avgjørende for at den overdras. Dersom f.eks. 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.

Bestemmelsens første ledd nest siste punktum fastsetter direkte at det ikke bare er realkapital eller formuesgjenstander som overdras. Også rettigheter og plikter etter ulike typer avtaler overdras. Det vil si at det regionale helseforetaket trer inn i fylkeskommunens rettigheter og plikter i alle typer kontraktsforhold som er knyttet til virksomheten. Regjeringen vil også komme tilbake til prinsippene for det økonomiske oppgjøret i forbindelse med kommuneproposisjonen for 2004 og Statsbudsjettet for 2004.

Bestemmelsene fastsetter en meget vid overdragelse i og med at alt som fylkeskommunen på en eller annen måte har knyttet til virksomhetene overdras, f.eks. ansatteboliger, barnehager, tomtearealer m.v.

Avhengig av hvorledes den fylkeskommunale virksomheten er organisert, kan andre aktiva som ikke egentlig har noe med forvaltning av virksomheten å gjøre, være lagt inn under den. I slike tilfeller fastsetter bestemmelsens annet ledd at departementet er gitt kompetanse til å unnta formuesdisposisjoner fra overtakelsen, selv om de er omfattet av første ledd. Vilkåret er at formuesposisjonen åpen-

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 rusmiddelmissbrukere)

bart ikke har naturlig sammenheng med virksomheten, og at det er rimelig at fylkeskommunen får beholde dem.

Til nr. 4

Det regionale helseforetaket vil ha rett og plikt til å tre inn i avtaler mellom fylkeskommunene og private institusjoner om plasser for inntak av rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6–2 og 6–2a. Plikten gjelder kun på overtakelsestidspunktet. Det vises også til de generelle merknadene i kapittel 3.2 og til merknadene til § 2 i helseforetaksloven foran.

Til nr. 5

Bestemmelsen i nr. 5 regulerer forholdet til fordringshavere og andre rettighetshavere til de forpliktelsene som overføres fra fylkeskommunene til staten ved de regionale helseforetakene. 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 det regionale helseforetaket trer inn i de samme rettigheter og plikter som fylkeskommunen hadde tidligere, og at de selv får samme rettigheter og forpliktelser overfor det regionale helseforetaket.

Til nr. 6

Bestemmelsen i nr. 6 fastsetter at omregistrering av hjemmelsforhold knyttet til eiendeler og rettigheter m.v. 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 framgår av nr. 3, foreslås det at det skal treffes vedtak om statens overtakelse av formuesposisjonene ved lov. For å kunne gjennomføre overdragelsen, må det imidlertid foretas en konkretisering av hvilke enkeltstående formuesposisjoner som loven overdrar. I forbindelse med denne konkretiseringen vil det kunne oppstå tolkningsspørsmål. Dersom staten og den enkelte fylkeskommune ikke kommer til enighet om hva staten har rett og plikt til å overta etter nr. 3 første ledd, skal spørsmålet avgjøres av en nemnd dersom en av partene krever det. Dersom det er uenighet om en avgjørelse som departementet har truffet om overtakelsen

av en rettighet etter nr. 3 annet ledd, kan også en slik sak bringes inn for nemnda. Det er ikke nødvendig å legge fram for nemnda mer enn de konkrete forhold det er uenighet om. Nemnda vurderer kun hva staten har rett og plikt til å overta, og ikke hvilke regionale foretak som skal tre inn i posisjonene på statens vegne. Det besluttes av Helsedepartementet som eier av de regionale helseforetakene. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser staten har rett og plikt til å tre inn i.

For å sikre nemndas vurderinger legitimitet, fastsetter annet ledd at nemnda skal være partsammensatt.

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

Til nr. 8

Bestemmelsen fastslår at partene må bringe spørsmål om rekkevidden av statens rett og plikt til å overta virksomheter fram for en nemnd, jf. nr. 7, før saken eventuelt kan prøves for domstolene.

Til nr. 9

Bestemmelsen fastslår at staten har rett til å overta virksomhetene som omfattes av reformen, selv om f.eks. eiendomsretten til institusjon eller del av institusjon, eller rett og plikt til å tre inn i visse kontraktsforhold, ennå ikke er avklart.

Til nr. 10

Av hensyn til gjennomføringen av statlig overtakelse etter bestemmelsene i denne endringsloven, foreslås det at fylkeskommunen skal gi staten innsyn i, og tilgang til, sine virksomheter.

Til nr. 11

Bestemmelsen er foreslått av hensyn til Oslo, som både er 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 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 rusmiddelmissbrukere).

