

	Side
Del 1 Innledning	2
Del 2 Tjenesten og brukerne	3
En kommunal tjeneste under endring	3
Stor variasjon i organisering av tjenesten	4
Variasjon i stønadsutbetalingene	4
Mange stønadsmottakere med sammensatte behov	5
Viktige kjennetegn ved tjenesten	6
Del 3 Rattsøutvalgets forslag	6
Modellvurderinger og anbefalinger	6
Utvalgets anbefalinger og sentrale vurderinger	7
Del 4 Forslagets konsekvenser for brukerne av sosialtjenesten	7
Kostnadsovervelting og fortsatt kasteballproblematikk	8
Arbeidssøkerstønad til tross; fortsatt kommunal arbeidslinje	8
Oppsplitting av kvalifisering, attføring og rehabilitering	9
Fortsatt variasjon i inntektssikringsgrunnlaget	10
Førstelinjen	10
Det kommunale rehabiliteringsarbeidet og forholdet til helsetjenesten	10
Del 5 Statlig inntektssikring og innføring av ny rehabiliteringsstønad	11
Et samlet ansvar for inntektssikring	11
Et samlet ansvar for arbeidslinje	11
En mer effektiv og brukervennlig arbeids- og velferdsforvaltning	12
Motvirke stigma	13
Fornye, styrke og samle det kommunale rehabiliteringsarbeidet	13
Ny rehabiliteringsstønad	13
Statlig ansvar for midlertidig bolig	14
En utvidelse av arbeidssøkerstønaden	14
Del 6 Avsluttende kommentarer knyttet til den organisatoriske reformen og sosialtjenesten	14
Del 7 Utsatte grupper: Betingelser for en vellykket reform av velferdsforvaltningen	14
Arbeidsmuligheter til funksjonshemmede og familier med funksjonshemmede barn	16
Samarbeid med helsetjenesten, hjelpemiddelsentralene mm	16
Individuell plan som forpliktende virkemiddel	16
Tilgjengelighet og det tilgjengelige samfunn	17

DEL 1 – INNLEDNING

Sosial- og helsedirektoratets hovedmål er å utvikle, forbedre og effektivisere det forebyggende og helsefremmende arbeidet og tjenestetilbudet på helse- og sosialområdet.

Hovedområdene for Sosial- og helsedirektoratets høring tar utgangspunkt i den kommunale sosialtjenesten. Sosial- og helsedirektoratet har ikke direkte instruksjonsmyndighet til sosialtjenesten på samme måte som a-etat og trygdeetaten har til sine lokale tjenesteledd. Sosial- og helsedirektoratet har imidlertid både en fagutviklingsrolle, en rolle som regelverksfortolker og et ansvar for iverksetting av regjeringens politikk på sosialtjenesteområdet. Nærheten til tjenesteområdet og betydningen for utviklingen av det sosialfaglige arbeidet vil derfor være et sentralt anliggende for direktoratet, og i tråd med den overordnede målsettingen for direktoratets arbeid.

Sosial- og helsedirektoratet har utover sosialtjenesteområdet et helhetlig ansvar og perspektiv på alle velferdstjenester gjennom blant annet å følge utviklingen i levekårene for utsatte grupper. I høringsutkastets siste del vil vi derfor se reformen og de foreslåtte modellene med utgangspunkt i grupper som ikke nødvendigvis er brukere av sosialtjenesten, men som står i fare for å ekskluderes fra sentrale integrasjonsarenaer.

Sosial- og helsedirektoratet er helt på linje med utvalget når det gjelder målene for reformen; flere i arbeid/færre på trygd, effektivisering av tjenestene og mer brukerrettede tjenester. Vi mener allikevel at en ny organisering i tillegg både må fremme sosial inkludering og redusere risikoen for ytterligere marginalisering av grupper. I høringen vil vi derfor drøfte hvorvidt vi oppfatter de foreslåtte tiltakene som gode nok virkemidler for å oppnå disse målene.

I høringen vil vi gi en mer inngående beskrivelse av sosialtjenesten og brukerne av denne. Vi vil se på Rattsutvalgets forslag og konsekvenser av forslaget for sosialtjenestens brukere, drøfte statlig inntektssikring og se på hvilke betingelser vi mener bør være til stede for at reformen også innebærer en forbedring for mennesker med funksjonsnedsettelser. Direktoratet har fått en egen bestilling som gjelder utredning av en felles førstelinje. I denne høringen vil vi derfor bare kort drøfte dette temaet.

En organisatorisk reform med endrede arbeids- og ansvarslinjer må først og fremst sikre at innbyggere som befinner seg i grensesnittet mellom ulike systemer får en bedre og mer målrettet hjelp. Det må legges til rette for en sammenhengende behandlings- og tiltakskjede mellom rehabilitering, kvalifisering og arbeid.

Sosial- og helsedirektoratet støtter forslaget om opprettelse av en etat for arbeid og inntekt, men mener at det i tillegg er behov for å fornye, styrke og samle det kommunale rehabiliteringsarbeidet. Vi mener at det i det videre arbeid med reformen må skisseres løsninger som i større grad sikrer sosial inkludering av grupper som er avhengig av både helse- og sosialtjenester i et rehabiliteringsopplegg. Dette forutsetter et større fokus på helsetjenestens betydning for å oppnå målene i reformen. Ut fra et helhetlig sosial og helseperspektiv er det lagt for lite vekt i utredningen på samhandling og samarbeid med helsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet ser på oppdelingen av inntektssikring i en arbeidssøkerstønad på statlig nivå og sosialhjelp på kommunalt nivå som en lite hensiktsmessig løsning for å nå målene i reformen. Sosialhjelp med en etterfølgende arbeidssøkerstønad, slik denne er beskrevet i utredningen, synes å rette seg mot en gruppe av stønadsmottakere som allerede har et kortvarig stønadsforhold. Over halvparten av sosialhjelpsmottakerne mottar i dag

stønad i mindre enn tre måneder. En arbeidssøkerstønad kan først bli et godt alternativ hvis den kommer i stedet for sosialhjelp i et opplegg som tar sikte på kvalifisering og arbeid.

For å nå sosialhjelpsmottakere med sammensatte behov, vil Sosial- og helsedirektoratet anbefale at det vurderes å utrede/innføre en statlig rehabiliteringsstønad. Stønaden bør ha samme utforming som en statlig arbeidssøkerstønad, men rettes mot den gruppen av sosialhjelpsmottakere som ikke har rettigheter i folketrygden, men med behov for et lengre rehabiliteringsforløp før et eventuelt arbeidsforhold kan etableres. En sterkere rettighetsfesting av individuell plan, og en mer bevisst og systematisk bruk av planen vil kunne bidra til en mer brukerrettet forvaltning.

Forskning fra 1990-tallet viser stor variasjon i både utbetaling av sosialhjelp og stønadslengde. Dette gir ikke en tilfredsstillende rettsikkerhet for de som mottar sosialhjelp. Det er også ulik grad av oppfølging og prioritering kommuner imellom, og det er stor variasjon i organisering av tjenestene. Samlet skaper dette store ulikheter i tilbudene til de som i dag er brukere av tjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet mener det bør skapes gode forbindelseslinjer mellom rehabilitering, kvalifisering og arbeidsrettede tiltak. Vi ser behovet for en gjennomgang av eksisterende stønadssystem, og vil anbefale at all inntektssikring organiseres på statlig nivå. Stønadssystemet bør organiseres mer helhetlig, slik at rehabiliterings- og tjenesteløp ikke brytes opp på grunn av ulik innretning på stønadsordningene.

For grupper med funksjonsnedsettelse, eller familier med funksjonshemmede barn, er et tilrettelagt tjenestetilbud ofte en forutsetning for å kunne komme i arbeid. Det samme gjelder tilgjengelighet. Universell utforming må være et mål i den nye velferdsforvaltningen.

DEL 2 - TJENESTEN OG BRUKERNE

Før vi tematiserer Rattsutvalgets utredning nærmere (NOU 2004:13 – En ny arbeids og velferdsreform), vil vi belyse sentrale trekk som har betydning for sosialtjenestens fremtidige rolle i en fremtidig arbeids- og velferdsreform. Rattsutvalgets utredning foretar en grundig gjennomgang av sosialtjenestens ansvars- og oppgaveforhold. Samtidig er det enkelte forhold ved tjenesten og brukerne som Sosial- og helsedirektoratet mener burde vært enten tillagt mer vekt og/eller mer tydeliggjort og utdypet enn det som framkommer i utredningen. I det følgende presenteres trekk ved tjenesten som vil være avgjørende faktorer for Sosial- og helsedirektoratets vurdering av sosialtjenestens fremtidige reformbehov.

