



Innst. O. nr. 4

(2003-2004)

**Innstilling til Odelstinget
fra sosialkomiteen**

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelse-tjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Innhold

	Side		Side
1. Omorganisering av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere (Rusreform II)	5	1.1.9 Økonomiske og administrative konsekvenser	9
1.1 Sammendrag	5	1.2 Komiteens merknader	10
1.1.1 Innledning	5	2. Sosialtjenesteloven – rett til individuell plan	25
1.1.2 Bakgrunn	6	2.1 Sammendrag	25
1.1.3 Sosialtjenestens tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere	6	2.2 Komiteens merknader	25
1.1.4 Plassering av ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere – valg av nivå ..	7	3. Forslag fra mindretall	26
1.1.5 Nærmere om reformforslaget	7	4. Komiteens tilråding	26
1.1.6 Tilsyn	8	Vedlegg	31
1.1.7 Organisering og gjennomføring av kommunal overtakelse	8		
1.1.8 Rettslig grunnlag for kommunal overtakelse	9		



Innst. O. nr. 4

(2003-2004)

Innstilling til Odelstinget fra sosialkomiteen

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003)

Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. og lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Til Odelstinget

1. OMORGANISERING AV FYLKESKOMMUNENS ANSVAR FOR INSTITUSJONER FOR SPESIALISERTE SOSIALE TJENESTER OG OMSORG FOR RUSMIDDELMISBRUKERE (RUSREFORM II)

1.1 Sammendrag

1.1.1 Innledning

Det framholdes at Regjeringens overordnede mål er at alle skal sikres sosial- og helsetjenester av høy kvalitet som dekker de individuelle behov på en forsvarlig måte, og det understrekes at den offentlige hjelpeinnsatsen for mennesker med rusmiddelproblemer skal ta utgangspunkt i den enkeltes behov.

Regjeringen vil legge til rette for et oppfølgingsapparat som dekker rusmiddelmisbrukernes behov for langsiktig oppfølging og rehabilitering i dagliglivet, og hvor det samtidig gis mulighet for hjelp i institusjon i perioder hvor det er nødvendig.

Forslagene i proposisjonen fullfører den omorganiseringen av rusfeltet som ble påbegynt gjennom Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) (Rusreform I). Det foreslås at ansvaret for tiltak for rusmiddelmisbrukere, med unntak av spesialiserte helsetjenester, samles i kommunene.

Det uttales at kommunene pga. sin nærhet til brukerne har bedre muligheter enn staten til å prioritere ressursene i samsvar med variasjoner i lokale behov

og forutsetninger, og at statlige myndigheters oppgave er å legge til rette for kommunal utvikling og lokal tilpasning. Regjeringen vil øke kommunenes andel frie inntekter gjennom reduksjon av øremerkede tilskudd, og den vil forenkle og redusere det regelverket som er rettet mot kommunesektoren. Regjeringen vil også utvikle det statlige tilsynssystemet slik at det bedre ivaretar rettssikkerheten til den enkelte og bidrar til at tjenestene holder tilstrekkelig kvalitet.

Det vises til at det i dag er tre forvaltningsnivåer i tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere: Den kommunale sosialtjenesten har ansvar for å gi råd og veiledning, tilby hjelp til misbrukerne i deres lokalmiljø, herunder medvirke til å skaffe særlig tilpasset bolig med hjelpe- og vernetiltak, og å skaffe plass i egnet institusjon dersom hjelp utenfor institusjon ikke er tilstrekkelig, og ansvar for å følge opp brukeren etter et institusjonsopphold. Fylkeskommunen har ansvaret for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmisbrukere. Staten ved de regionale helseforetakene har ansvaret for spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmisbrukere, som for befolkningen for øvrig.

Gjennom behandlingen av Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) er det vedtatt at ansvaret for de spesialiserte helsetjenestene og institusjoner og tiltak som yter slike tjenester til rusmiddelmisbrukere, overføres til staten ved de regionale helseforetakene (Rusreform I). Det tas sikte på at lovendringen trer i kraft 1. januar 2004.

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

Sosialdepartementet sendte i november 2002 forslag til omorganisering av fylkeskommunens ansvar

for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere (Rusreform II) på høring

Det framholdes at praktisk talt ingen høringsinstanser tar til orde for fortsatt fylkeskommunalt ansvar, og at det fra de større kommunene er klar støtte for at kommunene skal overta dette ansvaret. Øvrige offentlige instanser som har uttalt seg, har ulike syn. Flertallet ønsker en statlig overtakelse av fylkeskommunens ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere. Det uttales at blant de mange interesse- og fagorganisasjoner er bildet blandet, fra ønske om statlig overtakelse til støtte for et kommunalt ansvar. Et stort antall behandlingstilstander har uttalt seg, og gjennomgående ønsker de at staten overtar fylkeskommunens restansvar. Blant de instansene som har uttalt seg om spørsmålet, er det et absolutt flertall for at det er store brukerkommuner som bør overta ansvaret for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg til rusmiddelmissbrukere.

Det tas sikte på at reformen kan tre i kraft 1. januar 2004, dvs. samtidig med Rusreform I.

1.1.2 Bakgrunn

Det framholdes at det av Regjeringens handlingsplan mot rusmiddelproblemer 2003-2005 går fram at dagens situasjon innebærer betydelige utfordringer for det samlede hjelpeapparat, og at følgende problemer står sentralt:

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

- Redusere antall forvaltningsnivåer
- Unngå vridningseffekter slik at ikke finansieringsordningene avgjør tilbudet som gis i stedet for faglige hensyn
- Bedre samordning og samarbeid mellom de ulike tiltak i tiltakskjeden
- Følgende mål er formulert:
- Rusmiddelmissbrukere skal få bedre tjenester og behandlingsresultatene skal bli bedre.
- Tiltaksapparatet må danne en helhetlig kjede.
- Tiltakene må organiseres slik at rusmiddelmissbrukernes individuelle behov fanges opp, og slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres.
- Ansvaret må til enhver tid være klart, og det må samarbeides mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer.

Departementet understreker at organisering og ansvars plassering skal hindre gråsoner og potensial for ansvarsfraskrivelse som gjør rusmiddelmissbrukere og deres pårørende til kasteballer i systemet.

1.1.3 Sosialtjenestens tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere

Det redegjøres for dagens ansvarsdeling mellom kommunen og fylkeskommunen. Sosialtjenesteloven gir den kommunale sosialtjenesten et samordningsansvar og ansvar for å sørge for samarbeid med andre kommunale instanser og annenlinjetjenester. Sosialtjenesten skal primært søke å hjelpe rusmiddelmissbrukeren gjennom råd, veiledning og hjelpetiltak utenfor institusjon, og det skal utarbeides et opplegg tilpasset den enkeltes behov. Dersom hjelp utenfor institusjon ikke er hensiktsmessig eller tilstrekkelig, skal sosialtjenesten sørge for plass i egnet behandlings- eller omsorgsinstitusjon. Primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre deler av forvaltningen har også et ansvar for denne gruppen.

Ansvaret for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for rusmiddelmissbrukere er, inntil Rusreform I treer i kraft og forslaget i proposisjonen eventuelt vedtas og treer i kraft, lagt til fylkeskommunen.

Opphold i institusjoner under sosialtjenesteloven finansieres som en delbetalingsordning mellom kommune og fylkeskommune.

Fylkeskommunene oppfylder sitt ansvar for etablering og drift av institusjoner med tilknyttede spesialisttjenester for omsorg for og behandling av rusmiddelmissbrukere ved både døgninstitusjoner og polikliniske tiltak. De fleste fylkeskommuner oppfylder sitt ansvar dels ved selv å eie noen tiltak, og dels ved å kjøpe tjenester fra private institusjoner og fra andre fylkeskommuner.

Det understrekes at tiltak som kan karakteriseres som spesialiserte sosiale tjenester for rusmiddelmiss-

brukere, innholdsmessig spenner over et vidt spekter, og at tiltakene også varierer med hensyn til målgrupper og med hensyn til medarbeidernes fagkompetanse.

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

1.1.4 Plassering av ansvar for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere - valg av nivå

Det vises til at det i høringsnotatet ble drøftet fire ulike modeller; en modell hvor fylkeskommunene fortsetter å ha ansvaret, en modell hvor staten overtar fylkeskommunens ansvar, en modell med delt ansvar mellom stat og kommune og en modell hvor kommunene overtar det fylkeskommunale ansvaret.

Det framholdes at praktisk talt ingen av høringsinstansene mener at fylkeskommunen bør beholde ansvaret, at det fra de større kommunene er klar støtte for at kommunene skal overta ansvaret, og at langt de fleste høringsinstansene tar til orde for at staten bør overta fylkeskommunens restansvar, enten helt eller delvis. Et samlet institusjonsapparat går inn for statlig overtakelse.

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

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

Departementet foreslår at det fylkeskommunale ansvaret for institusjoner for spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere overføres til kommunene. Det framholdes at et viktig prinsipp for reformen er å gi kommunene et helhetlig ansvar for den enkelte som trenger hjelp til å løse sine rus-

middelproblemer, og det uttales at det bare er kommunen som kan dekke rusmiddelmissbrukeres behov for sammenhengende tjenester. Det uttales videre at det er kommunene som har de beste kunnskaper om og kan fange opp lokale behov, noe som gir kommunene de beste forutsetninger for å skape et helhetlig tiltaksapparat med en sammenhengende behandlingsskjede, hvor institusjonsplasser utgjør et supplement til de mer tradisjonelle kommunale tiltakene.

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

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

Departementet foreslår at sosialtjenesteloven § 7-1 endres slik at kommunen skal ha ansvar for etablering og drift av institusjoner som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere.

1.1.5 Nærmere om reformforslaget

Det framholdes at kommunens ansvar etter forslaget § 7-1 kan oppfylles ved at kommunen etablerer og driver egne institusjoner, ved at flere kommuner samarbeider om etablering og drift og ved kjøp av plasser fra andre kommuner eller fra private.

DEPARTEMENTETS VURDERINGER

Det vises til at i Rusreform I legges ansvaret for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere på tvang, til staten ved de regionale helseforetakene. Det uttales at ofte vil det meste av tvangsoppholdet og den videre behandlingen mest hensiktsmessig foregå i institusjoner som ikke er en del av spesialisthelsetjenesten, men i institusjoner som etter forslaget i proposisjonen vil være kommunale eller private med kommunale avtaler. Kommunen og det regionale helseforetaket får et særlig ansvar og behov for å samarbeide på dette området.

Departementet foreslår at sosialtjenesteloven § 7-3 endres slik at flere kommuner kan samarbeide om oppgavene etter sosialtjenesteloven § 7-1. I bestemmelsens siste ledd foreslås at departementet gis hjemmel til å pålegge slikt samarbeid.

Departementet foreslår at kommunene pålegges å utarbeide en oversikt over hvordan behovet for institusjonsplasser er tenkt løst. Det forutsettes i loven at denne skal inngå som en del av kommunens arbeid med kommuneplan og årlig økonomiplan/budsjett.

Det foreslås at kommunene skal overta fylkeskommunenes ansvar for å utforme regler for hvordan inntak og utskrivning fra institusjon skal besluttes.

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

Etter sosialtjenesteloven §§ 10-1 og 10-2 er det fastsatt at kommunen og fylkeskommunen har ansvaret for å yte hjelp etter lovens bestemmelser til alle som oppholder seg i kommunen/fylket. I sosialtjenesteloven § 10-3 er det fastsatt en bestemmelse om at tvister mellom kommuner eller fylkeskommuner om anvendelsen av §§ 10-1 og 10-2, kan kreves avgjort av fylkesmannen. Forslaget i proposisjonen innebærer at fylkeskommunen ikke lenger vil ha oppgaver etter sosialtjenesteloven. Fylkeskommunens oppgaver overføres til kommunen, og vil slik omfattes av § 10-1. På denne bakgrunn foreslås § 10-2 opphevet. Departementet foreslår å videreføre bestemmelsen i § 10-3 med den endring at bestemmelsen kun vil gjelde tvister mellom kommuner.

1.1.6 Tilsyn

Det foreslås at fylkesmannen skal være tilsynsmyndighet, og tilsynet forutsettes ført etter systemrevisjonsmetoden. Det uttales at tilsynet bør baseres på internkontroll. Det uttales videre at tilsynet med hvordan de regionale helseforetakene oppfyller myndighetskravene bør kunne utføres av én fylkesmann i hvert regionalt helseforetak, og det foreslås tatt inn en kompetanseregulering om at Statens helsetilsyn kan gi den enkelte fylkesmann oppgaver som omfatter et større geografisk område enn eget fylke.

Sosialtjenesteloven § 7-10, som regulerer forholdet til private institusjoner som ikke er tatt inn på kommunens planer, foreslås videreført med en del endringer som følger av overføringen av ansvar fra fylkeskommune til kommune.

For å sikre brukernes rettssikkerhet, herunder sammenheng i regelverket, foreslås å samordne fylkesmannens tilsyn med institusjoner som tar imot rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a (tvang) med tilsynet med andre tjenester etter sosialtjenesteloven.

1.1.7 Organisering og gjennomføring av kommunal overtakelse

Mellom 25 og 40 institusjoner som driver spesialiserte sosiale tjenester og/eller omsorgstjenester, omfattes av forslagene i proposisjonen. Av disse er 7-12 institusjoner fylkeskommunalt eide, og 18-28 institusjoner privat eide med avtale med fylkeskommunen om kjøp eller drift av plasser. Det endelige tallet på institusjoner som omfattes av reformen, avhenger av avklaringer i forhold til hvilke institusjoner som skal overføres til staten gjennom Rusreform I. Rundt 1/3 av de aktuelle institusjonene er eid av Oslo kommune eller blir drevet av private som har avtale med Oslo kommune.

Private institusjoner som ikke er tatt inn i fylkeskommunal plan, omfattes ikke av forslaget og vil som i dag fritt kunne inngå avtale om salg av plasser til kommunene.

Etter Sosialdepartementets vurdering er det to hovedalternativer for kommunal overtakelse av fylkeskommunalt eide institusjoner: Enten overtas eierskapet av den kommunen hvor institusjonen er lokalisert, eller det overtas av kommuner som har mange brukere i en institusjon.

Departementet foreslår at eierskap til fylkeskommunale institusjoner overtas av kommuner som har mange brukere i en institusjon og legger til grunn at de aktuelle brukerkommuner vil være interessert i å overta institusjonene slik at overtakelsene i utgangspunktet skjer på frivillig basis. Rent teknisk vil det være nødvendig med en beslutning fra departementet om hvilken kommune som skal overta en institusjon. Dersom det ikke er mulig å få til en frivillig overtakelse, vil departementet kunne pålegge en eller flere kommuner å overta ansvaret. Der det er flere kommuner som i dag er store brukere av institusjonen, kan det være aktuelt at kommuner i fellesskap overtar ansvaret for en institusjon gjennom interkommunalt samarbeid.

Sosialdepartementet mener det er viktig at en i omleggingen også sikrer andre kommuner enn de som blir institusjonseiere, nødvendig tilgang til institusjonsplasser, og kommuner som overtar institusjoner skal kunne pålegges å stille plasser til rådighet for andre kommuner.

