

**Møte tirsdag den 11. november kl. 10.45**President: **Berit Brørby**

D a g s o r d e n (nr. 4):

1. Innstilling fra finanskomiteen om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven) (Innst. O. nr. 7 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 107 (2002-2003))
2. Innstilling fra finanskomiteen om lov om endring i lov 22. juni 1990 nr. 36 om Statens petroleumsfond (Innst. O. nr. 2 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 2 (2003-2004))
3. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i folketrygdlova (refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis) (Innst. O. nr. 3 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 89 (2002-2003))
4. Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell) (Innst. O. nr. 9 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 66 (2002-2003))
5. 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) (Innst. O. nr. 4 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 54 (2002-2003))
6. Referat

*Valg av settepresidenter*

**Presidenten:** Presidenten vil foreslå at det velges tre settepresidenter for Odelstingets møter i inneværende og neste uke – og anser det som vedtatt.

Presidenten ber om forslag på settepresidenter.

**Hill-Marta Solberg (A):** Jeg foreslår Sigvald Oppebøen Hansen, Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Grethe Fossli.

**Presidenten:** Sigvald Oppebøen Hansen, Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Grethe Fossli er foreslått som settepresidenter. – Andre forslag foreligger ikke, og Sigvald Oppebøen Hansen, Oddbjørg Ausdal Starrfelt og Grethe Fossli anses enstemmig valg som settepresidenter for inneværende og neste ukens møter i Odelstinget.

Statsråd **Per-Kristian Foss** overbrakte 1 kgl. proposisjon (se under Referat).

**S a k n r . 1**

*Innstilling fra finanskomiteen om lov om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven)* (Innst. O. nr. 7 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 107 (2002-2003))

**Torstein Rudihagen (A)** (ordfører for saka): Ot.prp. nr. 107 for 2002-2003 er ei oppfølging av stortingsvedtak av 13. desember 2002, der Stortinget bad Regjeringa kome attende med forslag til lovreglar som gir offentlege kreditorar heimel til å godta forslag til frivillig gjeldsordning. Det var eit samla storting som stod bak dette vedtaket, som opnar for at gjeldsordning kan bli eit viktig verktøy for å rydde opp i gjeldssaker der det offentlege er ein av kreditorane, ei opprydding som er til beste både for skyldnarar og kreditorar.

Regjeringa har i proposisjonen følgd dette opp på ein god måte, og ein samrøystes komite sluttar seg til endring i gjeldsordningslova som gir det offentlege heimel til å vere med på frivillig gjeldsordning.

Når det gjeld nedsetting av bøter som ledd i ei frivillig gjeldsordning, har proposisjonen ei eiga vurdering av dette spørsmålet, ei vurdering som konkluderer med at det i § 4-12 tredje ledd blir gjort unntak for bøter – ein konklusjon som òg ein samrøystes komite sluttar seg til. Eg finn derfor ingen grunn til å gå nærare inn på dette spørsmålet.

I Regjeringas forslag til ny § 4-12 er det teke inn ei presisering av at ei avgjerd om forslag til gjeldsordning skal godtakast, ikkje reknast som enkeltvedtak etter forvaltningslova. Eit mindretal i komiteen bestående av Framstegspartiet, SV og Kystpartiet fremjar forslag om at dette skal reknast som enkeltvedtak etter forvaltningslova, og at det er dette som skal presiserast i lova. Representantar for desse partia vil sikkert sjølve gjere greie for forslaget, men i innstillinga er forslaget i det vesentlege grunnlagt med rettstryggleiken til dei private partar dersom den offentlege kreditoren avslår frivillig gjeldsordning.

Når Arbeidarpartiet sluttar seg til Regjeringas forslag på dette punktet, er det ut frå følgjande:

For det første: I slike saker der det offentlege er kreditor, blir jo det offentlege ein part på lik linje med andre kreditorar. Representanten for det offentlege opptre alt så ikkje her først og fremst som myndigheitsutøvar, men som kreditor.

Det andre her er spørsmålet om ei slik klagemoglegheit etter forvaltningslova i praksis vil betre tryggleiken. I gjeldsordningslova er det jo ei ordning med tvungen gjeldsordning. Ved avslag på frivillig gjeldsordning kan det klagast til namsretten med «begjæring om tvungen gjeldsordning». Namsmannen vil da nettopp måtte vurdere dei forholda som er grunngevinga for avslaget. Her vil det da bli vurdert om det er grunnlag for tvungen gjeldsordning. Etter mitt syn skulle da rettstryggleiken her bli vareteken. I praksis vil dette antakeleg fungere betre, raskare og med mindre ressursbruk enn ved å gå vegen om ei klagebehandling etter forvaltningslova.

Forslaget om tvungen gjeldsordning må fremjast innanfor gjeldsforhandlingsperioden, som er på tre månader. Vanlegvis vil eit eventuelt avslag på frivillig gjeldsordning kome i slutten av denne tremånadersperioden, for det er først da ein har full oversikt over debitors gjeld og har fått høve til å utarbeide eit forslag til frivillig gjeldsordning. Om det da skulle setjast fram ein

forvaltningsklage, vil ein oftast ikkje rekke å ferdigbehandle han før fristen for å be om tvungen gjeldsordning går ut. Skyldnaren må antakeleg likevel fremje krav om tvungen gjeldsordning før det blir for seint.

Eit anna forhold, som for så vidt ikkje er tema i Ot.prp. nr. 107, er spørsmålet om ein minstesats å leve av for skyldnaren i gjeldsordningsperioden. Når det likevel er blitt eit tema i innstillinga, er det fordi Regjeringa ikkje har følgd opp stortingsfleirtalets merknad i Innst. O. nr. 15 for 2002-2003. Her skreiv eit fleirtal bestående av Arbeidarpartiet, Framstegspartiet, SV, Senterpartiet og Kystpartiet at

«ingen skyldner bør ha mindre å leve av enn 85 pst. av minstepensjon. Dette bør departementet innarbeide i framtidige veiledende satser».

I staden for å følgje dette opp sender Barne- og familiedepartementet ut eit rundskriv den 30. juni med rettleiande satsar som tilsvarar ca. 75 pst. av minstepensjon. I St.prp. nr. 1 frå Barne- og familiedepartementet og i eit svar til finanskomiteen på bakgrunn av eit spørsmål om denne saka argumenterer departementet for å behalde ein så vidt låg sats. Her blir det m.a. sagt at ein nøktern levestandard under gjeldsordning er grunnleggjande nødvendig m.a. for at allmennheita skal akseptere ordninga. Det siste er eg einig i, men skal tru om ikkje den same allmennheita òg vil meine at det å leve av 85 pst. av minstepensjon ikkje er noko overdådig tilverre, men nettopp eit nøkternt.

Dette spørsmålet vil bli behandla i samband med behandlinga av Barne- og familiedepartementets budsjett, og eg skal derfor ikkje bruke meir tid på det no. Eg vil berre streke under at det same stortingsfleirtalet som stod bak 85 pst.-regelen i Innst. O. nr. 15 frå i fjor, står fast på dette og vil følgje opp det standpunktet ved behandlinga av Barne- og familiedepartementets budsjett.

**Siv Jensen (FrP)** (komiteens leder): Saksordføreren har for så vidt redegjort godt for de ulike mindretall og flertall som fremkommer i innstillingen. Jeg vil bare få lov til å ta opp mindretallsforslaget fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kystpartiet.

Jeg har lyst til å understreke at det faktisk er av rettsikkerhetshensyn at dette forslaget er fremmet. Mindretallet mener at gjeldsordningsloven ikke bør inneholde den foreslåtte særbestemmelse om unntak fra forvaltningslovens bestemmelser, men at det tvert imot bør presiseres at avgjørelse om at frivillig ordning skal godtas, skal regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Det mener vi ville gitt en betydelig større grad av rettsikkerhet for berørte parter. Dette er bakgrunnen for at forslaget fremmes, men jeg registrerer at det er et mindretall som står bak.

**Presidenten:** Representanten Siv Jensen har tatt opp det forslag hun refererte til.

**Heidi Larssen (H):** Da det er enstemmighet i komiteen om Regjeringens forslag til nye regler, som gir også offentlige kreditorer hjemmel til å godta forslag til en fri-

villig gjeldsordning, vil jeg bare knytte et par kommentarer til to av de andre spørsmålene som er berørt.

Når det gjelder de veiledende satser for livsopphold under gjeldsordning, ligger oppfølgingen av det i familie-, kultur- og administrasjonskomiteen. Jeg vil bare understreke at skal man beholde legitimiteten av en gjeldsletteordning, er en nøktern levestandard grunnleggende nødvendig, både for at allmennheten skal akseptere ordningen, og for at tapet skal bli minst mulig for den som har lånt ut pengene.

Regjeringspartiene har også uttalt at man ønsker større fleksibilitet ut fra både skyldnerens personlige forhold og andre lokale forhold i utmålingen av sats for livsopphold enn det en standardsats vil kunne gi.

Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kystpartiet foreslår at et vedtak fra det offentlige om at man skal godta frivillig gjeldsordning eller ikke, skal anses som et enkeltvedtak. Flertallet er enig med Regjeringen i at et slikt vedtak ikke skal anses som et enkeltvedtak etter forvaltningsloven. Som også saksordføreren har understreket, er det fordi den private part ikke har samme behov for forvaltningslovens rettsikkerhetsgaranti i denne type saker, da den private parten vil være interessert i at det offentlige godtar frivillig gjeldsordning og dermed nedsettelse av kravet. Og for det andre: Hvis det skulle bli avslag, vil gjeldsordningsprosessen bevege seg mot tvungen gjeldsordning, hvor det vil kunne være uklokt å vente på en forvaltningsklage. Man kan tape mye tid, som kan være til ugunst for både skyldneren og hans/hennes kreditorer – gjelden løper. Og for det tredje, som saksordføreren var inne på, er det offentlige i denne sammenheng å anse som en part selv.

Det er altså etter flertallets mening ingen gode grunner for at forvaltningslovens saksbehandlingsregler om enkeltvedtak bør komme til anvendelse ved frivillig gjeldsordning. Vi ønsker derfor heller ikke at de skal gjøre det.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 1. (Votering, se side 30)

## S a k n r . 2

*Innstilling fra finanskomiteen om lov om endring i lov 22. juni 1990 nr. 36 om Statens petroleumsfond (Innst. O. nr. 2 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 2 (2003-2004))*

**Presidenten:** Ingen har bedt om ordet. (Votering, se side 31)

## S a k n r . 3

*Innstilling frå sosialkomiteen om lov om endringar i folketrygdlova (refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis) (Innst. O. nr. 3 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 89 (2002-2003))*

**Presidenten:** Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 10 minutter til

Kristelig Folkeparti og 5 minutter til hver av de øvrige gruppene.

Videre vil presidenten foreslå at det ikke blir gitt anledning til replikker etter de enkelte innlegg, og at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

**Beate Heieren Hundhammer (H)** (ordfører for saken): En samlet sosialkomite har gitt sin tilslutning til at svangerskapskontroll hos jordmor i privat praksis skal bli gratis. Ved å innføre refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis sikres den gravide frihet til selv å kunne velge om hun ønsker oppfølging av svangerskapet hos lege eller jordmor.

Selv om en samlet komite går inn for refusjon fra folketrygden, går det fram av merknadene at de ulike argumentene for å gjøre denne lovendringen vektlegges noe forskjellig av de ulike partiene. I tillegg ønsker ikke Fremskrittspartiet å forutsette driftsavtale med kommunen for å utløse refusjon.

Jeg forutsetter at de andre partiene begrunner sitt syn, så jeg vil konsentrere meg om begrunnelsen fra regjeringspartiene og Høyre spesielt.

Den viktigste grunnen til å innføre refusjon for privatpraktiserende jordmødre er å sikre den gravide en reell frihet i forhold til hvem som skal ha hovedansvaret for oppfølgingen under svangerskapet. Retten til gratis svangerskapsomsorg må gjelde enten kvinnen ønsker å gå til lege eller til jordmor, og være uavhengig av om det er privat eller offentlig virksomhet. I dag gjelder denne retten ved oppfølging av jordmor bare dersom jordmor er offentlig ansatt eller ansatt hos privatpraktiserende lege. Det er uakseptabelt at den gravide selv skal betale dersom hun velger å gå til en privatpraktiserende jordmor, kanskje på grunn av mangel på et offentlig tilbud.

Samtidig er dette en viktig anerkjennelse av jordmors selvstendige rolle i svangerskapsomsorgen. Jordmor kan ha en sentral rolle i oppfølging av gravide, og dette bør gjenspeiles i hvordan dette tilbudet er organisert. Den nye bestemmelsen legger til rette for en likestilling av jordmødre som er ansatt på helsestasjon eller hos lege, og de jordmødrene som driver egen virksomhet.

Retten til refusjon fra folketrygden forutsetter driftsavtale med kommunen. Kravet om en kommunal driftsavtale som vilkår for refusjon har sammenheng med at kommunen har ansvaret for å yte helsetjenester som et ledd i svangerskapsomsorgen. Dette ansvaret må følges opp av en kommunal frihet til å organisere tilbudet. Sosialkomiteen har imidlertid understreket at de som driver virksomhet av et visst omfang, bør få tilbud om slike avtaler.

En anerkjennelse av jordmors selvstendige rolle i svangerskapsomsorgen, slik denne loven vil bidra til, vil også kunne føre til en større etterspørsel etter jordmor, noe som igjen vil føre til press på de kommunale myndigheter for å sørge for en bedre jordmordekning.

En enstemmig komite har pekt på at jordmødre tilknyttet helsestasjoner og privatpraktiserende leger har

mulighet innenfor gjeldende regelverk til å utløse refusjon for mer enn selve svangerskapskontrollen. Komiteen har derfor understreket at forskriftene må utformes slik at kvinnens valgfrihet med hensyn til hvem som skal ha hovedansvaret for svangerskapsomsorgen, blir reell, og slik at man unngår unødvendige trygderefusjoner ved at den gravide må foreta tilleggskonsultasjoner hos annet helsepersonell.

Det er ikke sosialkomiteens eller Stortingets oppgave å utarbeide forskrifter, men et flertall i komiteen har forutsatt at refusjon for svangerskapskontroll også inkluderer såkalt etterkontroll. Videre legger en enstemmig komite til grunn at jordmor fortsatt, gjennom ny § 5-12, skal få refusjon for familieplanlegging som gjøres som en del av svangerskapsomsorgen, slik det i dag er hjemmel for gjennom § 5-11, som foreslås opphevet. I denne sammenheng ber også komiteen om at Regjeringen fastsetter en honorartakst for individuell prevensjonsveiledning for jordmødre.

Når en enstemmig komite legger til grunn at familieplanlegging skal videreføres som i dag, må jeg imidlertid understreke at Regjeringen ikke har foreslått noen innstramming i forhold til dagens ordning, som innebærer refusjon for familieplanlegging som en del av svangerskapsomsorgen.

Proposisjonen omtaler også nivået på taksten for hjemmefødsler der jordmor ikke har driftsavtale eller kommunal stilling. Et flertall i komiteen støtter Regjeringens vurdering om å øke denne taksten, slik at den jordmoren som har ansvar for hjemmefødsel, også får mulighet til å utføre svangerskapskontrollene. Det skulle bare mangle om ikke gravide som ønsker å føde hjemme, skulle få den tryggheten det er at den samme jordmor som har ansvar for fødselen, også har ansvaret for svangerskapskontrollen, selv om jordmoren ikke har avtale med kommunen.

Høyre er svært fornøyd med at denne loven er på plass. Dette har vært en prosess som begynte med behandlingen av den såkalte akuttmeldingen, hvor Arbeiderpartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti stod bak et forslag der en bad Regjeringen fremme forslag til lovfesting av den trygderefusjon som vi i dag behandler. Denne odelstingsproposisjonen inviterer Stortinget til å vedta en lov som legger til rette for større valgfrihet og mangfold i svangerskapsomsorgen. En kvinne skal ha rett til gratis svangerskapsomsorg uavhengig av om hun går til lege eller jordmor, og uavhengig av om det er offentlig eller privat virksomhet.

**Gunn Olsen (A):** Når Odelstinget i dag behandler Ot.prp. nr. 89 for 2002-2003, som omhandler refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmødre i privat praksis, vil det bety en viktig lovendring for gravide kvinner. Vi er også kjent med at jordmødrene sjøl har vært veldig opptatt av muligheten for refusjon.

Når fokuset på refusjon har vært så sentralt i denne saken, er det viktig for Arbeiderpartiet å presisere at vi ikke på noen måte har ønsket at jordmorens sentrale rolle i den kommunale svangerskapskontrollen skal komme i

bakgrunnen. Det tror vi heller aldri har vært verken jordmororganisasjonenes eller Stortingets mening.

I innstillingen til akuttmeldingen fremmet flertallet, som Arbeiderpartiet var en del av, forslag om trygderefusjon for svangerskapskontroll utført av jordmødre i privat så vel som i offentlig virksomhet. Det får vi nå, sjøl om det er nyanser i komiteens syn, slik saksordføreren redegjorde for, og slik det framgår av merknadene fra komiteen. Men det vil være med på å sikre jordmødrenes plass i primærhelsetjenesten, og det er det som er viktigst for oss.

I valgkampen fikk vi en henvendelse fra en gravid kvinne på Rena. Det var ikke noen jordmor der, på grunn av sykdom, og kommunen klarte ikke å skaffe vikar. Den vordende moren, som ønsket å fortsette med svangerskapsoppfølging hos jordmor, tok kontakt med kommunehelsetjenesten i nabokommunen, som var Elverum. Der var det også helt fullt. Men en privatpraktiserende jordmor hadde mulighet til oppfølging gjennom hele svangerskapet. Det kostet 6 000 kr. Det er et eksempel, men det er dessverre ikke enestående. For de aller fleste er det ganske mye penger, og slik kan det ikke fortsette å være. Det er urimelig at de som velger privat løsning, ofte i mangel av et offentlig tilbud, må betale dette sjøl. Derfor er det så viktig at vi nå får disse refusjonsreglene som sikrer alle gravide et likt tilbud.

Det er betryggende at de private jordmødrene må ha avtale med kommunen, ikke minst ut fra hensynet til geografisk fordeling av jordmødre. Vi vet at små kommuner er sårbare og kan bli helt uten jordmor i perioder. Arbeiderpartiet håper at denne refusjonen for jordmødre med privat driftsavtale bedrer småkommunenes muligheter til samarbeid om både fravær og vakanser. Vi ønsker oss jo levende bygder og levende byer med mange barn. Derfor er det så viktig at vi nå sikrer gratis og god svangerskapsoppfølging.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Det er i all hovedsak en enstemmig komite som stiller seg bak selve forslaget om en lovfesting av trygderefusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis. I den forbindelse vil jeg bare stille meg bak det som saksordføreren var inne på i sitt innlegg, hvor hun redegjorde på en helt utmerket måte for det som egentlig er hele komiteens syn.

Fremskrittspartiet har ett divergerende syn i denne saken. Det går på den begrensningen som det legges opp til, ved et krav om at jordmor skal ha avtale om driftstilskudd med kommunen. Dette er en begrensning som etter Fremskrittspartiets mening er så betydelig at vi vil stemme imot dette forslaget. Vi mener at det er den kompetansen som jordmoren innehar i utgangspunktet, som skal være utslagsgivende for refusjon, og ikke om vedkommende må ha fått en driftsavtale med kommunen. Derfor vil Fremskrittspartiet stemme imot § 5-12 første ledd andre punktum som går på selve begrensningsbiten, og stemme for resten.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** SV er opptatt av at vi skal ha en god svangerskapsomsorg med et likeverdig tjenes-

tilbud over hele landet, uavhengig av hvor man måtte bo. Det som vil være helt sentralt i et slikt tilbud, er at jordmoren spiller en nøkkelrolle. Vi tror at en svangerskapsomsorg basert kun på kontakt med lege er en mangelfull svangerskapsomsorg, og at jordmoren har så mye verdifullt å tilføre at det er viktig med aktive tiltak som ledd i å rekruttere jordmødre til alle landets kommuner, eventuelt i et samarbeid mellom ulike kommuner, for på den måten å sikre det.