En kommunal tjeneste under endring

Helt siden Fattigdomsloven av 1845 har fattighjelpen vært forankret i lokale folkevalgte organer. Mange av elementene fra Fattigloven er bevart helt inn i dagens lovgivning med stor grad av frihet og justeringsmuligheter i praktiseringen av loven, samt at fattighjelpen skulle bidra til integrasjon i lokalsamfunnet og virke sosialiserende i forhold til samfunnsnormer.

Innføringen av Lov om sosial omsorg i 1964 utfordret kommunenes handlingsrom og endret fattighjelpens karakter. Fattigdom ble ikke lengre ansett som et rent materielt anliggende, men som et symptom på andre bakenforliggende årsaker. Ved siden av en *forvaltningslinje* som siste materielle sikkerhetsnett, innførte Lov om sosial omsorg i 1964 *behandlingslinje* i sosialtjenesten med tro på at nye yrkesgrupper med tilpasset kompetanse skulle løse industrialiseringens utfordringer med psykiske problemer, rus, asosialitet, kriminalitet m.v. Den nye plattformen i sosialomsorgsloven var attføring og "hjelp til selvhjelp" med hjelpeformene råd, veiledning og sosial behandling som rådende virkemidler. Økonomisk støtte ble en sekundær hjelpeform som en skjønnsbasert og tidsavgrenset ytelse. Tjenesten

ble profesjonalisert med egen fagadministrasjon som i slutten av 1970-tallet også fikk delegert beslutninger til å avgjøre økonomisk stønad. Det ble innført egne kommunale satser for utmåling av sosialhjelp som ramme for administrasjonens individuelle sosialhjelpsvedtak.

Lov om sosiale tjenester av 1993 utfordrer ikke det kommunale selvstyret vesentlig, men tjenestens nye lovforslag om "arbeid for sosialhjelp" styrker tjenestens normative samfunnsoppdrag fra Fattigloven av 1845. Sosialtjenesteloven førte videre til at den tradisjonelle sosialkontoret ble forankret med andre tjenester og ytelser i kommunene ved å lage en helhetlig lov for kommunenes innsats på hele det sosiale innsatsområde (rus, rehabilitering og pleie- og omsorg). Innføringen av Veiledende retningslinjer for utmåling av sosial stønad i 2001 utfordret imidlertid det kommunale selvstyret knyttet til sosialhjelpssatsene selv om ikke kommunene ble pålagt til å følge dem. Sosialtjenestens todelte karakter opprettholdes med sosialtjenesteloven der brukerens inntektsgrunnlag underlegges en skjønnsmessig vurdering hvor sosialarbeideren er tildelt en viss grad av autonomi til å ta i bruk fagkunnskap for å finne de beste midlene til å realisere målet om selvforsørgelse.

Stor variasjon i organiseringen av tjenesten

Sosialtjenesteloven gir ingen rammer for hvordan tjenesten skal organiseres i kommunen. Med sosialomsorgsloven i 1964 ble det imidlertid opprettet sosialkontor i kommunene som først og fremst organiserte virksomheten rundt økonomisk sosialhjelp og eventuelt rusmiddelarbeid. I dag ser dette bildet mer variert ut hvor flere ansvars- og tjenesteområder inngår i enheten.

En kartlegging foretatt av Sosial og helsedirektoratet (2003) viser at organiseringen av ansvarsområder og oppgaver i sosialtjenesten i kommunen varierer sterkt. Alle enhetene har oppgaver knyttet til kapittel 5 i sosialtjenesteloven (økonomisk sosialhjelp). Så å si alle har også ansvar og oppgaver knyttet til kap. 6 (rusmiddelarbeid) i sosialtjenesteloven. Om lag 2/3 har i tillegg oppgaver knyttet til Husbankens støtteordninger, mens i overkant av halvparten også har ansvar for kommunens arbeid med flyktninger og innvandrere. For mange av enhetskontorene ute i kommunene inngår også oppgaver knyttet til kapittel 4 i sosialtjenesteloven. Eksempelvis opplyser om lag halvparten å ha organisert oppgaver knyttet til §4-2 (praktisk bistand, avlastningstiltak, støttekontakt, omsorgslønn, institusjonsplassering/heldøgns boliger) sammen med økonomisk sosialhjelp og rusarbeidet. 1/3 opplyser også å ha oppgaver knyttet til §4-4 (særlig tyngende omsorgsoppgaver). Begge disse områdene er tradisjonelt ansatt å være pleie- og omsorgstiltak.

Variasjon i stønadsutbetalingene

Forskning fra 1990-tallet viser stor variasjon i både utbetaling av sosialhjelp og stønadslengde. Variasjonene i kommunenes prioriteringer fremstår som mer tilfeldig enn systematisk, og at variasjonen blant annet kan spores til kommunenes rammebetingelser og til den politiske støtten til omfordeling i de ulike kommunene (Langøren og Rønning 2004). En rapport konkluderer med at rettssikkerheten for sosialhjelpsmottakere ikke er tilfredsstillende med store variasjoner i utbetalingene (Finstad og Hjort 1995). Ulik grad av oppfølging og prioritering fører også til at stønadslengde innvirker på de kommunale forskjellene (Nervik 1989). I tillegg viser en studie at de individuelle vurderingene som ligger til grunn for utmåling sosialhjelp er ulik og slår forskjellig ut i like stønadstilfeller (Terum 1997).

Innføringen av Veiledende retningslinjer for utmåling av sosialhjelp skulle være et virkemiddel for "en mer ensartet praksis ved utmåling av økonomisk stønad i kommunene og større likhet i utmålt stønad for like stønadstilfeller" (Rundskriv I-13/2001). En undersøkelse som ble gjennomført rett etter innføringen konkluderte med at det hadde skjedd en viss grad av tilpasning til de veiledende satsene i kommunene (Knoff 2001/2002). Samtidig viser en

gjennomgang foretatt av Fylkesmannen i Nordland at det fortsatt er store forskjeller i stønadsnivået. Riktignok er forskjellene i de kommunale satsene mindre enn i en tilsvarende undersøkelse i 1999. I 2003 har 20 av totalt 45 kommuner tilpasset seg den kommunale normen til de veiledende retningslinjene. I de 25 øvrige kommunene er forskjellen i stønadsnivå fortsatt vesentlig, selv om avstanden mellom den kommunen som yter mest og den som yter minst er blitt mindre enn i 1999. Spesielt gjelder forskjellene hushold hvor barn inngår der 17 kommuner har lavere satser enn de statlige når det gjelder gjennomsnittlig barnetillegg. En annen gruppe som kommer dårlig ut er enslige uten eget hushold/hjemmeboende ungdom hvor hele 25 kommuner gir mindre enn den statlige normen. Fylkesmannen konstaterer også at 17 kommuner opererer med egne korttidssatser som ligger i gjennomsnitt 21,75 % under statlig veiledende "langtidssats" for enslige uten barn. Fylkesmannen konkluderer med følgende: "Statistikken viser at enkelte kommuner har et stønadsnivå som er langt lavere enn anbefalt fra statlig hold. Fylkesmannen stiller seg spørrende til forsvarligheten av dette".

I en nylig rapport fra SSB etter oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet viser at kommunene i relativt stor grad har tilpasset seg stønadsnivået i de statlige veiledende retningslinjene. Samtidig varierer kommunene sterkt på hvilke utgiftskomponenter som inngår i stønaden. Av de 150 kommunene som oppga å følge de statlige veiledende retningslinjene i 2001 var det knapt fem prosent som følger utgiftskomponentene som inngår i Rundskriv I – 13/2001. Dette indikerer at en tilpasning til retningslinjene på stønadsnivå reduseres ved at kommunene legger inn ulike utgiftskomponenter (SSB 2004).

Mange stønadsmottakere med sammensatte behov¹

Vel halvparten av stønadsmottakerne mottok stønad sammenhengende mindre enn tre måneder. For disse fungerer sosialhjelpen etter intensjonene om en tidsavgrenset stønad for å overvinne en vanskelig livssituasjon. Rundt 40 prosent mottok sosial stønad i seks måneder eller mer, mens 20 prosent mottok stønad sammenhengende i 10 måneder eller lengre. Samtidig var det 65 prosent av mottakerne i 2002 som også mottok stønad året før. En relativt stor gruppe av stønadsmottakerne oppgir å ikke være arbeidssøker (43 prosent), mens 29 prosent er registrerte arbeidssøkere. Nærmere halvparten har sosialhjelp som hovedinntekt, en andel som har økt sterkt i løpet av 90-årene. Over halvparten mottok også en eller annen form for trygdeytelse. Enslige under 29 år, husholdninger med barn under 18 år og innvandrere syns å være overrepresentert blant stønadsmottakerne.