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 rusmiddelmissbrukere)

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. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere) i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag

til 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 rusmiddelmissbrukere)

I

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

§ 2–4 skal lyde:

§ 2–4. Fylkeskommunens og det regionale helseforetakets ansvar.

Fylkeskommunen er ansvarlig for at de oppgaver som den er pålagt etter §§ 7–1, 7–2, 7–3 og 7–4 blir utført.

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.

§ 2–3 gjelder tilsvarende for fylkeskommunen.

§ 6–1 annet og tredje ledd skal lyde:

Når det er behov for det og klienten ønsker det, skal sosialtjenesten *bistå med å etablere* et behandlingsopplegg. Dette opplegget kan blant annet omfatte oppnevning av støttekontakt, etablering av støtteopplegg på arbeidsplassen og kontakt med primærhelsetjeneste, *spesialisthelsetjeneste eller spesialiserte sosiale tjenester og omsorg i og utenfor institusjon.*

Kan behovet for slik institusjonsplass ikke dekkes, skal sosialtjenesten om nødvendig sørge for midlertidige tiltak.

§ 6–2 første ledd skal lyde:

Dersom noen utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende mis-

bruk, og dersom hjelpetiltak etter § 6–1 ikke er tilstrekkelig, kan det vedtas at vedkommende uten eget samtykke kan tas inn i en institusjon *utpekt av regionalt helseforetak, jf. § 7–1a*, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 6–2a første ledd skal lyde:

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon *utpekt av regionalt helseforetak, jf. § 7–1a*, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6–1 ikke er tilstrekkelig. Fylkesnemnda skal samtidig ta stilling til om det skal være adgang til å ta urinprøver av *den gravide* under institusjonsoppholdet.

§ 6–2a tredje ledd første punktum skal lyde:

Sosialtjenesten skal, *i samråd med institusjonen*, minst hver tredje måned vurdere om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

§ 6–4 første ledd skal lyde:

I fylkeskommunens plan skal det særskilt fastsettes hvilke institusjoner som skal kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag *av samtykke* som nevnt i § 6–3.

§ 6–4 annet ledd oppheves.

Nåværende § 6–4 tredje ledd blir annet ledd.

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 rusmiddelmissbrukere)

§ 7–1 første ledd skal lyde:

Fylkeskommunen har ansvaret for etablering og drift av institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmissbrukere og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Ny § 7–1a skal lyde:

§ 7–1a. *Regionalt helseforetaks ansvar.*

Regionalt helseforetak skal sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a, herunder peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som skal kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a.

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

Regionalt helseforetak skal peke ut institusjoner innen spesialisthelsetjenesten til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere etter samtykke som nevnt i § 6–3.

Kongen kan gi forskrifter om utforming av institusjoner som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3.

§ 7–6 tredje ledd oppheves.

Nåværende § 7–6 fjerde ledd blir tredje ledd.

Ny § 7–6a skal lyde:

§ 7–6a. *Utskriving fra institusjon som nevnt i § 7–1a.*

Når utskrivningen bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, skal sosialtjenesten varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskriving skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter.

§ 7–9 nytt annet ledd skal lyde:

Fylkesmannen skal føre tilsyn med at institusjoner som er utpekt av regionalt helseforetak til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3, drives i samsvar med denne loven og forskrifter til loven.

§ 7–9 annet til fjerde ledd blir tredje til femte ledd.

§ 7–11 fjerde ledd skal lyde:

Det er ikke tillatt

- a) å refse en person fysisk,
- b) å bruke innelåsing i enerom eller andre tvangs tiltak med mindre det er tillatt ved lov eller forskrifter som nevnt i femte ledd bokstav a),

- c) å føre kontroll med beboernes korrespondanse med mindre det er tillatt ved forskrifter som nevnt i femte ledd bokstav c).

§ 7–12 skal lyde:

§ 7–12. Forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester etter § 7–1 første ledd.

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig etter § 7–1 første ledd, og om rett for fylkesmannen til å avgjøre tvilstilfeller. Kongen kan også gi forskrifter om de tjenester som skal være knyttet til de institusjonene som er nevnt i § 7–1 første ledd.

Ny § 7–13a skal lyde:

§ 7–13a. *Forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutt hjelp.*

Kongen kan gi forskrifter om at regionalt helseforetak skal sørge for plasser for akutt hjelp for rusmiddelmissbrukere som kan tas inn i institusjon på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a.

§ 7–14 skal lyde:

§ 7–14. Kvalitetskrav i behandlings- og rehabiliteringstiltak.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak, herunder institusjoner som er pekt ut til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a og samtykke som nevnt i § 6–3, jf. §§ 6–4 og 7–1a.