SV har vært skeptisk til det som ble tatt opp i forbindelse med behandlingen av akuttmeldingen i Stortinget, en tilnærming som skulle gå på en generell refusjonsrett for jordmødre uten at det var bundet opp til forpliktelser. Grunnen til at vi var skeptisk til det, var at det kunne virke mot sin hensikt, nemlig at man ville rekruttere mange jordmødre når det ble gitt refusjonsrett, til de deler av landet som allerede hadde best jordmordekning, og på den måten ville man kunne risikere at nettopp distrikter som slet med å rekruttere jordmødre, ikke fikk jordmødre.

Derfor er vi glad for den tilnærmingen som Regjeringen har valgt, fordi man knytter dette opp til et kommunalt driftstilskudd. Det betyr at kommunen i så fall ville se seg tjent med å ha et driftstilskudd alternativt til en fastlønnsavtale og på den måte foreta en vurdering med hensyn til hva som er mest tjenlig.

Det betyr også at kommunen vil ha mulighet til å legge føringer med tanke på hvordan jordmorens praksis skal være, inkludert deltakelse på helsestasjon, eventuelt i et samarbeid med en helsestasjonslege eller en av fastlegene. På den måten kan man få til en helhetlig svangerskapsomsorg. SV har dermed ikke noen problemer med å støtte forslaget, slik det nå foreligger fra Regjeringen, fordi den typen føringer er lagt.

Komiteen skal senere diskutere lov om bioteknologi, og jeg vil si at det å sikre jordmorens plass, det å sikre en basal svangerskapsomsorg er viktig også i det perspektivet. Det man ofte glemmer, er at det er de nære ting den omsorgen handler om, ikke den veldig teknologiserte hverdagen, kanskje i regi av høyt spesialiserte gynekologer, der de basale tjenestene ikke ivaretas på en god nok måte. For SV vil det derfor være særdeles viktig å utvikle de tjenestene, slik at man rekrutterer flest mulig jordmødre og sikrer at jordmoren beholder, ikke mister, sin plass i svangerskapsomsorgen framover. Man må ikke glemme at svangerskapsomsorg først og fremst handler om det normale, ikke om tilstander som er unormale, eller som skulle gi opphav til frykt, men om helt basale, normale funksjoner som de fleste kvinner gjennomlever i løpet av et liv, og som skal ivaretas på en trygg og basal måte. Også i det perspektivet vil vi være opptatt av å utvikle tjenestene i et samarbeid, med modeller for samarbeid hvor både jordmor og fastlegen skal spille en nøkkelrolle, og hvor de spesialiserte tjenestene først og fremst skal ha en plass når det er behov for det ut fra undersøkelser som dokumenterer et slikt behov, slik at man unngår et helt unødvendig forbruk av ressurser på for høye nivåer, ofte i konflikt med hva som vil være tjenlig for den gravide og hennes pårørende.

**Åse Gunhild Woie Duesund (KrF):** Få har et så spennende yrke som jordmødrene – så nær innpå livet og døden. Jordmødrene har alltid hatt en sentral rolle hver gang et barn er kommet til verden. Deres kompetanse er som regel helt avgjørende for at fødselen skal få et lykkelig utfall. Jordmødrenes innsats er en av årsakene til at vi i Norge har en så god fødselsstatistikk for levende fødte barn. En viktig årsak til gode resultater er nok at mødrene blir fulgt opp med svangerskapskontroller fra tidlig i graviditeten.

Den stabile og kontinuerlige kontakten med samme jordmor og lege er med på å formidle trygghet for kvinner som er i en sårbar situasjon. Disse kontrollene ble tidligere lagt kun til helsestasjonene, men har siden 1995 også blitt utført av jordmor som har vært tilsatt hos en privatpraktiserende lege. Noen få jordmødre har drevet svangerskapsomsorg i privat praksis med full egenbetaling.

Kristelig Folkeparti støtter forslaget om endringer i folketrygdloven § 5-12 som fører fram til at det åpnes for at jordmødre i privat praksis kan kreve trygderefusjon for svangerskapskontroll. Til nå har kvinner som har benyttet privatpraktiserende jordmødre, betalt alt det selv. Forslaget sikrer kvinnens valgfrihet i og med at alle kvinner, uansett økonomisk status, kan benytte seg av den jordmoren de ønsker, forutsatt at jordmoren har kommunal driftsavtale. Dersom det er faglig forsvarlig og det ligger til rette for hjemmefødsel, skal kvinnen fortsatt få velge dette.

Det er de samme prinsippene som legges til grunn for stønad fra trygden for privatpraktiserende jordmødre som f.eks. fysioterapeuter. Kristelig Folkeparti ser det som en kvalitetssikring for de gravide at begge disse grupper nå får driftsavtale. Mange fysioterapeuter driver med svangerskapskurs.

Driftsavtale sikrer at jordmødrene blir integrert i kommunehelsetjenesten. Det bør komme klart fram i avtalen hvordan samarbeidet med f.eks. legetjenesten og helsestasjonen skal organiseres, slik at disse sammen kan drive forebygging og forberedende fødselskurs.

Jeg tar det for gitt at refusjon for svangerskapskontroll også inkluderer såkalt etterkontroll.

Kristelig Folkeparti ønsker ikke å gå så langt som Fremskrittspartiet, som ønsker å la alle jordmødre få trygderefusjon, også uten kommunale driftsavtaler i bunn. Til nå har mange distriktskommuner slitt med rekruttering av jordmødre. Erfaring viser at dersom en utelater kravet om kommunalt driftstilskudd, kan det føre til en overetablering i sentrale strøk og dermed svekke rekrutteringen i distriktene.

Kristelig Folkeparti støtter flertallet og er glad for den mulighet til trygderefusjon som nå skal gis til privatpraktiserende jordmødre. Det er likevel hensynet til mor og barn som er det viktigste, og som fortsatt ligger til grunn for all svangerskaps- og fødselsomsorg.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Det er stor enighet om å lovfeste trygderefusjon for jordmødre i privat praksis. Senterpartiet ønsker god svangerskapskontroll med et li-

keverdig tilbud over hele landet, og en bedre dekning enn det vi har i dag. Det viser seg at ca. 13 pst. av jordmorstillingene i dag ikke er besatt ute i kommunene, at drøyt 60 kommuner ikke har et eget tilbud, og at 20 kommuner ikke i det hele tatt har noe tilbud. De kommunene som ikke har et eget tilbud, løser dette i samarbeid med jordmortjenesten enten i nabokommunen eller til og med i enkelte tilfeller i nabolandet, etter det jeg kjenner til.

Da Stortinget behandlet St.meld. nr. 43 for 1999-2000, den såkalte akuttmeldingen, reserverte Senterpartiet seg mot, sammen med SV, å innføre en generell refusjonsordning for privatpraktiserende jordmødre. Det var begrunnet i at det kunne bidra til å gjøre det enda vanskeligere for kommuner med rekrutteringsvansker å skaffe seg jordmødre, fordi en generell refusjonsordning særlig ville gjøre det lønnsomt å etablere seg i folkerike områder, der en i utgangspunktet ikke har spesielle rekrutteringsvansker. En generell refusjonsordning, slik Fremskrittspartiet vil ha, vil altså etter vårt syn ikke tjene intensjonen om en bedre geografisk fordeling av jordmødre, men i verste fall bidra til å forsterke de geografiske skjevheter som vi allerede har i dag.

Imidlertid er vi veldig tilfreds med at departementet knytter refusjonsordningen opp til kommunal driftsavtale. Dermed vil det være den enkelte kommunes vurdering av hvordan tjenesten best kan organiseres, som legges til grunn. Disse medlemmer tror at den beste måten å sikre denne rekrutteringen av jordmødre på er å innføre en refusjonsordning som er knyttet til et samlet kommunalt tilbud. Vi støtter derfor lovforslaget. Det må være slik at det er kommunens behov som er avgjørende, og ikke i samme grad hvor stor privat virksomhet som har vært i kommunen på forhånd.

Vi har merket oss at den saken som legges fram av Regjeringen i dag, ikke inneholder rett til refusjon for veiledning i familieplanlegging, og ønsker å påpeke at mange helsestasjoner i dag arbeider med familieplanlegging i helsestasjonen, i mange tilfeller rettet mot ungdommen. Vi mener at et slikt tilbud er viktig og riktig, og synes at dette arbeidet, knyttet til jordmorarbeidet i kommunen, også bør være refusjonsberettiget når det er et tilbud som gis i helsestasjonens regi. Videre mener vi at det må være et nært samarbeid mellom kommunens leger, om det er fastlege eller kommunalt tilsatt lege, og disse privatpraktiserende jordmødrene, slik at man får et helhetlig tilbud som går på svangerskapskontroll og de ting som ligger inne der, pluss dette med familieplanlegging og oppfølging etter at fødsel har skjedd.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Det lovforslaget Odelstinget behandler i dag, innebærer en oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 43 for 1999-2000, den såkalte akuttmeldingen. Stortinget bad da Regjeringen fremme forslag til lovfesting av trygderefusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat så vel som i offentlig virksomhet.

Svangerskapskontroller hos privatpraktiserende lege har lenge vært dekket av folketrygden. For å stimulere kommunene til å organisere svangerskapsomsorg i helse-

stasjon ble det fra 1. januar 1991 innført en egen refusjonsordning for svangerskapsomsorg i helsestasjon. En forutsetning for refusjon var bl.a. et samarbeid mellom lege og jordmor ved helsestasjonen.

Den kommunale jordmortjenesten ble gjort obligatorisk 1. januar 1995. For å legge et grunnlag for at jordmor også i samarbeid med privatpraktiserende lege kan utøve svangerskapsomsorg, ble det ved endring av normaltariffen for leger i mai 1995 innført en takst for svangerskapskontroller utført av jordmor ansatt hos lege.

Trygden gir i tillegg stønad til jordmorhjelp ved fødsler utenfor institusjon, følgetjeneste og vendereis/blindalarm både for privat og kommunal jordmortjeneste.

Det har lenge vært en politisk målsetting å styrke jordmors rolle i kommunehelsetjenesten. Fra et brukersynspunkt er det vesentlig å kunne velge den form for svangerskapskontroll eller -omsorg man ønsker. Eksempelvis vil noen foretrekke medisinske kontroller, kanskje helst hos en lege de kjenner godt. Flere kvinner ønsker svangerskapsomsorg hos jordmor. Andre vil kunne ha ønske om en mer helhetlig omsorg i helsestasjon.

Med etablering av den nye refusjonsordningen vil de gravide også kunne få vederlagsfri svangerskapsomsorg hos privatpraktiserende jordmor. Forslaget innebærer at jordmortjenesten vil bli likestilt med fastlegetjenesten og fysioterapitjenesten med hensyn til organisasjonsmodell og finansiering. Kommunene har et lovpålagt ansvar etter kommunehelseloven for å sørge for et tilstrekkelig tilbud av disse tjenestene og velger selv den mest hensiktsmessige organiseringen ut fra lokale forhold. Kommunene kan velge mellom å opprette faste stillinger for personellet eller inngå driftsavtaler med privatpraktiserende yrkesutøvere. Enten yrkesutøveren har avtalepraksis eller er ansatt i kommunen, utbetaler trygden refusjon for arbeidet, i sistnevnte tilfelle til kommunen som arbeidsgiver. Vilkåret om driftsavtale for å kunne innkreve refusjon i privat jordmorpraksis er viktig for å motvirke både rekrutteringssvikt til jordmorvirksomhet i kommunene og geografisk skjevfordeling av tilbudet, som enkelte talere har vært inne på i dagens debatt. Kommunene vil også gjennom driftsavtalen kunne sikre et samarbeid med legetjenesten, som er viktig.

Med dette opplegget forsvinner behovet for den særskilte refusjonsordningen for svangerskapsomsorg i helsestasjoner, som derfor er foreslått opphevet. Kommunene har i utgangspunktet det fulle finansieringsansvaret for forebyggende tiltak som skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet. Den delvise trygdefinansieringen av svangerskapsomsorgen i helsestasjon har vært og vil fortsatt være et avgrenset unntak fra denne hovedregelen.

Veiledning i familieplanlegging er en naturlig del av svangerskapsomsorgen. I det anbefalte opplegget for kontroller i forbindelse med svangerskap inngår også en kontroll noen uker etter fødselen. Under denne vil det ofte gis veiledning i familieplanlegging, og dette har vært og vil fortsatt være omfattet av trygdens finansieringsansvar, enten kontrollen og veiledningen skjer hos lege, hos jordmor eller i helsestasjon.

I den forbindelse finner jeg det naturlig, som flertallet i komiteen ber om, at departementet også fastsetter en honorartakst for individuell prevensjonsveiledning hos jordmor. I tillegg til å fungere som grunnlag for trygdens oppgjør i forbindelse med veiledning i familieplanlegging, vil taksten regulere betalingen for ungdom og andre som ønsker prevensjonsveiledning av jordmor uavhengig av svangerskapsomsorg. Dette blir parallelt til det som gjelder hos lege. For ordens skyld vil jeg presisere at alle tilbud ved kommunale helsestasjoner er gratis for brukerne. Det gjelder også for tilbud om prevensjonsveiledning i helsestasjon.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 3. (Votering, se side 31)

#### S a k n r . 4

*Innstilling fra sosialkomiteen om lov om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m. (Finansieringsansvar for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell) (Innst. O. nr. 9 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 66 (2002-2003))*

**Presidenten:** Etter ønske fra sosialkomiteen vil presidenten foreslå at taletiden blir begrenset til 10 minutter til Kristelig Folkeparti og 5 minutter til hver av de øvrige partigruppene.

Videre vil presidenten foreslå at det blir gitt anledning til tre replikker med svar etter innlegg fra medlemmer av Regjeringen innenfor den fordelte taletid.

Videre vil presidenten foreslå at de som måtte tegne seg på talerlisten utover den fordelte taletid, får en taletid på inntil 3 minutter.

– Dette anses vedtatt.

Første taler er Olav Gunnar Ballo, som har ordet på vegne av sakens ordfører, som er medlem av Lagtinget.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** En samlet komite viser til at det i proposisjonen foreslås å overføre finansieringsansvaret for syketransport, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Videre foreslås det at ansvaret for transport av helsepersonell overføres til de regionale helseforetakene og kommunene, slik at de regionale helseforetakene får ansvaret for transport av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, mens kommunene får ansvaret for transport av helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Sosialistisk Venstreparti, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet, viser til at Stortinget ved behandlingen av statsbudsjettet for 2003 vedtok følgende:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med oppfølgingen av Hagen-utvalget (finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten) forberede overføring av fi-

nansieringen av syke transport fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene.»

Flertallet er tilfreds med at Regjeringen gjennom framleggelsen av Ot.prp. nr. 66 for 2002-2003 følger opp det vedtaket. Flertallet er opptatt av å stimulere til behandling nær pasientenes bosted når det både er til fordel for pasienten og kan representere reduserte utgifter til syke transport.

Flertallet mener at ved å overføre finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene vil det være mulig å dempe denne kostnadsveksten. Flertallet viser i denne sammenheng til tidligere gjennomførte forsøk med ansvarsoverføring gjennom et prøveprosjekt som ble gjennomført tidlig på 1990-tallet. I dette prosjektet overtok sju fylkeskommuner ansvaret for syke transport på frivillig basis, og resultatet viste at det gjennomgående var en lavere utgiftsvekst til syke transport i prøvefylkene enn i landet for øvrig.

Flertallet viser også til at flertallet i Hagen-utvalget, som i desember 2002 la fram sin innstilling NOU 2003:1 om det framtidige finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten, også foreslår at ansvaret for syke transport overføres til de regionale helseforetakene, mens et mindretall i Hagen-utvalget går inn for at folketrygden fortsatt skal ha ansvaret for syke transport.

Flertallet viser til at departementet i proposisjonen legger til grunn at det er en forutsetning for ansvarsoverføringen at dagens rettigheter til syke transport skal videreføres gjennom å innarbeide denne rettigheten i pasientrettighetsloven.

Flertallet vil sterkt understreke at det ikke gjennom den foreslåtte ansvarsoverføringen må skje noen svekkelse av pasientenes rettigheter når det gjelder nødvendig syke transport, og forutsetter at pasientene i framtida skal ha like klare rettigheter når det gjelder syke transport gjennom pasientrettighetsloven som de i dagens ordning har gjennom foletrygdloven.

Flertallet peker i sin innstilling på at noen kommuner samarbeider med andre instanser for å få til samordnede transportløsninger. Som et eksempel på det kan nevnes Flora kommune i Sogn og Fjordane, som er i gang med et samarbeidsprosjekt med Helse Førde om båttransport, der de inkluderer både ambulans, syke transport og transport av helsepersonell i det eksisterende båtutesystemet i regionen. Det er også tenkt inkludert andre transportbehov, som f.eks. transport til arbeid og skole.

Flertallet vil oppmuntre til slike samordnede løsninger der lokale forhold ligger til rette for det, og vil understreke at overføring av finansiering av transport av helsepersonell til helseforetakene og kommunene ikke må være til hinder for slike samarbeidsløsninger.

Flertallet vil understreke at de regionale helseforetakene må samarbeide med kommunene i planleggingen for å sikre behovet for skyss av kommunehelsetjenestens personell. Flertallet forutsetter at det er de regionale helseforetakene som inngår kontrakter og står for det økonomiske oppgjøret med båtneierne, og på denne måten tillegges et hovedansvar for opprettelse og drift av ambulansbåter som også utfører annen transporttjeneste.

**Asmund Kristoffersen (A):** Denne saken er todelt. Departementet har foreslått at finansieringsansvaret for syke transport, oppholdsutgifter og utgifter til ledsager for pasienter skal overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Departementet har også foreslått at ansvaret for transport av helsepersonell overføres til de regionale helseforetakene for bl.a. spesialisthelsetjenestens vedkommende, og tilsvarende ansvarsoverføring til kommunene for transport av helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Arbeiderpartiet støtter Regjeringens forslag på begge områder. Arbeiderpartiet har lenge ment at det ville være rett at spesialisthelsetjenesten hadde både organisatorisk ansvar og økonomisk ansvar for sine tjenester på transportsiden. Forutsetningen var at spesialisthelsetjenesten får overført beløp tilsvarende det folketrygdens utgifter er.

Slike ordninger kan stimulere til at pasienter får behandling så nært sitt bosted som mulig når dette er faglig forsvarlig. Dessuten kan pasienten unngå å bli sendt unødige mange ganger til og fra behandlingsstedet i og med at den behandlende institusjon også må bære transportkostnadene.

Det er også et viktig poeng å begrense kostnadene, slik også resultater fra prøvefylker viser. Jeg viser her til saksordførers merknader til dette. Om helseforetakene får til gode og rasjonelle transportordninger, kan de også økonomisk komme godt ut av denne nye ordningen.

Når det gjelder pasientenes frie valg av sykehus, skal denne nye ordningen selvsagt ikke ha noen betydning. Pasientenes rettigheter er allerede lovfestet, og betalingsordningen for slike reiser er på plass. Den tilsvarende ordningen gjennomføres også for kommunene.

Innspill til komiteen og enkeltrepresentanter har gitt uttrykk for bekymring for at kommunene blir påført nye utgifter uten at de samtidig får overført tilsvarende midler. Slik skal det selvsagt ikke være. Arbeiderpartiet forutsetter at kommunene får dekket sine utgifter til transport av helsepersonell som før. Dette må de ansvarlige departement forholde seg til.