Sosialhjelpsstatistikken utleder ikke direkte årsakssammenhenger og hvilke behov som ligger til grunn for sosialhjelpsmottaket. Imidlertid gir statistikken visse indikasjoner. Ettersom over halvparten også mottar en trygdeytelse, indikerer dette et behov for å supplere en rettighetsbasert ytelse som ikke er tilstrekkelig for å dekke et nødvendig livsopphold. En relativt stor andel er langtidsmottakere. Dette, sammen med at om lag 2/3 av mottakerne er gjengangere fra året før, indikerer at mange henger fast i en stønadsbehov over tid.

En vanlig oppfatning i tjenesten er at mange av langtidsmottakerne har sammensatte behov som årsak til et lengre stønadsbehov. Nyere forskningen gir ikke tilstrekkelig informasjon til å understøtte dette empirisk. Men flere undersøkelser indikerer likevel at dette situasjonsbildet i stor grad stemmer. Allerede tidlig på 90-tallet viste flere undersøkelser at langtidsmottakere av sosialhjelp hadde større helsemessige belastninger enn befolkningen for øvrig hvor somatiske og psykiske lidelser og rusmiddelmisbruk opptrådte i kombinasjoner (Seim/Hjemdal 1992, Hove 1992). Undersøkelser viste også at domsfelte var overrepresentert blant sosialhjelpsmottakerne (Clausen 1991). Bildet av situasjonen på tidlig 90-tall bekreftes i stor grad av undersøkelser som Brevik (1989, 1997) har gjennomført. Breviks studier viser at allmenne kjennetegn ved sosialhjelpsmottakerne fremstår som lavstatusgrupper med mangelfulle rettigheter hvor lediggang og fattigdom er en del av

¹ Tall fra SSBs Sosialhjelpsstatistikk 2002

hverdagen. Studiene avdekker langt hyppigere og mer omfattende fysiske og psykiske helseproblemer enn befolkningen for øvrig, særlig psykiske problemer som angst og depresjon. En stor andel har også vokst opp under belastende oppvekstforhold som øker risikoen for problemer senere, eksempelvis i forhold til oppvekstmiljø, utdanning, arbeid, helse, rus og kriminalitet. Flere av stønadsmottakeren har tidligere vært barneverns klienter (Brevik 1997).

Nyere forskning og enkelte kartlegginger indikerer at Breviks situasjonsbeskrivelse i stor grad også gjelder i dag. I SIFOs upubliserte undersøkelse av rustjenestene i kommunen oppgir ansatte i sosialtjenesten at 38 prosent av stønadsmottakerne har rusmiddelproblemer med betydelig innslag av psykiske lidelser og blandingsmisbruk (SIFO 2004). Denne indikasjonen gjenspeiles i SHdirs upubliserte undersøkelse om kompetansesituasjonen i sosialtjenesten hvor om lag 45 prosent av de fagansatte oppgir å ha rus og psykiatri som en av hovedarbeidsoppgavene. Av disse er det 75 prosent som også oppgir økonomisk saksbehandling som en av hovedoppgavene. Det siste indikerer at rus og psykiatriarbeidet er nært knyttet til forvaltning av økonomi. Andelen fagansatte som oppgir tiltak og sysselsetting som et av hovedarbeidsområdene er 35 prosent, mens andel fagansatte som oppgir innvandring som en av hovedarbeidsområdene er om lag 20 prosent (SHdir v/ Sosialtjenesteforskningsavdelingen).

En gjennomgang av arbeidsevnen til langtids sosialhjelpsmottakere i Kristiansund i 2001 antas at om lag 1/3 er klare for arbeid og eller arbeidsrettede tiltak, i underkant av 30 prosent kan tiltre et arbeidsopplegg/tiltak i løpet av seks måneder med tett oppfølging, mens 40 prosent ikke anses å være aktuell for arbeid på grunn av for store sammensatte problemer. I gruppen langtidsmottakere i Kristiansund oppgir godt over halvparten at psykisk helse setter begrensninger i forhold til arbeidsmarkedet, mens 43 prosent av langtidsmottakerne oppgir at rusmiddelproblemer setter begrensninger. I en delrapport fra evalueringen av Tiltaksforsøket har om lag ¼ av deltakende langtidsmottakere etablert et arbeidsforhold etter systematisk arbeid over tid (Lødemel m.fl 2004). En tilsvarende andel er rapportert fra Verdal (FAFO 2004). Fra begge evalueringene oppgis det imidlertid at langtidsmottakerne har sammensatte problemer som utgjør barrierer for å kunne tiltre et arbeidsliv.

Viktige kjennetegn ved tjenesten

- En tjeneste som med Lov om sosial omsorg i 1964 i stadig sterkere grad blir utfordret av statlige føringer og som setter begrensninger for kommunalt selvstyre
- Sosialtjenesten organiseres i dag svært forskjellig fra kommune til kommune, noe som gjør at brukernes tilgjengelighet til tjenesten varierer sterkt.
- Hvilket materielt grunnlag mottakerne av økonomisk sosialhjelp har varierer etter bosted, og avhenger av kommunale prioriteringer og individuelle vurderinger.
- En stor andel av sosialhjelpsmottakerne antas å ha store barrierer for å kunne tiltre et arbeidsforhold. Tjenestene overfor denne gruppen peker i retning av rehabilitering

DEL 3 RATTSTØUTVALGETS FORSLAG

Modellvurderinger og anbefalinger

Målene for en arbeids- og velferdsreform er

- Flere i arbeid og aktiv virksomhet – færre på trygd og sosialhjelp
- En brukerrettet velferdsforvaltning
- En effektiv velferdsforvaltning

Med utgangspunkt i målsettingene for reformen finner utvalget at det er et stort reformbehov på området da dagens organisering er bygd på en annen avveining enn de utfordringer man i

dag står overfor for å gjennomføre arbeidslinjen. Utvalget drøfter fire aktuelle modeller for en ny arbeids- og velferdsreform

Modellvurderinger i Rattsøutvalget:

- Statlig arbeidslinje: Modellen innebærer at de statlige oppgavene vil være fordelt på to etater, en etat for arbeid og inntekt og en etat for pensjonsetat. Ansvarsområdet til arbeidsetaten vil omfatte alle de ytelser og tjenester som er innrettet mot personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet eller som trenger hjelp som følge av arbeidsledighet eller manglende arbeidsevne på varig eller midlertidig basis.
- Kommunal arbeidslinje: Modellen vil innebære at alle oppgaver knyttet til arbeid og vurdering av arbeidsevne overføres til kommunene. Øvrige oppgaver forutsettes organisert i statlig pensjonsetat.
- Statlig enetatsmodell: Modellen samler alt ansvaret for arbeids- og velferdsforvaltningens oppgaver i en statlig etat, med mulige avgrensninger i forhold til kommunenes ansvarsområder
- Kommune modell: Modellen samler hele arbeids- og velferdsforvaltningens ansvarsområde hos kommunene, herunder de statlige pensjonene som alderspensjon, familieytelser, helserefusjoner.

Utvalgets anbefalinger og sentrale vurderinger

Utvalget foreslår at hovedansvaret for de arbeidsrettede oppgavene samles i en statlig etat, etat for arbeids- og inntektsikring. Hovedargumentet for dette er å samle alle ytelser og tjenester som fremmer arbeidslinjen og gi et helhetlig nasjonalt politisk ansvar for arbeidsmarkedspolitikken. Modellen anses å gi et større trykk i arbeidet med å realisere målene for arbeidslinjen, særlig ved å legge til rette for at arbeidsrettede tiltak kan settes rask i gang tidlig i stønadsforløpet. Utvalget foreslår at kommunen beholder ansvaret for den økonomiske sosialhjelpen, men innfører en ny statlig arbeidssøkerstønad overfor brukere som ikke har dagpengerettigheter, men som samtidig kan nyttiggjøre seg arbeids- og inntektsetatens tjenester og tiltak. Utvalget legger avgjørende vekt på at den økonomiske sosialhjelpen er skjønnsbasert og nært knyttet til kommunens øvrige sosiale tjenester. En statlig overtakelse av sosialhjelpen antas å skape nye samarbeidsutfordringer mellom stat og kommune. Videre argumenteres det for at en full overføring av sosialhjelpen til stat vil føre til en forskyvning av oppgavene for etaten i retning av å håndtere sosiale problemer. Dette vil kunne vri kompetansebehovet og fokuset bort fra arbeidsrettingen. Utvalget foreslår at arbeids- og inntektsetaten selv må utforme en førstelinjetjeneste og en kontorstruktur som tar hensyn til krav om tilgjengelighet, kompetanse og behov for samarbeid med andre instanser. Utvalget mener at etatens førstelinje så langt som mulig må samlokaliseres med sosialtjenesten i kommunene.