Sosialdepartementet har vurdert to alternative løsninger for avtalene som fylkeskommunene i dag har med private institusjoner; at kommunene overtar avtalene, eller at staten trer inn i avtalene. Det uttales at i stedet for at kommunene trer inn i fylkeskommunenes avtaler med de private institusjonene, bør avtalene så langt det er mulig, avvikles når det fylkeskommunale ansvaret bortfaller, slik at institusjonene og kommunene står fritt til å inngå nye avtaler. For avtaler som løper utover 1. januar 2004, foreslås det at staten, som en overgangsordning, trer inn i avtale-

ne. Det forutsettes at avtalene sies opp av fylkeskommunen snarest mulig etter at Stortinget har behandlet det foreliggende lovforslaget. Etter overgangsperioden vil alle institusjoner kunne selge plasser til de kommuner som har behov for et slikt tilbud.

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

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

Etter departementets vurdering bryter forslaget om en permanent statlig øremerket tilskuddsordning til kommunene, institusjonene, eller en statlig refusjonsordning, med målet om at kommunene skal ha et ansvar for et helhetlig og sammenhengende tilbud til rusmiddelmissbrukere. Det uttales at en statlig refusjonsordning i tillegg vil være avhengig av en overslagsbevilgning som vil innebære manglende kostnadskontroll.

Departementet mener at en innlemming i rammetilskuddet til kommunene vil være den beste løsningen da denne finansieringsformen vil synliggjøre kommunenes ansvar, samtidig som kommunenes handlefrihet blir ivaretatt ved at de kan velge tiltak ut fra hva som er mest aktuelt for brukeren.

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

Sosialdepartementet foreslår at midler til drift av institusjonsplasser i en overgangsperiode på to år finansieres i form av et øremerket driftstilskudd, og at midlene deretter legges inn i rammetilskuddet til kommunene og fordeles etter nøklene i inntektssystemet.

Det understrekes at Oslo kommune er i en særstilling i forhold til denne reformen som fylkeskommune og kommune. For Oslo kommunes vedkommende vil reformen innebære at kommunen i praksis overtar ansvaret for fylkeskommunale institusjoner og avtaler med private om kjøp av plasser, uten at staten går inn og sikrer en midlertidig finansiering.

Departementet vil i overgangsperioden utarbeide et evalueringsopplegg, og gjennom de årlige budsjettframlegg orientere Stortinget om utviklingen på feltet.

Det framholdes at det som følge av forslaget om kommunal overtakelse av restansvaret fylkeskommunen i dag har, kan oppstå utilsiktede vridningseffekter i forhold til spesialisthelsetjenestene. Mulige tiltak for å unngå vridningseffekter som vil bli vurdert er:

- Innføre klarere kriterier for tiltak som går inn under begrepet spesialiserte helsetjenester, og som omfattes av Rusreform I
- Definere inntaksbestemmelser for langtidsopphold for rusmiddelmissbrukere, så som henvisningsplikt og krav til individuell plan
- Vurdere betalingsplikt for pasienter som er ferdigbehandlet i institusjon under spesialisthelsetjenesten

1.1.8 Rettslig grunnlag for kommunal overtakelse

Departementet foreslår at overgangsbestemmelsene skal følge de samme prinsipper som overgangsbestemmelsene i sykehusreformen og Rusreform I.

Den rettslige problemstillingen som særlig er aktuell, er om det uten videre kan kreves at fylkeskommunene overdrar til kommunen de formuesposisjonene som er knyttet til de institusjoner eller deler av institusjoner som kommunen skal overta. Videre er spørsmålet om fylkeskommunene kan kreve at kommunen gir vederlag for formuesposisjonenes eventuelle økonomiske verdi.

Departementet er kommet til at kommunen ved lov og uten hinder av Grunnloven § 105 kan overta fylkeskommunens aktiva knyttet til de institusjoner og tjenester som overføres, i alle fall når den samtidig overtar den andel av fylkeskommunens gjeld og andre forpliktelser som er tilknyttet virksomheten som overføres. Dette gjelder uten hensyn til om fylkeskommunen kan påvise et økonomisk tap som følge av overtakelsen. Det vises til at Stortinget har vurdert dette spørsmålet i forbindelse med behandlingen av sykehusreformen, og tilsvarende ble lagt til grunn i forbindelse med Rusreform I.

Det er 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 ett offentlig nivå til et annet.

Dersom det i helt spesielle tilfeller vil virke åpenbart urimelig at kommunen overtar aktiva knyttet til virksomhetene, foreslås det i overgangsbestemmelsene nr. 3 tredje ledd å åpne for at disse verdiene holdes utenfor ved overføringen til kommunen, forutsatt at det er rimelig at fylkeskommunen beholder dem.

Departementet mener at følgende kriterier må legges til grunn for vurderingen av om dette er en formuesverdi som kommunen har rett og plikt til å overta:

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

Det foreslås at kommunen ikke bare skal ha rett, men også plikt, til å overta fylkeskommunale rettigheter og plikter knyttet til virksomheten.

Departementet mener at det ikke bør lovfestes at fylkeskommunene skal ha et tilbakeføringskrav. Ettersom kommunene både har rett og plikt til å overta de tilknyttede formuesposisjonene, vil det heller ikke være anledning til å etablere tilbakeføringsklausuler i enkelttilfelle for bestemte eiendommer.

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

Departementet legger vekt på at befolkningens tjeneste- og velferdsbehov ikke tilsier et økonomisk oppgjør som gjenoppretter fylkeskommunens formuesposisjon. Det foreslås ikke at fylkeskommunen skal få erstattet en eventuell alternativ verdi dersom virksomhetene overføres til kommunene.

Departementet presiserer at det overordnede prinsippet for det økonomiske oppgjøret skal være at fylkeskommunen etter overføring av institusjoner som skal knyttes til kommunene, skal ha tilstrekkelig økonomisk evne til å løse de øvrige oppgavene de er pålagt.

Dersom kommunen og fylkeskommunen ikke kommer til enighet om hva kommunen har rett og plikt til å overta, har departementet kommet til at det vil være riktig at det oppnevnes lokale nemnder som treffer endelige avgjørelser.

Fylkeskommunens avtaler vil etter overgangsordningen overtas av staten. Det foreslås at det opprettes en nemnd også for tvister om rettigheter og plikter knyttet til disse avtalene på samme måte som den nemnda som skal opprettes for tvister mellom fylkeskommunen og staten i forbindelse med Rusreform I.

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.

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

1.1.9 Økonomiske og administrative konsekvenser

Kommunal overtakelse av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere baseres på at finansieringsgrunnlaget for tjenestene overføres fra fylkeskommunene til kommunene. Utgangspunktet vil være at oppgjøret mellom kommunene og fylkeskommunene i seg selv ikke får betydning for de samlede offentlige utgifter. Regjeringen vil komme nærmere tilbake med en beskrivelse av prinsippene for håndtering av overgang og økonomisk oppgjør i kommuneproposisjonen for 2004 og i statsbudsjettet for 2004.

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

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

Det foreslås at fylkeskommunale midler til drift av institusjoner eller til finansiering av avtaler med private institusjoner trekkes ut av den fylkeskommunale rammen og legges inn i rammetilskuddet til kommunene fra 2006. I 2004 og 2005 fordeles midlene direkte til den enkelte kommune som overtar eierskapet til fylkeskommunale institusjoner, og til institusjoner som har hatt avtale med en eller flere fylkeskommuner.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Bjarne Håkon Hanssen,

Britt Hildeng, Asmund Kristoffersen og Gunn Olsen, fra Høyre, Beate Heieren Hundhammer, Bent Høie og Elisabeth Røbekk Nørve, fra Fremskrittspartiet, lederen John I. Alvheim og Harald T. Nesvik, fra Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik, fra Kristelig Folkeparti, Åse Gunhild Woie Duesund og Per Steinar Osmundnes, og fra Senterpartiet, Ola D. Gløtvold, viser til at ved behandlingen av Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) sluttet Odelstinget seg til Regjeringens forslag om at følgende oppgaver overføres til staten ved spesialisthelsetjenesten:

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

I den forbindelse uttalte alle partiene i komiteen med unntak av Senterpartiet i Innst. O. nr. 51 (2002-2003):

"Flertallet har registrert at et betydelig flertall av høringsinstansene har gitt uttrykk for at en omlegging av ansvarsforholdene innen rusmiddelmissbrukerbehandling og -omsorgen bør knyttes opp til kun to forvaltningsorgan, og flertallet deler et slikt syn og ber departementet om at en slik todeling av ansvaret er på plass i den nye lovproposisjonen som er annonsert å komme til Stortinget i 2003."

Komiteen mener at et viktig mål er at ansvaret for tiltak til rusmisbrukere blir tydelig og at deres rettigheter og status blir forbedret og klargjort. Rusmisbrukere er en uensartet gruppe, ofte med ulike og sammensatte hjelpebehov som varierer over tid. Erfaringene med tidligere organiseringer og rettigheter er "spillsituasjoner" mellom forvaltningsnivåene, ansvarsfraskrivelse, fragmentering og gråsoner.

Komiteen mener derfor at det er viktig at denne brukergruppen nå får et tilsvarende tilbud som andre pasienter. Selv om det er en glidende overgang fra om et rusmisbruk er et sosialt problem eller et helsetilstand, vil komiteen understreke at konsekvensene av et langvarig rusmisbruk blir en sykdomssituasjon. Komiteen mener at denne gruppen har måttet lide på grunn av faglig uenighet og manglende status i behandlingsapparatet. Men dette betyr ikke at det finnes enkle medisinske løsninger på deres situasjon. Mangeårig rusmisbruk har for eksempel ført til at en har gått glipp av ungdomstid, oppdragsarbeid, arbeidserfaring og utdanning. Samtidig som en har vært del i et annet miljø som har andre regler, normer og krav til kompetanse. Dermed blir overgan-

gen fra rusmisbruk til deltakelse i samfunnet ikke bare en kamp for rusfrihet, men også en langvarig utviklingsprosess.

Komiteen viser til at flere fagmiljøer, spesielt de som representerer institusjonene, mener at alle institusjoner som fylkeskommunen i dag har ansvaret for, bør overføres til de regionale helseforetakene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kristelig Folkeparti, stiller seg positivt til å flytte det forvaltningsmessige ansvaret for rusfeltets spesialisttjenester på lik linje med øvrige spesialisttjenester, og støtter derfor forslaget fra Regjeringa om at fylkeskommunen ikke lenger skal ha ansvaret for spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere. Ut fra endringene gjennom sykehusreformen, overføring av deler av rusfeltet gjennom Rusreform I og endringene knyttet til barne- og familievernet hvor det fylkeskommunale sektoransvaret er overført til staten, er det også for resten av rusfeltet unaturlig med videre fylkeskommunalt ansvar.

Et annet flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, frykter at svært mange norske kommuner ikke vil være i økonomisk stand til å fullfinansiere drift og opprettholdelse av de institusjonene som ikke omfattes av Rusreform I. På denne måten vil en overføring av ansvaret for noen av de institusjoner som i dag driver spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere, til kommunene ramme de institusjonene som driver langtidsbehandling. Dette påpekes da også fra flere av høringsinstansene, både fagfolk og kommuner. Dette flertallet viser i denne sammenheng bl.a. til høringsuttalelsen fra Skien kommune der det bl.a. heter:

"Forutsetningen for at behandlingstilbudet skal bli bedre er at også langtidsinstitusjonene inngår i det totale behandlingstilbudet som staten har. Skien kommune påpekte dette sterkt i sin høringsuttalelse til rusreform I. Der pekte vi videre på at regjeringen legger opp til et upresist skille hvor langtidsinstitusjonene blir betraktet mer som omsorg enn behandling. ... En konsekvens av forslaget er at rusmisbrukere i langtidsbehandling ikke har samme pasientrettigheter når de er innlagt i rusinstitusjon. Det betyr igjen en forskjellsbehandling av rusmisbrukere i forhold til andre pasientgrupper som trenger langtidsbehandling."

Dette flertallet viser til at Rusreform II omfatter mellom 25 og 40 institusjoner som i Rusreform I ble definert som institusjoner som tilbyr spesialiserte sosiale tjenester og døgninstitusjoner for omsorg for rusmiddelmissbrukere. Det er i seg sjøl problema-

tisk at Regjeringa opererer med et så upresist antall når det gjelder de institusjonene som skal omfattes av Rusreform II.

Det må, slik komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet tolker det, bety at Regjeringa heller ikke har noen klar oppfatning av hvilke institusjoner som skal være et statlig ansvar etter Rusreform I som skal gjøres gjeldende fra 1. januar 2004. Denne mangelen på oversikt over hvilke institusjoner som skal omfattes av de to rusreformene, illustrerer etter disse medlemmers oppfatning hvilke dilemmaer som skapes gjennom det forsøk på å skille mellom spesialisthelsetjeneste og spesialiserte sosialtjenester for rusmiddelmissbrukere som ligger til grunn for Regjeringas forslag i Rusreform I og Rusreform II.

Slik komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, ser det, er korttids- og langtidsbehandling to sider av samme sak der både helse- og sosialperspektivet er viktig. Videre mener flertallet det er viktig å sidestille spesialisert behandling for rusmiddel-skader med spesialisert behandling for skader innen somatikk og psykisk helse. Ved en samla overføring til ett forvaltningsnivå vil de spesialiserte behandlingstiltaka for rusmiddelavhengige kunne inngå i en samla nasjonal strategi og plan for utvikling og kapasitetsutnyttelse for å møte utfordringene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at Regjeringa har valgt å legge fram den framtidige organiseringa av det nåværende fylkeskommunale ansvaret på rusfeltet i to omganger, gjennom Rusreform I og Rusreform II. En slik behandlingsmåte har vanskeliggjort en samla, helhetlig vurdering av hvilken organisering, finansiering og tilknytningsform som vil tjene rusmiddelmissbrukerne best.

Disse medlemmer registrerer videre at Regjeringa gjennom rusreform I og II har tatt i bruk begrepene "spesialisert medisinsk behandling" og "spesialiserte sosiale tjenester" og bruker disse som retningsgivende for hvilket forvaltningsnivå, staten eller kommunene, som skal ha ansvaret for de ulike typene behandling og tiltak. Dette finner disse medlemmer uheldig og det vil, slik disse medlemmer ser det, skape store og vanskelige gråsoner dersom disse svært upresise begrepene skal ligge til grunn for hvem som skal ha ansvaret for tilbud og finansiering. Disse medlemmer viser i denne

sammenheng til høringsuttalelse fra Fagrådet innen Rusfeltet i Norge der det heter:

"Fagrådet mener regjeringen gjennom Rusreform I og Rusreform II bryter med hovedintensjonene og legger opp til en meget uheldig splittelse av rusfeltet. Gjennom begrepene *spesialisthelsetjeneste, spesialiserte sosialtjenester og spesialiserte omsorgstjenester* har man begrunnet at visse tiltak skal til staten ved de regionale helseforetakene (Rusreform I) og visse tiltak skal overføres til de største brukerkommunene (Rusreform II). Fagrådet mener dette er unaturlige begrepsinndelinger og at det er mer hensiktsmessig å skille mellom *spesialiserte tjenester og primærtjenester*."

Disse medlemmer viser videre til høringsuttalelse fra Samarbeidsforum for Norske Kollektiv der det heter:

"Rusfeltet vil bli splittet i to deler, hvor svært glidende overganger mellom tilbud definert innen spesialisthelsetjenesten og tilbud innen den nye betegnelsen "spesialiserte sosiale tjenester", lett kan skape unødig uklarhet til finansiering, bruk og overføring mellom disse to systemene (stat og kommune)."