Det kan ikke være slik at en ny finansieringsordning skal føre til dårligere tjenestetilbud til innbyggerne eller påføre kommuner økte utgifter. I et brev til Stortinget fra seks kommuner i Møre og Romsdal som har ambulansbåt og legeskyssbåtjeneste, påpekes nettopp behovet for at finansieringen av disse tjenestene blir fullt ut ivaretatt. Jeg forutsetter dette. Jeg sier meg for øvrig enig i saksordførers synspunkt også på dette området. Både jeg og andre representanter har mottatt slike bekymringsmeldinger fra andre deler av landet.

**Elisabeth Røbekk Nørve (H):** Ot.prp. nr. 66 for 2002-2003 følger opp vedtaket fra Stortinget om å overføre finansieringen av syke transport fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene.

Overføringen av ansvaret er ikke primært å spare samfunnet for utgifter, men å frigjøre deler av de midlene som i dag brukes til syke transport, til økt innsats på pasientbehandling nærmere der pasienten bor.

Utgifter til syketransport som i dag dekkes av Rikstrygdeverket, har hatt en betydelig vekst de siste årene. I 2002 utgjorde utgiftene over 1,5 milliarder kr, som er en vekst på 13 pst. fra året før.

Vi opplever stadig oftere at media fokuserer på at enkelte helseforetak hindrer kostnadseffektive og rasjonelle behandlingstilbud ved å sende pasienter land og strand rundt for å foreta forholdsvis enkle inngrep, der kostnadene til transport ofte overgår mange ganger kostnadene ved selve inngrepet. Vi opplever også at kronisk syke må foreta hyppige, lange og slitsomme reiser med overnatting for å få nødvendig behandling.

Finansieringsmodellen for syketransport fungerer i dag slik at den instans som utløser transportutgiftene – i dette tilfellet spesialisthelsetjenesten – ikke har finansieringsansvaret.

Høyre og Regjeringen mener det er viktig å stimulere til et desentralisert behandlingstilbud for pasientene i spesialisthelsetjenesten. Gjennom en ordning der helseforetakene får det finansielle ansvaret for syketransport, legges det til rette for at helseforetakene må ta hensyn til de totale kostnadene knyttet til pasientbehandlingen, også de kostnadene som relaterer seg til transport.

Jeg mener at omleggingen vil bidra til å hente inn framtidig gevinst ikke bare for en del pasientgrupper som oppnår å få behandling nærmere hjemmet. Ansvarsoverføringen vil kunne føre til at de regionale helseforetakene i større grad stimuleres til å opprette behandlingstilbud nærmere pasientens hjemsted, f.eks. i forbindelse med dialyse- og cellegiftbehandling. Det vil også kunne gi gevinst for helseforetakene, samtidig som pasientene unngår lange reiser til sykehus, med overnatting og de ulemperne det medfører.

Det slås fast i proposisjonen at det gjennom den foreslåtte ansvarsoverføringen ikke vil skje noen form for svekkelse av pasientenes rettigheter når det gjelder nødvendig syketransport. Det slås også fast at pasientene i framtiden skal ha like klare rettigheter når det gjelder syketransport gjennom pasientrettighetsloven, som de i dagens ordning har gjennom folketrygdloven.

Høyre og Regjeringen er kjent med at det i flere fylker og regioner er gjort mye godt arbeid i forhold til å samordne ulike skyss- og transportbehov, og er positiv til at kompetansen som er opparbeidet i kjørekantorene og hos transportkonsulentene, blir ivaretatt.

La det være klinkende klart at retten til fritt sykehusvalg ikke skal begrenses av økonomiske hensyn i forhold til syketransport. Flertallet i komiteen forutsetter at de regionale helseforetakene lojalt forholder seg til det, samtidig som de forplikter seg til å veilede pasientene om hvilke rettigheter de har.

Det vises til at Regjeringen i Ot.prp. nr. 63 for 2002-2003 foreslo å utvide pasientenes rett til valg av sykehus til også å omfatte private sykehus som de regionale helseforetakene har avtaler med. Videre er valgfriheten foreslått utvidet til å gjelde også for barne- og ungdomspsykiatrien. Som jeg tidligere har vært innom, framgår det også av Regjeringens forslag at pasientenes rettighe-

ter i forhold til dekning av transportutgifter videreføres uendret.

Noen av høringsinstansene er bekymret over at kommunene gjennom ordningen vil bli påført utgifter som de ikke før har hatt, uten at det blir tilført nødvendige midler til å betale disse utgiftene. I innstillingen til proposisjonen understreker flertallet i komiteen sterkt at de midlene som brukes på transport av helsepersonell i kommunene gjennom folketrygden, skal overføres fra folketrygden til kommunene for å sikre at kommunene får det nødvendige økonomiske grunnlag for å påta seg oppgaven.

Det slås fast at de regionale helseforetakene skal ha ansvaret for å inngå kontrakter og stå for det økonomiske oppgjøret med båtneierne om opprettelse og drift av ambulansebåter som også utfører annen transporttjeneste. Samtidig skal kommunene, på samme måte som i dag, gis rett til å bruke båtneierne til skyss av sitt helsepersonell, mot at de betaler helseforetakene for sin bruk av båtneierne.

Det nye forslaget innebærer at finansieringsansvaret og utgiftsansvaret samles på ett sted. Det vil bidra til mer rasjonelle løsninger og et mer kostnadseffektivt transporttilbud. Lovforslaget legger rammebetingelser for de regionale helseforetakene som kan bidra til desentraliserte helsetjenester, forhåpentligvis med en «vinn-vinn»-situasjon for alle parter.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Regjeringens forslag i denne saken om å overføre finansieringsansvaret for syketransport og reiseutgifter for helsepersonell fra folketrygden til de regionale helseforetakene, med unntak av den delen som skal overføres til kommunene, er vel med respekt å melde framkommet som en konsekvens av en avtale med Sosialistisk Venstreparti, og er neppe et forslag som har som utgangspunkt å ivareta det frie sykehusvalget. I alle fall er det for oss ikke en tilfredsstillende måte å åpne for ytterligere bruk av private tilbydere av helsetjenester, som skal kunne konkurrere om pasientene, der de faktisk er konkurransedyktige. Ved å vedta de endringene som Regjeringen nå foreslår, innføres det helt klart en skjult begrensning av det frie sykehusvalget i Norge.

Det er interessant å merke seg at i forbindelse med Budsjett-innst. S. nr. 11 for 2002-2003 fra sosialkomiteen var det bare Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet som tok til orde for de forslag til endringer som nå foreligger til behandling.

Det hevdes av regjeringspartiene at de rettighetene som pasientene har til fritt sykehusvalg gjennom pasientrettighetsloven, er tilstrekkelig for å kunne ivareta pasientenes frie valg. Dette er en påstand som bare tiden vil vise om er korrekt. Men jeg vil likevel hevde at med den økonomiske situasjonen vi nå ser ved de forskjellige regionale helseforetakene, og det faktum at ikke alle er like glade for det frie sykehusvalget, og helst sett opp mot de private aktørene, er det grunn til å frykte at ordningen med fritt sykehusvalg ikke kommer til å fungere optimalt etter denne endringen.

Det er ikke grunn til å legge skjul på at det i dag knytter seg stor usikkerhet til hvordan selve ordningen med fritt sykehusvalg er ment å fungere. Når en så i tillegg



kan legge merke til at Regjeringen legger til grunn en besparelse både med hensyn til statens del av utgiftene og også for foretakenes del ved den foreslåtte omleggingen, er det grunn til å spørre seg om hva som virkelig ligger bak forslaget til endringer. En kan lese at det forventes at de regionale helseforetakene skal kjøpe denne tjenesten av trygdeetaten, da kompetansen fortsatt skal ligge her, og ansattes stilling forblir uendret.

Det er all grunn til å frykte at LHL, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, får rett i sine betraktninger og sin frykt for at en overføring av finansieringsansvaret for syketransport til de regionale helseforetakene vil kunne få som resultat at rent økonomiske sparehensyn tvinger fram et system der minstestandarder blir gjennomgående.

Fremskrittspartiet vil stemme imot de forslag til endringer i finansiering av syketransport og reiseutgifter for helsepersonell som framkommer i proposisjonen, da vi frykter at dette på sikt vil gå ut på å redusere det frie sykehusvalget, og også kunne føre til et dårligere tilbud for pasienter, grunnet økonomiske sparetiltak.

Representanten Røbekk Nørve sa i sitt innlegg at det ikke var primært for å spare penger at man innførte dette. Da er det faktisk interessant å lese i proposisjonen hva som står når det gjelder hvem som skal utøve selve tjenesten – jeg antar at det ikke vil komme noe manna fra himmelen eller andre ting som gjør at man nå plutselig skal gjøre disse tingene billigere enn det trygdeetaten har klart å få til fram til i dag. Det vil med respekt å melde være å insinuere at trygdeetaten ikke har gjort en god nok jobb. Det står faktisk i proposisjonen:

«Trygdeetaten har kompetanse innenfor syketransportområdet. Departementet mener at det vil være hensiktsmessig å utnytte denne kompetansen, slik at trygdeetaten fortsetter å levere disse tjenestene i 2004. Det legges derfor opp til at de regionale helseforetakene kan kjøpe saksbehandlings- og utbetalingstjenester av trygdeetaten. Det vil også være en fordel for pasientene som fortsatt kan levere inn regningene på sitt lokale trygdekontor.»

Med respekt å melde er dette en sak som er framkommet etter avtale med Sosialistisk Venstreparti, for Høyre har alltid tidligere vært imot å overføre finansieringsansvaret for syketransporten til foretakene. Det er interessant å se at denne avtalen også medfører endringer hos partiet Høyre, noe som ikke er særlig overraskende.

**Per Steinar Osmundnes (KrF):** I Ot.prp. nr. 66 for 2003-2003 foreslår Regjeringa at dei regionale helseforetakene får ansvaret for syketransport og for finansiering av transport av helsepersonell til spesialisthelsetenesta, medan kommunane får ansvaret for transport av helsepersonell til kommunehelsetenesta. Pasientane sin rett til å få dekt utgifter til sjuketransport blir uendra.

Kristeleg Folkeparti er glad for at ei slik omlegging først og fremst stimulerer til at pasienten blir behandla så nær sin eigen bustad som mogleg når dette er til fordel for pasienten sjølv, samstundes som omlegginga vil føre til eit meir kostnadseffektivt transporttilbod. Det er også viktig at ein i denne samanhengen strekar under prinsip-

pet om at den som utløyser ei utgift, også skal bli ståande igjen med finansieringsansvaret.

For Kristeleg Folkeparti er det viktig at pasienten blir vareteken ved at ein unngår lange reiser for å få nødvendig behandling. Dette er veldig viktig for kronisk sjuke som treng hyppig behandling. Pasienten blir spart for den belastninga lange og hyppige reiser er, samstundes som helseforetaka over tid kan frigjere midlar til direkte pasientbehandling.

For Kristeleg Folkeparti er det særst viktig med desentraliserte helsetenester. Det nye finansieringsansvaret for sjuketransport er ein stimulans til desentraliserte helsetenester, fordi dei totale kostnadene knytte til pasientbehandling no blir sett i samanheng.

Den omlegginga som vi debatterer i dag, vil derfor vere med på å sikre det desentraliserte behandlingstilbodet som vi har i dag, og som Kristeleg Folkeparti er opptatte av å bevare, samstundes som det kan stimulere til oppretting av fleire desentraliserte helsetenester.

Det er stor forskjell mellom geografi, avstand, kommunikasjon og busetjingsmønster mellom kommunar i dette langstrakte landet. Dette resulterer i store forskjellar i utgifter til transport av helsepersonell mellom kommunar, sjølv om folketalet i utgangspunktet er tilnærma likt. For Kristeleg Folkeparti er det avgjerande at det blir teke omsyn til distriktkommunane, og at forskjellen i kommunikasjonsstruktur blir tilgodesett når overføringane til kommunane skal gjerast. Det er derfor viktig at det økonomiske grunnlaget blir sikra ved at utgiftene som blir brukte på transport i dag, blir overførte frå folketrygda til kommunane.

Ein del kystkommunar har nokre plassar båtskyss som einaste høve til transport av helsepersonell. Fleirtalet i komiteen har som føresetnad at det er dei regionale helseforetaka som skal inngå kontraktar og stå for det økonomiske oppgjeret med båtseigarane og på den måten ta på seg hovudansvaret for oppretting og drift av ambulansbåtar som også utfører annan transportteneste. For Kristeleg Folkeparti er det viktig at kommunane, på same måten som i dag, får rett til å bruke desse båtane til skyss av sitt helsepersonell, og at den enkelte kommunen betalar helseforetaket for bruk av båtane. Dermed blir foretaka sitt overordna ansvar for oppretting og drift av slike båtar og kommunane sin rett til å bruke dei slått fast. Såleis vil ikkje pasientar bli skadelidande sjølv om dei bur i utkantstrok.

Kristeleg Folkeparti trur tvert imot at tilboda i distrikta vil bli styrkte ved denne omlegginga.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Det er først grunn til å minne om, i forhold til innlegget fra representanten Nesvik, at det var et flertallsvedtak i fjor som gjorde at Stortinget bad Regjeringen om, i forbindelse med oppfølgingen av Hagen-utvalget, å utrede overføringen av finansieringen av syketransporten fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene.

Vi er opptatt av at det skal være et likeverdig og likt tilbud når det gjelder en så alvorlig sak som syketransport landet rundt. Men samtidig ser vi helt klart at her er

det viktig ut fra et helhetssyn å få til de beste helhetssløsninger totalt sett.

Vi har flere ganger i denne sal diskutert bl.a. skole- nedleggelse, og det i forhold til hvem som har ansvaret for skolens drift, og hvem som har ansvaret for skole- barntransporten. Litt av det samme har vi også i helse- sektoren ved at det har vært ulike finansieringskilder og ulikt ansvar for sykehusdriften og for syketransporten. Nå har et flertall her på Stortinget ønsket å se dette i sammenheng for å finne fram til gode løsninger. Og det er grunn til å minne om at vi har hatt forsøksordninger i sju fylkeskommuner, der det viste seg at fylkeskommuner som tok over denne syketransporten på frivillig basis, hadde et bra resultat i form av lavere utgiftsvekst og god erfaring med en slik ordning.

Også Hagen-utvalget, som la fram en offentlig utredning i desember i fjor, konkluderte med – i hvert fall et flertall der – at syketransporten burde overføres til de regionale helseforetakene. I høringsrunden i forbindelse med denne utredningen var det også et flertall som ønsket å overføre finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene.

Det er signaler som vi bør justeres inn på. En bør stimulere til og legge til rette for et desentralisert behandlingstilbud i spesialisthelsetjenestene. Gjennom en ordning der helseforetakene får det finansielle ansvaret for syketransporten, legges det til rette for at helseforetakene må ta hensyn til de totale kostnadene knyttet til pasientbehandling, også de kostnadene som er relatert til transport. Dermed kan det i mange tilfeller vise seg å være økonomisk fordelaktig å opprettholde allerede eksisterende desentraliserte behandlingstilbud.

Slik ordningen er i dag, må en del pasienter, særlig kronisk syke, foreta hyppige og lange reiser, slitsomme reiser, for å få nødvendig behandling. Hvis en kan desentralisere tilbudet for denne gruppen pasienter, vil det være positivt for disse. Generelt sett må det også understrekes at et nært sykehusstilbud, altså et desentralisert sykehusstilbud, er viktig i forhold til de akutte situasjonene og behovene.

Flertallet begrunner ikke sitt forslag med at denne overføringen av finansieringsansvar skal spare samfunnet for penger, men med at den kanskje skal frigjøre deler av transportkostnadene på en slik måte at de kan brukes til økt innsats i pasientbehandlingen. I tillegg har dette den fordel at pasienten ikke skal transporteres over lange avstander dersom det er hensiktsmessig å gjøre det motsatte.

Vi har summert opp en del premisser for at denne lovendringen skal skje. Syketransporten må være et likt tilbud over hele landet. Pasienten må få det beste tilbudet med hensyn til behandling og reise, uavhengig av kostnad. Pasientens helse og behov skal være avgjørende for hvilket transportmiddel og hvilken følgetjeneste som skal gjelde. Helseforetakene og kommunene må bli tilført økonomi slik at transporttilbudet kan opprettholdes og utvikles, ikke minst kvalitativt, i alle deler av landet. Ulikheter når det gjelder geografi og bosetting, skal ikke ramme pasienten og dennes pårørende. Derfor må det i

statens tilskuddsordninger klart kompenseres for ulike avstands- og bosettingsforhold.

Vi vil også understreke at etablerte ordninger som er fleksible, og som fungerer godt lokalt – samarbeidsløsninger lokalt mellom ulike aktører og forvaltningsnivå – bør beholdes og videreutvikles. Det kan f.eks. gjelde samarbeid med båtselskaper og drosjenæring, at en klarer å få disse til å fungere videre og til å kunne utvikle seg.

Vi slår også fast at all transport som er knyttet til spesialisthelsetjenesten, blir finansiert av helseforetakene. Det har vært skapt en del usikkerhet om dette, både i forhold til ambulansetjeneste og i forhold til etablering av distriktsmedisinske sentre. Det må være en klar forutsetning at spesialisthelsetjenesten skal finansiere denne transporten.

S i g v a l d O p p e b ø e n H a n s e n hadde her teke over presidentplassen.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Det lovforslaget Odelstinget behandler i dag, legger opp til at de regionale helseforetakene overtar trygdeetatens ansvar for dekning av reiseutgifter, herunder oppholdsutgifter og utgifter til nødvendig ledsager, for pasienter som reiser til behandling i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Det foreslås videre at ansvaret for transport av helsepersonell overføres fra trygdestaten til de regionale helseforetakene og kommunene. De regionale helseforetakene får ansvar for transport av personell i spesialisthelsetjenesten, mens kommunene får ansvar for transport av personell i kommunehelsetjenesten.

Så vel pasientenes som helsepersonellens rettigheter skal videreføres som i dag.

I 2002 var utgiftene til syketransport 1,543 milliarder kr, mens oppholdsutgifter utgjorde 47,7 mill. kr. Utgiftsveksten på stønadsområdet har vært betydelig de seneste årene. Utgiftene til transport av helsepersonell utgjorde nesten 330 mill. kr i 2002. Disse utgiftene har kun vist en moderat vekst.

Et viktig økonomisk prinsipp er at kostnadsansvaret for en tjeneste bør ligge hos den som utløser utgiften. I tilfeller der det er stor avstand mellom den som utløser en utgift, og den som betaler kostnaden, oppstår det en risiko for uønskede virkninger. Og det oppstår en risiko for at de beslutninger som blir tatt, ikke er de mest rasjonelle ut fra samfunnsmessige hensyn.

De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for å yte spesialisthelsetjeneste i sin region, men de har ikke ansvaret for kostnader knyttet til transport av pasienter eller helsepersonell. Tilsvarende har heller ikke kommunene noe kostnadsansvar for transport av pasienter eller personell som de tar initiativ til.

Målsettingene med den foreslåtte reformen kan oppsummeres i to hovedpunkter. Det viktigste er å legge til rette for at pasientene får behandling nærmest mulig hjemmet.

I dag er det to hovedtrender i den medisinske utvikling. Den ene krever en stadig større spesialisering – og

derfor en sentralisering av enkelte tilbud – for at vi skal opprettholde kvaliteten. Den andre trenden i medisinen gjør det mulig å foreta ulike typer behandling stadig lavere i den medisinske behandlingsskjeden, med andre ord: mer desentralisert.

Det er nok av krefter i helsetjenesten og i systemene som drar i retning av sentralisering. De kreftene i medisinen som virker desentraliserende, støter på en del motstand i systemene. En del av den motstanden er knyttet til ordningen for syketransport. Derfor er dette en viktig reform for å sikre at behandlingstilbud som det medisinsk og organisatorisk er fornuftig å legge nærmere der folk bor – som f.eks. dialyse- og cellegiftbehandling – faktisk også blir økonomisk fornuftig å legge nærmere der folk bor. Derfor har Regjeringen i tilknytning til St.meld. nr. 5 for 2003-2004, Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten, og i statsbudsjettet for 2004 foreslått at det kan utløses sykehusfinansiering i desentraliserte tjenester for de to diagnosene jeg nevnte, som et ledd i den samlede politikken for å gjøre det enklere å gi tjenester som det ellers er fornuftig å gi i nærheten av der folk bor.