DEL 4 FORSLAGETS KONSEKVENSER FOR BRUKERNE AV SOSIALTJENESTEN

Sosial og helsedirektoratet legger til grunn at det er bred politisk enighet om arbeidslinjen, noe som eksempelvis anføres i Sosialkomiteens innstilling til Stortinget i forbindelse med fattigdomsmeldingen (Innst. S. nr. 184 (2002-2003) «Komiteen er enig i hovedsiktemålet om at det skal legges til rette for og stimuleres til at alle som kan klare det, skal kunne forsørge seg ved eget arbeid». Sosial- og helsedirektoratet er derfor enige i Rattsøs hovedkonklusjon om å samle *”de ytelser og tjenester som er innrettet mot personer som står i fare for å falle ut*

av arbeidslivet eller som trenger hjelp som følge av arbeidsledighet eller manglende arbeidsevne på varig eller midlertidig basis.” Imidlertid innebærer utvalgets forslag at det fremdeles vil være både uløste og uavklarte forhold i ansvars og oppgaveplasseringen med de konsekvenser dette har for mange av brukerne i sosialtjenesten. Sosial- og helsedirektoratet vil belyse de viktigste av dem.

Kostnadsoverveltning og fortsatt kasteballproblematikk

I Rattsøs utredning er man opptatt av kostandsoverveltning og kasteballproblematikk knyttet til dagens ansvars- og oppgavefordeling. For at kostandsoverveltning og kasteballproblematikk skal unngås, konkluderer utvalget selv med at *”ansvaret for rammestyrte arbeidsrettede tiltak og tjenester for relaterte rettighetsbaserte stønader krever sterk samordning og helhetsvurdering...”*. Sosial og helsedirektoratet kan ikke se at den foreslåtte modellen vil endre vesentlig på disse utfordringene. Arbeidssøkerstønad vil omfatte en viss andel av dagens stønadsmottakerne som vil få en tilrettelagt formidlings- og kvalifiseringsløp i den nye arbeids- og inntektsetaten. Likevel kan arbeidssøkerstønad utgjøre et grunnlag for kostandsoverveltning og kasteballproblematikk. Kommunen vil ha interesse av at den omfatter en vesentlig andel av brukerne i sosialtjenesten, mens den statlige arbeids- og inntektsetaten ønsker klare kriterier for et arbeidsrettet formidlings og kvalifiseringsløp som ikke omfatter ulike brukere med barrierer for å tiltre et arbeidsliv. Det siste er allerede en kjent problemstilling ved dagens ansvars- og oppgavedeling.

Over halvparten av dagens sosialhjelpsmottakere mottar en eller annen form for trygdeytelse, hovedsakelig i form av attføring (14 prosent attføring), uføretrygd (13 prosent), dagpenger (8 prosent), overgangsstønad (5 prosent) og andre (10 prosent). Disse brukerne utgjør en viktig flerbrukergruppe sett fra sosialtjenestens ståsted. Disse vil fremdeles motta ytelser og til dels tjenester fra to ulike etater på to ulike ansvarsnivå.

Videre viser vår gjennomgang i del 2 at mange langtidsmottakere av sosialhjelp også har sammensatte problemer herunder somatiske, psykiske og rusmiddelproblemer som kan kvalifisere til ulike trygdeordninger. Det siste avdekkes blant annet i evalueringen av Tiltaksforsøket, hvor en avklaring av hjelpebehov i tiltakene også har medført en *trygdelinje* ved siden av en *arbeidslinje* (Lødemel og Johannessen 2004). Kostnadsoverveltning som følge av at det *”finansielle ansvarsprinsippet ikke er gjort gjeldende, dvs. den som har ansvar for oppgaveløsning, ikke bærer kostnadene ved virksomheten”* er fremdeles tilstede i den anbefalte modellen. Sosial- og helsedirektoratet kan ikke se at foreslåtte modell endrer vesentlig på problemene knyttet til kostnadsoverveltning og kasteball mellom etatene.

Arbeidssøkerstønad til tross; fortsatt kommunal arbeidslinje

Utvalget foreslår innføring av en arbeidssøkerstønad ”som i størst mulig grad fanger opp dagens sosialhjelpsmottakere som kan ta arbeid, dvs. arbeidssøkere uten dagpengerettigheter og personer med behov for arbeidsrettede tiltak”. Utvalget utleder ikke videre innholdet i arbeidssøkerstønad, men viser til egen utredning som er gjort for daværende Sosialdepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet (Brofoss m.fl. 2003).

I utredningen til Brofoss m.fl. (2003) ligger det til grunn bestemte kriterier for å kunne motta en arbeidssøkerstønad. Det forutsettes i hovedkriteriene at søkeren er reell arbeidssøker, er arbeidsfør og er villig til å ta arbeid som tilbys han/henne. Den er videre grovt sett beregnet på personer som mangler jobb, ikke personlige kvalifikasjoner. Arbeidssøkerstønad skal være innsatsbasert da det kreves at mottaker er aktiv i arbeidssøkerperioden, og det kan stilles vilkår om deltakelse i ordinære arbeidsmarkedstiltak. I tillegg legges det til grunn en ventetid på tre måneder for å motta arbeidssøkerstønad (Brofoss m.fl. 2003). Med utgangspunkt i disse kriteriene er Sosial- og helsedirektoratet usikre på i hvilket omfang arbeidssøkerstønad vil fange opp sosialhjelpsmottakere.

Ordningen syns å rette seg mot brukere i sosialtjenesten som er formidlingsklare eller kan tiltre et ordinært kvalifiseringsløp. Samtidig kan dette innebære at arbeidssøkerstønadene retter seg mot en gruppe stønadsmottakere som allerede har et kortvarig stønadsforhold da over halvparten av sosialhjelpsmottakerne mottar støtte mindre enn tre måneder. Den foreslåtte ventetiden på tre måneder kan også få utilsiktede konsekvenser for brukerne. For det første kan dette medføre at sosialtjenesten venter med å igangsette tiltak inntil en eventuell avklaring av en arbeidssøkerstønad. For det andre står brukeren i fare for å etablere et passivt stønadsforhold i ventetiden. Forskning som Rattsutvalget selv henviser til, viser at et passivt stønadsmottak over tid i seg selv kan være årsak til at det etableres barrierer for å tiltre et ordinært arbeidsliv. På bakgrunn av de foreslåtte kriterier for arbeidssøkerstønadene vil tilgangen til stønaden være begrenset for en stor andel av stønadsmottakerne i sosialtjenesten.

I tråd med intensjonene om selvhjelp i sosialtjenesteloven iverksetter kommunen i dag mange arbeidsrettede tiltak som er tilpasset ulike målgrupper. Dette er ulike tiltak med grad av både rehabilitering, aktivisering og kvalifisering. Dette kan ofte være statlige finansierte tiltak der etat finansierer tiltaksplasser i kommunal regi. Disse tiltakene er innrettet bredere enn hva som er tilfelle med de ordinære arbeidsmarkedstiltakene i statlig regi. De kommunale tiltakene retter i stor grad innsatsen mot brukernes hverdag (bolig, nettverk, sosial kompetanse, motivasjons- og endringsarbeid) der en stabilisering av livssituasjon anses som en forutsenning for å kunne etablere et arbeidsforhold. Med Rattsutvalgets forslag blir dette fortsatt et kommunalt anliggende forutsatt at kriteriene i utredningen til Brofoss m.fl legges til grunn. Tiltross for at Rattsutvalget legger til grunn at "hovedansvaret for de arbeidsrettede oppgavene samles i en etat", vil foreslått samordningsmodell medføre at kommunen fortsatt opprettholder sitt arbeidslinjeansvar.