Disse medlemmer deler disse høringsinstansenes vurderinger og innvendinger.

Disse medlemmer mener at Regjeringas forslag vil skape uheldige vridningseffekter begrunna i ulik finansiering av institusjoner og behandlingsskema. Disse medlemmer viser i denne forbindelse til at spesialisert behandling under Rusreform I, skal betales av staten, mens spesialisert behandling etter Rusreform II i sin helhet skal betales av rusmiddelmissbrukerens hjemkommune. Dette vil, slik disse medlemmer ser det, føre både til at spørsmålet om hvem som skal betale regninga blir avgjørende for hvilken type spesialisert behandling som blir valgt, og det vil føre til at deler av behandlingstilbudet vil falle bort på grunn av manglende finansiering. Begge disse konsekvensene vil være svært uheldige for rusmiddelmissbrukere, slik disse medlemmer ser det.

Disse medlemmer viser til at Regjeringa mener at noen av de institusjonene som i dag er fylkeskommunenes ansvar, er å betrakte som rene omsorgsinstitusjoner, uten at Regjeringa går konkret inn på hvilke institusjoner det gjelder. Dersom det viser seg at det forholder seg slik, og at disse dermed åpenbart har et innhold som tilsier det, er disse medlemmer åpne for å vurdere om disse skal overføres til den eller de aktuelle kommune(r).

Disse medlemmer registrerer at noen høringsinstanser, bl.a. Oslo kommune, støtter Regjeringas forslag og mener at dette er den beste løsningen for å ivareta en helhetlig tiltakskjede for rusmiddelmissbrukere. Dette er en helt relevant og viktig problemstilling.

Disse medlemmer vil likevel peke på at ansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere allerede er fordelt på to nivåer ved at spesialisert medisinsk behandling er vedtatt som et statlig ansvar gjennom Stortingets behandling av Rusreform I, og at førstelinjeansvaret er, og fortsatt skal være, et klart kommunalt ansvar.

Disse medlemmer viser til at i utredningen om endringer i finansiering av spesialisthelsetjenesten skisseres en lengre utredningstid for eventuelle endringer i finansieringen av psykiatri, habilitering og rehabilitering. Mange kroniske og sammensatte lidelser befinner seg på bunnen i statushierarkiet for sykdommer. Slike grupper, også rusmiddelmissbrukere, har et underforbruk av helsetjenester. Disse tjenestene er den tapende part både med hensyn til faglig status og prioritering av pengebruken. Dagens ISF- og poliklinikkstakster oppmuntrer ikke til den type virksomhet som er nødvendig for å få til en helhetlig rehabiliteringstjeneste. Et nytt finansierings-system bør være et virkemiddel til å rette opp skjevheter. Utvalget skisserer tre utviklingslinjer:

- diagnosebasert finansiering,
- finansiering av behandlingsprogrammer eller
- pasientforløp.

Disse medlemmer mener at rusinstitusjonene må finansieres med øremerkede statlige midler ved overføring av ansvaret til de regionale helseforetakene inntil et nytt finansieringsystem er på plass. Øremerking bør ikke forhindre nystrukturering av institusjonshelsetjenestene ut fra oppnådde resultater. De regionale helseforetakene må kunne omdisponere de øremerkede midlene mellom forskjellige rustiltak. Flere institusjoner har i dag avtaler med fylkeskommuner innen 2-3 regioner. Ansvarsplassering på regionsnivå må ikke gjøre det vanskelig for pasienter å få behandling i det tiltak som er best tilrettelagt for dem. Disse medlemmer legger til grunn at prinsippet om fritt sykehusvalg må få en tilpasset utforming innen den statlige ansvarsmodellen.

Disse medlemmer finner at Regjeringens forslag om å la behandlingstiltak for rusmiddelavhengige i fremtiden bli fordelt på to forvaltningsnivåer, stat og kommune, vil gi et uoversiktlig behandlingstilbud og medføre at store grupper pasienter faller utenfor og mellom ulike behandlingstilbud, og at dermed ikke kommer i behandling, og at det viktige ansvaret for fremtidig utvikling og styring av et nasjonalt behandlingstilbud vil bli pulverisert.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på de store uheldige konsekvensene for ivaretagelse og utvikling av behandlingstiltak for

rusmiddelavhengige dersom kommunene i tråd med Regjeringens forslag gis pålegg om å overta eksisterende behandlingstiltak samt etablere og drive slike tiltak i fremtiden under betegnelsen "spesialiserte sosiale tjenester og omsorgstjenester". Slik flertallet ser det, og slik også Fagrådet innen rusfeltet i Norge og andre høringsinstanser understreker i sin høring til sosialkomiteen, vil dette på kort sikt og ikke minst på lengre sikt gi en kraftig reduksjon i antall behandlingsplasser. Kommunene har ikke kompetanse til å drive og utvikle spesialiserte behandlingstjenester eller økonomiske ressurser til dette.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil peke på at det ennå ikke foreligger en oversikt over hvilke behandlingstiltak som skal over til statlig ansvar etter Rusreform I, og at det i Regjeringens forslag til Rusreform II kan komme på tale å måtte overføre til kommunene langt over halvparten av de mer enn 80 tiltakene som finnes på de fylkeskommunale planene i dag. Disse medlemmer har med bekymring merket seg at dette i så fall vil kunne omfatte langt over 1 000 behandlingsplasser. Disse medlemmer ser derfor at Regjeringens forslag vil kunne ha en dramatisk negativ innvirkning på og endring av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på at det ikke er en løsning å omdefinere aktive spesialiserte behandlingstilbud til det Regjeringen nå kaller "spesialiserte sosiale tjenester" for så å flytte ansvaret for disse tjenestene til kommunene. Disse tiltakene er, slik de også har vært det på de fylkeskommunale helseplanene, aktive behandlingstilbud som tilpasset det langtidstrengte behovet for behandling som særlig de mange med en lang rusmiddelavhengighet i dag har. Flertallet vil understreke at i denne gruppen finnes også de mest rus-skadde personene som ikke minst har behov for mulighetene til en helsefaglig tilnærming under behandlingsoppholdet, noe som vil være et naturlig ansvar for helseforetakene. Flertallet har merket seg at mange av de kommunale høringsuttalelsene nettopp påpeker disse forhold.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti støtter primært Regjeringens forslag om at kommunene skal overta de institusjoner som lovforslaget omfatter. Disse medlemmer slutter seg til Regjeringens vurdering om at en kommunal overtakelse vil sikre et helhetlig og koordinert tjenestetilbud til personer med rusproble-

mer. Disse medlemmer viser til at de aktuelle institusjonene kjennetegnes av et stort innslag av metoder som fokuserer på mestring av dagliglivet, sosiale ferdigheter, samt utdanning og arbeidstrening. Disse medlemmer vurderer at dette er tiltak som etter sitt innhold er lik andre kommunale tjenester innenfor omsorg og rehabilitering. En kommunal overtakelse vil legge til rette for et helhetlig tilbud nær brukeren. Videre legger en kommunal overtakelse til rette for lokal tilpasning til varierende behov.

Disse medlemmer viser til at Regjeringen har foreslått at kommunen skal overta ansvaret for institusjoner for behandling og omsorg for personer med rusproblemer. Det er videre foreslått at kommunens plikter og brukernes rettigheter fortsatt skal reguleres i lov om sosiale tjenester. Disse medlemmer konstaterer imidlertid at det ikke er mulig å få flertall for denne løsningen. Fremskrittspartiet ønsker en statlig overtakelse av institusjonene med forankring i spesialisthelsetjenesten. Videre har Fremskrittspartiet bemerket at brukerne av disse tjenestene skal ha samme pasientrettigheter som andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Arbeiderparti har imidlertid foreslått at det skal gjøres unntak for Oslo kommune, slik at kommunen kan beholde ansvaret for de institusjonene som lovforslaget omfatter.

Av hensyn til brukerne kan disse medlemmer ikke støtte en slik unntaksordning for enkeltkommuner. Disse medlemmer vil påpeke at en unntaksordning fører til at brukerne får ulike rettigheter avhengig av geografisk tilhørighet i landet. Dersom institusjonene i Oslo fortsatt skal drives med hjemmel i lov om sosiale tjenester, mens tilsvarende institusjoner i andre deler av landet anses som spesialisthelsetjeneste og drives med hjemmel i helselovgivningen, vil dette gi ulike rettsvirkninger for brukerne både med hensyn til pasientrettigheter og betalingsordninger. Disse medlemmer mener at personer med rusproblemer må ha samme rettsstilling i forhold til behandlingstilbud over hele landet.

Videre vil disse medlemmer peke på at en ordning der enkeltkommuner driver tjenester på oppdrag fra spesialisthelsetjenesten, fremstår som svært komplisert med hensyn til forvaltning, organisering og eier/driftsansvar. En oppsplitting av eier- og driftsansvar kan føre til et byråkratisk tjenesteapparat med uklare ansvarsforhold. Videre vurderer disse medlemmer at en kommunal handlefrihet i utformingen av tjenestetilbudet forutsetter en viss lokal tilpasning i forhold til organisering, drift og finansiering av tjenestene. Disse premissene vurderes ikke å være til stede gitt en forankring av institusjonene i regionale helseforetak og helselovgivning. Disse medlemmer vurderer følgelig at det ikke bør gjøres

unntak fra den statlige overtakelsen av institusjonene for enkeltkommuner. Disse medlemmer vil derfor subsidiært støtte Fremskrittspartiets forslag om en statlig overtakelse av institusjoner for behandling av rusmiddelmissbrukere, uten unntak for enkelte kommuner. Begrunnelsen for dette er som påpekt at hensynet til brukerne tilsier et helhetlig tjenesteapparat, der brukernes rettigheter er de samme uavhengig av oppholdssted.

Komiteen vil peke på at den ruspolitiske situasjonen i Norge med dokumenterte meget store helseskader blant rusmiddelavhengige, samt en ekstremt stor overdødelighet i disse gruppene i forhold til andre befolkningsgrupper, tilsier at det i mange år fremover vil være behov for et omfattende, mangfoldig og helhetlig spesialisert behandlingsapparat innen rusfeltet. Komiteen vil særlig peke på at avgjørende for en fremtidig positiv ruspolitisk utvikling vil være at rusmiddelavhengige gis et kvalitativt godt behandlingstilbud med mulighet for både en helsefaglig og sosialfaglig tilnærming, at rusmiddelavhengige i behandling gis pasientstatus på lik linje med andre pasientgrupper, at rusmiddelavhengige gis fri behandling, og at de som gruppe og enkeltindivider frigjøres fra det nedverdiggende og stigmatiserende klientstempelen de hittil har hatt.

Komiteen vil peke på det faktum at før sykehusreformen ble gjennomført i 2001, var alle behandlingstiltakene for rusmiddelavhengige organisert på ett forvaltningsnivå, dvs. det fylkeskommunale. En del av tiltakene fulgte med sykehusene under helselovgivning til statlig forvaltning. Komiteen finner derfor at målet nå må være igjen å kunne samle alle behandlingstiltak for rusmiddelavhengige på ett forvaltningsnivå.

Komiteen ønsker at staten skal overta det samla fylkeskommunale sektoransvaret for rusmiddelmissbrukere. Dette innebærer at staten påtar seg ansvaret for all spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere.

Komiteen vil peke på at det i hver helseregion finnes ett eller to statlig finansierte kompetansesentra for rusmiddelspørsmål som bør kunne bistå helseforetaket under løsningen av oppgavene med å overta rusfeltets behandlingstjenester i regionen.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil også peke på det faktum at det totalt sett ikke er mer enn ca. 80 behandlingstjenester det er tale om i denne sammenheng, og at fordelt på fem regionale helseforetak vil det bli forholdsvis få tiltak på hvert foretak, ikke minst når det sees i forhold til det store antallet av øvrige helsetjenester som allerede er overført helseforetakene.

Komiteen vil understreke at ved samla å overføre de spesialiserte behandlingstjenestene til helselovgivningen, vil rusmiddelskader bli behandla som andre helseskader, og rusmiddelskadde vil få likeverdige tjenester som for andre pasientgrupper, de samme pasientrettighetene og den samme rett til gratis behandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, mener at det store behovet for en fremtidig nasjonal samlet utvikling og styring av de spesialiserte behandlingstjenestene for rusmiddelavhengige, tilsier at disse tjenestene samlet overføres fra fylkeskommunalt ansvar til statlig ansvar ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004. Staten må i fremtiden ta ansvar for de spesialiserte tjenestene for rusmiddelavhengige. Flertallet har merket seg at det gjennom høringsuttalelsene i flere sammenhenger er påvist og understreket at en gjennomgang av de tiltak som står på de fylkeskommunale planer, viser at disse driver spesialisert rusrelatert behandling. Ifølge høringsuttalelsene dreier det seg i hovedsak om profesjonsdrevne poliklinikker og klinikker/døgninstitusjoner, anerkjente kollektiver og moderne terapeutiske samfunn.

Flertallet er i tvil om rusmiddelmissbrukere i Oslo vil oppnå de samme rettigheter som rusmiddelmissbrukere ellers i landet ved å overføre det fylkeskommunale ansvaret for rusinstitusjonene i Rusreform II til staten og helseforetakene og holde Oslo utenfor. Fremskrittspartiet sendte derfor et brev til helseministeren datert 13. juni 2003 med følgende spørsmål:

"Jeg viser til at sosialkomiteen i forbindelse med behandlingen av Ot.prp. nr. 54 (2002-2003), har diskutert å la staten overta ansvaret for de tjenestene til rusmiddelmissbrukere som er omfattet av Rusreform II, men la Oslo kommune beholde dette ansvaret. Jeg tillater meg å be om opplysninger om hvilke konsekvenser helseministeren anser at dette vil få for rusmiddelmissbrukere i resten av landet. Vil en slik løsning kunne innebære problemer knyttet til finansiering og styring av tjenestene?"

I svar datert 16. juni 2003 redegjør helseministeren for de problemstillinger som oppstår ved at Oslo kommune holdes utenfor Rusreform II både når det gjelder lovhjemling, organisering og praktisk tilrettelegging. Flertallet viser til følgende sitat i brevet fra helseministeren:

"Dersom en gjør unntak for Oslo og beholder reguleringen i sosialtjenesteloven for disse tjenestene, vil brukere av Rusreform II-tjenester på landsbasis få ulike rettigheter etter hvilken geografisk tilhørighet de har. Brukerne i resten av landet som søker rusreform II-tjenester vil komme innunder helselovgivningen og blant annet omfattes av pasientrettighets-

loven. Brukerne i Oslo kommune vil ikke være pasienter i pasientrettighetslovens forstand, da disse tjenestene i Oslo vil være sosialtjenester og ikke helsetjenester. Dette innebærer en uheldig forskjellsbehandling av brukere med like behov, men hvor kriterier knyttet til geografisk tilhørighet er avgjørende. Brukerne i Oslo vil ikke være sikret de rettigheter som brukerne ellers i landet."