Syketransportområdet har dessuten i flere år hatt en stor utgiftsvekst og en økning utover veksten ellers i spesialisthelsetjenesten. Etter mitt syn kan en ansvarsoverføring til de regionale helseforetakene på sikt føre til at man får en redusert etterspørsel etter syketransporttjenester fordi man får en bedre organisering av den.

Også en overføring av ansvaret for transport av helsepersonell til dem som utløser utgiftene, og som dermed er nærmest til å påvirke dem, antas å være mer rasjonelt enn en fortsatt finansiering gjennom folketrygden.

La meg så avslutningsvis igjen presisere at denne ansvarsoverføringen bygger på den klare forutsetning at pasientenes rettigheter videreføres som de er i dag. Det gjelder selvsagt også retten til det frie sykehusvalget. Dette sikres bl.a. ved at det foreslås bestemmelser i pasientrettighetsloven som gir pasient og ledsager rett til å få dekket nødvendige utgifter, slik de er beskrevet i folketrygdloven i dag. De regionale helseforetakene blir samtidig i spesialisthelsetjenesteloven pålagt en plikt til å sørge for transport av pasienter og til å dekke utgiftene forbundet med dette. Også helsepersonellens rettigheter vil bli videreført som i dag.

Jeg er glad for at komiteens flertall slutter seg til forslaget. Det har i denne sal vært mange diskusjoner om dette som ikke har resultert i noe som helst. Endelig blir det en endring, og jeg er overbevist om at det blir en endring til pasientenes beste.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Det har vært mange debatter i denne sal om den endringen som foreslås. En av grunnene til at den ikke er blitt gjennomført, er at bl.a. Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti har vært imot denne ordningen. Det er derfor den ikke er blitt gjennomført tidligere.

Spørsmålet mitt til helseministeren går på trygdeetatene og de 200 årsverkene som pr. i dag er linket opp til

selve denne ordningen. Nå sier helseministeren – og Regjeringen sier i proposisjonen – at man forutsetter kjøp av disse tjenestene i 2004. Så har man lagt inn i budsjettet en innsparing på 50 mill. kr – 25 mill. kr for statens andel og 25 mill. kr for foretakene. Vi ser også hvordan økonomien til foretakene ser ut i disse dager.

Spørsmålet mitt til helseministeren er: Hvor mange av disse 200 ansatte, som det står her, forutsetter helseministeren vil måtte sies opp dersom helseforetakene nå begynner å stå for – holdt jeg på å si – sine egne tjenester og ikke kjøper dem av trygdeetaten, eller skal de tvinges til å kjøpe dem av trygdeetaten?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Når en av begrunnelsene for dette forslaget faktisk er at man ønsker en effektivisering av ressursbruken, ville det jo være merkelig hvis Regjeringen ikke tok konsekvensen av det i budsjettforslaget og faktisk viste at man mener alvor med det.

Når det gjelder utøvelsen av disse tjenestene som går på å ekspedere trygdemottakere eller pasienter i forhold til frikort osv., er det tjenester som trygdeetaten allerede har på andre typer egenandeler enn det som går på reiser. Det ville være helt urasjonelt hvis vi skulle bygge opp et helt nytt apparat over hele landet fordi man overfører ansvaret for budsjett og pengestrømmer til de regionale helseforetakene, når vi allerede har et apparat som fungerer. Det ville ikke være brukervennlig. Derfor har vi valgt å videreføre dette som et ansvar for helseforetakene, men slik at det praktisk utføres av trygdeetaten. Og det vil vi bruke eierstyring til å sikre i årene framover.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** For SV har det i mange år vært viktig å argumentere for en endring, slik som den som nå skjer, fordi vi tror at ressursene vil kunne brukes mye mer målrettet inn mot behandling enn mot reise når man i helseforetakene får den disposisjonsretten etter lov om helseforetak.

Men jeg har likevel et spørsmål til helseministeren. Det dreier seg om at dersom man år om annet påregner og forutsetter betydelige innsparinger som ikke frigjøres til behandling, men som går på direkte innsparing av statlige merutgifter, vil mye av den inspirasjonen bli borte, for det betyr at for hver krone man sparer, forsvinner kanskje en krone. For SV vil det være viktig å være klar på og holde fast ved at de midlene som frigjøres som ledd i at man sparer reisekostnader, gir helseforetakene økte muligheter til å behandle flere pasienter, og at det ikke regnes som rene innsparinger.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg er enig med representanten Ballo i betydningen av at de ansvarlige for dem som skal levere helsetjenester til befolkningen, faktisk også nå kan stå overfor et helt reelt regnestykke når de skal vurdere hvor tjenesten skal ytes. Og hvis de velger å legge tjenestene desentralisert, spares faktisk reiseutgifter, og da spares også pasientene for unødig reising – når man får et desentralisert tilbud.

**(Statsråd Høybråten)**

Når det gjelder representanten Ballos spørsmål om framtidige effektiviseringskrav, er det klart at verken han eller jeg kan stå her og forskuttere framtidige budsjetter. Men noe av intensjonen med forslaget er jo at de som har ansvaret for beslutninger om lokalisering osv., faktisk skal stå overfor en gevinst ved å legge opp transportopp- legget rasjonelt og effektivt.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Jeg er òg opptatt av at det er tilstrekkelig økonomi i dette, slik at både helseforetakene og kommunene har ressurser til å gi en best mulig syke- transport.

Jeg vil spørre helseministeren om han kan garantere at økonomien, dette første året spesielt, når det er over- gangsordninger og litt usikkerhet i systemet, er sikret, ved at man f.eks. kan legge inn en form for overslagsfi- nansiering, på den måten at helseforetakene ikke skal mangle penger til denne syketransporten.

Og så gjelder det òg avklaring på helseforetakenes an- svar for all transport der spesialisthelsetjenesten er delak- tig. Det har vært usikkerhet omkring dette. Jeg har tidli- gere tatt opp spørsmålet med helseministeren når det gjelder f.eks. ambulansetjenesten i Lebesby kommune. Det er diskusjon i Oppland fylke, vet jeg, om samar- beidsformer og utgiftsdeling når det gjelder etablering av distriktsmedisinske sentra. Er det slik at spesialisthelse- tjenesten ved helseforetakene har alle utgifter til trans- port når det gjelder spesialisthelsetjenestens tilbud?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Til det siste spørsmå- let er svaret ja. Forslaget bygger på at de som har ansva- ret for spesialisthelsetjenesten, også får ansvaret for transporten knyttet til spesialisthelsetjenesten.

Så har jeg i et brev som svar på spørsmål fra saksord- fører redegjort for hvordan jeg mener man bør komme fram til samarbeidsløsninger à la samfunnsbåter osv., der transportmidler brukes både til syketransport for spesia- listhelsetjenesten og til andre samfunnsformål. Det me- ner jeg at jeg har beskrevet på en grei måte i brev av 31. oktober 2003 til saksordfører.

Når det gjelder spørsmålet om risiko for kostnadsut- vikling osv., viser jeg til den ordning som er beskrevet i proposisjonen, og som er fulgt opp i forslaget til stats- budsjett for 2004, der det er lagt opp til en fifty-fifty-risi- kodeling mellom staten og foretakene når det gjelder eventuelle budsjettoverskridelser.

**Presidenten:** Replikkkordskiftet er dermed slutt.

Dei talarane som heretter får ordet, har ei taletid på inntil 3 minutt.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Når jeg bad om ordet, var det ut fra det innlegget som representanten Harald Tom Nesvik holdt. Det er riktig at SV i mange år har argu- mentert for en endring av ordningen med reisekostnader i tråd med det som flertallet nå går inn for. Vi er naturlig- vis glad for at det blir et flertall for det. Vi har også tatt til orde for at man burde redusere den innsatsbaserte ande-

len til sykehusene, fordi vi tror at man her får vridnings- effekter, som er kostnadsdrivende og lite målrettet når det gjelder pasientbehandling. Det at man faktisk under- veis når det gjelder spesialisthelsetjenesten, vurderer ut- slag av ordningen og ser om det er fornuftig å endre dem, må da være bra. Noe av det som overrasker meg mest med Fremskrittspartiet, er at man synes å holde fast på modeller som man har et ideologisk forhold til, også når det med all tydelighet viser seg at modellene er ufornufti- ge. Det man kan oppnå med dette, er jo det som Frem- skrittspartiet på mange måter sier at de brenner for, nem- lig at hver enkelt pasient kan få et bedre tilbud. Og det er klart at i vårt langstrakte land er det mange ganger for- nuftig å stimulere til en behandling nærmere der pasien- ten bor.

Vi har tidligere vært inne på behandlingstilbud som dialysebehandling. Kostnadene bare gjennom tre måne- der for enkeltpasienter som må reise langt for å få en slik behandling, kan ligge i størrelsesorden det samme som et dialyseapparat koster. Så det er helt åpenbart fornuftig å stimulere til større nærhet også for slik behandling.

Vi har sett hvordan cellegiftbehandling med utgangs- punkt i at sykehusene bestemmer premissene for den, kan foregå på hjemstedet, slik at pasienter som blir kval- me av den behandlingen, vil kunne være der til kvalmen har gått over og så reise hjem til familien, i stedet for kanskje å ha en reise som er av timers varighet, og som kanskje kan bli et argument for noen for å avslutte en be- handling som i beste fall kan være livreddende.

Vi ser hvordan telematikkjenesten har kunnet skape nærhet, men det er ofte behov for å få spesialistene ut til kommunene for å videreutvikle tjenesten og drive veiled- ning av helsepersonell. Vi ser også hvordan lokalsykehus nå sliter med dårlig økonomi. Likevel kan de ha mulighe- ten til å komme styrket ut gjennom denne typen forslag.

I stedet for at Fremskrittspartiet nærmest frenetisk blir opptatt av snøen som falt i fjor, bør de ha blikket rettet mot framtiden og spørre seg selv: Hvordan kan vi skape bedre tjenester for befolkningen på en måte som ivaretar deres tarv, og som videreutvikler helsetjenestetilbudet ut fra likeverdighet?

Det samme må det være tilrådelig å be Fremskrittspar- tiet om å gjøre når det gjelder finansieringen av spesia- listhelsetjenesten, for det vi ser nå av utslag rundt om- kring i de ulike helseforetakene, gir grunn til ettertanke.

**Harald T. Nesvik (FrP):** At Olav Gunnar Ballo og jeg er uenige både i denne saken og ikke minst når det gjelder innsatsstyrt finansiering, tror jeg ikke overrasker noen.

Sosialistisk Venstreparti har jo vært imot innsatsstyrt finansiering hele tiden. Sosialistisk Venstreparti får i dag gjennomslag for en av de sakene de har tro på, og som de har jobbet for. Det respekterer jeg. Men argumentasjons- rekken til representanten Ballo underbygger faktisk det som jeg var inne på i mitt innlegg, at for å kunne få til disse innsparingene er man faktisk nødt til å redusere pa- sientens frie valg til å kunne velge andre sykehus enn det som ligger i nærregionen.

Representanten Ballo framhevet bl.a. når det gjelder desentraliserte tjenester, at et dialyseapparat vil kunne spares inn på tre måneder, men det vil man faktisk allerede innenfor dagens system kunne gjennomføre ved en fornuftig bruk av ressursene. Jeg viser bare til den merkningen som Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet stod alene om i innstillingen til statsbudsjettet for 2003, som gikk på å foreta den endringen av syketransporten som vi nå har til behandling. Selve merkningen som bygger opp rundt alt dette, var faktisk ikke regjeringspartiene med på, men de inngikk senere en avtale med Sosialistisk Venstreparti. Det bærer også saken preg av, at her prøver man å finne en argumentasjon for å gå inn for det en inngått avtale med Sosialistisk Venstreparti innebærer. Det har jeg full respekt for.

I dag kan vi lese på tekst-tv, i media, at et helseforetak må søke om å få ta opp lån for å betale lønninger: 50 mill. kr. for å få betale lønn. I den type situasjon stiller jeg meg spørsmålet: Hva skal det foretaket da velge, når de ikke har penger til å betale lønn i dag? Skal de da prøve eventuelt å redusere på fritt sykehusvalg for å spare penger? Hva slags type lov skal de bryte? Det er faktisk grunn til å spørre seg om dette i denne saken.

Jeg tror at dette vil gå ut over det frie sykehusvalget. Jeg håper virkelig at jeg tar feil, av hensyn til norske pasienter, men jeg tror dessverre at jeg har rett. Og som jeg sa i mitt innlegg: Det vil bare framtiden vise.

Helt avslutningsvis: Representanten Ballo stilte spørsmål til helseministeren om de eventuelle innsparingene skulle gå til økt pasientbehandling. Så vidt jeg forstod på helseministerens svar, bekreftet han det. Det er underlig, for da er det ikke korrekt, det som gjøres. Man foretar en innsparing på helseforetakene allerede fra neste år, som en følge av denne innsparingen, på 25 mill. kr. Jeg synes helseministeren skal bekrefte at så er tilfellet, for da har man allerede fra dag én brutt det som ble sagt til representanten Ballo.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Jeg synes Fremskrittspartiets representant i kjent stil nå slår i flere retninger, og egentlig blir det litt inkonsekvent og paradoksalt, det han tar opp. I innstillingen har Fremskrittspartiet en merknad, der heter det:

«Disse medlemmer er kjent med at det argumenteres med at det er viktig å stimulere til behandling nær pasientens bosted når dette både er til fordel for pasienten og man kan redusere de offentlige utgifter til syketransport. Dette er en målsetting som ingen er uenig i.»

Så kommer dette som Fremskrittspartiet tar opp, om at det er fare for at man ikke kan reise hvor langt som helst, og at det frie sykehusvalget kan bli begrenset. Det er for så vidt et standpunkt som Fremskrittspartiet må få lov til å ha.

Vi mener at det er først og fremst viktig å få til en samhandling her, mellom helseforetak og transport, slik at vi får et nært sykehustilbud for alle, både i forhold til kronikerne og i forhold til de akutte situasjonene. Vi mener også at dette med fritt sykehusvalg og lange reiser må

kunne løses, og det har også helseministeren for så vidt bekreftet.

Det sies at med den dårlige økonomien som helseforetakene har, er det fare for at det ikke blir noe til de lange reisene og det frie sykehusvalget. Da må jeg minne Fremskrittspartiet om at er det noen som har ansvaret for dagens sykehusøkonomi, så er det nettopp Fremskrittspartiet. Fremskrittspartiet har inngått avtaler med regjeringspartiene to år på rad og budsjettforlik der økonomien også for helseforetakene, spesialisthelsetjenesten og våre sykehus er spikret. Det går derfor ikke an å slå i alle retninger og argumentere slik og så når det passer seg. Man må i alle fall ta ansvaret for det man har vært med på, og si noe om hvordan man skal løse det.

**Bent Høie (H):** Det er åpenbart at representanten Harald T. Nesvik er overrasket over at bl.a. Høyre har et annet standpunkt i denne saken enn det vi har hatt tidligere. Bakgrunnen for vårt tidligere standpunkt var at på det tidspunktet eide på mange måter sykehusavdelingene sine ventelister. En håndterte dette nærmest som en ordreserve. Det var utgangspunktet for at Høyre sammen med flertallet her mente at det var viktig at transportordningen var forankret i folketrygden, slik at man lettere skulle kunne bruke avdelinger andre steder. En skulle få en bedre pasientflyt.

Nå er en i en situasjon der en både har fritt sykehusvalg over hele landet, en er i ferd med å få nasjonale ventelister som fungerer, og en har helt andre pasientrettigheter. Da må det jo være grunn til å se på hva de negative utslagene av at vi har en forankring av reiseutgiftene i et helt annet finansieringssystem, er.

Et godt eksempel på det er fra Helse Nord, der en pasient ble sendt fra Tromsø til et mindre sykehus og ble undersøkt gjennom telemedisin av en spesialist som satt i Tromsø. For Helse Nord var det helt uinteressant om den pasienten ble undersøkt i Tromsø eller ved dette sykehuset, fordi reiseutgiftene er dem helt uvedkommende. Derfor kan altså en pasient bli sendt vekk fra der spesialisten sitter, bli undersøkt gjennom telemedisin og bruke et døgn på dette.

Nå begynner de negative utslagene av denne finansieringsordningen å veie tyngre enn de tingene vi var oppatt av tidligere, nettopp fordi vi har sørget for andre mekanismer som sikrer det frie sykehusvalget.

**Presidenten:** Harald T. Nesvik har hatt ordet to ganger og får ordet til ein kort merknad.

**Harald T. Nesvik (FrP):** Bare en rask kommentar først til representanten Gløtvold: Fremskrittspartiet har faktisk flere ganger foreslått å øke bevilgningene til sykehusene, gjennom flere typer proposisjoner, uten å ha fått gjennomslag for det i Stortinget, senest i revidert nasjonalbudsjett. At representanten Gløtvold setter spørsmålsteget ved dette, synes jeg er helt greit, for Gløtvold har hele tiden vært imot systemet med innsatsstyrt finansiering.

Så til representanten Bent Høie, som viser bl.a. til saken i Helse Nord. Vel, det er jo med respekt å melde

helseministeren som faktisk er foretaksmøte for alle foretakene. Hvis det foregår denne typen virksomhet, så har vi måter å stoppe dette på, gjennom helseministeren som er foretaksmøte for foretaket. Hvis det er den type vanstyring som antydes fra representanten Høie, bør han ta kontakt med sin helseminister, slik at det kan bli grepet inn overfor det foretaket.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bede om ordet til sak nr. 4.

(Votering, sjå side 31)

#### S a k n r . 5

*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) (Innst. O. nr. 4 (2003-2004), jf. Ot.prp. nr. 54 (2002-2003))*

**Presidenten:** Etter ønske frå sosialkomiteen vil presidenten foreslå at debatten blir avgrensa til 1 time og 15 minutt, og at taletida blir fordelt slik på gruppene:

Arbeidarpartiet 15 minutt, Høgre 15 minutt, Framstegspartiet 10 minutt, Sosialistisk Venstreparti 10 minutt, Kristeleg Folkeparti 10 minutt, Senterpartiet 5 minutt, Venstre 5 minutt og Kystpartiet 5 minutt.

Vidare vil presidenten foreslå at det blir gjeve anledning til replikkordskifte på inntil fem replikkar med svar etter innlegg frå medlemmer av Regjeringa innafor den fordelte taletida.

Vidare blir det foreslått at dei som måtte teikne seg på talarlista utover den fordelte taletida, får ei taletid på inntil 3 minutt.

– Det er vedteke.

**Bent Høie (H)** (ordfører for saken): I forbindelse med Odelstingets behandling av Rusreform I fikk Regjeringa tilslutning til at de delene av behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukerne som fylkeskommunen har ansvaret for etter spesialisthelsetjenesteloven, skulle overføres til staten ved de regionale helseforetakene. Samtidig sluttet også flertallet seg til at det skulle være staten og kommunene som skulle ha ansvaret for tilbudet til denne gruppen. Det er ikke lenger naturlig at fylkeskommunen har dette ansvaret. Denne saken som vi har til behandling i dag, dreier seg om hvem som skal ha ansvaret for de institusjonene som fylkeskommunen har ansvaret for etter sosialtjenesteloven.

Hovedmålet med den samlede rusreformen må være at ansvaret for tiltak til denne gruppe blir tydeligere, og at deres rettigheter og status blir forbedret og klargjort. Rusmiddelmissbrukerne 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. Derfor er det viktig at denne brukergruppen nå får et tilbud tilsvarende det andre pasienter får. Selv om overgangen mellom rusmid-

delmisbruk som et sosialt problem og et helseproblem er glidende, vil konsekvensene av et langvarig rusmiddelmissbruk bli en sykdomssituasjon. 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 rusmiddelmissbruk har f.eks. ført til at en har gått glipp av ungdomstid, oppdragelse, arbeidserfaring og utdanning, samtidig som en har vært del av et miljø som har andre regler, normer og krav til eksistens. Dermed blir overgangen fra rusmiddelmissbruk til deltakelse i samfunnet ikke bare en kamp for rusmiddelfrihet, men også en langvarig utviklingsprosess.