Oppsplitting av kvalifisering, attføring og rehabilitering

Med utgangspunkt i dagens tredelte forvaltningsstruktur, er det et sterkt samordningsbehov knyttet til virkemiddelapparatet som retter seg mot kvalifisering til arbeid. Dette er folketrygdelovens bestemmelser om attføring, midlertidig uførestønad, samt store deler av det tiltaksapparatet etat i dag administrerer og ytelser knyttet til dette. Ved siden av sosialtjenestens attføringsprinsipp, har også kommunen et betydelig ansvar i rehabiliteringsarbeid knyttet bla til brukere med psykiske lidelser og rusmisbrukere. Dette innebærer at det er langs akse rehabilitering, attføring og kvalifisering vi finner aktuelle flerbukere.

I forslaget til modell fra Rattsutvalget vektlegger man samordning knyttet til virkemidlene formidling, kvalifisering, attføring og reaktivering. Dette innebærer at rehabilitering knyttet til en sentral målgruppe i sosialtjenesten ikke inngår eller sees i sammenheng med et attførings- eller reaktiveringsløp. Et helhetlig rehabiliteringsforløp vil innebære elementer av både kvalifisering og attføring. Sosial- og helsedirektoratet anser det derfor som uheldig at tiltaksapparatet i foreslåtte modell kun retter seg mot kvalifisering og attføring og ikke blir gjeldende for brukere i et rehabiliteringsopplegg i kommunal regi. En utilsiktet virkning av denne oppsplittingen kan innebære økt stigmatisering av en allerede stigmatisert brukergruppe som ikke vil få økt tilgang til det statlige virkemiddelapparat, herunder attføring. Som redegjort for overfor er det tvilsomt om arbeidssøkerstønadene vil knyttes til et helhetlig rehabiliteringsforløp da den baseres på innstas knyttet til tradisjonell formidling og kvalifisering.

Fortsatt variasjon i inntektssiktingsgrunnlaget

Arbeidssøkerstønadene i Rattsutvalgets forslag skal være et virkemiddel for å fange opp sosialhjelpsmottakere som kan ta arbeid. Disse vil få en innsats- og mer rettighetsbasert ytelse enn hva som er tilfelle med dagens sosialhjelpsstønad. De øvrige sosialhjelpsmottakerne vil fortsatt være underlagt en inntektssikring knyttet til en skjønnbasert og individuelt behovsprøvd sosialhjelpsstønad. Med forbehold om arbeidssøkerstønadens

eventuelle virkning og omfang, vil gruppen av sosialhjelpsmottakere stå i fare for å fremstå som en tydeligere marginalisert restkategori, noe som kan være et grunnlag for ytterligere stigmatisering. Sosial- og helsedirektoratet ser det som et velferdsdilemma at økonomisk marginaliserte grupper fortsatt skal sikre sitt materielle grunnlag gjennom en sosialhjelpsordning som avhenger av kommunenes ulike økonomiske rammer og prioriteringer og den enkelte saksbehandlers skønnsvurdering. Det materielle sikkerhetsnettet blir derfor betinget av hvor du bor og i hvilket omfang kommunen tilrettelegger for både ytelser og tjenester. Sosial- og helsedirektoratet opplever at denne problemstillingen er viet for lite oppmerksomhet i utvalgets utredning.

Førstelinjen

Utvalget foreslår at den nye Arbeids og inntektsetaten selv må utforme en førstelinje "og en struktur som tar hensyn til krav om tilgjengelighet, kompetanse og behov for samarbeid med andre etater". Utvalget mener at etaten så langt som mulig må samlokaliseres med sosialtjenesten i kommunen. Sosial- og helsedirektoratet har forvaltningsansvaret i samarbeid med Arbeidsdirektoratet og Rikstrygdeverket for 17 samordningsforsøk mellom aetat, trygd og sosialtjenesten. I en delrapport fra evalueringen av forsøket er en av konklusjonene at samlokalisering mellom de tre etatene er et gode i seg selv. For det første fører samlokalisering med et felles mottak og tverretatlige team til at kasteballproblemet reduseres da etatene opplever å ha et felles ansvar for brukerne. For det andre etableres det et samsvar i oppfatningen av hvem som er reelle arbeidssøkere og eventuell hvilke stønadsformer og oppfølging som egner seg (Møller 2004). Sosial- og helsedirektoratet mener Rattsutvalgets tilnærming til samlokalisering og eventuell samordning (felles tverretatlige team/oppfølging) mellom Arbeids- og inntektsetaten og kommunene er for lite forpliktende. Med forslag til foreliggende modell vil det fortsatt være grensesnittproblemer med flerbrukere mellom den nye etaten og den kommunale sosialtjenesten. Skal den nye etaten eksempelvis bygge på lokaliseringsstrukturen til dagens aetat som er tilstede i underkant av halvparten av kommunene, vil dette skape begrensninger både for tilgjengeligheten for flerbrukere og fysiske muligheter for samlokalisering. Med utgangspunkt i foreliggende funn fra forskningen bør involverte etater ha sterkere føringer for en mer forpliktende samlokalisering og samordning gjennom eksempelvis avtaler mellom partene. Utover dette bør det også legges føringer på en sterkere desentralisert struktur i den nye etaten som legger til rette for en felles førstelinje i de fleste kommunene.

Det kommunale rehabiliteringsarbeidet og forholdet til helsetjenesten

En stor andel av brukerne i sosialtjenesten har sammensatte behov som peker i retning av et rehabiliteringsforløp. Sosial og helsedirektoratet er enige i at sosialtjenesten er nært knyttet til kommunens øvrige helse- og sosiale tjenester, herunder tjenester som utgår fra helsetjenesteloven og de øvrige tjenestene i sosialtjenesteloven som ikke er knyttet til inntektssikring. Vi er også enige med utvalgets anbefalinger om at det samtidig med en organisasjonsreform bør komme en satsing på utviklingsarbeid i kommunene for å styrke innsatsen spesielt i arbeidet med rehabilitering og for brukere med sammensatte behov. Imidlertid er ikke det kommunale rehabiliteringsarbeidet og dette arbeidets forbindelseslinjer til helsetjenesten viet stor oppmerksomhet i utredningen, særlig det forhold at sosialtjenestens rehabiliteringsansvar er knyttet til inntektssikring.

Sosialtjenesten har som vist overfor et dobbelt mandat knyttet til behandling og forvaltning. Å sikre inntektsgrunnlaget fordrer en forvaltningspraksis med krav om rettsikkerhet og en viss grad av likebehandling. Samtidig skal dette skje på et skjønnsmessig grunnlag der sosialarbeideren er tildelt en viss grad av autonomi til å bruke fagkunnskap for å finne de beste midlene til å realisere målet om selvforsørgelse. I det siste ligger koblingen mellom inntektssikring og rehabilitering, attføring og kvalifisering i kommunene. Det er indikasjoner på at det sosiale rehabiliteringsarbeidet i sosialtjenesten til dels domineres av en forvaltningskultur som hemmer og begrenser det psykososiale helhetlige rehabiliteringsarbeidet. Dette er en kjent problemstilling i både tjenesten og fagmiljøet. En

evaluering på 90-tallet konkluderer med at det sosiale arbeidet må bryte med sosialkontorets forvaltningsrammer for å kunne bistå med tilpasset hjelp overfor brukere med sammensatte problemer (Seim og Hjemdal 1992). Rehabiliteringsarbeidets kobling til inntektssikring er også en faktor som fører til at sosialtjenestens oppgaver ofte er avskjermet andre kommunale rehabiliteringsoppgaver som utgår fra sosialtjenesteloven (kap. 4) og helsetjenesteloven. Det siste viser evalueringen av Tiltaksforsøket hvor det var vanskelig å etablere et samarbeid med helsetjenesten, herunder fastlegen og psykologtjenester. Skal kommunene ha forutsetninger for å etablere en helhetlig rehabiliteringsarbeid, bør man problematisere sosialtjenestens forhold til forvaltningsoppgaver som ser ut til å være til hinder for dette.

DEL 5 STATLIG INNTEKTSSIKRING OG INNFØRING AV NY REHABILITERINGSSTØNAD

Sosial og helsedirektoratet vil understreke at det ikke finnes en modell som ivaretar alle ideelle hensyn tilknyttet en ny ansvars- og oppgavereform mellom aetat, trygd og sosialtjenesten. Sosial- og helsedirektoratet samtykker i utvalgets konklusjon om at uansett modell vil det fremdeles eksistere grensesnittutfordringer særlig mellom den kommunale sosialtjenesten og statlige ytelser og tjenester. I Sosial- og helsedirektoratets forslag til en ny ansvars- og oppgavefordeling mellom den kommunale sosialtjenesten og staten har vi lagt til grunn momenter og argumenter som vi mener er av overordnede betydning for en ny arbeids- og velferdsreform. Disse fremkommer nedenfor.