Flertallet viser til at dersom Oslo kommune gis ansvar for å sørge for Rus II-tjenester for brukere i Oslo, vil dette innebære at myndighetsutøvelsen på Rus II-området vil ligge på forskjellige forvaltningsnivåer på landsbasis, henholdsvis Oslo kommune og regionale helseforetak i resten av landet. Samme type tjenester vil derfor være underlagt ulike systemer og muligheter for politisk styring. Resultatet vil kunne bli forskjeller i tjenestetilbudene i Oslo kommune og landet for øvrig, og dette mener flertallet vil være svært uheldig for rusomsorgen totalt.

Helseministeren anfører videre i sitt tilsvaret til Fremskrittspartiet følgende:

"Ved et unntak for Oslo kommune vil det oppstå problemstillinger knyttet til ansvaret for å hhv. sørge for og tilby spesialisthelsetjenester. Det kan også reises spørsmål ved myndighetsstyring, eierstyring og organisering."

Også på finansieringssiden for omsorgen kan det oppstå problemer med to ulike forvaltningsorganer, noe som også etter flertallets mening vil være svært uheldig.

Flertallet viser for øvrig til helseministerens tilsvaret til Fremskrittspartiet i brev av 13. juni 2003 og mener ut fra det som der er anført, at det både vil være naturlig og nødvendig av hensyn til pasientenes rettsikkerhet at alle behandlingstilbud som omfattes av Rus II, og som i dag eies og drives av fylkeskommunene, overføres til staten ved de regionale helseforetakene og i sin helhet kommer inn under spesialisthelsetjenestens lovregulering på linje med institusjonene som ble overført til de regionale helseforetak i Rus I.

Flertallet har registrert at et massivt flertall av høringsinstansene har gitt uttrykk for at behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige samlet må overføres fra fylkeskommunen til statlig ansvar. Flertallet finner at de nærmest entydige uttalelsene fra høringsinstansene bør gis stor vekt i denne sammenheng. Det vil si at i utgangspunktet må alle behandlingstiltak som i dag finnes på de fylkeskommunale planene, overføres samlet til statlig ansvar og overføres fra sosiallovgivning til helselovgivning.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"I

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

§ 2-1 annet ledd skal lyde:

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

§ 2-4 skal lyde:

Det regionale helseforetakets ansvar

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

§ 2-5 annet ledd første punktum skal lyde:

Departementet kan kreve at *kommunale organer* som hører under denne loven, samt regionale helseforetak og helseforetak som utfører tjenester som hører under denne loven, uten hinder av taushetsplikten gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at departementet kan utføre sine oppgaver etter første ledd.

§ 2-6 skal lyde:

Fylkesmannens tilsynsvirksomhet

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

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilsynet.

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

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

§ 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, *andre tjenester etter denne loven* og kontakt med primærhelsetjeneste og *spesialisthelsetjeneste*.

Kan behovet for *egnet* 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 misbruk, 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. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 6-2 sjette ledd oppheves.

§ 6-2a første ledd første punktum skal lyde:

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, *jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, 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.

§ 6-2a syvende ledd oppheves.

§ 6-3 første ledd skal lyde:

Når en rusmiddelmissbruker *på grunnlag av eget samtykke* blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, *jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

§ 6-3 tredje ledd fjerde punktum oppheves.

§ 6-4 oppheves.

§ 7-1 oppheves.

§ 7-1a oppheves.

§ 7-2 oppheves.

§ 7-3 oppheves.

§ 7-4 oppheves.

§ 7-5 skal lyde:

Kommunens ansvar for boliger med heldøgns omsorgstjenester

Kommunen har ansvaret for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker har behov for det.

Flere kommuner kan samarbeide om disse oppgavene. Departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tjenesten.

Kommunen kan inngå avtale med private eiere av boliger med heldøgns omsorgstjenester om at kommunen skal disponere plasser i disse.

Blir det inngått avtale som nevnt i tredje ledd, skal kommunen dekke driftsutgiftene etter et godkjent budsjett. Boligen med heldøgns omsorgstjenester skal følge de regler for budsjett, regnskap og revisjon som gjelder for kommunens egne boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som driftsutgifter.

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

Første til femte ledd gjelder ikke boliger med heldøgns omsorgstjenester som hører under en annen lov.

§ 7-6 skal lyde:

Inntak i og utskrivning fra bolig som nevnt i § 7-5

Kommunen skal gi regler for hvordan inntak og utskrivning fra bolig som nevnt i § 7-5 skal besluttes. Kongen kan gi forskrifter om hva reglene skal inneholde.

Er det vedtatt etter regler gitt i medhold av første ledd at en person skal ha plass i en bolig med heldøgns omsorgstjenester, kan boligen ikke nekte å ta imot vedkommende. Beboeren kan ikke utskrives mot sin vilje før den fastsatte eller forutsatte tid for oppholdet er ute, så fremt vedkommendes forhold ikke gir en saklig grunn for utskrivning. Når utskrivningen bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, skal utskrivningen varsles i god tid på forhånd.

Uenighet om inntak eller utskrivning kan kreves avgjort av fylkesmannen.

§ 7-6a skal lyde:

Utskriving fra spesialisthelsetjeneste

Når sosialtjenesten varsles om utskrivning fra tjeneste som nevnt i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a første ledd nr. 5, jf. § 3-15, skal den i samarbeid med spesialisthelsetjenesten planlegge og forberede utskrivningen.

§ 7-7 oppheves.

§ 7-8 skal lyde:

Generelle krav til boliger med heldøgns omsorgstjenester

For å sikre en forsvarlig standard på de boliger med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i kom-

munens plan, kan departementet gi veiledende retningslinjer om bygninger og utstyr, om bemanning og de ansattes utdanning m.m.

§ 7-10 skal lyde:

Private institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som ikke er tatt inn i kommunens plan

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

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

Vil sosialtjenesten gi økonomisk støtte til et tiltak som ikke er innpasset i kommunens plan, eller bruke tiltaket som en del av sitt tjenestetilbud, må den undersøke og følge med i at det drives i samsvar med denne loven og de forskrifter som gjelder for den, og at det ellers drives på en forsvarlig måte.

§ 7-11 annet ledd skal lyde:

Beboerne skal ha rett til å bevege seg både i og utenfor institusjonen/boligen med de begrensninger som institusjonen/boligen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og trivsel.

§ 7-11 tredje ledd oppheves.

§ 7-11 fjerde og femte ledd blir tredje og fjerde ledd.

§ 7-12 skal lyde:

Forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig med heldøgns omsorgstjenester

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig etter dette kapitlet, og om rett for fylkesmannen til å avgjøre tvilstilfeller.

§ 7-13 oppheves.

§ 7-14 skal lyde:

Kvalitetskrav i behandlings- og rehabiliteringstiltak

Kongen kan gi forskrifter med bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og rehabiliteringstiltak.

§ 8-2 skal lyde:

Anvendelse av forvaltningsloven på private *boliger med heldøgns omsorgstjenester*

For *private boliger* med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn i *kommunens plan etter § 7-5*, gjelder forvaltningsloven for klientsaker, med de særregler som er fastsatt i loven her, jf. § 8-1.

§ 10-4 annet ledd første punktum skal lyde:

Sosialtjenesten i den kommune som har reist saken, har ansvaret for *iverksetting av vedtaket*.

§ 11-5 oppheves.

§ 11-5a oppheves.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2-1a første ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk *beredskap*,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og
5. *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.*

§ 2-1a nytt annet ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.

§ 2-1a annet, tredje og fjerde ledd blir tredje, fjerde og femte ledd.

Ny § 3-1a skal lyde:

Forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk

Kongen kan gi forskrifter om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk.

Ny § 3-12 skal lyde:

Henvvisning fra sosialtjenesten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henvvisning fra sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan fastsette nærmere forskrifter om sosialtjenestens adgang til å henvise til behandling som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Ny § 3-13 skal lyde:

Varsel til tilsynsmyndigheten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle Helsetilsynet i fylket ved innleggelser med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-3 dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a.

Ny § 3-14 skal lyde:

Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelmisbruk m.m.

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og bestemmelser gitt i medhold av disse, gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, herunder regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

Ny § 3-15 skal lyde:

Varsel til sosialtjenesten ved utskrivning

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, og pasienten ønsker det, skal sosialtjenesten varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, skal sosialtjenesten alltid varsles.

Ny § 6-4 skal lyde:

Bistand fra politiet

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nød-

vendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a eller vilkår etter sosialtjenesteloven § 6-3. Politiet har plikt til å yte slik bistand.

III

Ikraftsettings- og overgangsbestemmelser

1. Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.
2. Fra og med ikraftsetting av denne loven gjelder overgangsbestemmelsene i nr. 2 til nr. 11 i III i lov 28. februar 2003 nr. 14 om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover tilsvarende for de fylkeskommunale formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere."

Flertallet har på bakgrunn av at forslaget om at staten ved helseforetakene skal overta det ansvaret og tiltaksapparatet som omfattes av forslagene i Ot.prp. nr. 54 (2002-2003), innebærer svært store endringer i forhold til proposisjonens lovforslag, bedt departementet utarbeide egne merknader til de enkelte bestemmelsene som foreslås endret. Disse merkningene er vedlagt innstillingen.

Flertallet viser til at Oslo er i en særstilling med hensyn til rusomsorgen. Dette skyldes at Oslo både er kommune og fylkeskommune. Videre har kommunen ansvar for en stor del av institusjonene for omsorg og behandling for rusmiddelmissbrukere og en betydelig andel av brukerne av disse tjenestene. Flertallet forutsetter at de regionale helseforetak ser hen til dette i forbindelse med reformen, og samarbeider nært med Oslo kommune i forbindelse med overtakelsen av ansvaret.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil spesielt peke på Oslo som en kommune med spesielle utfordringer og med en organisering som skiller Oslo fra alle andre norske kommuner. Det er særlig viktig å peke på det store antall rusmiddelmissbrukere i Oslo og det faktum at Oslo har et betydelig antall rusmiddelmissbrukere innafor sine grenser som er hjemmehørende i andre kommuner. Det at Oslo, som den eneste kommune i landet, både er kommune og fylkeskommune, setter også byen i en særstilling.

Disse medlemmer mener at det betyr at det her har ligget til rette for å utvikle en helhetlig og enhetlig tiltaks- og behandlingsskjede. Disse forhold tilsier, slik disse medlemmer ser det, at det kan

være grunn til å vurdere om Oslo nødvendigvis skal ha den samme modell for organisering og finansiering av rusfeltet som øvrige norske kommuner.

Disse medlemmer har merket seg at Oslo bystyre gjennom sin høringsuttalelse enstemmig har bedt om å få beholde et totalansvar for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere for å kunne opprettholde en helhetlig - lokalt forankret - tiltaksskjede innafor bo-, behandlings- og omsorgstilbudene.

Oslo kommune antas å ha halvparten av de injiserende misbrukerne i Norge og en meget stor del av de tyngste medikament- og alkoholmissbrukerne i landet. Kommunen har de siste årene nedlagt betydelige ressurser i å skape et helhetlig tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukerne gjennom bl.a. å samle alle tiltakene i én etat. Kommunen påpeker at den ved å sette brukernes behov i sentrum har bygget opp et helhetlig, men svært differensiert tiltaksapparat uten å lage kunstige skillelinjer mellom institusjonene basert på hvilke rusmidler misbrukerne bruker, og mellom ulike forvaltningsnivåer.

Omfanget av rusmiddelmissbruket, antall rusmiddelmissbrukere og størrelsen på tiltaksapparatet tilsier etter disse medlemmers oppfatning at kommunen har betydelig kompetanse til å utføre fylkeskommunale og eventuelt statlige oppgaver. Erfaring tilsier at det beste for rusmiddelmissbrukere er å bygge opp tiltak i misbrukerens nærmiljø, og kommunene rår her over et bredt spekter av tiltak. Det at Oslo, som den eneste kommune i landet, både er kommune og fylkeskommune, setter byen i den sammenheng i en særstilling. Her ligger det til rette for en helhetlig og enhetlig tiltaks- og behandlingsskjede.

Disse medlemmer mener derfor at det er gode grunner til at Oslo ikke skal ha den samme modell for organisering og finansiering av rusfeltet som øvrige norske kommuner. Disse medlemmer ber om at det legges til rette for at Oslo får beholde ansvaret for tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukerne med unntak av de institusjoner som overføres til staten i tråd med Rusreform I.

Disse medlemmer viser videre til at Oslo har utviklet et samvirke mellom flere aktører i arbeidet for rusmiddelmissbrukere, for eksempel bolig, arbeid, skole, barnevern, sosialhjelp og de ulike institusjonene. I dette ligger en mulighet til fleksibilitet mellom de oppgaver kommunen utfører, og det som er institusjonenes oppgaver. Det vil derfor være uheldig, slik disse medlemmer ser det, å gjøre endringer i ansvarsforholda i rusomsorgen for Oslos vedkommende som legger hindringer i veien for denne samhandlingen mellom kommunen og institusjonene. Disse medlemmer mener derfor at de institusjonene som er et fylkeskommunalt ansvar, for Oslos vedkommende overføres til Oslo kommune. Konsekvensen av dette vil være at dersom Stortinget

vedtar endringer i sosialtjenesteloven som overfører store deler av ansvaret fra fylkeskommunen til staten, slik disse medlemmer ønsker, må det gjøres unntak for Oslo kommune i loven.

Disse medlemmer forutsetter at når det velges en annen modell for Oslo enn for øvrige norske kommuner, skal det likevel være lik behandling for brukerne når det gjelder egenbetaling og behandlingssgaranti.

Disse medlemmer forutsetter at Oslo kommune gis økonomiske betingelser for å kunne drive tiltakene videre på dagens nivå når det gjelder kvantitet og kvalitet, slik at kommunen kan beholde en helhetlig og mangfoldig tiltakskjede med minst samme dekningsgrad som i dag i forhold til brukernes behov.

Disse medlemmer forutsetter at statlige tiltak som settes inn for å styrke den generelle behandlingen av rusmiddelmissbrukere, fordeles slik at Oslo kommune ikke kommer økonomisk svekket ut sammenlignet med dagens situasjon. Disse medlemmer forutsetter også at det skapes en finansiering for de rusmiddelinstusjoner som Oslo kommune får ansvaret for å drive, som medfører at statens dekning av kostnadene blir lik den dekning av kostnadene som statlige instusjoner vil få.

Disse medlemmer vil subsidiært stemme for flertallets forslag.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet understreker at rusmiddelmissbrukere i Oslo ikke må få svakere rettigheter enn rusmiddelmissbrukere for øvrig i landet. Det er likeledes nødvendig å sikre at alle rusmiddelmissbrukere, uansett hvor de bor, skal ha samme rett til spesialisthelsetjenester og behandling som andre med alvorlige og sammensatte helseproblemer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at det fylkeskommunale ansvaret på rusfeltet overføres til staten ved helseforetakene.

Oslo kommune unntas slik at Oslo fortsatt har et samla ansvar på rusfeltet."

Disse medlemmer mener at omleggingen av spesialistansvaret fra fylkeskommunen er en relativt stor reform på helse- og sosialområdet. Derfor er det viktig å sørge for at den nye organiseringen og nye ansvarsforhold fører til et godt tilbud til rusmiddelmissbrukerne. Derfor bør reformen evalueres for å sikre dette og eventuelt foreta justeringer og endringer dersom det viser seg nødvendig.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen sørge for at Rusreform I og Rusreform II evalueres etter 2 år. Evalueringen legges fram for Stortinget på egnet måte."