I dagens situasjon vil et tilbud om behandling basere seg på henvisning fra kommunens sosialtjeneste, utredning i fylkeskommunens regi, vedtak om kommunal egenandel i kommunen og at fylkeskommunen har ledig kapasitet på en av de institusjonene som de har avtale med. Det betyr at når et behandlingstilbud uteblir, kan kommunen skyldes på at fylkeskommunen har for liten kapasitet i sine avtaler, og fylkeskommunen kan skyldes på at kommunen ikke vil betale sin egenandel. Når alt dette skal klaffe, samtidig som denne pasientgruppen må være motivert for å ta imot behandling, forstår alle at det allerede så tidlig i prosessen er for mye som kan og vil gå galt. I tillegg kommer prosessen rundt utskriving og etablering av ettervernstiltak.

Det er nødvendig å se debatten om rusreformene i det lyset – forholdet mellom medisin og sosial rehabilitering. Et av de sentrale suksesskriteriene for reformarbeidet vil være om vi lykkes i å skape et sammenhengende tilbud som er tilpasset den enkelte. I dette lyset er det tre forhold som er helt vesentlige. Det er:

- ansvarsopprydding, slik at vi kan bli kvitt det uverdige svartepersillet
- etablering av rett til individuell plan, slik at det blir en sammenheng i tilbudet
- styrking av denne pasientgruppens rettigheter overfor helsetjenesten

Regjeringens forslag svarte til alle disse tre ønskemålene. Proposisjonen la opp til at kommunene skulle overta fylkeskommunens resterende ansvar. Det hadde gitt kommunene et større ansvar enn i dag og gitt dem et samlet ansvar for tiltak etter sosialtjenesteloven. Dette er regjeringens primærstandpunkt, men det var dessverre ikke mulig å få flertall for dette i Stortinget.

Regjeringens partiene og de involverte statsrådenes hovedspørsmål i den situasjon var da: Hvilken alternativ modell er det mulig å få flertall for, som samtidig ivaretar hovedhensiktene med reformen? Det er vår vurdering at en modell der en samler fylkeskommunens nåværende ansvar hos staten ved de regionale helseforetakene, er det beste alternativet. Modeller som gir ulike løsninger og ulik status for brukerne avhengig av bosted, ville igjen ha etablert et tilbud som var uoversiktlig, og som lett kunne ha ført til nye spillsituasjoner. Derfor kunne vi ikke støtte en modell med unntak for Oslo.

En vesentlig forutsetning for å kunne forankre disse institusjonene i spesialisthelsetjenesteloven er å sikre at

sosialtjenesten fortsatt kan henvise til behandling og rehabilitering. De slitne rusmiddelmissbrukerne er en gruppe pasienter som tradisjonelt ikke har forholdt seg til sin fastlege. Det å oppsøke et venterom til avtalt tid, med penger til egenandel, er ikke det enkleste for en som har vært rusmiddelmissbruker over lang tid. Dette er en gruppe som stort sett har et etablert forhold til kommunens sosialtjeneste. På den andre siden finnes det en gruppe mer skjulte rusmiddelmissbrukere: Hjemmedrankeren eller pillemisbrukeren som fortsatt deltar mer eller mindre i det ordinære sosiale liv. De har ofte et avklart forhold til sin fastlege, mens det å oppsøke sosialtjenesten i kommunen oppleves som en barriere. Gjennom forslaget som fremmes i dag, gir vi denne pasientgruppen to inngangsdører til behandling. Mitt håp er at dette vil føre til at flere blir fanget opp på et tidligere tidspunkt. Tidlig intervensjon bør også bli et begrep overfor denne pasientgruppen. En annen konsekvens er at de omfattes av pasientrettighetsloven, og at det blir lettere å bruke behandlingsskapitet på tvers av fylkes- og regionsgrensene.

Regjeringens forslag om rett til individuell plan går uforandret gjennom. Vi har alle fått telefoner fra fortvilte pårørende som beskriver en situasjon der deres sønn eller datter blir skrevet ut av behandlingsinstitusjon, og der hjemkommunen tilbyr rom på hospits eller en leilighet, uten noen annen oppfølging. De vet at det betyr en kort vei tilbake til det gamle livsmønsteret. Denne brukergruppen har behov for at tilbudene henger sammen, at psykiatri, aktiviteter, bolig og behandling er del av et helhetlig opplegg.

En hånd må ikke slippe taket før en ny har overtatt. Når en rusmiddelmissbruker har blitt fri for rus, starter den tøffe kampen: å lære å være en del av det som vi oppfatter som det ordinære samfunnet. Retten til individuell plan skal bidra til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning og samarbeid. I forhold til brukermedvirkning er dette nesten et uprøvd område innenfor dette fagfeltet. Det er derfor behov for å arbeide videre med ulike modeller for å sikre reell brukermedvirkning innenfor rusvernet.

Det er da grunn til å spørre: Er nå alle problemer løst? Mitt svar på det er nei. Vi har etter min oppfatning gjennom det forslag som ligger her i dag og sammen med Rusreform I, etablert en ansvarsdeling, et lovverk og rettinger som er en forutsetning for å forbedre denne delen av velferdssamfunnet vårt. Men vi står fortsatt overfor store utfordringer.

De institusjonene som i dag er forankret i sosialtjenesteloven og nå går over til spesialisthelsetjenesteloven, må styrke sin helsefaglige kompetanse. Samtidig må vi sikre at den sosialfaglige delen av behandlingen ikke forsvinner. I helseforetakene som nå får ansvaret, vil det være en utfordring å ha ansvar innenfor et så vidt område. Kvaliteten på behandlingen må også evalueres. Det er behov for at helseforetakene kritisk går igjennom de institusjonene som det nå eksisterer avtaler med, for å sikre at den behandlingen som gis, også gir resultater.

Det blir også en utfordring å sikre at kommunene tar sin del av ansvaret etter sosialtjenesteloven. Før forrige reform innenfor dette området hadde fylkeskommunen alt ansvaret for institusjonene, uten kommunal egenandel. Da opplevde vi at enkelte kommuner opererte som reisebyråer, der det gjaldt å sende rusmiddelmissbrukerne rundt i landet til institusjoner som andre betalte for. Dette er en utvikling vi er nødt til å følge nøye. Forhåpentligvis vil bl.a. kravet om individuell plan kunne motvirke en slik utvikling.

Jeg vil avslutningsvis først takke Fremskrittspartiet for at de når regjeringspartiene endte opp med den modellen vi ønsket å støtte subsidiært, var konstruktive, slik at det raskt ble en løsning. Jeg vil også berømme sosialministeren for at hun istedenfor å knytte prestisje til egen foretrukket modell var mest opptatt av at det ble en løsning som ivaretok hovedmålet, nemlig det å skape et bedre og mer oversiktlig behandlingstilbud for denne gruppen.

**Asmund Kristoffersen (A):** Rusomsorg og rusbehandling trenger forbedringer. Den offentlige hjelpeinnsatsen for mennesker med rusproblemer må ta utgangspunkt i den enkeltes behov, noe som for mange betyr behandling, langsiktig oppfølging og rehabilitering. Det er derfor viktig at ansvaret for tiltakene blir tydelig, og samtidig må rusmiddelmissbrukerens rett til behandling bli klarere enn dagens praksis viser. Dette kan kreve både handling og holdningsendring hos myndigheter og helsepersonell.

Konsekvensen av langvarig misbruk setter rusmiddelmissbrukeren i en sykdomssituasjon. Det betyr at slike misbrukergrupper må få et tilbud på linje med andre pasientgrupper, i tillegg til behov for oppfølging på det sosiale området som bolig, arbeidstrening, opplæring osv.

Arbeiderpartiet gav i forbindelse med behandlingen av Rusreform I, Ot.prp. nr. 3 for 2002-2003, uttrykk for stor skepsis mot å behandle rusomsorgen stykkevis og delt. Vi mente at det var viktig å se hele behandlingsapparatet i sammenheng. Dette var ikke flertallet enig i. Derfor har vi fått en slik todelt behandling.

I debatten om Rusreform I sa Arbeiderpartiet klart fra om årsaken til vår bekymring for en todelt rusomsorg. Gjennom Rusreform I ble det klart at deler av rusomsorgen skulle statliggjøres. En del av rusinstitusjonene skulle bli statlige. De skulle komme inn under de statlige helseforetakene og slippe å forholde seg til stramme kommunale økonomiske rammer. Dessuten var det en åpenbar fare for at kommunene ikke ville makte å drive institusjoner.

Rusmiddelmissbrukerne som skulle behandles på de statlige institusjonene, skulle bli pasienter, få pasientrettigheter og slippe kommunale egenandeler. Vi fryktet i forbindelse med behandlingen av Rusreform I at Regjeringen i forbindelse med Rusreform II skulle foreslå at resten skulle bli et kommunalt ansvar.

Det fikk vi rett i. I hovedsak foreslår Regjeringen i Rusreform II at de institusjoner som ikke ble statlige som følge av Rusreform I, skal bli et kommunalt ansvar. Det-

te ville nettopp gi den todelingen vi fryktet. Institusjonene ville få en vidt forskjellig økonomi å forholde seg til, statlig eller kommunal. Men verst av alt var det at vi kunne få et klaseskille blant rusmiddelbrukerne: Er du avhengig av heroin og kan/bør behandles med f.eks. metadon, ja, da blir du statlig pasient med rettigheter og sikker økonomi. Er du blandingsmisbruker, blir du klient på sosialkontoret med få rettigheter og avhengig av varierende kommuneøkonomi. Dette har en samlet opposisjon hele tiden etter at Rusreform II ble framlagt gitt klart uttrykk for at en ikke ville akseptere. En konsekvens av Rusreform I er nemlig at også de andre institusjonene, altså under Rusreform II, blir statlige når først noen har blitt det. Det er denne konsekvens Regjeringen ikke tok ansvar for, og som det også var en nokså langvarig prosess i komiteen for å få på plass.

Dette har ført til en prosess i Stortinget der et samlet storting nå er enig om at en todeling av rusomsorgen ikke er aktuell. Det er et godt resultat av behandlingen, uansett hvilket flertall eller mindretall en måtte høre til. Det betyr at vi får en full statliggjøring av rusomsorgen.

Arbeiderpartiet mente at Regjeringens forslag ville skape uheldige vridningseffekter, med bakgrunn i ulik finansiering av institusjoner og behandlingsform. Behandling i statlige institusjoner under helseforetakene ville gi gratis behandling for pasient og kommune, mens spesialisert behandling i ikke-statlige institusjoner, dvs. de kommunale, ville måtte betales i sin helhet av rusmiddelbrukerens hjemkommune. Det betydde at en ofte kunne risikere å få en situasjon der spørsmålet om hvem som skulle betale, ville bli avgjørende for hvilken type spesialisert behandling som ble valgt. I verste fall kunne en bli vitne til at behandlingen ville falle bort på grunn av manglende finansiering, og tapen ville være den behandlingstrengende rusmiddelbrukeren.

Når det gjelder organiseringen av rusbehandlingstilbudet i Oslo, mener Arbeiderpartiet at det primært burde gjøres et unntak fordi Oslo både som kommune og fylkeskommune har hatt en helhetlig rusomsorg som i det alt vesentlige har fungert bra. Det er etter vår mening uheldig å bryte med et helhetlig tilbud for å erstatte dette med et annet system. Vi ser også at det kan være noen vanskeligheter med å ha et eget system i Oslo og et annet system i andre deler av landet.

Andre vil omtale forholdene i Oslo nærmere. Men la meg nå presisere at når Arbeiderpartiets syn ikke får flertall, vil det i neste omgang være uproblematisk for oss å støtte forslaget fra flertallet om full statlig overtakelse også av virksomheten i Oslo.

Så vil jeg bare kort understreke, som også saksordføreren gjorde godt rede for, den retten en nå får til individuell plan for sitt behandlingsopplegg. Denne planen hjemles i sosialtjenesteloven. Individuelle planer vil sikre bedre brukermedvirkning, trygghet og forutsigbarhet for brukerne, samtidig som planen vil klargjøre ansvarsforholdene.

Jeg tar med dette opp de forslag som Arbeiderpartiet har fremmet eller er medforlagsstiller til.

**Presidenten:** Representanten Asmund Kristoffersen har teke opp dei forslaga han refererte til.

**John I. Alvheim (FrP)** (komiteens leder): La meg starte med å si meg glad for at regjeringspartiene snudde i nær sagt tolvte time, og at helseprofesjonen i Regjeringen fikk gjennomslag. Det er jeg glad for. Det er også helt i tråd med hva fagfolkene der ute i omsorgen mente. Det er nå på plass.

Den foreliggende innstillingen er en avslutning på en betydelig reform, nemlig at ansvaret for behandling og rehabilitering av våre stoffmisbrukere fra 1. januar neste år blir overført fra sosiallovgivningen til helseforetakene og helselovgivningen. De narkomane skal nå fra 1. januar neste år få lov til å bli pasienter på linje med meg og deg, og bli kvitt dette stigmatiserende klientstempelet som har vært til ubotelig skade for dem gjennom alle år. Dette er en viktig situasjon for de narkomane.

Det er også en gledens dag for Fremskrittspartiet, som i sin tid reiste saken og har jobbet mot dette mål over flere år. Det lyktes dessverre ikke å få dette til i forbindelse med at sykehusene ble overtatt av staten under foretaksreformen, men den gang lovet daværende helseminister Tore Tønne å komme tilbake til saken. Vi er nå i mål, noe vi alle bør være tilfredse med. Jeg er også glad for at denne delen av sykehusreformen er fulgt godt opp av vår nåværende helseminister.

Pasientrettighetsloven, som i disse dager er til behandling, med en betydelig forbedring når det gjelder juridisk rett til helsetjenester, vil nå også omfatte de narkomane, som helt frem til våre dager har møtt uvilje, uforstand og direkte trakassering også i det offentlige hjelpeapparatet. Slik jeg ser det, vil flyttingen av behandlingen av de narkomane fra sosiallovgivningen til helselovgivningen gi denne omsorgen en langt høyere prestisje i fagmiljøene. Det må også forventes at de rusavhengige møter en større empati i behandlingsapparatet enn tilfellet hittil har vært. Personlig vil jeg kunne love at jeg skal følge godt med i hvordan foretakene fra 2004 prioriterer rusomsorgen i den trengte økonomiske situasjonen som foretakene nå befinner seg i.

Fremskrittspartiet vil overhodet ikke akseptere at rusomsorgen i statlig form også skal nedprioriteres, slik den hittil har vært det under sosiallovgivningen.

I sosialkomiteen har det vært en diskusjon om hvorvidt Oslo, med hovedtyngden av rehabiliteringsinstitusjoner innen rusomsorgen, skulle holdes utenfor lovendringen og fortsatt drives etter sosiallovgivningen. I brev av 13. juni 2003 til helseministeren ble det bedt om en vurdering av hvordan helseministeren så på at en eller flere kommuner ble holdt utenfor lovendringen. I tilsvaret til komiteen av 16. juni anfører helseministeren følgende:

«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 pasientrettighetsloven. 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 har.»

Fremskrittspartiet har for sin del vært klar på dette spørsmålet hele tiden, nemlig at hele rusomsorgen måtte overføres til helseovgivningen, uten unntak for noen kommune. Jeg vil dog i denne sammenheng berømme Oslo for at de etter hvert har fått bygd opp et godt lavterskeltilbud til sine narkomane. Men det betinger ikke at de fortsatt skal sitte med ansvaret etter denne lovendringen. Fra Fremskrittspartiets side har det vært hensynet til brukerne, altså til de stoffavhengige i Oslo, som har vært utslagsgivende, og vi finner ikke at de narkomane i Oslo vil profitere på å stå utenfor helseovgivningen, snarere tvert om. Slik jeg ser det, ville vi fått et A- og B-lag når det gjelder behandling, og særlig legger jeg da vekt på at de rusavhengige nå blir omfattet av pasientrettighetsloven.

Mindretallet i sosialkomiteen, Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, har tydelig latt seg presse av sine partigrupper i Oslo, et press som vi alle har vært utsatt for, men som noen av oss har maktet å stå imot i henhold til sakens alvorlighet. Egentlig tror jeg at alle partigruppene i sosialkomiteen er godt fornøyde med det som nå skjer, nemlig at vi får et flertall for å overføre hele behandlingsskjeden til et enhetlig statlig ansvar ved foretakene. Det blir nå et ansvar for sosialkomiteen å følge med i utviklingen av reformen, og påse at denne omsorgen ikke blir nedprioritert i foretakene.

Så er jeg selvfølgelig glad for at mindretallet også subsidiært vil stemme for innstillingen. Det er ikke noen særlig stor overraskelse, men i politikken er det mye man skal ta hensyn til som ikke er noe særlig prisverdig.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Da Stortinget behandlet Rusreform I, gav SV klart uttrykk for at vi mente at begge rusreformene burde ses under ett. Man hadde altså fra Regjeringens side lagt opp til et skille i behandlingen mellom de spesialiserte helsetjenestene og overføringen av dem til staten, altså Rusreform I, og Rusreform II, som omtalte de spesialiserte sosiale tjenestene. Jeg vil si at erfaringen med behandlingen nettopp når det gjelder Rusreform II, viser at det hadde vært langt riktigere å behandle begge sakene under ett.

Det vi i SV har følt stor utrygghet ved, er hva som skulle ligge i begge begrepene, og hva som eventuelt skulle representere forskjellen mellom institusjonene. Vi synes ikke at vi noen gang har fått noen god oversikt over det. Det kan ofte være en hårfin grense som trekkes mellom en spesialisert helseinstitusjon og en spesialisert institusjon knyttet opp mot sosiale tjenester når det gjelder det faktiske innholdet. For SVs del vil jeg si at vi også ser på den typen grenseoppganger som kunstige. Det er slik at en rusmiddelmissbruker må gis akkurat de

samme rettighetene som enhver annen innbygger i Norge. Vi må også sikre at det i tjenestene – enten behandlingstilbudet skal skje lokalt i regi av primærhelsetjenesten og de lokale sosialtjenestene, eller det skal skje som spesialiserte tjenester – må være en samlet behandlingsskjede som fungerer for rusmiddelmissbrukere som for andre.

Vi har tidligere vært opptatt av at lov om psykisk helsevern må kunne anvendes som et instrument også til behandling av rusmiddelmissbrukere som har mentale lidelser. Vi vet at mange av de dominerende symptomene vi ser hos rusmiddelmissbrukere, nettopp kan være mentale symptomer. Noen ganger kan de være årsaken til at man utviklet et rusmiddelmissbruk, andre ganger kommer de i forlengelsen av selve misbruket. Misbruket gir slike symptomer.

Dessverre har en rekke rusmiddelmissbrukere – jeg vil si særlig de som har et problem i forhold til misbruk av narkotiske stoffer, men også rusmiddelavhengige som bruker alkohol – kunnet oppleve avvísning i regi av spesialiserte institusjoner. Det gjelder spesielt sykehusavdelinger, både ved psykiatriske sykehus og innenfor somatikken, fordi de oppfatter at dette ikke er deres behandlingsansvar. For SV er det viktig at man klargjør det behandlingsansvaret gjennomgående ikke bare i de ulike lovverk, som f.eks. i lov om psykisk helsevern, men også i forhold til den loven som vi behandler nå. Det vil være viktig for oss å fjerne de kunstige skillene som jeg her har beskrevet, mellom lov om sosiale tjenester og lov om spesialisthelsetjenester.