I tråd med fremleggelsene og drøftingene lagt til grunn i denne høringen foreslår Sosial- og helsedirektoratet at:

- all økonomisk sosialhjelp i sosialtjenestelovens kapittel 5 overføres til stat og den nye Arbeids- og inntektsetaten. Dette omfatter både nødhjelpsytelser i sosialtjenestelovens § 5-1 og tilleggsytelser etter sosialtjenestelovens § 5-2
- det innføres en ny statlig rehabiliteringsstønad overfor brukere med sammensatte behov, men som ikke har rettigheter etter folketrygdens bestemmelser.

Nedenfor følger Sosial- og helsedirektoratets redegjørelser og begrunnelser:

Et samlet ansvar for inntektssikring

Et sentralt argument som Sosial- og helsedirektoratet legger til grunn, er at sosialhjelpsordningen og de tjenester som følger av denne (eksempelvis økonomisk rådgivning, sysselsettingstiltak) avhenger av kommunenes økonomiske rammer og prioriteringer og den enkelte saksbehandlers individuelle skjønn. Vi anser det som et velferdsdilemma at det siste sikkerhetsnettet i vår velferdsstat fører til ulike ytelser og ulik tjenestetilgang overfor de mest marginaliserte i vår samfunn. En statliggjøring av sosialhjelpen vil føre til en mer ensartet praksis omkring ytelsene og eventuelt tjenester som utgår fra sosialtjenestelovens kap. 5 (individuelle tilpassede tiltak utover et rent kvalifiseringsløp). Vi vil understreke at forslaget ikke innebærer endringer i sosialtjenestelovens formål og intensjoner etter kapittel 5.

Et samlet ansvar for arbeidslinje

Forslaget innebærer at den nye arbeids- og inntektsetaten får ansvaret for alle i yrkesaktiv alder. Det betyr at alle stønadsmottakere i dagens sosialtjeneste får samme tilgang til aktuelle arbeidsrettede tjenester i regi av den nye etaten. Sosial- og helsedirektoratet deler ikke bekymringen i Rattsøs utredning om at dette kan medføre en målforskyvning i forhold til arbeidslinjen. Sosial og helsedirektoratet er mer bekymret for at foreslåtte modell ikke fanger opp en tilstrekkelig brukergruppe i sosialtjenesten med behov for tilpassede arbeidsmarkedstjenester. Evalueringen av dagpengeordningen i Verdal viser at

arbeidstilpasning overfor gruppen langtids sosialhjelpsmottakere handler om mer enn formidling og kvalifisering (Skog Hansen 2004). For å lykkes i å tilpasse den enkelte til arbeidslivet er det nødvendig med en helhetlig innstans med tverrfaglig oppfølging i kombinasjon med en arbeidssøkerstønad. Et samlet ansvar for også langtidsmottakere med arbeidsevne eller restarbeidsevne fører til at man har en felles avklaring, prioritering og tilpasning av tjenester overfor den enkelte (Møller 2004, Hansen 2004). Det siste innebærer at man må etablere og skreddersy tiltak som går utover de tradisjonelle arbeidsmarkedstiltakene i regi av dagens aetat.

En mer effektiv og brukervennlig arbeids og velferdsforvaltning

Et sentral argument mot en statliggjøring av sosialhjelpen, er at kommunene har et incitament for å holde sosialhjelpsutgiftene under en viss kontroll og igangsette tiltak for å redusere mulige årsaker til sosialhjelpsutbetalingene. Til dette vil Sosial- og helsedirektoratet bemerke følgende;

For det første er ofte årsaken til svingninger i sosialhjelpen arbeidsmarkedssituasjonen, hvor andel arbeidsledige påvirker omfanget av sosialhjelp. Når sosialhjelpen er et statlig anliggende har man som enhetsforvaltning også samlet virkemiddelstrukturen og muligheter for å tilpasse denne ut fra gjeldende konjunkturer i arbeidsmarkedet. Man har derfor bedre forutsetninger til å regulere tiltakene også overfor sosialhjelpsmottakere hvor arbeidsledighet er hovedårsak til stønadsforholdet.

For det andre medfører modellen at kasteballproblematikken reduseres og dermed reduseres ressurser som i dag brukes i forhold til kostandsoverveltningsproblematikk.

For det tredje kan man både tilpasse og frigjøre ressurser knyttet til stønadene og saksbehandling av disse. Erfaringene fra Verdal viser at en felles økonomisk avklaring fører til en mer prioritert og målrettet innsats overfor brukerne (Skog Hansen 2004).

For det fjerde vil et samlet statlig ansvar også for sosialhjelpsmottakere knytte virkemidlene tettere opp mot hele arbeidsmarkedet. Evaluering av Tiltaksforsøket viser at de kommunale tiltakene lett forblir kommunale i sin orientering. Man retter mulighetene for arbeidsetablering innenfor det kommunale arbeidsmarkedet og har i mindre grad inngått et samarbeid med det private næringsliv som dagens aetat både har lange tradisjoner på og bedre forutsetninger for (Lødemel 2004).

For det femte foreslår Sosial- og helsedirektoratet opprettelse av en statlig rehabiliteringsstønad som et incitament for kommunene til å iverksette tiltak overfor grupper med et behov for oppfølging over tid (se nedenfor).

Motvirke stigma

Forskning har jevnlig dokumentert at stønadsmottakere av sosialhjelp vedheftes et stigma. For mange forbindes mottak av sosialhjelp med skam. Sosial- og helsedirektoratet er bekymret for at dette forholdet forsterkes i Rattsøs forslag til modell ettersom stønadsmottakere av kommunal sosialhjelp fremstår som en restkategori med tydeligere marginaliserte trekk. Stønadsordningen kan derfor få et forsterket preg av "fattigkasse" slik Fattigdomsloven fungerte fram til 1964. Når alle stønader samles under ett ansvar, blir dette stigma redusert hvilket også erfaringene fra Samordningsforsøket viser (Møller 2004).

Fornye, styrke og samle det kommunale rehabiliteringsarbeidet

Som vist overfor har forskning på 1990-tallet problematisert at sosialtjenestens rehabiliterings- og attføringsoppdrag er knyttet til inntektssikring. Enkelte evalueringer har sågar fremhevet dette som en mulig årsak til selve stønadsforholdet (Seim og Hjemdal 1992, Syltevik 1996, Skilbrei 1997). Forvaltningsorienteringen med et sett regelverk og byråkrati knyttet til det psykososiale arbeidet kan i seg selv produsere velferdsproblemer. Rollen til

den profesjonelle i denne modellen fremstår både som aktor og advokat, noe som hemmer det psykososiale arbeidet.

Med en statliggjøring av sosialtjenestelovens kapittel 5, vil de øvrige bestemmelsene knyttet til denne lov kobles fra økonomisk sosialhjelp og fremstå som en mer rendyrket kommunal rehabiliteringstjeneste. Dette legger et grunnlag for å se de enkelte virkemidlene som kommunen rår over på området i sammenheng. I dag er dette oppsplittet hvor det kommunale rusmiddelarbeidet i stor grad er avgrenset til den tradisjonelle sosialtjenesten uten umiddelbar tiltang på øvrige kommunale tjenester. Med vårt forslag til modell vil kommunene nå få et mer helhetlig og rendyrket rehabiliteringsoppdrag og se virkemidlene i sammenheng uavhengig av målgruppe. Et vanlig motargument i denne sammenheng er at incitamentet for arbeidet med eksempelvis rusmiddelmisbrukere i kommunen blir svekket når man ikke lenger ser dette i sammenheng med økonomisk sosialhjelp. Sosial- og helsedirektoratet anser det ikke som et særlig dilemma at arbeidet med rusmiddelmisbrukere kobles fra økonomisk sosialhjelp og inngår som en ordinær kommunal tjeneste. I prinsippet skulle det ikke være forskjell på at en rusmiddelmisbruker, ufør eller mottaker av attføring samtidig mottar en statlig ytelse og en kommunal rehabiliteringstjeneste etter kapittel 4 og 6 i sosialtjenesteloven. Tvert i mot mener Sosial- og helsedirektoratet at en frikobling fra økonomisk sosialhjelp vil føre til en avgrenset og mer helhetlig kommunal rehabiliteringstjeneste hvor helsetjenesten også blir en mer tydelig aktør i arbeidet overfor sosialhjelpsmottakere med ulike sammensatte behov og barrierer for å tiltre et arbeidsliv.