§ 8–2 skal lyde:

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

For private institusjoner, boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i fylkeskommunens eller kommunens plan etter §§ 7–4 og 7–5, og private institusjoner utpekt til å kunne ta imot rusmiddelmissbrukere 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 skal lyde:

§ 10–2. Fylkeskommunens ansvar.

Fylkeskommunen skal yte institusjonstjenester og tilknyttede tjenester etter denne loven til alle som oppholder seg i fylket.

Ny § 10–2a skal lyde:

§ 10–2a. *Regionalt helseforetaks ansvar.*

Regionalt helseforetak skal sørge for institusjonstjenester til rusmiddelmissbrukere i regionen som er

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 rusmiddelmissbrukere)

besluttet tatt inn i institusjon på grunnlag av vedtak etter denne lovens §§ 6–2 og 6–2a.

§ 11–4 annet og tredje punktum oppheves.

Ny § 11–5a skal lyde:

§ 11–5a. *Utgifter til opphold i institusjon på grunnlag av vedtak i henhold til § 7–1a.*

Regionalt helseforetak i den helseregion der rusmiddelmissbrukeren er bosatt på innleggelsestidspunktet, skal dekke utgiftene til opphold i institusjon på grunnlag av vedtak i henhold til § 7–1a. Kongen kan gi forskrifter om oppgjøret.

II

I lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) gjøres følgende endringer:

§ 2 annet ledd annet punktum skal lyde:

Regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

§ 2 tredje ledd annet punktum skal lyde:

Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.

III

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.*
3. *Fra og med ikraftsetting av denne loven har staten ved de regionale helseforetakene rett og plikt til å overta alle fylkeskommunens formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter som yter spesialiserte helsetjenester til rusmiddelmissbrukere. Overtakelsen skal omfatte alle rettigheter og plikter som er knyttet til virksomhetene. Lov 6. april 1984 nr. 17 om vederlag ved overtagelse 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 staten ikke har rett eller plikt til å

overta slike rettigheter dersom det er rimelig at fylkeskommunen beholder dem.

4. *Fra og med ikraftsetting av denne loven har staten ved de regionale helseforetakene rett og plikt til å tre inn i fylkeskommunens avtaler med andre institusjoner om plasser for inntak av rusmiddelmissbrukere på grunnlag av vedtak etter §§ 6–2 og 6–2a i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.*
5. *Dersom det i forbindelse med overføring til staten av rettigheter og plikter som nevnt i nr. 3 første og annet ledd og 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 kjøretøy og båter eller rettsgebyr etter §§ 21 og 24 i lov 17. desember 1982 nr. 86 om rettsgebyr i forbindelse med statens overtakelse av formuesposisjoner som er en direkte følge av denne loven.*
7. *Både staten og vedkommende fylkeskommune kan kreve at spørsmål som gjelder nærmere klargjøring og konkretisering av hvilke formuesposisjoner staten har rett og plikt til å overta fra den enkelte fylkeskommune etter nr. 3 første og annet ledd, og hvilke avtaler staten har rett og plikt til å tre inn i etter nr. 4, skal avgjøres av en nemnd. Nemnda vurderer ikke hvilke konkrete gjeldsforpliktelser staten har rett og plikt til å tre inn i. Hvilke regionale helseforetak som skal overta de enkelte formuesposisjoner avgjøres av departementet.*

Nemnda skal ha syv medlemmer. Departementet oppnevner tre medlemmer og varamedlemmer for disse til nemnda. Kommunenes Sentralforbund oppnevner 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 (domstolloven) § 53, jf. § 54 annet ledd.

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

Utgiftene til nemndas virksomhet fastsettes og dekkes av departementet.

Departementet kan gi nærmere regler for nemndas virksomhet.

8. *Spørsmål om rettigheter og plikter etter nr. 3 førs-*

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 rusmiddelmissbrukere)

- te og annet ledd og nr. 4, kan ikke bringes inn for de alminnelige domstoler før muligheten til å få saken avgjort av nemnd opprettet etter nr. 7 annet ledd, er nyttet.*
9. *Klage over beslutninger truffet i medhold av denne loven, gir ikke oppsettende virkning for statens rettigheter og plikter etter nr. 3 og nr. 4.*
10. *Fylkeskommunene skal gi staten innsyn i og tilgang til sine virksomheter i forbindelse med statlig overtakelse av virksomheter etter bestemmelsene i dette romertallsvedtaket.*
11. *Det som gjelder for fylkeskommunene etter dette romertallsvedtaket, gjelder også for Oslo kommune.*
-
-