Dessverre har behandlingen av denne saken i sosialkomiteen ikke gitt oss den oversikten som jeg synes man burde ha fått i forhold til hva slags tjenester som egentlig ikke kan være å betrakte som spesialisthelsetjenester, men mer som et rehabiliteringstilbud i regi av ulike kommuner, og som kanskje ikke naturlig hører hjemme på spesialistnivå. Man burde hatt en slik oversikt. Det ville gjort at man med mye større klarhet kunne ha gått inn og sagt hva som naturlig burde bli i kommunene, og hva som heller burde være på spesialistnivå.

Jeg registrerer at leder i komiteen nærmest harselerer med at noen partier velger å ta hensyn til innspill som er kommet fra Oslo. Men Oslo er jo i en særstilling når det gjelder behandling av rusmiddelmissbrukere. Det kan ikke herske noen tvil om at gjennom mange år har mange som har et misbruksproblem, valgt å reise fra sine steder og inn til Oslo, og Oslo har i særlig grad fått et ansvar som man ikke nødvendigvis har hatt økonomisk rygggrad til å bære, men ut fra sine forutsetninger har man utviklet gode tjenester. De erfaringene er det viktig å ta med videre. Og når signalet har vært så klart på tvers av politiske skillelinjer i bystyret i Oslo, om at man ønsker å ha ansvaret for tjenestene og videreutvikle dem, har det vært viktig for oss å komme et slikt ønske i møte.

Det har samtidig fra vår side vært et ønske om å få en gjennomgang av loven, og vi har bedt om en gjennomgang fra departementets side, med lovteknisk bistand for å kunne lage en lov tilpasset en slik situasjon. Det har dessverre vist seg ikke å være mulig innenfor de tidsfrist-

ene vi satte. Og når vi erkjenner at et flertall mener noe annet, blir det derfor ikke naturlig for oss å fremme noe forslag med en alternativ lovtekst. Men vårt primærstandpunkt er altså at mens tjenestene generelt overføres til statlig nivå i regi av helseforetakene, også når det gjelder Rusreform II, skal Oslo beholde sitt ansvar for den type tjenester, og da knyttet til Rusreform II.

Fordi det med stor sannsynlighet vil være slik at flertallet i dag vil vedta en annen løsning enn den vi ønsker, har vi som en konsekvens et forslag som skal behandles i Stortinget, som går ut på at Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med at staten ved helseforetakene overtar det tidligere fylkeskommunale ansvar innenfor rusfeltet – Rusreform II – gjøre unntak for Oslo kommune, slik at Oslo fortsatt har et samlet ansvar for rusfeltet. Jeg oppfatter at forslaget egentlig er fremmet av Asmund Kristoffersen, men jeg gjentar for sikkerhets skyld her at vi er medforlagsstiller og ønsker det fremmet.

Den prosessen som har vært omkring denne saken, har ikke vært heldig. Jeg er enig med dem som har sagt at det likevel er bra at Stortinget klarer å fatte et vedtak som gjør at man fra 1. januar samlet sett innenfor rusmiddel-feltet kan komme i gang med tiltak. Men det er klart at samtidig som man kan få en klarere, mer ryddig, lovgivning på dette feltet, er det en betydelig vei å gå i erkjennelsen av at rusmiddelbrukere behandles for dårlig, og at man i liten grad klarer å ivareta dem på en god måte. Det er altfor mange eksempler på at noen og hver av oss når vi ser personer som har betydelige problemer ikke minst i omgangen med narkotiske stoffer, ikke erkjenner problemene og finner de virkemidlene som er nødvendige for å kunne hjelpe dem. Jeg tror det må være riktig å si at Stortinget i mange år har famlet i en søken etter virkemidler som de til nå ikke har funnet. Når loven trer i kraft, vil det derfor for SV være særdeles viktig å se på hvordan man også kan sette inn økonomiske virkemidler for å ivareta rusmiddelbrukerne på en langt bedre måte enn det man gjør i dag. En del av det vi har sett, også i Oslo, f.eks. problemstillingen omkring Plata, om folk som føler seg avvist, og som dukker opp igjen langs Akerselva, som ikke å ha et sted å være, og som føler at de bare gjennom politimakt skyves fra det ene stedet til det andre, er forhold som vi politikere ikke kan akseptere å leve med. Vi er nødt til å få en helt annen type dialog med de ulike miljøene som har kunnskaper om rusmiddelfeltet, enn det vi har hatt til nå.

For en knapp måned siden var jeg i et møte arrangert av Norsk Narkotikapolitisk Forening som var veldig tankevekkende for meg. Mange av de tiltakene som rusmiddelbrukerne selv foreslo, kunne ha vært realisert, ikke som ledd i å liberalisere norsk narkotikapolitikk eller omgangen med rusmidler generelt, men i en større grad av samforståelse med dem som sliter med problemene, på en slik måte at man lettere kunne oppnådd resultater. Derfor bør vi som politikere i mye større grad gå inn i de miljøene, søke å vinne forståelse for de kunnskapene som både rusmiddelbrukere selv og personer som har jobbet med fagfeltet, sitter med, slik at vi kommer videre

på dette feltet på en mer verdig måte enn vi har lyktes med til nå.

**Åse Gunhild Woie Duesund (KrF):** For Kristelig Folkeparti er det en viktig målsetting at rusmiddelpolitikken fører til en betydelig reduksjon i de sosiale og helsemessige skadene av rusmiddelbruk. Det er tragisk at det dør langt over 1 000 personer i Norge hvert år som følge av alkohol- og narkotikamisbruk. Det handler derfor i videste forstand om å redde liv.

Kristelig Folkeparti ser det som svært viktig at en legger til rette for en langsiktig oppfølging og rehabilitering av dem som trenger hjelp til å bli rusfrie. Det er viktig å ta utgangspunkt i den enkeltes behov. Mange vil i perioder trenge plass i en institusjon.

Fylkeskommunene har gitt et godt tilbud, men som følge av at spesialisthelsetjenesten ble overført til staten, ble det vedtatt at flere institusjoner for rusmiddelbrukere også skulle overføres fra fylkeskommunen til staten. Endringen ble kalt Rusreform I.

I dag behandles Rusreform II, som i utgangspunktet ønsker at omsorgen for rusmiddelbrukere overføres til kommunene. Formålet med reformen er å legge til rette for et bedre tjenestetilbud til rusmiddelbrukerne ved å sikre dem en helhetlig tiltakskjede med brukeren i sentrum. Kommunene ville få et helhetlig ansvar for denne brukergruppen. I tillegg er det forslag om rett til individuell plan i sosialtjenesten. Forslaget ville ivareta at personer med langvarige og sammensatte behov for tjenester skulle få et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Kristelig Folkeparti støtter primært dette.

Arbeidet i komiteen har ført til at flertallet ønsker at institusjoner skal være en del av helsetjenesten, og at rusavhengige skal ha samme status som pasienter og dermed omfattes av pasientrettighetsloven. Det betyr at de fylkeskommunale rusinstitusjonene skal overføres til statlige helseforetak som en del av spesialisthelsetjenesten, i likhet med Rusreform I.

Som saksordfører allerede har nevnt, var det et ønske fra flere partier om en statlig overtakelse, men med en unntaksordning for enkelte kommuner – og Oslo i særdeleshet.

Dette er svært problematisk. Den rettslige statusen for brukerne ville være forankret i ulik lovgivning, avhengig av hvilken geografisk tilhørighet en hadde. Ordningen ville gi Oslo kommune driftsansvar for deler av spesialisthelsetjenesten. Kristelig Folkeparti kan ikke støtte en løsning som er så komplisert både rettighetsmessig, styringsmessig og forvaltningsmessig. Vi tror at en slik oppsplitting vil svekke tilbudet til brukerne.

Kristelig Folkeparti vil på dette grunnlag stemme for at de fylkeskommunale rusinstitusjonene overføres til staten ved de regionale helseforetak.

Det er positivt at både fastlegen og den kommunale sosialtjenesten skal ha rett til å henvise personer med rusproblemer til institusjoner som tilbyr spesialisert behandling. Dette styrker brukernes muligheter for behandling, og det gir håp om en bedre rusomsorg.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Senterpartiet mener at det var uheldig av Regjeringen å legge fram den framtidige organiseringen av omsorgen for rusmiddelmissbrukere i to omganger, nemlig gjennom Rusreform I, som ble behandlet i Ot.prp. nr. 3 for 2002-2003, og nå ved å behandle Rusreform II i Ot. prp. nr. 54 for 2002-2003. Denne behandlingsmåten fra Regjeringens side har virket uryddig og uoversiktlig, og har vanskeliggjort en helhetlig og samlet vurdering av organisering, tilknytningsform og finansiering som skal være til beste for rusmiddelmissbrukerne.

Jeg finner også grunn til å minne om at Senterpartiet var det eneste partiet som ikke knyttet seg til en framtidig organisasjonsmodell ved behandling av Rusreform I. Men vi må ta til etterretning at Regjeringen fikk flertall for sitt forslag om å overføre viktige oppgaver innen rusfeltet til spesialisthelsetjenesten og staten ved helseforetakene.

Vi mener at rusmiddelmissbrukergruppen er en sammensatt gruppe med ulike behov som det må tas hensyn til i behandling og rehabilitering. Behovet for helsetjenester når det gjelder både det somatiske og psykiatrien, vil i mange tilfeller være til stede også i forbindelse med mer sosialfaglig behandling og rehabilitering. Etter et flertalls mening tilsier det en tverrfaglig behandling og et rehabiliteringsopplegg der det er veldig uheldig at en skiller det helsefaglige og det sosialfaglige i to ulike ansvarsområder, slik Regjeringen primært foreslo og har nedfelt i odelstingsproposisjonen.

Vi peker på at i forbindelse med fylkeskommunalt ansvar var dette samlet, men gjennom Rusreform I og gjennom sykehusreformen har et stortingsflertall endret disse forutsetningene, slik at fylkeskommunal drift og fylkeskommunalt eieransvar ikke lenger er aktuelt som en samlet og enhetlig behandlings- og rehabiliteringsinstans. Da ville vi i tilfellet fått tre nivåer, og det er meget uheldig. Jeg skal komme litt tilbake til Oslo, for der er det et spesielt forhold.

Vi synes at proposisjonen har mange svakheter i seg. Det gjelder bl.a. registrering av bestående institusjoner og deres faglige og behandlingmessige nivå og kvaliteter. Vi mener at proposisjonen også har mangler når det gjelder å påpeke hvordan overdragelsesprosedyrer skal være, og hvordan framtidig eier/driftsansvar skal ordnes i forhold til økonomi ved overtakelse, også for dem som avhender. Når det gjelder driftsansvar, økonomi og tilgjengelighet til plasser og behandling, blir det noe bedre nå i og med at staten tar over det fulle ansvaret. Men jeg setter fortsatt store spørsmålstejn i marginen i denne innstillingen og i den proposisjonen som Regjeringen la fram.

At det er uklarhet når det gjelder drift, går ut over dem som trenger denne behandlingen, nemlig rusmiddelmissbrukerne. Det er den største svakheten ved reformen. Slik Regjeringen la det opp primært, deler vi det synet som mange høringsinstanser hadde når de mente at dette opplegget fra Regjeringen ville skape A- og B-institusjoner og A- og B-rusmiddelmissbrukere. Når det nå er slik at helseforetak og stat skal ta over ansvaret, vil vi henle-

de oppmerksomheten spesielt mot de etablerte kompetansesentrene for rusmiddelsspørsmål rundt om i helseregionene. Vi tror at det her ligger kompetanse og praktisk innsikt som helseforetakene nå må benytte seg av, og at det må bli etablert et godt samhandlingsmønster mellom disse kompetansesentrene og helseforetakene, slik at en kan få på plass en faglig god behandling og et faglig godt tilbud med en gang.

Senterpartiet støtter det som står i proposisjonen når det gjelder retten til en individuell plan, og at dette nå tas med i sosialtjenesteloven. Vi mener at samarbeidet mellom sosialtjenesten, kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten er så viktig at vi ønsker å sikre det samarbeidet gjennom bl.a. at man får et team som kan se på innleggelse og fast innsøkning i kommunene. Fastlegen til rusmiddelmissbrukeren og eventuelt også sosialkuratoren skal tiltre dette faste innsøkningsteamet, og vi håper at vi kan få flertall for det i dag.

Videre mener vi at Oslo er i en slik særstilling at de burde hatt det samlede ansvaret for rusfeltet i og med at de både er og har vært kommune og fylkeskommune. Slik sett er de i en særstilling, og jeg håper at Regjeringen vurderer dette nærmere.

**Bjørgulv Froyn (A):** En reforms funksjon må være å søke andre løsninger for å gi et bedre tilbud enn hva tilfellet er.

Jeg oppfatter det dit hen at ved spørsmålet om å tilby rusmiddelmissbrukere et bedre behandlingsopplegg med større grad av verdighet, har man også gått ut for å lytte, lytte blant dem som har mer erfaring, som er nærmere problemet, og som kan identifisere det man skal kunne gjøre. Jeg sier dette som innledning, fordi jeg ble så overrasket over å høre komiteleder Alvheims forståelse av at de representantene fra mindretallet i komiteen som vil gjøre et unntak for Oslo, åpenbart ikke representerer et godt forslag, men er et resultat av betydelig press! Tillat meg da å tro at det må representanten Alvheim mene om alle som har en annen oppfatning enn det han selv måtte ha. Det er på en måte å verdisette seriøse forslag på en måte som gjør dette – som er et viktig og komplisert tema – til en sak en ønsker å profitere på selv, ved å fortelle at han både før, under og etter har hatt et solid forankret standpunkt som alltid, til enhver tid, er det riktige standpunktet.

Det er ikke viktig å gjøre Oslo mer spesiell enn det Oslo er. Men når Oslo representerer en så stor del av problemet, er det viktig å ta opp spørsmålet om man kan anvende andre tilnærminger for å finne best mulige løsninger, for det er jo de best mulige løsningene man skal finne. Jeg tror at hele komiteen har vært opptatt av det.

Bystyret oppfatter seg som en seriøs høringsinstans, og har lagt fram dette problemet til behandling i bystyret. Jeg tror alle partigruppene der virkelig har tatt det på alvor, og vil løse dette best mulig, gi et best mulig svar. Med det utgangspunktet ble det framført ulike forslag fra de ulike partier, og det hele endte med et enstemmig vedtak i Oslo bystyre. Det er storartet – det bystyret som representerer det geografiske området som har de største

problemene, uansett hvordan man regner på det. Problemet er så stort at hvis vi ikke løser dette i Oslo, finner vi ikke en nasjonal løsning. Da må man jo lytte – lytte med stor tyngde – til det de sier, og hvorfor de sier det.

Oslo ber altså ikke om å være noe mer spesiell enn det Oslo er, men Oslo sier fra om at man nå har utviklet et sammenhengende behandlingsopplegg som man tror det er verdt å ta vare på. Det sier Oslo på tvers av partilinjene og ber nå først Odelstinget og senere Stortinget om å ta standpunkt på tvers av partiskillelinjene, fordi man ikke kan lage politikk av det som er rusmiddelmissbrukernes hverdag. Man må bare gå sammen og stille spørsmålet: Hvordan kan vi løse problemet på en bedre måte enn det vi har klart fram til nå? Oslo er ikke mer spesiell enn at man altså har klart å utvikle et sammenhengende behandlingsopplegg. Det er det eneste man i realiteten sier. En svekkelse av dette sammenhengende behandlingstilbudet er det rusmiddelmissbrukeren som må bære konsekvensene av, ikke de politiske beslutningstakerne. Når man ber om å gjøre unntak for Oslo, ber man samtidig om at man sikrer et framtidig behandlingstilbud som har rusmiddelmissbrukeren i sentrum, og som fortsatt kan ta utgangspunkt i at selv en rusmiddelmissbruker har krav på verdighet. En rusmiddelmissbruker skal ikke bli en brikke i et politisk spill.

Jeg håper at man i løpet av prosessen kan komme fram til at det som er mindretallets forslag om en særlig ordning for Oslo, kan bli oppfatningen til et samlet storting.

**Statsråd Ingerd Schou:** En styrking av behandlingstilbudet for rusmiddelmissbrukere har stått sentralt i Regjeringens arbeid. Det er flere måter å gjøre dette på. En av dem har vært å omorganisere og foreta en opprydding i institusjonstilbudet for rusmiddelmissbrukere, dvs. rusreformene. Innføring av rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven er en annen.

Regjeringens mål har vært

- at rusmiddelmissbrukere skal få bedre tjenester
- at tiltaksapparatet må danne en helhetlig kjede
- at tiltakene må organiseres slik at rusmiddelmissbrukernes individuelle behov fanges opp slik at mangfoldet og bredden i tilbudet sikres
- at ansvaret er klart, og at det samarbeides mellom og innenfor de ansvarlige forvaltningsnivåer

Hensikten med organiseringen og ansvars plasseringen er å forhindre gråsoner og ansvarsfraskrivelse som gjør rusmiddelmissbrukerne og deres pårørende til kasteballer i systemet. Jeg er opptatt av at tiltaksapparatet er i stand til å identifisere, fange opp og tilby hjelp til personer som er i ferd med å utvikle en misbrukskarriere.

Vi stod overfor tre alternativer i organiseringen av fylkeskommunens restansvar:

- å fortsette som før, som praktisk talt ingen ønsker
- å legge ansvaret til staten
- å legge ansvaret til kommunene

Regjeringen foreslo det siste – og det er godt begrunnet i proposisjonen – men konstaterer at det ikke er flertall for dette.

Valget av organisering er et spørsmål om hvor grensen mellom den kommunale sosialtjenestens og de regionale helseforetakenes ansvar skal gå. Sagt på en annen måte: Hva er spesialisthelsetjeneste, og hva er en del av kommunenes naturlige ansvarsoppgaver? For å sikre helhet i tjenestetilbudet er imidlertid utfordringen vel så mye å sikre gode verktøy for samarbeid, som å finne en god avgrensning mellom de to instansenes ansvar.

I innstillingen er grensen mellom den kommunale sosialtjenestens ansvar og de regionale helseforetakenes ansvar trukket et annet sted, dvs. at staten ved de regionale helseforetakene også bør få ansvar for Rusreform II-tjenester, og at disse tjenestene skal være å betegne som spesialisthelsetjenester. Det betyr ikke at den sosiale dimensjonen ikke lenger skal være viktig. De regionale helseforetakene overtar hele det nåværende fylkeskommunale ansvaret, herunder ansvaret for å inkludere den sosialpedagogiske tilnærmingen i arbeidet. Dette går også frem av lovformuleringen. De regionale helseforetakene får ansvar for «tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk».

Reformene medfører ingen endringer i den kommunale sosialtjenestens overordnede ansvar for rusmiddelmissbrukere. Dette ansvaret videreføres.

Innstillingen er et godt kompromiss mellom regjeringens partiene og Fremskrittspartiet. Hovedtanken bak Regjeringens forslag – en deling av ansvaret for tiltak for rusmiddelmissbrukere på to aktører som sikres gode verktøy for samordning og samarbeid seg imellom – ligger fast. Vi ønsket å rydde og forenkle. Løsningen som er valgt, endrer ikke på det.

Reformen sørger for at både sosialtjeneste og lege får henvisningsadgang, som vil si at misbrukeren kan bli henvist til behandling i institusjon av den instans han eller hun først kommer i kontakt med.

Jeg er glad for at det nå lovbestemmes at spesialisthelsetjenesteinstitusjonen skal varsle sosialtjenesten før utskrivning når utskrivning vil kreve oppfølging av tiltak fra sosialtjenestens side. Dette vil redusere «glippene» som ofte eksisterer mellom tiltak.

Reformen innebærer dessuten at den enkelte etter sosialtjenesteloven – på samme måte som etter helselovgivningen – skal ha rett til individuell plan når det er behov for langvarige og koordinerte tjenester. Mange rusmiddelmissbrukere har slike behov. Dette er viktig i målet om å sikre misbrukerne helhetlige og koordinerte tjenester. Ikke minst gjelder det oppfølgingen før, under og etter institusjonsopphold.