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det er svært uheldig at Regjeringen har lagt fram forslag til framtidig organisering av omsorgen for rusmiddelmissbrukerne i to omganger, gjennom Rusreform I, Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og nå ved Rusreform II, Ot.prp. nr. 54 (2002-2003). En slik behandlingsmåte fra Regjeringens side har virket uryddig og uoversiktlig og har vanskeliggjort en helhetlig og samlet vurdering av organisering, tilknytningsformer og finansiering som best vil tjene rusmiddelmissbrukerne.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil minne om at det kun var Senterpartiet som ikke knyttet seg til en framtidig organisasjonsmodell ved behandlingen av Rusreform I, jf. Innst. O. nr. 51 (2002-2003). Men dette medlem tar til etterretning at Regjeringen da fikk flertall for sitt forslag om å overføre viktige oppgaver innen rusfeltet når det gjelder spesialisthelsetjenesten til staten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at rusmiddelmissbrukerne har sammensatte og ulike behov som det må tas hensyn til både i behandling og rehabilitering. Behovet for helsetjenester både når det gjelder somatikk og psykiatri, vil i svært mange tilfeller være til stede også i forbindelse med den mer sosialfaglige behandlingen og rehabiliteringen. Etter disse medlemmers mening tilsier et slikt tverrfaglig behandlings- og rehabiliteringsopplegg at det er meget uheldig å skille det helsefaglige og det sosialfaglige i to ulike ansvarsområder.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil peke på at i forbindelse med fylkeskommunalt ansvar var dette samlet, men stortingsflertallet har gjennom sykehusreformen og Rusreform I endret disse forutsetningene slik at fylkeskommunalt drifts- og eieransvar ikke lenger er aktuelt som et samlende og enhetlig behandlings- og rehabiliteringsnivå. Disse medlemmer vil understreke at en reform og bevisst omlegging av omsorgen for rusmiddelmissbrukerne nå må ha som hovedsiktemål å lage et opplegg som er mest mulig tjenlig for rusmiddelmissbrukerne. Et slikt opplegg vil også være det mest samfunnsangnlige. Det betyr at forebygging må vektlegges sterkere med

tiltak som virker motiverende for ikke å starte et rusmiddelmissbruk. Videre må forebyggingsopplegget ta sterkere tak i begynnende "ruskarrierer" ved at man går raskt inn med både helsemessige og sosiale tiltak der terskelen er lav for kontakt, tiltak og behandlingsopplegg mellom rusmiddelmissbrukere og hjelpeapparat. For rusmiddelmissbrukere som trenger behandling på annenlinjenivået, må behandlingstilbudet være enhetlig og koordinert slik at man unngår gråsoner og "kasteballsituasjoner" der dette først og fremst går ut over rusmiddelmissbrukeren. Etter disse medlemmers mening tar ikke Regjeringens forslag til rusreformaarbeid dette nok inn over seg, bl.a. er det ikke anvist hvordan en styrket rusmiddelmissbrukeromsorg skal få styrket sine ressurser.

Disse medlemmer mener kommunenivået må styrkes betraktelig hvis forebyggingsarbeidet skal bli bedre, samt at den oppfølging som trengs i rusmiddelmissbrukerens nærmiljø når det gjelder rehabilitering med tilbud om bolig, boveiledning, utdanning/arbeidstrening og arbeid, må sikres med ressurser på en bedre måte enn i dag. Skal alle oppleve gode og likeverdige tilbud når det gjelder dette, må kommunene få tilført ressurser på en langt bedre måte enn i dag.

Disse medlemmer må ta utgangspunkt i de vedtak som bl.a. er gjort i forbindelse med Rusreform I, og vil med bakgrunn i det foreslå at annenlinjenivået når det gjelder omsorgen for rusmiddelmissbrukere blir samordnet når det gjelder de helsefaglige og sosiale tjenestene. Disse medlemmer er sterkt uenig med Regjeringen i at dette skal splittes, og at staten skal ha ansvar for annenlinjenivået når det gjelder det helsefaglige, og at kommunene skal ha ansvaret for annenlinjenivået for det sosialfaglige.

Komiteens medlem fra Senterpartiet har merket seg at regjeringspartiene har moderert denne forskjellen noe, bl.a. ved å omdefinere begrepet "spesialiserte sosiale tjenester" til "sosial- og arbeidsrettet rehabilitering".

Dette medlem mener likevel at de institusjoner man har for bl.a. mer spesielt tilrettelagte sosialpedagogiske, psykososiale og andre miljøterapeutiske metoder, bør være på samme ansvars- og driftsnivå som de spesialiserte helsetjenestene, og at det må til en samhandling og felles ansvarliggjøring av hele behandlings- og rehabiliteringsopplegget på dette nivået. Det sosialfaglige og helsefaglige må være sterkere knyttet sammen for å få en helhetlig og fullgod tjeneste.

Dette medlem mener for øvrig at Regjeringens opplegg er mangelfullt når det gjelder registrering av bestående institusjoner og deres faglige og behandlingmessige nivå og kvaliteter. Videre mener dette medlem at overdragelsesprosedyre og

framtidig eier- og driftsansvar er for dårlig utredet og beskrevet, både når det gjelder økonomi for overtakere og de som avhender, og når det gjelder driftsansvar, økonomi og tilgjengelighet til plasser og behandling. I sistnevnte tilfelle vil dette gå utover de som trenger behandlingen, rusmiddelmissbrukerne, og det er den største svakheten ved en reform som skulle gjøre situasjonen bedre for denne gruppen. Dette medlem deler synet til mange av høringsinstansene som mener at Regjeringens opplegg vil skape A- og B-institusjoner og A- og B-rusmiddelmissbrukere.

Dette medlem mener at en modell med et overordnet statlig ansvar for rusomsorgens annenlinjetjeneste eventuelt kan kombineres med forpliktende drifts- og samarbeidsavtaler med enkelte av de bestående institusjonene framfor full overtakelse. Videre mener dette medlem at statlig overtakelse må være preget av romslighet når det gjelder økonomi og behandling av tidligere eiere i forhold til oppgjør og overdragelsesavtaler. Dette medlem vil også vise til erfaringene ved andre eiendoms- og ansvarsoverdragelser, og at man her har fått uheldige økonomiske konsekvenser for berørte forvaltningsnivå. Dette medlem vil følge denne utviklingen nøye og eventuelt komme tilbake til dette dersom endrede eier- og ansvarsforhold får utilsiktede og uheldige konsekvenser for noen av de berørte partene.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti ønsket å fremme et lovforslag som tar utgangspunkt i at staten skal overta det som i dag er det gjenværende fylkeskommunale ansvar på rusfeltet (Rusreform II), men der det gjøres et unntak for Oslo.

På denne bakgrunn anmodet disse medlemmer Sosialdepartementet om lovteknisk bistand til å utforme en slik lovtekst i en henvendelse pr. telefaks datert 28. mai 2003.

I møte med komiteen noen dager seinere ble det fra departementets side gitt uttrykk for at det av tidsmessige årsaker ikke ville være mulig å imøtekomme denne anmodningen innafor den opprinnelige avgivelsesfristen som var i begynnelsen av juni. Disse medlemmer aksepterte dette i nevnte møte, men forutsatte at en lovtekst kunne leveres innafor ei tidsramme som muliggjorde iverksettelse av loven 1. januar 2004. Departementet ga uttrykk for at det ville være mulig.

Den 15. oktober 2003, dvs. fire og en halv måned seinere, mottar Sosialistisk Venstrepartis stortingsgruppe et svar på denne anmodningen som konkluderer med at slik lovteknisk bistand ikke kan gis. I brevet fra sosialministeren datert 14. oktober 2003 heter det bl.a.:

"På denne bakgrunn ser jeg det på dette tidspunktet ikke mulig å gi bistand i tråd med bestillingen i faks av 28. mai 2003. En løsning basert på de prinsipper som er skissert, innebærer utfordringer av prinsipiell og faglig art i tillegg til de lovtekniske."

Disse medlemmer vil for det første påpeke at departementet lot det gå svært lang tid før Sosialistisk Venstrepartis stortingsgruppe fikk svar på sin henvendelse, og for det andre at det er særdeles uheldig at departementet på denne måten legger hindringer i veien for Stortingets arbeid ved å avslå å gi lovteknisk bistand. Dette medfører at disse medlemmer ikke er i stand til å fremme forslag om en egen lovtekst.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at Regjeringens arbeid med rusomsorgen gjennom framleggelsen av både Rusreform I og Rusreform II har vært preget av uoversiktighet og rot. Det at Regjeringen heller ikke har fulgt opp ønsket om utarbeidelse av alternativ lovformulering forkludrer dette arbeidet ytterligere.

Disse medlemmer vil også understreke at en avklaring omkring dette siste forholdet burde ha kommet langt tidligere, og ikke om lag fire måneder etter at det var fremmet ønske om alternativ lovformulering.

Disse medlemmer føler at det nå er skapt et ytterligere dårlig grunnlag for at en god rusomsorg kan være på plass raskest mulig, og vil derfor understreke flertallets forslag om en rask evaluering av hele rusfeltet og at dette blir gjort på en oversiktig og grundig måte.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Kristelig Folkeparti er ikke enig i Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiets fremstilling av forholdet omkring spørsmål om lovteknisk bistand. Sosialistisk Venstreparti fikk svar fra sosialministeren på sin forespørsel allerede 3. juni 2003. I sitt svarbrev skriver ministeren:

"De aktuelle endringene er omfattende og utformingen av nødvendig lovvedtak vil kreve til dels omfattende vurderinger av ulike sider ved en slik løsning. Det er derfor ikke mulig å gi slik bistand innenfor gitte tidsfrister."

Svaret av 15. oktober 2003 var svar på henvendelse fra saksordfører. Denne henvendelsen fra saksordfører kom etter at Sosialistisk Venstreparti i komiteen stilte spørsmål om de hadde fått svar på sin første henvendelse. Disse medlemmer viser til at premisset for komiteens ønske om lovteknisk bistand var at komiteens flertall hadde samlet seg om en enytlig modell før sommeren. Det skjedde ikke, og i

kjølvannet av dette har det åpenbart oppstått en misforståelse.

BRUKERRETTIGHETER

Komiteen mener at når deler av fagmiljøet innen rusomsorgen har gått inn for at all institusjonsdrift bør overføres til de regionale helseforetakene, bygger dette på at retten til behandling etter loven om pasientrettigheter er sterkere enn rettene en har som klient etter sosialtjenesteloven. Komiteen mener at lovgivningen på området har skapt et uheldig skille mellom helsetjenester og sosiale tjenester. Komiteen deler derfor denne bekymringen som har kommet frem i høringsrunden.

Komiteen vil videre understreke at dette er et problem som rammer flere brukergrupper, for eksempel for personer med fysisk funksjonshemming, utviklingshemning, psykiske lidelser eller eldre pleietrengende. Disse brukerne har ofte behov for både helsetjenester og sosialtjenester. Forskjellige regler for helsetjenester og sosialtjenester og for hjemmetjenester og institusjonstjenester svekker muligheten for gode løsninger for brukerne. Komiteen mener dette virker inn på statusen både til brukerne av de ulike tjenestene og statusen til de tilsatte i tjenesten.

Komiteen vil i den forbindelse vise til det arbeidet som Regjeringen har igangsatt, med et eget lovutvalg som skal foreslå forenklinger og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen. Komiteen mener at samordning av brukerrettighetene må være en del av dette arbeidet.

På denne bakgrunn vil komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet foreslå:

"Stortinget ber Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen."

Komiteen vil også i denne sammenhengen vise til forslaget om retten til individuell plan etter sosialtjenesteloven, og flertallets forslag om å vurdere å lovfeste sikkerhet for kontinuitet i behandlingen.

Komiteen vil peke på at en av hovedintensjonene med omorganiseringen av rusfeltets behandlingstiltak gjennom rusreformene var å gi bedre tjenester til mennesker med rus- og avhengighetsproblemer gjennom et helhetlig og differensiert behandlingstilbud uansett alder, kjønn, geografi og type rus- og avhengighetsproblem. Komiteen har gjennom flere år merket seg at de fylkeskommunale grensene også er blitt effektive begrensninger for brukernes muligheter for å nytte ledige behandlings-

plasser utenfor hjemfylket med henvisning til fylkeskommunal økonomi.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ser på Regjeringens forslag til kommunal overtakelse av store deler av behandlingsinstitusjonene som en ytterligere begrensning av hvilke tilbud den enkelte bruker skal ha tilgang til, ettersom brukeren i denne sammenheng ikke kommer inn under pasientrettighetsloven og fritt valg av behandling sinstitusjon.

Komiteen vil understreke betydningen for den enkelte bruker ved at behandling av rus- og avhengighetsproblemer i større grad likestilles med de somatiske tjenester og psykisk helsevern. Det er derfor etter komiteens mening viktig at rusmiddelavhengige omfattes av samme rettigheter og profesjonell oppmerksomhet som andre sosiale og helsemessige problemer. Etter komiteens mening kan dette kun skje ved at alle rusmiddelavhengige behandles likt med andre borgere med behov for behandlingstjenester. Slik komiteen ser det, og slik et flertall av høringsuttalelsene understreker, kan dette kun skje ved at behandlingstjenestene for somatiske, psykiske og rusrelaterte skader organiseres innenfor samme forvaltningsrammer, dvs. med statlig ansvar og under helselovgivning slik at rett pasient sikres rett behandling til lavest kostnad i godkjente tiltak med kvalitetskrav.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet finner at en oppdeling av behandlingsansvaret på to forvaltningsnivåer og med ulike rammebetingelser for den enkelte bruker slik Regjeringen foreslår, vil frata den enkelte bruker og dennes pårørende muligheten til å finne frem i systemet.

HENVISNING

Komiteen er positiv til at brukerens fastlege nå har rett til henvisning til behandling til spesialisthelsetjenesten for rusmiddelmissbrukere.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, er imidlertid bekymret for at erfaringen fra sosialtjenesten tilsier at det er vanskelig for brukeren å oppsøke sin fastlege. Sosialtjenesten har i mange kommuner lang erfaring i å koordinere og legge til rette tiltak, tjenester og behandling for rusmisbrukere. Mange sosialarbeidere har etablert langvarige hjelperelasjoner til brukeren. Denne rollen styrkes gjennom sosialtjenestens ansvar for å koordinere tiltakene i brukerens individuelle plan.

Komiteen viser til at den kommunale sosialtjenesten fremdeles skal ha rett til å henvise personer med rusproblemer til institusjoner som tilbyr spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, selv om institusjonene drives av spesialisthelsetjenesten. Sosialtjenesten har en særlig kompetanse i forhold til rusproblematikk og kommer ofte i kontakt med personer med rusproblemer gjennom sin virksomhet. Det at sosialtjenesten gis en slik henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten, endrer ikke gjeldende ordning med at leger kan henvise til spesialisthelsetjenesten, herunder også personer som trenger spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Personer med rusproblemer kan dermed få tilgang til behandling i institusjon enten gjennom sosialtjenesten eller via sin fastlege. Komiteen vurderer at dette styrker brukernes tilgang til slik behandling.