Ny rehabiliteringsstønad

Sosial- og helsedirektoratet er oppatt av at arbeids- og velferdsreformen også må medføre en vei videre for de mest utsatte som har sosialhjelp som hovedinntektskilde. Dette er en gruppe sosialhjelpsmottakere med store sammensatte behov og som krever et integrert og helhetlig rehabiliteringsløp over tid. Vi foreslår derfor innføring av en ny statlig rehabiliteringsstønad. Stønaden bør ha samme utforming som den foreslåtte arbeidssøkerstønaden, men rettes mot en gruppe av sosialhjelpsmottakere uten rettigheter i folketrygden, og som har behov for lengre tids rehabiliteringsforløp før et eventuelt arbeidsforhold kan etableres. Man kan søke rehabiliteringsstønaden gjennom det kommunale rehabiliteringsapparatet hvor en forutsetning må være at stønaden forpliktes i en individuell plan som kommunen sammen med brukeren har ansvaret for å følge opp. Sosial- og helsedirektoratet foreslår at det nedsettes et utvalg for å utrede ordningen nærmere.

Midlertidig bolig

Sosial- og helsedirektoratet er usikre på hvorvidt midlertidig bolig etter § 4-5 i sosialtjenesteloven skal bli et statlig ansvar for den nye arbeids- og inntektsetaten. Enkelte forhold tilsier at denne ansvarsoppgaven bør knyttes tettere opp til Husbanken ordninger og virkemidler. Husbanken rår over mange virkemidler overfor målgruppen som retter seg mot de vanskeligstilte på boligmarkedet.

På den annen side er Husbankens støtteordninger delegert ned til kommunene og sterkt knyttet til kommunens øvrige tjenesteområder. Kommunene har også handlingsrom for å disponere ressursene for midlertidige boliger til oppfølgingstjenester i ordinær bolig. Dette tilsier at sosialtjenestelovens § 4-5 fremdeles bør være et kommunalt anliggende både hva gjelder ytelser og tjenester. At midlertidig bolig fremdeles blir et finansielt ansvar i kommunene vil ikke avvike prinsipielt fra andre tjenester som kommunen kjøper på området.

Regjeringen har vedtatt en nasjonal strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet – *På vei mot egen bolig*. I strategien er fire sentrale resultatmål knyttet til midlertidige boliger, herunder en egen kvalitetsavtale. Samtidig er det bestemt å nedsette en nasjonal arbeidsgruppe for å gjennomgå bostøtteordningene. Det siste initiativet er viktig ettersom boutgifter utgjør en stor andel av sosialhjelpsutgiftene. Husbanken har i dag ingen

støtteordninger for enslige sosialhjelpsmottakere som er den mest dominerende stønadsmottakergruppen.

En videre ansvars- og oppgaveavklaring knyttet til sosialtjenestelovens § 4-5 bør vurderes og utredes nærmere.

En utvidelse av arbeidssøkerstønad

Sosial og helsedirektoratet mener at arbeidssøkerstønad kan være et godt virkemiddel forutsatt at ordningen også omfatter brukere med visse barrierer for å kunne tiltre et arbeidsliv. En vesentlig del av langtidsmottakerne ved sosialtjenesten har arbeidsevne eller restarbeidsevne, men med et behov for tilrettelagte og systematiserte attføringsløp der hverdagskomponenter inngår som en del av tjenesteytingen (bolig, nettverk, motivasjon og endringsarbeid). En slik innretning av arbeidssøkerstønad vil ivareta eller erstatte de ulike kommunale tiltakene som i dag opererer i kraft av sosialtjenestelovens attføringsprinsipp. Resultater fra kommunale tiltaksarbeid overfor langtidsmottakere av sosialhjelp viser at om lag en fjerdedel etablerer et arbeidsforhold, mens en videre fjerdedel er i gang med et kvalifiseringsløp. Samtidig vil vi også påpeke andre viktige resultater for deltakere som gjennom disse tiltakene ikke har lyktes å etablere et arbeidsforhold eller et kvalifiseringsløp i form av en vesentlig forbedring av livskvaliteten (Lødemel 2004).

DEL 6 AVSLUTTENDE KOMMENTARER KNYTTET TIL DEN ORGANISATORISKE REFORMEN OG SOSIALTJENESTEN

Sosial og helsedirektoratet kan ikke se at noen av de modellene som er foreslått vil løse alle dilemmaene dagens forvaltningsstruktur står overfor. Dette gjelder ikke minst grensesnittproblemer i ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og stat. Sosial- og helsedirektoratets forslag bygger på overordnede vurderinger som blant annet grunnes i foreliggende dokumentasjon. Forslaget innebærer at det fremdeles vil være behov for videre utdypinger og utredninger knyttet til visse deler av forslaget. Dette gjelder eksempelvis rehabiliteringsstønad. Et annet sentralt område vi ikke har tematisert nærmere, er endringene og tilpasningen som må til i gjeldende lovverk på området.

Forslaget fra Sosial- og helsedirektoratet innebærer at en del av kommunenes ansvarsområde knyttet til sosialtjenesteloven overføres til et statlig anliggende. Det betyr at forslaget er mer vidtrekkende for kommunen enn det Rattsutvalget legger opp til. Samtidig vil kommunene med vårt forslag få et tydeligere mandat knyttet til rehabilitering og ha forutsetninger for å samordne og målrette dette på en bedre måte enn i dag. Vi mener at vårt forslag er i tråd med hva som anses som god oppgave og ansvarsfordeling mellom kommune og stat.

Forslaget innebærer at det fremdeles vil være en viss oppsplitting mellom (kommunal) rehabilitering på den ene siden og et (statlig) kvalifiserings og reaktiviseringsløp på den andre. Med den foreslåtte rehabiliteringsstønad mener Sosial- og helsedirektoratet at det legges til grunn en sterkere forbindelse mellom det kommunale rehabiliteringsarbeidet og det statlige attføringsarbeidet. .

Skulle Rattsøys forslag bli utgangspunkt for en fremtidig arbeids- og velferdsreform mener Sosial- og helsedirektoratet at det må foreligge et minimum av tilpasninger for at reformen skal ha en viss betydning for brukerne av sosialtjenesten. Dette vil da innebære følgende:

- En mer forpliktende felles førstelinje med en avtalefestet samlokalisering med den kommunale sosialtjenesten og eventuelt også samordning av enkelte tjenesteområder som eksempelvis tilrettelagte tiltak og avklaring knyttet til arbeidssøkerstønad.

- En utvidet arbeidssøkerstønad som fanger opp langtidsmottakere med arbeidsevne eller restarbeidsevne, men som har behov for individuell tilpasning og oppfølging utover et rent kvalifiseringsløp. Stønaden bør derfor utvides til også å gjelde denne gruppen og danne et forpliktende grunnlag for samarbeid mellom kommunen og den nye arbeids- og inntektsetaten.
- Innføring av en ny statlig rehabiliteringsstønad som fanger opp en større andel av langtidsmottakere med store sammensatte behov. Kommunene kan søke arbeids- og inntektsetaten om stønaden hvor det forutsettes at det foreligger en forpliktende individuell plan som er avtalt med brukeren.
- Harmonisering av regelverket. For å hindre ansvarsfraskrivelse mellom tjenester og sektorer vil det være nødvendig med en harmonisering av regelverket i nye arbeids og inntektsetaten, pensjonsetaten og sosialtjenesten. Likeledes vil det være nødvendig å forenkle regelverket både for brukere, tjenesteytere og kommuner. Vi vil i denne forbindelse særlig vise til det arbeidet som Lovvutvalget for bedre harmonisering av den kommunale helse- og sosialtjenesten (Bernt-utvalget) la fram i sin innstilling av 11.10.04.
- IKT-løsninger og felles faglig plattform. Dersom sosialtjenesten fortsatt blir kommunal, må utfordringen i forhold å uthente informasjon fra statlige instanser løses.

DEL 7 UTSATTE GRUPPER: BETINGELSER FOR EN VELLYKKET REFORM AV VELFERDSFORVALTNINGEN

Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å følge med på utviklingen i levekårene for utsatte grupper. Personer med ulike funksjonshemninger er en viktig og stor gruppe som velferdsforvaltningen skal yte gode og helhetlige tjenester til. Dette er også et viktig perspektiv for den framtidige velferdsforvaltningen. Våre forslag til endringer i eksisterende oppgave- og ansvarsfordeling vil også omfatte disse gruppene. Vårt forslag vil legge grunnlaget for et mer helhetlig kommunalt rehabiliteringsansvar, noe som også vil komme disse gruppene til gode.