Denne retten vil gjelde alle personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter sosialtjenesteloven. Jeg tror det bidrar til aktiv brukermedvirkning, større trygghet og forutsigbarhet for brukerne, avklaring av ansvarsforhold og sikring av samordning og samarbeid mellom ulike deler av tjenesteapparatet. Det er svært gledelig at en samlet sosialkomitee står bak Regjeringens forslag om dette.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**John I. Alvheim (FrP):** La meg først få lov til å takke sosialministeren for det gode samarbeidet som har vært på tampen av behandlingen av denne saken. Det respekterer jeg høyt og setter pris på.

Det spørsmålet jeg har til sosialministeren, går på MARIOs fremtid. Jeg har fått signaler om at MARIO slik det er i dag, skal deles i to ulike enheter, hvorav den ene enheten skal over til foretaket og den andre enheten skal forbli i Oslo som en kommunal affære.

Kan sosialministeren bekrefte at dette er riktig, og kan sosialministeren utdype dette noe nærmere slik at det er mulig å forstå hva som foregår her?

**Statsråd Ingjerd Schou:** Jeg forstår godt at representanten Alvheim tar opp problemstillingen om tiden etter 1. januar 2004, og også om det viktige tilbudet som ligger i forhold til MARIO.

Nå er det jo slik at denne saken berører to statsråder. Jeg skal avstå fra å svare på det spørsmålet, men overlater det til helseministeren i neste runde, fordi det berører tiden etter 1. januar 2004 og den organiseringen som vil være da. Spørsmålet er sentralt og viktig både for dem det gjelder, og for styring og organisering.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Sosialministeren var opptatt av at man skulle hindre gråsoner, og det er vi enig i.

Når det gjelder de fleste rusmiddelmissbrukere, har de behov for miljøterapeutiske tilbud og tiltak både når det gjelder sosialpedagogiske og psykososiale tiltak. Dette er hjelp og tiltak som rusmiddelmissbrukeren må ha nærmest på spesialistnivå. Er det ikke da slik at forslaget om at staten overtar passer bedre inn og kanskje er bedre innrettet mot å unngå gråsoner, enn om kommunene skal ha dette ansvaret og være avhengig av veldig mye hjelp innleidd fra spesialistnivå?

Til slutt: Uansett rusreformer er forebygging noe av det viktigste, også rask innгриpen når misbruket er en realitet. Vil sosialministeren påse at kommunene får bedre økonomi til dette viktige arbeidet?

**Statsråd Ingjerd Schou:** Representanten Gløtvold tar opp et viktig anliggende, og jeg begynner med det siste spørsmålet, som gjelder forebygging.

Hva er det som skjer i og i forhold til kommunene? Det er viktig å banke fast at hovedansvaret fortsatt skal være i kommunene når det gjelder helheten for rusmiddelmissbrukerne, det gjelder også det forebyggende arbeidet. Det er slik at kommunene i dag rår over vesentlige deler av velferdsapparatet – kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten, barnevern, boligkontor, skole. Alt det som rører seg i forhold til den enkelte, ligger der. Når det gjelder muligheten for å oppdage sjansene for misbruk tidlig, og når det gjelder å forebygge, skal arbeidet skje der.

I mange kommuner finnes det også mange og viktige sentrale samarbeidsparter som f.eks. Aetat, trygdekontoene, politiet og Kirken. Vi ser mange gode eksempler på at nettopp det at kommuner tar alle disse etatene i bruk, gjør at man kan få et godt forebyggende arbeid.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Ved at man her får en samordning på spesialistnivå av sosialtjenester og helse-tjenester, samordnes også to helt ulike behandlingsskulturer. Man ser ofte at man ved henvisning fra sosialtjenesten vektlegger helt sentrale faktorer som boligtilbud, det kan være ulike trygdemessige ordninger som skal på plass, det kan være rehabilitering knyttet til yrke, mens man ofte har sett at når det er helsevesenet som henviser, så henviser man ut fra en forståelse av at her er det behov for somatisk behandling eller behandling av mentale lidelser. Det er jo nettopp summen av disse tilnærmingene som kan være med på å gi et helhetlig tilbud. Det betyr at det er viktig å se på henvisningsrutiner, og at de problemstillingene som reises når spesialisthelsetjenesten skal ta fatt i saken, favner så vidt at det blir en helhetlig langsiktig plan med det.

Hvordan ser sosialministeren for seg at den helheten ivaretas når det gjelder henvisningsrutiner?

**Statsråd Ingjerd Schou:** Det som er nytt, er nettopp at vi får et samarbeidsverktøy hvor det er to innsøkninger fra kommunene, både fra sosialtjenesten, som har dette ansvaret i dag, og som har lang tradisjon for dette, og fra vedkommendes fastlege. Dette blir to muligheter, og ikke bare den ene som rusmiddelmissbrukerne har hatt i dag. Ved at vi åpner for at henvisning også skal kunne skje fra lege, vil det være tydeliggjort at legen i langt større grad må involvere seg nettopp i helsesituasjonen til den enkelte rusmiddelmissbruker. Dette er nytt, det er nybrottsarbeid. Det er viktig for Regjeringen å evaluere dette – vi har sagt etter to år – nettopp for å se på hvordan dette samspillet kan skje, og at vi også får en dialog mellom sosialtjenesten og legetjenesten i kommunene nettopp i forhold til denne utfordringen.

**Presidenten:** Fleire har ikkje bede om ordet til replikk.

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Sosialministeren har redegjort for bakgrunnen for rusreformene. Staten, ved de regionale helseforetakene, overtar fra 1. januar 2004 hele fylkeskommunens tiltaksapparat for rusmiddelmissbrukere. Som en følge av det defineres tjenestene som tverrfaglig spesialiserte tjenester hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, og rusmiddelmissbrukerne vil få pasientrettigheter.

Som mottakende ansvarlig vil jeg følge opp Stortingets behandling av Rusreform I og II. Jeg har bedt de regionale helseforetakene om å forberede det nye ansvaret de får, og arbeidet med forberedelsene rundt overtakelsen er godt i gang. Men tiden er meget knapp fram til årsskiftet, og jobben er svært utfordrende. Så langt jeg erfarer, ser det ut til at overtakelsen av virksomheter og ansatte og inntreden i avtaler skjer som planlagt. I styringsdialogen med de regionale helseforetak vil jeg legge vekt på at det skal være en prioritert oppgave å videreutvikle behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere, det helsefaglige tilbudet og kvaliteten på behandlingen. Ved den statlige overtakelse av spesialisthelsetjenesten fikk de regionale helseforetak også ansvaret for en del tiltak for

rusmiddelmisbrukere. De regionale helseforetakene får nå mulighet til å se det totale behandlingstilbudet i sammenheng, også i forhold til behandlingstilbudet innen somatikk og psykiatri, for å kunne gi den enkelte rusmiddelmisbruker et best mulig egnet og helhetlig behandlingsopplegg.

En vesentlig del av behandlingstilbudet som overføres, utgjøres av private institusjoner. Av de 74 virksomhetene som omfattes, er det 42 private institusjoner som i dag enten har driftsavtaler eller delavtaler med fylkeskommunene. De regionale helseforetak trer inn i fylkeskommunens avtaleforhold. Regjeringen legger til grunn at private virksomheter fortsatt skal være sentrale aktører som skal bidra til å yte tjenester til rusmiddelmisbrukere også innen spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetak må derfor videreutvikle bestillerkompetansen og utforme gode avtaler med private aktører til beste for rusmiddelmisbrukere som trenger behandling.

Samtidig som spesialisthelsetjenestens ansvar klargjøres og de regionale helseforetak overtar sørge for-ansvaret, skal vi også følge opp Sem-erklæringen og Regjeringens handlingsplan mot rus, hvor behovet for et helhetlig hjelpe- og behandlingstilbud understrekes. Kommunene vil fortsatt ha det koordinerende og overordnede ansvaret for rusmiddelmisbrukere, og det langsiktige oppfølgingsansvaret er helt sentralt for at pasientene skal lykkes etter et behandlingsopphold. Nå vil også kommunehelsetjenesten og fastlegene få et større ansvar, bl.a. ved å kunne henvise til tverrfaglig spesialisert behandling for rusproblemer. Det vil bety at de medisinske aspekter vektlegges mer ved henvisninger. Samtidig er også sosialtjenesten sikret henvisningsadgang på lik linje med kommunehelsetjenesten. Dette er viktig fordi mye av kommunenes kompetanse når det gjelder rusmiddelmisbrukere, ligger i sosialtjenesten. I møte med Helsedepartementet nylig framholdt Lægeforeningen denne dimensjonen, at legene ser nødvendigheten av at sosialtjenesten fortsatt vil ha en sentral funksjon i oppfølgingen av rusmiddelmisbrukere. Et vesentlig suksesskriterium for rusreformene er at tjenestene samhandler. Mange rusmiddelmisbrukere har omfattende hjelpebehov, og det er nødvendig at både lege og sosialtjeneste bidrar i et samarbeid rundt den enkelte. Helsedepartementet vil i samarbeid med Sosialdepartementet utarbeide en forskrift som vil regulere henvisningspraksisen, og vi vil evaluere hvordan dette fungerer.

Med reformen lovfestes også et viktig samhandlingsverktøy som sikrer bedre samordning av ulike tjenester. Retten til individuell plan hjemles i sosialtjenesteloven, og spesialisthelsetjenesteloven får en varslingsplikt overfor sosialtjenesten ved utskrivning, dersom pasienten ønsker det. I denne sammenheng vil jeg også vise til at det gjennom legenes deltakelse i legemiddelassistert rehabilitering vil utvikles bedre samarbeidsrelasjoner.

Regjeringen vil også følge opp behovene for samordning i tjenestetilbudet til rusmiddelmisbrukere i utvalget som nå er nedsatt, som skal se på samhandlingen mellom ulike nivåer i helsetjenesten, og i utvalget som vurderer harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgiv-

ning. Jeg vil også følge opp komiteens anmodning om å evaluere samarbeidet mellom sosialtjenesten og helsetjenesten.

Jeg har merket meg at et flertall i sosialkomiteen viser til at Oslo er i en særstilling. Jeg vil gjennom egnede styringskanaler se til at Helse Øst samarbeider med Oslo kommune i forbindelse med overtakelsen av ansvaret. Jeg kan opplyse om at det er i gang en meget god dialog mellom Helsedepartementet og Oslo kommune, og Helse Øst er trukket inn i det forberedende arbeidet.

Jeg ser på den foreliggende reformen som et svært viktig og avgjørende skritt i det å utvikle bedre tjenester for rusmiddelmisbrukere totalt sett, og ikke minst det å løfte opp dem som sitter nederst ved bordet i helsetjenesten, til å være pasienter med rettigheter som andre. Det er en glede å få være med på å gjennomføre en slik reform, og jeg skal gjøre mitt beste for at den skal bli vellykket.

**B e r i t B r ø r b y** hadde her gjeninntatt presidentplassen.

**Presidenten:** Det blir replikkordskifte.

**Ola D. Gløtvold (Sp):** Jeg var i innlegget mitt inne på at man i alle helseregioner har ett eller flere statlig finansierte kompetansesentre for rusmiddelspørsmål, og at disse bør trekkes inn nå i forhold til det ansvaret som helseforetakene får.

Jeg har lyst til å spørre: Er helseministeren av samme oppfatning? Hvordan har helseministeren i tilfelle tenkt at helseforetakene skal samhandle med disse kompetansesentrene? Hvordan vil en handle for at denne kompetansen blir i tjenesten, og kan tjenestene ytes like bra som nå, når helseforetakene blir på statlig nivå?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** I dette feltet er det viktig at alle gode krefter samarbeider med sikte på å utvikle både innhold og struktur på tjenestene, slik at de framstår bedre for dem som de skal møte.

De regionale kompetansesentrene er allerede i godt inngrep både med den kommunale helse- og sosialtjenesten og med sykehusene. Jeg forutsetter at det samarbeidet bare skal bli enklere og bedre når vi får en overføring av det fylkeskommunale ansvaret til de statlige foretakene.

**John I. Alvheim (FrP):** Jeg er enig med helseministeren i at tiden er knapp frem til 1. januar. Når det ble slik, tror jeg vi kan fordele skylden for det omtrent likt mellom sosialkomiteen og departementene.

Jeg er veldig glad for å høre at helseministeren allerede er i gang med forberedelsene, og at signalene og budskapet nå ligger i foretakene, slik at man bruker tiden godt frem til 1. januar for å få dette til å funke. Jeg tror det vil bli en positiv bieffekt av den lovendringen vi gjør i dag, i forhold til de lovpålagte oppgaver på omsorgsiden overfor rusmiddelmisbrukerne. Kommunene vil mer eller mindre føle seg forfulgt av det som skjer på den andre siden, i behandlingsapparatet og rehabiliteringsap-

paratet, og kan ikke så lett lure seg unna de oppgavene de er pålagt, når loven trer i kraft.

Så til slutt vil jeg gjerne vise til det spørsmålet jeg stilte sosialministeren: Vil helseministeren være snill å utdype litt dette rundt MARIO?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Jeg skal svare på spørsmålet knyttet til MARIO-senteret. Det er i dag et samfinansiert tiltak med et statlig tilskudd på 81 mill. kr, hvorav 21 mill. kr til drift og 6 mill. kr til legemidler. I tillegg til driftstilskuddet fra staten yter Oslo kommune et kommunalt driftstilskudd på 17–18 mill. kr. Oslo kommune har valgt å legge en del byomfattende kommunehelsetjenester og sosialfaglig oppfølging inn i MARIO-senteret. Som en følge av denne samfinansieringen mellom staten og Oslo kommune framstår MARIO som en enhet som dekker oppgaver på to forvaltningsnivåer.

For å ivareta hensynet til LAR-klientene i Oslo på en best mulig måte har Oslo kommune valgt å bidra med sin innsats overfor sine LAR-klienter ved å samordne den kommunale innsatsen med det statlige tiltaket som MARIO er. Kommunen har som følge av dette bidratt med 17 mill. kr til driften av MARIO i 2003, og det ser ut til å ha vært en god modell.

Det som jeg er opptatt av i denne forbindelse, er at denne virksomheten skal framstå som en helhetlig tjeneste for brukerne også etter 1. januar, men bakgrunnen og de ulike ansvarsoppgaver som er lagt inn i tjenesten, gjør at man må rydde i ansvarsforholdene. Det som er poenget, er at vi har en dialog med Oslo kommune for å sikre at det blir et helhetlig tilbud for brukerne også i framtiden, selv om det må ryddes i ansvaret bakenfor.

**Olav Gunnar Ballo (SV):** Helseministeren får mer å gjøre, og han virker godt fornøyd med det!

Jeg skal ta opp noe av den samme problemstillingen som overfor sosialministeren – ikke fordi jeg var misfornøyd med svaret, men rett og slett fordi jeg oppfatter det som viktig. Når man skal behandle rusmiddelmissbrukere, er det viktig at det gjøres i kjeder, og at de ulike aktørene ansvarliggjøres på en forpliktende måte. Når man ser på lov om psykisk helsevern, ser man at det er formuleringen omkring somatiske undersøkelser av den som skal innlegges på institusjon, som forplikter, svært ofte da fastlegen, til å foreta en sånn undersøkelse. I forhold til sosialtjenestelovgivningen har det ikke vært sånne forpliktelser. Man har altså kunnet henvise inn i en institusjon uten at legen har vært inne i bildet i det hele tatt. I Oslo har det gitt det utslaget at veldig mange rusmiddelmissbrukere ikke har noe forhold til spesielle leger. De har forhold til sin kurator, men ikke til legen.

En måte å ansvarliggjøre legen på, kan jo være å legge inn forpliktelser om at det skal foreligge en somatisk undersøkelse før innleggelse på institusjon – uten å byråkratisere, men for på den måten å ansvarliggjøre legen. Har statsråden sans for en sånn tilnærming?

**Statsråd Dagfinn Høybråten:** Det er fastslått at både fastlegen og den kommunale sosialtjenesten skal kunne

henvise. Bakgrunnen for det er at mønsteret i dag er at sosialtjenesten har kompetanse og en sentral rolle. Mange rusmiddelmissbrukere har liten eller ingen kontakt med sin fastlege, og mange leger har lite kunnskap om feltet.

Det vi vil gjøre fra Sosialdepartementets og Helsedepartementets side, er å utarbeide en forskrift sammen med berørte parter som vil regulere henvisningspraksisen og sikre at henvisningene fra lege og sosialtjeneste samordnes, og at helseforetakene vurderer disse henvisningene likt. Da vil vi ta med oss den ideen som representanten Ballo nevnte.

I innstillingen ber komiteen Regjeringen også om å vurdere en evaluering av samarbeidet mellom sosialtjenesten og helsetjenesten i forhold til rusomsorg innen to år, med spesiell vekt på henvisningsordningen, og det vil vi prøve å følge opp.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til replikk.

De talerne som heretter får ordet, har en taletid på inntil 3 minutter.

**Elisabeth Røbekk Nørve (H):** Det viktigste med Rusreform II er at den enkelte rusmiddelmissbruker endelig får et bedre tjenestetilbud. Gjennom lovfestet rett til individuell plan i sosialtjenesteloven vil rusmiddelmissbrukere med langvarige og sammensatte behov for tjenester endelig bli sett og hørt. Og den enkelte bruker vil få et helhetlig, samordnet og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Det betyr at uavhengig av hvor ansvarsgrensene mellom forvaltningsnivåene går, skal rusmiddelmissbrukere og deres pårørende ikke lenger være kasterbatter i systemet. En felles individuell plan skal dekke tjenester etter kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernlov og sosialtjenesteloven. Pasienter som får behandling i institusjon for rusproblemer, vil nå få samme rettigheter som andre pasienter. Det er veldig positivt.

I Norge har vi altfor lenge vært flinkere til å straffe enn å behandle rusmiddelmissbrukere, og Høyres sosialfraksjon har vært utålmodig i forhold til det å nå fram med et raskt, helhetlig og styrket behandlingstilbud til alle dem som trenger det. Høyre er glad for at det nå endelig ryddes opp i ansvarsforholdene innen rusomsorgen, og at Regjeringen har vist en offensiv linje fra første dag.

Det er svært kritikkverdig at rusmiddelmissbrukerne og deres pårørende ikke har blitt tatt alvorlig tidligere. De pårørendes situasjon er også vanskelig. Det er derfor positivt at Regjeringen som et ledd i det forebyggende arbeidet har fått etablert en veiledningstelefon for pårørende.

Narkotikamisbruk er ikke lenger et typisk storbyproblem, men et alvorlig, voksende problem også ute i små kommuner. Rusmiddelmissbrukerne vil nå endelig gjennom reformen få bedre tilbud om behandling i et helhetlig tjenesteapparat, der brukernes rettigheter er de samme uavhengig av oppholdssted.

Regjeringen har allerede igangsatt flere tiltak for å hjelpe de mest slitne misbrukerne, og justisministeren

har gitt klar beskjed til politiet om at de skal prioritere å ta bakmennene framfor å sende politiet på slitne misbrukere.

Behandlingstilbudet må inn i fengslene til dem som soner. Det er derfor positivt at justisministeren arbeider med et forslag om å utvide ordningen med bruk av behandling framfor straff overfor personer med rusproblemer.

Narkotika er et stigende problem i hele Norden, og vi opplever en økt liberalisering i flere land i Europa. Internasjonalt samarbeid er avgjørende for å lykkes i arbeidet med å redusere omfanget og skadene ved rusmiddelbruk. Jeg er derfor glad for at Norge i Nordisk Ministerråd og de baltiske statene nylig har undertegnet en samarbeids-erklæring, under navnet Lunddeklarasjonen. Samarbeidet baserer seg på et felles grunnsyn, der man både satser på forebygging, god behandling og en effektiv kriminalpolitikk med fokus på bakmenn og kriminelle nettverk.