Komiteen ber Regjeringen vurdere å evaluere samarbeidet mellom sosialtjenesten og helsetjenesten i forhold til rusomsorg innen to år, med spesielt vekt på henvisningsordningen. Dette kan eventuelt sees i sammenheng med arbeidet i samhandlingsutvalget.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener det er viktig at det legges til rette for at både fastlege og sosialkontor skal ha henvisningsrett til spesialiserte tjenester for rusmiddelmissbrukere for på denne måten å sikre en lav terskel med hensyn til å kunne få spesialiserte tjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet mener at for å sikre en bedre samordning allerede før inntak kan det i en del tilfeller være hensiktsmessig at kommunene etablerer faste innsøkingsteam bestående av representanter fra sosialtjenesten og primærhelsetjenesten. Dette innsøkingsteamet suppleres av brukerens fastlege og eventuelt faste sosialkurator i hver enkel sak. Dette vil i seg selv føre til en forbedring av samarbeidet mellom tjenestene.

På denne bakgrunn vil disse medlemmer foreslå:

"Stortinget ber Regjeringen vurdere om det vil være hensiktsmessig å lovfeste egne faste innsøkingsteam i kommunene."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener i motsetning til det som fremkommer i Regjeringens forslag, at lege også i stor grad må være henvisende instans til behandling av rusmiddelavhengige. Disse medlemmer forutsetter at arbeidet med henvisning skjer i nær kontakt med andre parter som er inne i arbeidet med til-

tak for den enkelte rusmiddelavhengige, enten dette er sosialtjenesten eller behandlende psykolog. Disse medlemmer vil sterkt advare mot at det eventuelt legges opp til etablering av faste grupper/inn-søkningsgrupper og lignende som skal arbeide med henvisning eller innsøknings av personer som trenger behandling for rusmiddelavhengighet i den enkelte kommune. Dette vil slik disse medlemmer ser det, være en unødvendig og belastende byråkratisering og stigmatisering av den enkelte bruker av behandlingstjenestene.

Disse medlemmer kan, i motsetning til det som fremkommer i Regjeringens forslag, ikke akseptere at det skal være nødvendig å gå via den kommunale sosialtjenesten for å få behandling for rusmiddelavhengighet. Disse medlemmer kan på samme måte ikke gå inn for at det i tillegg fortsatt skal være krav om egenbetaling for behandlingsopphold, en ordning som frem til i dag har vært en begrensning for å ta imot behandling. På samme måte kan ikke disse medlemmer slutte seg til Regjeringens forslag om at det for noen behandlingsopphold fortsatt skal kunne kreves kommunal delbetaling, dvs. at kommunal økonomi i realiteten, slik erfaringen har vært til i dag, vil være med å hindre mulighetene for behandlingsopphold. Disse medlemmer kan etter dette ikke se at disse ordningene bør videreføres for noen deler av behandlingssystemet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vektlegger at det behandlingssystemet som Regjeringen legger opp til i Rusreform II, vil medføre at det oppstår et A-lag og B-lag av behandlingsinstitusjoner ved at i A-laget, dvs. de institusjoner som legges inn under helselovgivningen (Rusreform I), vil personer med rusmiddelproblemer kunne få henvisning fra lege til behandling, høre inn under lov om pasientrettigheter med de fordeler dette vil medføre for bl.a. fritt valg av behandlingstiltak, medvirkning i behandlingsplan og journalinnsyn, pasientombud og klagerettigheter. I tillegg vil behandlingen i motsetning til i dag være gratis og uten egenbetaling i døgntilleggsinstitusjoner.

Disse medlemmer finner det bekymringsfullt at Regjeringen ikke har funnet å ville ta hensyn til forholdet at det massive flertall av høringsuttalelsene går imot hovedprinsippet i Regjeringens forslag til fremtidig organisering av behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Flertallet omfatter bl.a. Sosial- og helsedirektoratet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, de fleste fylkeskommuner, alle de regionale kompetansesentrene innen rusmiddel-feltet og i tillegg Fagrådet innen rusfeltet i Norge som representerer så og si alle behandlingstiltakene som blir berørt. I tillegg vil disse medlemmer også

peke på at SINTEF i en nylig utkommet forskningsrapport om "Organisering av helsetjenestene til tunge rusmiddelmissbrukere", anbefaler at kommunene ikke bør overta ansvaret for behandlingstilbud.

FORHOLDET MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG SOSIALTJENESTEN

Komiteen er opptatt av at uavhengig av hvor skillet mellom det kommunale og statlige ansvaret går i behandlingsopplegget, vil kontinuitet i behandlingen være et av reformens viktigste suksesskriterier.

Komiteen mener det er viktig at den enkelte bruker sikres på en god måte når vedkommende går fra ett opplegg til et annet. Ved skifte av ansvar mellom de to forvaltningsnivåene i behandlingsopplegget er det viktig at det neste nødvendige tiltak er på plass i henhold til brukerens individuelle plan og at behandlingsopplegg og ressurser følger med mellom forvaltningsnivåene.

På denne bakgrunn vil komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet foreslå:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av en lovfesting av kontinuitet i behandlingen for rusmiddelmissbrukere."

Komiteen vil understreke at kommunene har et overordna ansvar for alle primære tjenester til mennesker med rusproblemer, på samme måte som for mennesker som har behov for primærtjenester innafor somatikk, psykiatri, barnevern og familievern. Komiteen mener det er behov for i enda større grad å ansvarliggjøre kommunene på dette området og å utvikle både kompetanse og krav til de tjenestene kommunene skal tilby personer med rusproblemer. Det må bl.a. omfatte tilfredsstillende sosial og helsemessig oppfølging, gode bolig- og omsorgstilbud, lavterskeltilbud, økonomisk bistand og arbeids- og sysselsettingstiltak. Komiteen tror en modell der kommunen er den viktigste velferdsytteren og har det langsiktige oppfølgingsansvaret, mens staten har ansvaret for den spesialiserte behandlinga når det er behov for det, er den beste for å ivareta rusmiddelmissbrukernes situasjon.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet vil understreke at for at kommunene skal kunne gi et enda bedre tilbud til rusmiddelmissbrukere, må kommunene tilføres betydelig mer penger.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, vil presisere at kommunene skal be-

holde ansvaret for primære tjenester til personer med rusproblemer, herunder råd og veiledning, praktisk og personlig bistand samt ansvar for omsorgsinstitusjoner. Regjeringens forslag om å innføre rett til en individuell plan for brukere av sosiale tjenester vil bidra til at dette tjenestetilbudet blir bedre koordinert.

Flertallet påpeker videre at de regionale helseforetakene skal sørge for å tilby plass i egnet institusjon som driver tverrfaglig, spesialisert behandling for rusmisbruk. Dette ansvaret omfatter også akutt-plassering, og plassering uten samtykke etter lov om sosiale tjenester kapittel 6. Flertallet understreker at institusjonene skal tilby både helsefaglig og sosialfaglig behandling av pasientene.

Flertallet mener at sosialtjenesten fortsatt skal kunne ta initiativ til plassering i institusjon uten samtykke etter lov om sosiale tjenester kapittel 6, da det primære ansvaret for brukerne er forankret i den kommunale sosialtjenesten. Flertallet forutsetter at sosialtjenesten fremdeles skal innhente uttalelse fra lege i tilfeller der dette er nødvendig. På bakgrunn av fylkesnemndenes kompetanse og erfaring med de aktuelle vurderingene anses det hensiktsmessig å videreføre disses myndighet til å fatte vedtak om tvangsmessig plassering av personer med rusproblemer etter initiativ fra sosialtjenesten. De regionale helseforetakene skal sørge for å tilby institusjonsplass ved plassering uten samtykke, med hjemmel i lov av 1. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten. Det understrekes at institusjonene har ansvar for å varsle sosialtjenesten om utskrivning og å samarbeide med berørte parter for å sikre kontinuitet i tjenestetilbudet.

Flertallet vil også vise til at Regjeringen har varslet at den i statsbudsjettet for 2004 vil komme med en oppfølging av NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. I det arbeidet er det foreslått endringer som knytter finansieringen til tjenesten som gis, ikke til institusjon. På den måten vil det bli lettere for brukeren å "ta med seg" tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud eller egen bolig.

2. SOSIALTJENESTELOVEN - RETT TIL INDIVIDUELL PLAN

2.1 Sammendrag

Regjeringen legger i proposisjonen fram forslag om å lovfeste rett til individuell plan i sosialtjenesteloven. Hensikten med forslaget er at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester kan få et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Det framholdes at innføring av hjemmel for individuell plan i lov om sosiale tjenester vil kunne bidra

til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet.

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

Helsetjenestelovene har hjemmel for å gi forskrift om individuelle planer, og det foreslås at en tilsvarende forskriftshjemmel tas inn i sosialtjenesteloven.

Sosialdepartementet sendte i november 2002 forslag om lovfesting av rett til individuelle planer på høring. Vel 60 høringsinstanser har kommentert forslaget om individuelle planer. Det uttales at av de instanser som har kommentert forslaget, er det noe nær enstemmig tilslutning til forslaget om lovfesting av individuelle planer i sosialtjenesteloven.

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

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

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

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

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

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

2.2 Komiteens merknader

Komiteen er fornøyd med at det nå foreslås å lovfeste rett til individuell plan i sosialtjenesteloven. Dette er et forslag som så å si alle høringsinstanser slutter seg til. Komiteen mener at individuelle planer vil bidra til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet.

Komiteen viser til at uavhengig av hvor ansvarsgrensene mellom forvaltningsnivåene går, vil brukerne som er aktuelle for individuelle planer, ofte ha behov for tjenester både fra sosialtjenesten, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samtidig eller i nøye sammenheng.

Komiteen vil på denne bakgrunn slutte seg til forslaget fra Regjeringen.

3. FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber Regjeringen legge til rette for at det fylkeskommunale ansvaret på rusfeltet overføres til staten ved helseforetakene.

Oslo kommune unntas slik at Oslo fortsatt har et samla ansvar på rusfeltet.

Forslag 2

Stortinget ber Regjeringen sørge for at Rusreform I og Rusreform II evalueres etter 2 år. Evalueringen legges fram for Stortinget på egnet måte.

Forslag 3

Stortinget ber Regjeringen sikre at brukerrettighetene er en sentral del av arbeidet med forenkling og harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen.

Forslag 4

Stortinget ber Regjeringen vurdere om det vil være hensiktsmessig å lovfeste egne faste innsøkingsteam i kommunene.

Forslag 5

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en vurdering av en lovfesting av kontinuitet i behandlingen for rusmiddelmissbrukere.

4. KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding fremmes av Høyre, Framskrittspartiet og Kristelig Folkeparti.

Komiteen viser til merknadene og til proposisjonen og rår Odelstinget til å gjøre følgende

vedtak til lov

om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81
om sosiale tjenester m.v.

I

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

Lovens tittel skal lyde:

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

§ 2-1 første og annet ledd skal lyde:

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

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

§ 2-4 skal lyde:

Det regionale helseforetakets ansvar

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

§ 2-5 annet ledd første punktum skal lyde:

Departementet kan kreve at kommunale organer som hører under denne loven, samt regionale helseforetak og helseforetak som utfører tjenester som hører under denne loven, uten hinder av taushetsplikten gir de opplysninger og meldinger som er nødvendige for at departementet kan utføre sine oppgaver etter første ledd.

§ 2-6 skal lyde:

Fylkesmannens tilsynsvirksomhet

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

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilsynet.

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

kan tilsynet gjennomføre tilsynsbesøk uten beboerens samtykke.

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

Ny § 4-3a skal lyde:

Rett til individuell plan

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

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

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

§ 6-1 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, *andre tjenester etter denne loven* og kontakt med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Kan behovet for *egnet* 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 misbruk, 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. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, for undersøkelse og tilrettelegging av behandling, og holdes tilbake der i opptil tre måneder.

§ 6-2 sjette ledd oppheves.

§ 6-2a første ledd første punktum skal lyde:

Det kan vedtas at en gravid rusmiddelmissbruker uten eget samtykke skal tas inn på institusjon utpekt av regionalt helseforetak, *jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, og holdes tilbake der i hele svangerskapet dersom misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsyn-

lig at barnet vil bli født med skade, og dersom hjelpetiltak etter § 6-1 ikke er tilstrekkelig.

§ 6-2a syvende ledd oppheves.

§ 6-3 første ledd skal lyde:

Når en rusmiddelmissbruker *på grunnlag av eget samtykke* blir tatt inn i en institusjon utpekt av regionalt helseforetak, *jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a annet ledd*, kan institusjonen sette som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker regnet fra inntaket.

§ 6-3 tredje ledd fjerde punktum oppheves.

§ 6-4 oppheves.

§ 7-1 oppheves.

§ 7-1a oppheves.

§ 7-2 oppheves.

§ 7-3 oppheves.

§ 7-4 oppheves.

§ 7-5 skal lyde:

Kommunens ansvar for boliger med heldøgns omsorgstjenester

Kommunen har ansvaret for planlegging, etablering og drift av boliger med heldøgns omsorgstjenester for dem som på grunn av alder, funksjonshemming eller av andre årsaker har behov for det.

Flere kommuner kan samarbeide om disse oppgavene. Departementet kan påby slikt samarbeid hvis det er påkrevd for å sikre tjenesten.

Kommunen kan inngå avtale med private eiere av boliger med heldøgns omsorgstjenester om at kommunen skal disponere plasser i disse.

Blir det inngått avtale som nevnt i tredje ledd, skal kommunen dekke driftsutgiftene etter et godkjent budsjett. Boligen med heldøgns omsorgstjenester skal følge de regler for budsjett, regnskap og revisjon som gjelder for kommunens egne boliger med heldøgns omsorgstjenester. Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som driftsutgifter.

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

Første *til femte* ledd gjelder ikke boliger med heldøgns omsorgstjenester som hører under en annen lov.

§ 7-6 skal lyde:

Inntak i og utskriving *fra bolig* som nevnt i § 7-5

Kommunen skal gi regler for hvordan inntak og utskriving *fra bolig som nevnt i § 7-5* skal besluttes. Kongen kan gi forskrifter om hva reglene skal inneholde.

Er det vedtatt etter regler gitt i medhold av første ledd at en person skal ha plass i *en bolig* med heldøgns omsorgstjenester, *kan boligen* ikke nekte å ta imot vedkommende. Beboeren kan ikke utskrives mot sin vilje før den fastsatte eller forutsatte tid for oppholdet er ute, så fremt vedkommendes forhold ikke gir en saklig grunn for utskriving. Når utskrivningen bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, skal utskrivningen varsles i god tid på forhånd.

Uenighet om inntak eller utskriving kan kreves avgjort av fylkesmannen.

§ 7-6a skal lyde:

Utskriving *fra spesialisthelsetjeneste*

Når sosialtjenesten varsles om utskriving fra tjeneste som nevnt i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a første ledd nr. 5, jf. § 3-15, skal den i samarbeid med spesialisthelsetjenesten planlegge og forberede utskrivningen.

§ 7-7 oppheves.

§ 7-8 skal lyde:

Generelle krav *til boliger* med heldøgns omsorgstjenester

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

§ 7-9 oppheves.

§ 7-10 skal lyde:

Private institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som ikke er tatt inn *i kommunens plan*

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

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

Vil sosialtjenesten gi økonomisk støtte til et tiltak som ikke er innpasset *i kommunens plan*, eller bruke tiltaket som en del av sitt *tjenestetilbud*, må den undersøke og følge med i at det drives i samsvar med denne loven og de forskrifter som gjelder for den, og at det ellers drives på en forsvarlig måte.