Følgende statistiske data sier noe om størrelsen på gruppen med funksjonsnedsettelse:

- SSB regner med at det er ca. 475.000 funksjonshemmede i aldersgruppen 16 – 66 år.
- Ca. 30.000 personer har sjeldne funksjonshemninger.
- Nærmere 45.000 personer i aldersgruppen 20 – 69 år er årlige brukere av hjelpemiddel fra hjelpemiddel sentralene (Statsbudsjettet)
- Nærmere 50.000 personer i aldersgruppen 0 – 17 år mottar i dag hjelpestønad eller grunnstønad (Statsbudsjettet)
- Nærmere 15.000 personer i aldersgruppen 0 – 19 år er årlige brukere av hjelpemiddel fra hjelpemiddel sentralene (Statsbudsjettet)

Innledningsvis vil vi også trekke fram følgende punktvisse eksempler om funksjonshemmede som indikerer hvilke sammensatte og kompliserte behov mange kan ha. Helsesituasjonen for ulike utsatte grupper har stor betydning, men har ofte blitt oversett. I en større undersøkelse i sosialtjenesten har det vist seg å være lite kunnskap i denne tjenesten om funksjonshemmedes behov generelt, om deres behov for helsetjenester, samt om tilrettelagt opplæring på ulike nivå.

Tre korte eksempler:

Unge uten arbeidserfaring med spesielle behov pga. funksjonsnedsettelse, som har behov for ulike former for bistand for å få en sjanse på arbeidsmarkedet

Voksne som får endret livssituasjon pga. sykdom eller ulykke, noe som kan medføre varige funksjonsvansker og som medfører behov for tjenester fra flere instanser, f.eks helse, opplæring

Eldre, yrkesaktive funksjonshemmede som nærmer seg pensjonsalderen, men pga. forverring av helsetilstanden står i fare for å bli skjøvet ut av yrkeslivet. Nyere undersøkelser viser at mennesker som har vært funksjonshemmet hele eller store deler av livet blir tidligere gamle enn kronologisk alder tilsier

Arbeidsmulighetene til funksjonshemmede og familier med funksjonshemmede barn

Familier med funksjonshemmede barn kan ha behov for ulike tjenester, tiltak og stønader til nytte for både barn og foreldre. Barn kan ha behov for ulike hjelpemidler og grunn- og hjelpestønad, familien kan trenge støtte til spesialbil, avlastingstiltak og ev. andre tjenester. Familiens totale situasjon kan medføre at en eller begge av foreldrene må endre sin arbeidssituasjon. Disse familiene vil ha stort behov for å møte et samordnet tjenestetilbud innenfor den tradisjonelle velferdsforvaltningen. I tillegg vil det være betydelige koordineringsbehov mot andre tjenester, så som barnehager og utdannings- og opplæringssystemet. Gode, samordnete tiltak og ordninger til funksjonshemmede barn vil ha vesentlig betydning for foreldres anledning til å ta og til å holde på arbeid. (Foreldre til barn med medfødte tilstander som forverrer seg er spesielt utsatt.)

Familier med funksjonshemmede barn understreker hvor viktig det er for en brukerrettet velferdsforvaltning å anlegge et livsløpsperspektiv.

Samarbeid med helsetjenesten, hjelpemiddelsentralene m.m.

For mange funksjonshemmede vil ulike hjelpemidler og tilrettelegging være en viktig faktor for å kunne delta i arbeidslivet (og også i fritidsaktiviteter) på linje med andre. Hjelpemidler og bilstønad/transport vil være kritiske suksessfaktorer i en samordning. Det er derfor nødvendig at hjelpemiddelsentralene integreres i den nye velferdsforvaltningen.

Mange unge og voksne funksjonshemmede vil være avhengig av både medisinsk behandling, rehabilitering/ et spesialisert habiliteringstilbud for å kunne gjennomføre en utdanning og for å bli "frisk nok" til å være yrkesaktiv med varig(e) funksjonsvansker. Det er derfor viktig med samarbeid og samordning med helsetjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

For mange vil løsning av transportproblemet være viktig for å kunne delta i arbeidslivet, det er nødvendig å ha transportordninger som fungerer i forhold til arbeidet. Selv om vi utvikler et bedre kollektivtransporttilbud vil bilstønadsordningen eller andre transportløsninger være en helt avgjørende faktor for mange. Lokalkunnskap i velferdsforvaltningen er en forutsetning for gode løsninger. For eksempel må spesialtransport være en mulighet selv om man bor og jobber i to forskjellige kommuner; det er et problem med dagens ordninger.

Individuell plan som forpliktende virkemiddel

SHdir mener at en rettighetsfestet individuell plan kan være et godt virkemiddel for mennesker med sammensatte behov for tiltak og tjenester. Rettighetsfestingen må omfatte alle aktuelle tjenester og etater og må også fastslå hvem som skal ha koordinatørrollen og ansvar for at tjenesten samordnes. Innholdet i individuell plan må derfor utvides og tydeliggjøres i forhold til dagens individuelle plan(er).

Individuell plan kan være et redskap for å utvikle nært og forpliktende samarbeid mellom ulike tjenester, så som den nye velferdsforvaltningen, helsetjenestene og utdanningssektoren.

Spørsmål knyttet til habilitering og rehabilitering må avklares og et løp for oppfølging må legges. Habilitering og rehabilitering kan dreie seg om alt fra kortvarig opptrening etter skade, til svært omfattende og lange prosesser. Ansvarsfordelingen i habiliterings- og rehabiliteringsprosessene og overgangene mellom prosessene må tydeliggjøres.

En god prosess er kjennetegnet ved at det er sammenheng mellom de enkelte delene, og at overgangene blir ivarettatt. En må kunne ivareta parallelle løp og overgangene mellom skole og arbeid, medisinsk rehabilitering og yrkesmessing attføring, oppfølging fra attføringstiltak og inn i ordinært tilsetningsforhold.

SHdir ser det som viktig at rehabilitering, bolig, transport og arbeidsbehov tas inn i brukerens individuelle plan. Også behov for individuell tilrettelegging og hjelpemidler både hjemme og i arbeidslivet må inn i planen.

Det må være et siktemål at hver bruker med sammensatte problemer får en egen (kommunal) koordinator å forholde seg til.

Individuell plan kan også være et viktig redskap for å etablere en brukerrettet velferdsforvaltning i en utvidet forstand for de mange menneskene hvor det foreligger krevende og sammensatte problemer.

Tilgjengelighet og det tilgjengelige samfunn

Det er behov for at **universell utforming** vektlegges i den nye velferdsforvaltningen slik at barrierene for enkeltmennesker i møte med tjenesteapparatet fjernes. I den nye velferdsforvaltningen er det viktig at en tar med seg følgende grunnleggende forutsetninger:

- Trinnfri adkomst til alle offentlige kontor. Det må stilles krav om at alle kan komme inn i og bli betjent av en tjenestekvinne på lik linje med alle andre.
- Reserverte parkeringsplasser for forflytningshemmede like ved inngangen.
- Muligheter for kommunikasjon om sin sak skjermet fra andre. Enten man har hørselbegrensninger, synshemming eller snakker dårlig må det være tilrettelagt for kommunikasjon. Dette stiller krav til fysiske strukturer, teknisk utstyr og opplæring av personell.
- Informasjon må utformes på en slik måte i skrift og på nett at den er godt lesbar, finnes i lettestvarianter, storskrift og evt. blindeskrift. At nettinformasjon må baseres på wai standarder.
- At alle skjemaer i papir eller nettversjon skal kunne benyttes av svaksynte og blinde.
- Ledelinjer og belysning som sikrer orientering.

I den framtidige samlokaliseringsprosessen må det legges vekt på at lokalene har god fysisk tilgjengelighet og blir lokalisert ved et sentralt transportknutepunkt.

Selv med universell utforming som basis, må ikke IKT-forvaltningstjenester innføres uten alternativer for personlig assistanse.

Arbeidsevne og funksjonsvurdering

SHdir ser det som svært viktig med fagutvikling på området funksjonsvurdering og restarbeidsevne. En må se på arbeidsevne mye mer i forhold til arbeidsoppgaver enn til tradisjonelle medisinske klassifiseringer. Moderne arbeidsliv stiller nye krav, disse må identifiseres og drøftes når en skal inkludere mennesker med ulike funksjonsnedsettelse.

En spesiell utfordring er å utvikle tiltak som gir funksjonshemmede ungdommer muligheter for arbeidstrening.