Dette viser at Regjeringen har en helhetlig strategi i forhold til rusproblematikken.

**Heikki Holmås (SV):** Hvis flere av Stortingets leiligheter for representantene hadde ligget på østsiden av Akerselva istedenfor i Grønnegata og på resten av vestkanten, er jeg helt overbevist om at denne saken ville fått et annet utfall. Da tror jeg nemlig at Oslo og de andre storbyene ville fått hele ansvaret for oppfølging av rusmiddelmisbrukere. For hvis stortingsrepresentantene hadde hilst på flere rusmiddelmisbrukere på Plata og nede ved Sentralstasjonen i stedet for å hilse på Kongen på Slotet på vei opp til Grønnegata, er jeg sikker på at de hadde fått høre både rusmiddelmisbrukerne og Utekontakten si at det som er nødvendig, det som det er behov for, er et helhetlig tilbud. Det er bolig, det er avrusning, det er oppfølging.

Et slikt tilbud har jeg altså ingen tro på at spesialisthelsetjenesten kan være i stand til å gi. Det er hovedgrunnen til at vi var skeptiske – til at jeg er skeptisk – til det Regjeringen og Fremskrittspartiet nå går sammen om. For full statlig overtakelse er altså stikk i strid med det Regjeringen sier at den står for, nemlig økt lokalt ansvar, som var det den også la til grunn i sitt første forslag. Men det forslaget var vi skeptiske til, fordi vi ikke hadde noen tro på at små kommuner som Røst kunne ha like god peiling på hva en rusmiddelmisbruker hadde av behov som f.eks. en storby som Bergen eller Oslo. Vårt hovedsyn, som vi også refererte til i forbindelse med kommuneproposisjonen, altså Innst. S. nr. 259 for 2002-2003, er at storbyer som Bergen, Stavanger, altså byer som ønsket det, som hadde søkt om å få dette og følte at de hadde kompetanse, skulle få muligheten til å løse rusmiddelproblematikken og få et helhetlig ansvar. Dette er Høyre-byer. I tillegg har man Tromsø og Trondheim, som også bad om å få dette. Vi synes det er rart at Høyre – når de i sine festtaler vanligvis sier at det ikke lenger bør være slik at alle kommuner skal ha ansvar for alle oppgaver – ikke ser at da må det være mulig å gi noen oppgaver, som f.eks. oppgaven knyttet til rusmiddelmisbrukere, til

de største kommunene. Men vi har altså endt opp med nå å foreslå at Oslo, som er i en helt spesiell situasjon, og som har hatt ansvaret tidligere for disse tjenestene, Oslo, som har unntak allerede i utgangspunktet for barnevernet, Oslo, som er en by som har 50 pst. av rusmiddelmisbrukerne, skal få anledning til å fortsette å gi et helhetlig tilbud. Det er mye bedre å befinne seg i en gråsone og kunne få et helhetlig tilbud enn at situasjonen er svart-hvitt og man får et dårligere tilbud.

**Bent Høie (H):** Jeg tror at litt av hovedproblemet slik det oppleves i dag for en rusmiddelmisbruker, er ikke at de befinner seg i en gråsone, men i et smutthull der ingen tar ansvaret for dem. Jeg synes at innleggene både fra representanten Bjørgulv Froyen og representanten Heikki Holmås var gode replikker til deres egne partiers hovedtalspersoner. Jeg vil bare minne dem om at Oslo bystyre i sin høringsuttalelse støttet Regjeringens forslag. Det ville vært mulig både for Arbeiderpartiet og SV å skape flertall for Regjeringens forslag, som hadde vært helt i tråd med Oslo bystyres ønske. Det var det ikke mulig å lykkes med.

Når det gjelder beskrivelsen av denne såkalte unntaksmodellen for Oslo, som begge representantene kom med, får en det inntrykket at det unntaket som deres egne partier går inn for, ville vært en videreføring av dagens situasjon for Oslo. Det er det altså ikke. Det ville, i forhold til de merknadene som ligger, både vært en endring i forhold til lovhjemmel, nemlig etter spesialisthelsetjenesteloven, det ville vært en endring i forhold til finansiering, og det ville vært en endring i forhold til rettigheter. I realiteten ville det unntaket som Arbeiderpartiet og SV foreslår, være et skinnunntak uten innhold. Det som er hovedproblemet i forhold til representanten Heikki Holmås' innlegg, er at hans eget parti ikke tok utgangspunkt i Oslos situasjon, men i Røsts situasjon, da de valgte hovedmodell. Det tror jeg ikke er lurt.

**John I. Alvheim (FrP):** Jeg har nok registrert at enkelte representanter i dette hus går på talerstolen bare for å bli registrert for å ha vært der og for å komme i lokalavisen etterpå. For maken til innlegg som det representanten Heikki Holmås her holdt, skal man lete lenge etter. Sosialkomiteen har etter hans utsagn overhodet ikke peiling på hva den driver med. Det er ganske drøyt, og jeg håper han vil ta det tilbake fra denne talerstol.

Så sa han noe merkelig. Han sa at SV er imot, men så tok han seg i det og sa at «jeg er skeptisk», «jeg» har ikke noen tro på denne reformen. Er det slik at det er representanten Heikki Holmås som ikke har tro på den, eller er det Sosialistisk Venstreparti som ikke har tro på denne reformen, som de har antydnet at de vil stemme for i denne salen?

Hva har nå Høyre-kommuner med denne saken å gjøre? Jeg har levd en stund, og jeg vet hvilke problemer det har vært i Oslo, i Bergen og i Trondheim i mange år, med ulik politisk styring. Det er så søkt – jeg hadde nær sagt, hvis jeg får lov å si det – at det er rett og slett for dumt å argumentere på den måten.



**Presidenten:** Presidenten er likevel i tvil om ordet «dumt» er særlig lurt å bruke i denne sal, og ber representanten Alvheim merke seg det.

**Heikki Holmås (SV):** Jeg ser at Alvheim synes at det jeg sier, er for dumt. Det er jo dumt. Utgangspunktet vårt er nettopp å ta hensyn til det de store byene har sagt, spesielt Oslo, som har vært i en helt spesiell posisjon, nemlig at dette er problemstillinger som det er mulig for oss å løse. Vi har prøvd å få til en løsning for Oslo, nettopp av den grunn.

Men jeg registrerer at representanten Alvheim fortsetter sitt korstog for at staten skal bestemme alt, og at folk skal bestemme ingen ting, og kaller det lettvinnt når vi hører på de folkene som uttaler seg i denne sammenheng. Han mener at vi er svake som bøyer av for press f.eks. fra Oslo. Jeg registrerer at representanten Alvheims egen partifelle, Svern Kristiansen, og de andre i Oslo mener at Oslo fortsatt burde beholde ansvaret for rusomsorgen.

Så er det riktig som representanten Bent Høie sier, at med det forslag som SV, Arbeiderpartiet og Senterpartiet har lagt fram her i dag, vil man få en omlegging av rettighetene til pasientene, til rusmiddelmissbrukerne. Man vil få en omlegging i finansieringssystemet. Men vi merket oss også at når vi spør om å få en utlegning av hvordan dette kan gjøres praktisk, og hvordan dette kan løses, velger Regjeringen å la være å komme med et skikkelig helhetlig opplegg som gjør at vi kunne stemt for en alternativ lovformulering her. Jeg mener at når vi klarer å finne løsninger for Oslo kommune i andre sammenhenger, kan ikke dette være så komplisert at vi ikke skal kunne klare å løse problemet hvis det finnes politisk vilje. Men det er klart at når det finnes et annet politisk flertall, bestående av bl.a. regjeringspartiene – og jeg synes faktisk det er et poeng at Høyre ikke hører på sine egne styrte storbyer i denne saken – som ikke vil finne en løsning for Oslo, sier det noe om at man her er mer interessert i å skape et politisk flertall for en reform enn å finne det som er den beste løsningen i den situasjonen vi står i. Det er nå min klare mening.

**Presidenten:** Flere har ikke bedt om ordet til sak nr. 5. (Votering, se side 33)

Etter at det var ringt til votering i 5 minutter, uttalte **presidenten:** Odelstinget skal votere i sakene nr. 1–5.

#### *Votering i sak nr. 1*

**Presidenten:** Under debatten har Siv Jensen satt fram et forslag på vegne av Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kystpartiet.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

l o v

om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven)

#### I

I lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven) gjøres følgende endringer:

§ 4-12 nytt tredje ledd skal lyde:

*En offentlig myndighet eller oppkrever av offentlige krav kan for andre offentlige krav enn bøter godta et forslag til gjeldsordning uten hinder av bestemmelser i annen lov, forskrift eller enkeltvedtak. Avgjørelsen av om forslaget skal godtas, regnes ikke som enkeltvedtak etter forvaltningsloven.*

Nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

#### II

Loven trer i kraft straks.

**Presidenten:** Her foreligger et alternativt forslag fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kystpartiet. Forslaget lyder:

«Vedtak til lov  
om endringer i lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven)

#### I

I lov 17. juli 1992 nr. 99 om frivillig og tvungen gjeldsordning for privatpersoner (gjeldsordningsloven) gjøres følgende endringer:

Ny § 4-12 tredje ledd skal lyde:

*En offentlig myndighet eller oppkrever av offentlige krav kan for andre krav enn bøter godta et forslag til gjeldsordning uten hinder av bestemmelser i annen lov, forskrift eller enkeltvedtak. Avgjørelsen av om forslaget skal godtas, regnes som enkeltvedtak etter forvaltningsloven.*

Nåværende tredje ledd blir nytt fjerde ledd.

#### II

Endringene trer i kraft straks.»

#### V o t e r i n g :

Ved alternativ votering mellom komiteens innstilling og forslaget fra Fremskrittspartiet, Sosialistisk Venstreparti og Kystpartiet bifaltes innstillingen med 53 mot 24 stemmer.

(Voteringsutskrift kl. 14.50.19)

**Presidenten:** Det votes over lovens overskrift og loven i sin helhet.

#### V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

*Votering i sak nr. 2*

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

I o v  
om endring i lov 22. juni 1990 nr. 36 om  
Statens petroleumsfond

## I

I lov 22. juni 1990 nr. 36 om Statens petroleumsfond gjøres følgende endring:  
§ 2 annet ledd 13. strekpunkt oppheves.

## II

Loven trer i kraft 1. januar 2004.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

## V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

*Votering i sak nr. 3*

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

I o v  
om endringer i folketrygdloven (refusjon  
for svangerskapskontroll utført av jordmor  
i privat praksis)

## I

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) gjøres følgende endringer:

§ 5-11 oppheves.

## V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

Videre var innstillet:

§ 5-12 skal lyde:

*Trygden yter stønad til dekning av utgifter til kontrollundersøkelser under svangerskap som utføres av jordmor. Stønad ytes bare dersom jordmor har avtale om driftstilskott med kommunen eller er ansatt i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 5-1.*

Trygden dekker nødvendige utgifter til jordmorhjelp ved fødsel utenfor institusjon.

Departementet gir forskrifter om stønad etter denne paragrafen, *herunder om stønadssatser.*

## II

Loven trer i kraft fra den tid Kongen bestemmer.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet har varslet at de går mot § 5–12 første ledd annet punktum.

## V o t e r i n g :

1. Komiteens innstilling til § 5–12 første ledd annet punktum bifaltes med 65 mot 12 stemmer.  
(Voteringsutskrift kl. 14.51.46)
2. Komiteens innstilling til paragrafens øvrige ledd og punktum samt romertall II bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

## V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

*Votering i sak nr. 4*

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget til å gjøre slikt vedtak til

I o v  
om endringer i spesialisthelsetjenesteloven m.m.  
(Finansieringsansvar for syketransport og  
reiseutgifter for helsepersonell)

## I

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter gjøres følgende endringer:

Overskrift til kapittel 2 skal lyde:

Kapittel 2. Rett til helsehjelp og *transport*

Ny § 2-6 skal lyde:

§ 2-6 *Rett til syketransport*

*Pasienten og ledsager har rett til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise i forbindelse med en helsetjeneste som omfattes av lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. og som dekkes av et foretak etter lov 15. juni 2001 nr. 93 om helseforetak m.m. Det samme gjelder helsetjenester som omfattes av lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5, herunder reise til familievernkontor og helsestasjon.*

*Stønad ytes bare til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der helsetjenesten kan gis.*

*Ved beregning av stønaden skal taksten for den billigste reisemåten med rutegående transportmiddel legges til grunn, med mindre pasientenes helsetilstand gjør det*

nødvendig å nytte et dyrere transportmiddel, eller det ikke går rutegående transport.

Retten til dekning av nødvendige utgifter etter denne paragrafen faller bort i den utstrekning utgiftene dekkes etter annen lovgivning.

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendige ledsager, herunder dekning av utgifter ved fritt sykehusvalg og regler om utbetaling av refusjon.

## II

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

§ 2-1a første ledd nr. 3 og 4 og nytt nr. 5 og 6 skal lyde:

3. akuttmedisinsk beredskap,
4. medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt båt,
5. transport til undersøkelse eller behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten og
6. transport av behandlingspersonell.

§ 5-2 første ledd skal lyde:

Det regionale helseforetakets behandlings- og forpleiningsutgifter og reiseutgifter til behandling skal dekkes av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 5-1. Det samme gjelder utgifter til behandling, forpleining og reise som ytes av andre tjenesteytere etter avtale med det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion, jf. § 2-1a. Til gjennomføring av psykisk helsevern dekkes også andre utgifter av det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion.

§ 5-5 nr. 3 og nytt nr. 4 skal lyde:

3. adgang til å bestemme at pasienter som oppholder seg i langtidsinstitusjoner helt eller delvis skal dekke 25 prosent av forpleiningsutgiftene når dette finnes rimelig etter pasientens økonomiske kår. Det kan ikke tas refusjon i kontantytelser som pasienten oppbærer etter folketrygdloven og heller ikke i midler som skriver seg fra slike ytelser,
4. pasientens betaling for reise til undersøkelse og behandling, herunder fritak for betaling for enkelte pasientgrupper.

## III

I lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene gjøres følgende endringer:

§ 1-3 andre ledd nr. 7 og nytt nr. 8 skal lyde:

7. medisinsk nødmeldetjeneste
8. transport av behandlingspersonell.

§ 5-1 nytt tredje og fjerde ledd skal lyde:

Kommunen dekker reiseutgifter for behandlingspersonell som gir helsetjenester etter lov om folketrygd av 28. februar 1997 nr. 19 kapittel 5. Det samme gjelder for kommunalt ansatt helsepersonell eller helsepersonell som har avtale med kommunen for å yte helsehjelp, her-

under helsepersonell ansatt ved familievernkontor. Det er et vilkår at pasienten på grunn av sin helsetilstand ikke kan møte fram på behandlingsstedet.

Departementet gir nærmere forskrifter om dekning av reiseutgifter for behandlingspersonell, og kan gi bestemmelser om dekning av reiseutgifter i andre tilfeller enn nevnt i tredje ledd. Videre kan det gis bestemmelser om fast skyssgodtgjørelse til behandlingspersonell.

§ 5-1 nåværende tredje ledd blir femte ledd.

## IV

I lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd gjøres følgende endringer:

I innholdsfortegnelsen i kapittel 5 oppheves åttende strekpunkt. Nåværende niende til femtende strekpunkt blir åttende til fjortende strekpunkt.

§ 5-3 første ledd bokstav d skal lyde:

- d) reiseutgifter, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 § 5-5 nr. 4

§§ 5-16 til 5-19 oppheves

§ 5-24 første ledd skal lyde:

Et medlem gis stønad til nødvendige utgifter til helse-tjenester i utlandet etter reglene i denne paragrafen. Utgiftene dekkes etter bestemmelsene i dette kapitlet, likevel slik at trygden også dekker reise- og oppholdsutgifter ved undersøkelse og behandling samt tilsvarende utgifter for behandlingspersonell som på grunn av pasientens helsetilstand må reise til medlemmet. For øvrig gjelder følgende særregler:

- a) Utgiftene dekkes etter særskilte satser.
- b) Utgiftene til ambulansetransport dekkes fullt ut.
- c) Utgiftene til sykehusopphold dekkes med opptil et beløp som fastsettes av Stortinget.

## V

Ikrafttredelse og overgangsbestemmelser

1. Loven trer i kraft 1. januar 2004.
2. Tjenestemannsloven § 13 nr. 2 til 6 om fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn skal ved overføringen av tjenestemenn fra trygdeetaten til den statlige spesialisthelsetjenesten fortsatt gjelde for disse arbeidstakere som blir sagt opp på grunn av forhold som nevnt i tjenestemannsloven § 13 nr. 1 bokstavene a, b og c. Fortrinnsrett til annen statsstilling og ventelønn etter første punktum opphører tre år etter overføring til foretak. Første og annet punktum gjør ingen innskrenkninger i rettighetene arbeidstakeren har etter arbeidsmiljøloven §§ 60 nr. 2 og 67.

**Presidenten:** Fremskrittspartiet har varslet at de vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Komiteens innstilling bifaltes med 61 mot 12 stemmer. (Voteringsutskrift kl. 13.52.39)

**Presidenten:** Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet. Presidenten antar at Fremskrittspartiet også her vil stemme imot.

V o t e r i n g :

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes med 59 mot 12 stemmer.

(Voteringsutskrift kl 13.53.05)

**Presidenten:** Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

Votering i sak nr. 5.

**Presidenten:** Under debatten har Asmund Kristoffersen på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet satt fram forslagene nr. 1–5. Forslagene nr. 2–5 er inntatt i innstillingen på side 26, mens forslag nr. 1 er omdelt i salen i beriktinget form.

Forslag nr. 1 lyder i beriktinget form:

«Stortinget ber Regjeringen i forbindelse med at staten ved helseforetakene overtar det tidligere fylkeskommunale ansvaret innefor rusfeltet (Rusreform II), gjøre unntak for Oslo kommune slik at Oslo fortsatt har et samla ansvar på rusfeltet.»

Forslag nr. 2 lyder:

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

Forslag nr. 3 lyder:

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

Forslag nr. 4 lyder:

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

Forslag nr. 5 lyder:

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

Asmund Kristoffersen – til stemmeforklaring.

**Asmund Kristoffersen (A):** Det kan være på sin plass med en stemmeforklaring, og da taler jeg på vegne av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Vi reiser altså våre primære standpunkt gjennom de fem forslagene som nå etter all sannsynlighet vil bli oversendt Stortinget. Når disse er oversendt, vil vi stemme for innstillingen slik den foreligger fra flertallet.

**Presidenten:** John Alvheim – til stemmeforklaring.

**John Alvheim (FrP):** Det gjelder anbefaling til Fremskrittspartiets representanter om at man stemmer mot forslag nr. 1, som ligger på representantenes pulter.

**Presidenten:** Det beriktingede forslag nr. 1 samt forslagene nr. 2–5 blir i samsvar med Forretningsordenens § 30 4. ledd å sende Stortinget. Der får man da anledning til å stemme for eller imot, slik det er antydning i stemmeforklaringene.

Komiteen hadde innstillet til Odelstinget å gjøre slikt vedtak til

I o v

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 tjenestemot-

taker 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 sjettede 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. Inneholder 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 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 rusmiddelmissbruk, 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 innleggelse 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 nødvendig for å innhente bistand fra politiet til fullbyrdelse av tvangsvedtak overfor rusmiddelmisbrukere 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 rusmiddelmisbrukere.

**V o t e r i n g :**

Komiteens innstilling bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Det voteres over lovens overskrift og loven i sin helhet.

**V o t e r i n g :**

Lovens overskrift og loven i sin helhet bifaltes enstemmig.

**Presidenten:** Lovvedtaket vil bli sendt Lagtinget.

**S a k n r . 6**

**Referat**

1. (17) Lov om Innovasjon Norge (Ot.prp. nr. 14 (2003-2004))

Enst.: Sendes næringskomiteen.