§ 7-11 annet ledd skal lyde:

Beboerne skal ha rett til å bevege seg både i og utenfor institusjonen/boligen med de begrensninger som institusjonen/boligen fastsetter av hensyn til behovet for trygghet og *trivsel*.

§ 7-11 tredje ledd oppheves.

§ 7-11 fjerde og femte ledd blir tredje og fjerde ledd.

§ 7-12 skal lyde:

Forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig med heldøgns *omsorgstjenester*

Kongen kan gi forskrifter om hva som skal regnes som institusjon/bolig etter *dette kapitlet*, og om rett for fylkesmannen til å avgjøre *tvilstilfeller*.

§ 7-13 oppheves.

§ 7-14 skal lyde:

Kvalitetskrav i behandlings- og rehabiliteringstiltak

Kongen kan gi forskrifter med bestemmelser om krav til kvalitet i behandlings- og *rehabiliteringstiltak*.

§ 8-2 skal lyde:

Anvendelse av forvaltningsloven på private *boliger med heldøgns omsorgstjenester*

For *private boliger* med heldøgns omsorgstjenester som er tatt inn *i kommunens plan etter § 7-5, gjelder* forvaltningsloven for klientsaker, med de særregler som er fastsatt i loven her, jf. § 8-1.

§ 10-2 oppheves.

§ 10-2a oppheves.

§ 10-3 første punktum skal lyde:

Oppstår det tvist mellom *kommuner om* anvendelsen av § 10-1, *kan* kommunene kreve at fylkesmannen avgjør tvisten.

§ 10-4 annet ledd første punktum skal lyde:

Sosialtjenesten i den kommune som har reist saken, har ansvaret for *iverksetting* av *vedtaket*.

§ 11-3 oppheves.

§ 11-4 oppheves.

§ 11-5 oppheves.

§ 11-5a oppheves.

§ 11-6 skal lyde:

Tilskudd fra staten

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

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

§ 2-1a første ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder

1. sykehustjenester,
2. medisinske laboratorietjenester og radiologiske tjenester,
3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt og
5. *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, herunder institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.*

§ 2-1a nytt annet ledd skal lyde:

De regionale helseforetakene skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmisbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3.

§ 2-1a annet, tredje og fjerde ledd blir tredje, fjerde og femte ledd.

Ny § 3-1a skal lyde:

Forskrifter om plikt til å opprette plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk

Kongen kan gi forskrifter om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmisbruk.

Ny § 3-12 skal lyde:

Henvisning fra sosialtjenesten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal vurdere henvisning fra sosialtjenesten om behandling som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan fastsette nærmere forskrifter om sosialtjenestens adgang til å henvide til behandling som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Ny § 3-13 skal lyde:

Varsel til tilsynsmyndigheten

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal uten ugrunnet opphold varsle Helsetilsynet i fylket ved innleggelser med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Varsel skal også gis ved innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven § 6-3 dersom samtykket er gitt ved direkte overgang fra opphold med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 eller 6-2a.

Ny § 3-14 skal lyde:

Adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelmisbruk m.m.

Er en person plassert i en institusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, kan institusjonen begrense adgangen til å forlate institusjonen i den utstrekning det er nødvendig etter vedtakets formål.

Bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og bestemmelser gitt i medhold av disse, gjelder tilsvarende for tjenester som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5.

Kongen kan gi forskrifter med nærmere bestemmelser om tilbakeføring ved rømming fra institusjon etter plassering med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a eller 6-3, herunder regler om ansvar for innbringning, praktisk gjennomføring og saksbehandling.

Ny § 3-15 skal lyde:

Varsel til sosialtjenesten ved utskrivning

Når utskrivning fra tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5 bør medføre tiltak fra sosialtjenestens side, og pasienten ønsker det, skal sosialtjenesten varsles om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivning skal planlegges og forberedes i samarbeid mellom berørte parter. Ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a, skal sosialtjenesten alltid varsles.

Ny § 6-4 skal lyde:

Bistand fra politiet

Helsepersonell kan uten hinder av taushetsplikt gi ut taushetsbelagte opplysninger når dette er nød-

vendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmissbrukere etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a eller vilkår etter sosialtjenesteloven § 6-3. Politiet har plikt til å yte slik bistand.

III

Ikraftsettings- og overgangsbestemmelser

1. Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelser til forskjellig tid.

2. Fra og med ikraftsetting av denne loven gjelder overgangsbestemmelsene i nr. 2 til nr. 11 i III i lov 28. februar 2003 nr. 14 om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover tilsvarende for de fylkeskommunale formuesposisjoner som er knyttet til virksomheter som yter spesialiserte sosiale tjenester og omsorg for rusmiddelmissbrukere.

Oslo, i sosialkomiteen, den 30. oktober 2003

John I. Alvheim

leder

Bent Høie

ordfører

Vedlegg**Merknader til de enkelte bestemmelsene****Til lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.:***Til § 2-1 første og annet ledd*

Som en følge av at fylkeskommunen ikke lenger får plikter etter sosialtjenesteloven, tas referansen til fylkeskommunale oppgaver i første ledd ut av bestemmelsen.

Ansvar for annenlinjetiltak for rusmiddelmissbrukere tas ut av sosialtjenesteloven. I loven kapittel 7 omfattes da oppgaver som tilligger kommunen. Som en følge av at tilsynet med kommunens tjenester og virksomhet etter sosialtjenesteloven kapittel 7 foreslås samordnet med tilsynet med tjenester og virksomhet etter kapitlene 4 og 6A, utvides plikten til internkontroll med tjenestene og virksomheten tilsvarende. Se også merknadene til § 2-6. For å sikre at internkontrollplikten også omfatter hele kommunens virksomhet etter kapittel 6, endres bestemmelsen til også å omfatte dette kapittel.

Til § 2-4

Etter forslaget skal fylkeskommunen ikke lenger ha ansvar for noen deler av behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere. Endringene i § 2-4 gjenspeiler dette.

Til § 2-5 annet ledd første punktum

Etter forslaget skal fylkeskommunen ikke lenger ha ansvar for noen deler av behandlingsapparatet for rusmiddelmissbrukere. Endringene i § 2-5 gjenspeiler dette.

Til § 2-6

Dagens bestemmelse hjemler fylkesmannens tilsyn med tjenester og virksomhet etter sosialtjenesteloven kapitlene 4 og 6A. Ansvar for annenlinjetiltak for rusmiddelmissbrukere tas ut av sosialtjenesteloven. I loven kapittel 7 omfattes da oppgaver som tilligger kommunen. Bestemmelsen utvides til å hjemle tilsyn med kapittel 7. For å sikre at tilsynshjemmelen også omfatter hele kommunens virksomhet etter kapittel 6, endres bestemmelsen til også å omfatte dette kapittel. Tilsyn med de oppgaver som er flyttet fra sosialtjenesteloven kapittel 7 og fylkeskommunen til spesialisthelsetjenesteloven og de regionale helseforetakene, omfattes ikke av denne tilsynshjemmelen, men derimot av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Tilsyn med disse tjenestene har tidligere vært hjemlet i sosi-

altjenesteloven § 7-9. Ved dette forslaget oppheves § 7-9, og alle tilsynshjemler i sosialtjenesteloven samles i § 2-6.

Hjemmelen til å gi forskrifter om tilsynet vil gjelde tilsvarende. Det forutsettes en samordning av tilsynet med tjenester etter de ulike kapitler. Det er forutsatt at tilsynet med kapittel 4 og 6A skal føres etter systemrevisjonsmetoden. Det samme forutsettes i forhold til kapittel 6 og 7. Det skal bemerkes at tilsynsmetodikken er i stadig utvikling, og at det må tas høyde for utvikling også på dette feltet.

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

Til § 4-3a

Det vises til de generelle merknader i Ot.prp. nr. 54 (2002-2003).

Det skal bemerkes at formålet med individuell plan er å få til en mer langsiktig og helhetlig tenking i forhold til brukere som har behov for langvarige og koordinerte tjenester. Utarbeidelse av planen skal skje i samarbeid med andre tjenesteytere og brukeren selv. For at formålet med planen skal oppnås, bør planen revideres dersom hensynet til brukeren og brukernes behov tilsier det. Dette kan for eksempel være tilfellet ved innleggelse i og/eller ved utskrivning fra opphold i institusjon etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5.

Til § 6-1 annet og tredje ledd

Annet ledd er endret slik at det tydeliggjøres at et behandlingsopplegg kan omfatte alle tjenester og ytelser loven gir hjemmel for. Det er viktig at personer med rusmiddelproblemer i praksis får tilgang til de tjenester som vil kunne dekke den enkeltes hjelpebehov. I tillegg vil sosialtjenesten for eksempel samarbeide med primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, mens henvisningen til spesialiserte sosiale tjenester og omsorg i og utenfor institusjon er tatt ut av bestemmelsen som en følge av at disse tidligere fylkeskommunale tjenestene foreslås overført til spesialisthelsetjenesten. Det vises til spesialisthelsetjenesteloven § 3-12. Etter denne bestemmelsen vil sosialtjenesten, som legen, ha adgang til å henvise til tjenester som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk).

Tredje ledd gir sosialtjenesten et ansvar for å sørge for midlertidige tiltak hvis egnet institusjonsplass

ikke kan skaffes. Hvis det for eksempel er ventetid for den behandlingsform rusmiddelmissbrukeren har behov for og er innsøkt i, kan det være behov for støttetiltak i påvente av behandling. Et slikt midlertidig tiltak kan for eksempel være plass i en omsorgsinstitusjon.

Til § 6-2 første ledd

Innleggelse med hjemmel i denne bestemmelsen skal skje i institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Hjemmel for det regionale helseforetakets plikt til å utpeke en institusjon for dette formålet, overføres fra § 7-1a til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd. Henvisningen i § 6-2 første ledd til hjemmelsbestemmelsen er derfor endret.

Til § 6-2 sjette ledd

Regulering av institusjonenes plikt til å varsle tilsynsmyndigheten om innleggelse overføres til spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 og sjette ledd oppheves derfor.

Til § 6-2a første ledd første punktum

Innleggelse med hjemmel i denne bestemmelsen skal skje i institusjon utpekt av regionalt helseforetak. Hjemmel for det regionale helseforetakets plikt til å utpeke en institusjon for dette formålet, overføres fra § 7-1a til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a annet ledd. Henvisningen til hjemmelsbestemmelsen er derfor endret.

Til § 6-21 syvende ledd

Regulering av institusjonenes plikt til å varsle tilsynsmyndigheten om innleggelse overføres til spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 og syvende ledd oppheves derfor.

Til § 6-3 første ledd

Endringen i første ledd skyldes at institusjon som kan stille vilkår om rusmiddelmissbrukers samtykke til tilbakeholdelse, vil være en institusjon utpekt av det regionale helseforetak. Det er tatt inn i første ledd en henvisning til hjemmelsbestemmelsen for det regionale helseforetakets plikt til å utpeke slik institusjon.

Til § 6-3 tredje ledd fjerde punktum

Regulering av institusjonens plikt til å varsle tilsynsmyndigheten om innleggelse overføres til spesialisthelsetjenesteloven § 3-13 og tredje ledd siste punktum oppheves derfor.

Til § 6-4

Det fylkeskommunale ansvaret for behandling av rusmiddelmissbrukere overføres i sin helhet til staten ved det regionale helseforetak. Bestemmelsen gjelder deler av det fylkeskommunale ansvaret og oppheves derfor.

Til § 7-1

Bestemmelsen hjemler et ansvar for fylkeskommunen for etablering og drift av institusjoner for rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret overføres til staten ved det regionale helseforetak, jf. lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 første ledd nr. 5, og bestemmelsen oppheves derfor.

Til § 7-1a

Bestemmelsen hjemler det regionale helseforetakets ansvar for å sørge for institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere etter §§ 6-2 til 6-3. Denne hjemmelen overføres til lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m., jf. § 2-1a annet ledd, og bestemmelsen oppheves derfor.

Til § 7-2

Bestemmelsen hjemler en plikt for fylkeskommunen til å utarbeide en plan for løsningen av de oppgavene som er nevnt i § 7-1. § 7-1 er opphevet og § 7-2 oppheves derfor også.

Til § 7-3

Bestemmelsen gjelder samarbeid mellom fylkeskommuner for å løse oppgavene etter loven. Disse oppgavene overføres i sin helhet til staten ved de regionale helseforetakene, og bestemmelsen oppheves derfor.

Til § 7-4

Bestemmelsen gjelder fylkeskommunens adgang til å inngå avtale med kommunale eller private institusjoner for å løse oppgavene etter loven. Disse oppgavene overføres i sin helhet til staten ved de regionale helseforetakene, og bestemmelsen oppheves derfor.

Til § 7-5

Endringen i denne bestemmelsen innebærer ingen endring av innholdet i bestemmelsen, men skjer som en følge av at §§ 7-3 og 7-4 oppheves. Bestemmelsen inneholdt en henvisning til disse bestemmelsene som ga kommunen en adgang til å samarbeide med andre kommuner og å inngå avtale med private eiere av boliger med heldøgns omsorgstjenester. Den reguleringen av kommunens adgang til slik samar-

beid og slike avtaler som sto i de opphevede bestemmelsene, tas derfor inn i § 7-5 annet til femte ledd.

Til § 7-6

Bestemmelsen endres til ikke lenger å regulere inntak og utskrivning i de institusjoner som ligger under det fylkeskommunale ansvaret som overføres til spesialisthelsetjenesteloven og de regionale helseforetakene.

Til § 7-6a

Denne bestemmelsen ble vedtatt i forbindelse med Rusreform I (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)) og regulerer spesialisthelsetjenestens plikt til å varsle sosialtjenesten dersom utskrivning fra tvangsinnleggelse bør medføre sosiale tjenester. Bestemmelsen er flyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 3-15. Dersom vedkommende ønsker det, skal spesialisthelsetjenesten også varsle sosialtjenesten ved utskrivninger fra andre innleggelse etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5 (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk).

Til § 7-7

Bestemmelsen regulerer fylkeskommunens samarbeid med andre, og oppheves da fylkeskommunens oppgaver ved forslaget her flyttes til spesialisthelsetjenesteloven og de regionale helseforetakene.

Til § 7-8

Bestemmelsen endres slik at henvisningen til tiltakene på fylkeskommunens plan, dvs. de oppgaver som overføres til spesialisthelsetjenesten, fjernes.

Til § 7-9

Bestemmelsen oppheves. Tilsynshjemmelen flyttes til § 2-6. Se merknadene til denne bestemmelsen. Se også merknadene til §§ 2-1 og 7-10. Tilsyn med de oppgaver som er flyttet fra sosialtjenesteloven kapittel 7 og fylkeskommunen til spesialisthelsetjenesteloven og de regionale helseforetakene, omfattes ikke av denne tilsynshjemmelen, men av lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten.

Til § 7-10

§ 7-10 regulerer forholdet til private institusjoner og boliger som ikke er tatt inn på plan. Bestemmelsen foreslås videreført med en del endringer. Bestemmelsen innebærer blant annet at det kan gis forskrifter om at slike institusjoner skal stå under tilsyn etter § 2-6, og underlegges plikt til internkontroll etter §§ 2-1 og 2-4. I praksis gjelder bestemmelsen for pri-

vate institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester som benyttes av kommunen.

Til § 7-11

§ 7-11 omhandler rettigheter under opphold i institusjon og boliger med heldøgns omsorgstjenester. Bestemmelsen opprettholdes, og gjøres via spesialisthelsetjenesteloven § 3-14 gjeldende for spesialisthelsetjenestens tiltak etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Annet ledd annet punktum og tredje ledd omhandler kun rettigheter i institusjon dersom inntaket er skjedd med hjemmel i §§ 6-2 til 6-3. Ansvar for institusjoner som kan ta inn personer med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3, er flyttet til spesialisthelsetjenesten. Bestemmelsene i annet ledd annet punktum og tredje ledd oppheves derfor, men videreføres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-14.

Til § 7-12

Bestemmelsen endres slik at den ikke omfatter de tiltak som omfattes av det ansvar som flyttes til spesialisthelsetjenesten.

Til § 7-13

I og med at ansvaret for annenlinjetjenester for rusmiddelmisbrukere flyttes ut av sosialtjenesteloven, oppheves bestemmelsen om annenlinjeplasser for akutthjelp. Bestemmelsen videreføres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1a.

Til § 7-14

Bestemmelsen endres til ikke lenger å omfatte de tiltak som flyttes fra sosialtjenesteloven til spesialisthelsetjenesteloven, herunder institusjoner som skal kunne ta inn personer med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Tilsvarende hjemmel til å gi forskrifter om kvalitet i tjenestene, finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd.

Til § 8-2

I og med at ansvaret for annenlinjetjenester for rusmiddelmisbrukere flyttes ut av sosialtjenesteloven, tas henvisningen til disse tjenestene ut av bestemmelsen.

Til § 10-2

Bestemmelsen slår fast at fylkeskommunen har plikt til å yte hjelp etter lovens bestemmelser til alle som oppholder seg i fylkeskommunen. I og med at fylkeskommunens oppgaver mht til rusmiddelmisbrukere overføres til de regionale helseforetakene, oppheves bestemmelsen.

Til § 10-2a

Bestemmelsen slår fast at regionalt helseforetak har plikt til å yte hjelp etter lovens bestemmelser til rusmiddelmissbrukere i helseregionen. Bestemmelsen ble vedtatt i forbindelse med Rusreform I (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)) for å korrespondere med bestemmelsen i § 10-2, jf. ovenfor. Når de bestemmelser som gir plikter for de regionale helseforetak mht rusmiddelmissbruk, nå flyttes til spesialisthelsetjenesteloven, oppheves bestemmelsen.

Til § 10-3 første punktum

Etter denne bestemmelsen kan tvister om hvilken kommune/fylkeskommune som har ansvaret for å yte tjenester etter loven, jf. §§ 10-1 og 10-2, bringes inn til fylkesmannen for avgjørelse. Bestemmelsen videreføres, med den endring at bestemmelsen kun vil gjelde tvister mellom kommuner, ettersom fylkeskommunens oppgaver overføres til de regionale helseforetakene.

Til § 10-4 annet ledd første punktum

Bestemmelsen regulerer hvilken kommune som er ansvarlig for å utføre de oppgaver som er lagt til kommunen etter loven. I annet ledd slås det fast at det er den kommune som har reist tvangssak, som er ansvarlig for iverksetting av vedtaket. Det vil også være denne kommunen som har ansvar for tjenester etter sosialtjenesteloven under og etter oppholdet, jf. sosialtjenesteloven § 6-1 fjerde ledd. Endringen i ordlyden innebærer ingen endring med hensyn til hvilken kommune som er ansvarlig for tjenester etter loven, men er foretatt for å signalisere at kommunen ikke skal ha ansvar for innholdet i behandlingen under institusjonsoppholdet i spesialisthelsetjenesteinstitusjon.

Til § 11-3

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

Til § 11-4

Bestemmelsen oppheves, da de fylkeskommunale oppgaver som bestemmelsen regulerte finansieringen av, er tatt ut av sosialtjenesteloven. Tjenestene er nå omdefinert til spesialisthelsetjeneste, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5. Finansieringen av tjenestene vil derfor følge samme regler som den øvrige spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5.

Til § 11-5

Bestemmelsen oppheves, da de fylkeskommunale oppgaver som bestemmelsen regulerte finansieringen av, er tatt ut av sosialtjenesteloven.

Til § 11-5a

Bestemmelsen, som ble vedtatt i forbindelse med Rusreform I (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)), oppheves, da de oppgaver for regionalt helseforetak som bestemmelsen regulerer finansieringen av, tas ut av sosialtjenesteloven.

Til § 11-6

I og med at fylkeskommunen ikke lengre skal ha oppgaver etter sosialtjenesteloven, er henvisningen til fylkeskommunen tatt ut.

Til lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.:*Til § 2-1a første og annet ledd*

De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjeneste etter denne bestemmelsen er utvidet til også å omfatte ansvar for å sørge for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk, jf. første ledd nr. 5. Med dette er hele det tidligere fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven § 7-1 overført til staten ved de regionale helseforetakene. Tjenestene er samtidig omdefinert fra å være sosiale tjenester til å være spesialisthelsetjenester. Dette innebærer blant annet at tjenestene reguleres av spesialisthelsetjenesteloven på samme måte som den øvrige spesialisthelsetjenesten, og at tjenestene vil være omfattet av den generelle helselovgivning som gjelder all helsetjeneste, for eksempel pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og pasientskadeloven.

En del av institusjonene som var omfattet av overføringen til helsetjenesten, hadde ved overføringen en lav bemanningsfaktor når det gjelder helsepersonell sammenlignet med den øvrige spesialisthelsetjenesten. Det kan derfor være behov for å vurdere om det er hensiktsmessig å tilføre disse tjenestene en større grad av helsefaglig kompetanse. Dette kan eventuelt gjøres ved å stille kvalitetskrav til tjenestene i forskrifter gitt med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a femte ledd.

En del av ansvaret etter § 1-2a første ledd nr. 5 består i å sørge for plasser som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenestelovens bestemmelser i §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Bestemmelsen i § 6-2 gir hjemmel til å treffe vedtak om at personer som utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk, skal kunne holdes tilbake i institusjon uten samtykke dersom

hjelpetiltak etter sosialtjenesteloven § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Bestemmelsen i § 6-2a gir hjemmel til å holde tilbake gravide rusmiddelmissbrukere i institusjon uten deres samtykke under 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 sosialtjenesteloven § 6-1 ikke er tilstrekkelig. Når en rusmiddelmissbruker blir tatt inn i en institusjon på grunnlag av eget samtykke, gir bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 6-3 institusjonen adgang til å stille som vilkår at misbrukeren kan holdes tilbake i opptil tre uker etter inntaket. Dersom det med oppholdet i institusjonen tas sikte på behandling eller opplæring i minst tre måneder, kan rusmiddelmissbrukeren holdes tilbake i opptil tre uker etter at samtykket uttrykkelig er trukket tilbake.

Etter § 2-1a annet ledd skal de regionale helseforetakene peke ut hvilke institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot rusmiddelmissbrukere med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3. Etter sosialtjenesteloven § 6-1, jf. § 10-4, er sosialtjenesten i den kommunen der rusmiddelmissbrukeren oppholder seg ansvarlig for å vurdere om det skal reises sak, og i tilfelle å reise sak etter §§ 6-2 og 6-2a dersom det er nødvendig. Vedtak om tilbakeholdelse etter §§ 6-2 og 6-2a treffes av fylkesnemnda for sosiale saker etter saksbehandlingsregler i sosialtjenesteloven kapittel 9. Dersom vilkårene er oppfylt, kan sosialtjenesten treffe midlertidig vedtak etter sosialtjenesteloven § 6-2 fjerde ledd eller § 6-2a femte ledd. Forslag til endelig vedtak skal da sendes fylkesnemnda innen to uker. Sosialtjenesten i den kommunen som har reist sak er ansvarlig for iverksetting av vedtaket, jf. sosialtjenesteloven § 10-4 annet ledd. Dette innebærer blant annet at sosialtjenesten for eksempel må påse at rusmiddelmissbrukeren blir brakt inn til institusjonen for behandling. De regionale helseforetakene er ansvarlig for å gjennomføre fylkesnemndas vedtak.

På grunn av overføringen av ansvaret til de regionale helseforetakene er det i tillegg til endringene i § 2-1a, vedtatt følgende nye bestemmelser i spesialisthelsetjenesteloven; § 3-1a som gir hjemmel til å gi forskrifter om de regionale helseforetakenes ansvar for å opprette plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk, § 3-12 om helseinstitusjoners plikt til å vurdere henvisning fra sosialtjenesten til behandling for rusmiddelmissbruk, § 3-13 om varsel til tilsynsmyndigheten ved innleggelse i helseinstitusjon med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3, § 3-14 om adgang til tilbakeføring ved rømming fra behandling for rusmiddelmissbruk m.m., § 3-15 om varsel til sosialtjenesten ved utskrivning dersom dette bør medføre tiltak fra sosialtjenesten og § 6-4 om adgangen til å innhente bistand fra politiet for å full-

byrde vedtak eller vilkår etter sosialtjenesteloven §§ 6-2, 6-2a og 6-3.

Til § 3-1a

Bestemmelsen gir hjemmel for Kongen til å fastsette forskrifter om at de regionale helseforetakene skal ha plasser for akutt behandling av rusmiddelmissbruk. Bestemmelsen erstatter den tidligere bestemmelsen i sosialtjenesteloven § 7-13 som gav hjemmel til å fastsette tilsvarende plikt for fylkeskommunen. Det er ikke ment å gjøre endringer i hjemmelen utover endringen av pliktsubjektet.

Til § 3-12

Etter denne bestemmelsen plikter institusjoner innen spesialisthelsetjenesten å vurdere henvisninger fra sosialtjenesten dersom henvisningen gjelder tjenester som er beskrevet i § 2-1a første ledd nr. 5, det vil si tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Bestemmelsen innebærer at sosialtjenesten i kommunen har samme adgang til å henvise til denne type behandling som leger har.

I annet ledd er det gitt en hjemmel til i forskrift å fastsette nærmere regler om henvisning fra sosialtjenesten, herunder kan det gis nærmere regler om samarbeidet mellom lege og sosialtjeneste når det gjelder henvisning.

Til § 3-13

Bestemmelsen i § 3-13 pålegger helseinstitusjoner som mottar rusmiddelmissbrukere til innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a om å varsle Helsetilsynet i fylket om innleggelsen uten ugrunnet opphold. Varsel skal på samme måte gis dersom en rusmiddelmissbruker går direkte over fra innleggelse etter §§ 6-2 eller 6-2a til innleggelse på grunnlag av samtykke etter sosialtjenesteloven § 6-3.

De regionale helseforetakene vil være ansvarlig for gjennomføringen av tvangsvedtak etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a og samtykke etter § 6-3. Tjenestene der rusmiddelmissbrukerne legges inn etter disse bestemmelsene vil være spesialisthelsetjeneste, jf. § 2-1a første ledd nr. 5. Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylket vil derfor være ansvarlig for tilsyn med denne virksomheten i henhold til lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helsetjenesten. Varsel etter § 3-13 skal derfor sendes Helsetilsynet i fylket.

Til § 3-14

Bestemmelsen i første ledd er en overføring av tilsvarende tidligere bestemmelse i sosialtjenesteloven § 7-11 annet ledd annet punktum. Overføringen til spesialisthelsetjenesteloven er ikke ment å inne-

bære noen endringer i bestemmelsens materielle innhold.

Etter annet ledd skal bestemmelsene i sosialtjenesteloven § 7-11 og forskrifter som er gitt med hjemmel i § 7-11, gjelde tilsvarende for tjenester som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd nr. 5, det vil si tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Forskrifter med hjemmel i § 7-11 er gitt i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester m.v. kapittel 5. Disse forskriftene må justeres noe slik at bestemmelsene tilpasses de endringene som er gjort gjennom overføringen av fylkeskommunens tidligere ansvar til de regionale helseforetakene.

Bestemmelsen i tredje ledd er en overføring av tilsvarende tidligere bestemmelse i sosialtjenesteloven § 7-11 tredje ledd. Overføringen til spesialisthelsetjenesteloven er ikke ment å innebære noen endringer i bestemmelsens materielle innhold.

Til § 3-15

Dersom utskrivning fra en tjeneste som nevnt i § 2-1a første ledd nr. 5, det vil si tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, bør medføre tiltak fra sosialtjenesten, skal denne ha varsel om utskrivningen i god tid på forhånd. Utskrivningen skal da planlegges og forberedes i samarbeid mellom sosialtjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf. sosialtjenesteloven § 7-6a. Varsel etter denne bestemmelsen skal som hovedregel bare sendes dersom pasienten ønsker det. Det kreves imidlertid ikke samtykke fra pasienten for å varsle sosialtjenesten ved utskrivning etter innleggelse med hjemmel i sosialtjenesteloven §§ 6-2 og 6-2a. Ved slik utskrivning skal sosialtjenesten alltid varsles.

Til § 6-4

Bestemmelsen gjør unntak fra helsepersonells taushetsplikt, blant annet etter helsepersonelloven § 21, for at helsepersonell skal kunne innhente bistand fra politiet til å fullbyrde tvangsvedtak og vilkår etter sosialtjenesteloven §§ 6-2 til 6-3. Adgangen til å gi ut taushetsbelagte opplysninger til politiet er begrenset til bare å gjelde i den utstrekning dette er

nødvendig for at politiet skal kunne gi slik bistand. Bestemmelsen fastsetter også at politiet har plikt til å gi spesialisthelsetjenesten slik bistand. Etter sosialtjenesteloven § 8-9 har politiet tilsvarende plikt til å yte bistand til sosialtjenesten dersom det er behov for det ved sosialtjenestens iverksetting av tvangsvedtak.

Til ikraftsettings- og overgangsbestemmelsene:

Til nr. 1

Det tas sikte på å sette endringene i kraft fra 1. januar 2004. Tidspunktet er valgt fordi endringene i Rusreform I (Ot.prp. nr. 3 (2002-2003)) også er ment å tre i kraft 1. januar 2004.

Til nr. 2

På bakgrunn av at hele det fylkeskommunale ansvaret etter sosialtjenesteloven § 7-1 foreslås flyttes til staten ved de regionale helseforetakene, er det naturlig å ha felles overgangsregler for den del av fylkeskommunens ansvar som ble vedtatt overført ved behandlingen av forslagene i Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) og for den del av fylkeskommunens ansvar som behandles her. Det foreslås derfor at overgangsbestemmelsene i nr. 2 til nr. 11 i romertall III i lov 28. februar 2003 nr. 14 om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover skal gjelde tilsvarende for de fylkeskommunale formuesposisjoner som overføres ved forslaget her.

Dette innebærer at man ved virksomhetsoverdragelsen ikke skiller mellom de to reformene, men anvender det samme sett overgangsbestemmelser for begge reformene. Dette innebærer blant annet at det etter overgangsbestemmelsen nr. 7 kun skal oppnevnes én nemnd. Denne nemnda skal behandle alle saker, uavhengig av om de formuesposisjoner saken omhandler er knyttet til den del av det fylkeskommunale ansvaret som ble overført til staten ved de regionale helseforetak ved lov 28. februar 2003 nr. 14 eller om de er knyttet til den del av det fylkeskommunale ansvaret som overføres til staten ved de regionale helseforetakene ved dette forslaget.